



**INAMI**

# Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé et des objectifs 'soins de santé'

**Rapport du Comité scientifique budget pluriannuel  
Février 2022**



**.be**

**Composition du Comité scientifique : Erik Schokkaert (président), Rita Baeten, Ronny Bruffaerts, Jan De Maeseneer, Joanna Geerts, Lode Godderis, Jean Hermesse, Marine Lugen, Sophie Thunus, Brieuc Van Damme, Carine Vande Voorde, Sara Vandewaetere.**

**Les experts suivants ont participé aux discussions et à la rédaction de certains chapitres : Johan Peetermans, Peter Willemé, Dirk Wouters (H5), Philippe Beutels, Mathias Dewatripont (H6), Véronique Delvenne (H7), Jean Macq, Thérèse Van Durme (H8A).**

## **SOMMAIRE**

1.	Introduction.....	6
2.	Objectifs à long terme, défis majeurs.....	8
	a) Introduction.....	8
	b) Evolutions sociales importantes.....	9
	c) Un cadre de valeurs : la santé pour la personne dans son intégralité et pour tout le monde 10	
	d) Les défis de notre système de soins de santé.....	11
	e) Domaines politiques prioritaires.....	12
	Prévention.....	13
	Santé mentale.....	14
	Inégalités sociales et financières dans l'accès aux soins de santé.....	14
	Pourcentage de soins considérés comme « inappropriés ».....	15
	Durabilité du système à long terme.....	16
	f) Vers des objectifs spécifiques en matière de (soins de) santé.....	16
	PARTIE I. Une perspective pluriannuelle dans une structure de concertation adaptée.....	19
3.	Un budget pluriannuel pour les soins de santé avec des objectifs de soins de santé avec des objectifs de soins de santé.....	20
	a) Analyse de la situation actuelle.....	20
	b) Des objectifs de santé aux objectifs de soins de santé et aux initiatives concrètes.....	21
	c) Estimation ex ante des effets budgétaires.....	23
	Scénario « business as usual » : estimation de la marge budgétaire.....	24
	Impact budgétaire des initiatives.....	24
	d) Prioritisation.....	26
	e) Évaluation ex-post des initiatives et ajustement de la politique.....	26
	Évaluation des effets et de l'impact budgétaire.....	26
	Équilibrer les coûts et les avantages.....	27
4.	Une structure de concertation adaptée.....	28
	a) Une structure interfédérale pour la concertation sur les objectifs de santé.....	28
	b) Création d'une Commission d'évaluation des objectifs de soins de santé (CEOS).....	30
	c) Adaptation des tâches de la Commission de Contrôle Budgétaire (CCB).....	31
	d) Nouvelles tâches et obligations pour les organes de concertation existants.....	31
	e) Une procédure budgétaire responsable.....	32
	Le système budgétaire « classique » et ses limites.....	32
	Analyse des dépenses et des budgets pour la période 2015-2021 : illustration.....	33
	Vers une planification budgétaire responsabilisante à long terme.....	34

f)	Création d'un Observatoire des Coûts à Charge des Patients.....	36
g)	Un calendrier réaliste .....	36
	L'itinéraire des objectifs de santé .....	37
	L'itinéraire des objectifs en matière de soins de santé .....	37
	L'itinéraire de l'objectif budgétaire et des initiatives spécifiques .....	38
h)	Création d'un Fonds de transition.....	39
i)	Calendrier : calendrier des objectifs de santé, des objectifs de soins budgétaires et des objectifs budgétaires.....	40
5.	Projections : PROMES et estimations techniques.....	41
a)	Estimations Techniques et PROMES : un aperçu.....	42
b)	Estimation de la marge budgétaire .....	45
c)	Le coût (ou l'économie budgétaire) des nouvelles initiatives.....	49
d)	Évaluation du coût réel des initiatives prises dans le passé.....	50
e)	Conclusions politiques : la création d'une Cellule Technique Prospective Commune.....	51
6.	Les effets budgétaires de la pandémie de COVID-19.....	53
a)	Dans quelle mesure le COVID-19 a-t-il donné lieu à des soins et à des coûts supplémentaires ? .....	53
	Prestations chirurgicales.....	54
	Prestations en médecine interne .....	55
	Prestations psychiatriques .....	56
	Imagerie médicale.....	56
	Consultations et téléconsultations.....	56
	Soins ambulatoires en dehors de l'hôpital.....	57
	Quelques leçons.....	57
b)	Défis liés à l'élaboration d'un budget pluriannuel .....	58
	Réorientation des moyens en 2020 et des moyens spécifiques pour le COVID-19.....	58
	Dans quelle mesure le Covid long entraînera-t-il une augmentation des dépenses ?.....	59
	Changements démographiques.....	60
	Dans quelle mesure le retard dans les soins enregistré pendant la pandémie sera-t-il rattrapé ?.....	60
c)	Projections des dépenses dans d'autres pays .....	62
	PARTIE II. Application à quelques domaines .....	65
7.	Soins de santé mentale.....	67
a)	Les troubles mentaux et le paradigme clinique .....	67
	Définitions de travail .....	67
	Prévention des troubles mentaux dans la société.....	67
	Le paradigme clinique du traitement des troubles mentaux.....	68

b)	Conséquences sociales des troubles mentaux.....	69
	Impact sur le décrochage scolaire, le fonctionnement académique et l'emploi .....	69
	Traitement des troubles.....	70
c)	Domaines problématiques actuels .....	70
	Absence d'un cadre pour l'intervention et la détection précoces .....	70
	Comportement de recherche d'aide problématique.....	71
	Réformes des SSM : quo vadis ?.....	72
d)	Pistes pour une meilleure politique.....	72
	Un nouveau paradigme dans le domaine de la santé mentale : <i>value-based public mental health</i> (une santé mentale publique basée sur les plus-values).....	72
	Un cadre de mesurabilité .....	73
	Mesures, interventions et indicateurs mesurables .....	74
e)	Conclusion.....	79
8.	Des soins intégrés et orientés objectifs .....	80
a)	Soins intégrés et soins orientés objectifs : non pas top-down mais bottom-up.....	80
	Objectifs de santé et de soins de santé pour les soins intégrés .....	81
	Des objectifs de soins de santé aux initiatives : une approche <i>bottom-up</i> encadrée et structurée à partir d'une approche <i>top-down</i> .....	82
	Priorités budgétaires qui doivent être reprises dans la planification pluriannuelle .....	86
	Indicateurs FAITH pour les soins intégrés - liés aux Quintuple Aims.....	87
b)	Une proposition concrète pour le dossier électronique intégré du patient .....	91
	Description de la situation actuelle .....	91
	Une vision de l'avenir.....	92
	Comment parvenir à une solution durable ? .....	94
	Combien cela va-t-il coûter ? Quelle ligne du temps ? .....	95
9.	Accessibilité financière des soins de santé .....	97
a)	Défis .....	97
b)	Amélioration de l'accès aux prestataires de soins de santé conventionnés .....	99
c)	Plus de transparence pour les décideurs politiques sur les coûts à charge des patients .	102
d)	Plus de transparence pour les décideurs politiques sur les coûts à charge des patients .	104
e)	Maîtrise des coûts à charge des patients par le biais de la régulation des prix.....	106
f)	Une assurance maladie publique qui couvre l'ensemble de la population.....	108
g)	Améliorer l'accès aux soins en élargissant ou en adaptant les mesures existantes .....	109
10.	Conclusion.....	111
	Références .....	114

## 1. Introduction

Le 19 octobre 2020, le Conseil général de l'INAMI a approuvé le budget des soins de santé pour 2021, acceptant également la proposition du Comité de l'Assurance « d'adapter le cadre budgétaire de l'assurance maladie pour permettre une concertation dans une perspective pluriannuelle prévisible, encourager le décloisonnement et soutenir la mise en œuvre des réformes nécessaires liées aux objectifs prioritaires en matière de soins de santé ». Il a également été déclaré qu'« en concertation avec le Comité de l'Assurance, on s'attellera à développer une méthode concrète d'intégration des objectifs de santé dans les choix de l'assurance maladie ».

À partir de mars 2021, une procédure a été lancée dans laquelle trois *task forces* (« Appropriate Care », président Manfredi Ventura, « Objectifs de soins de santé », présidente Ann Ceuppens, et « Cadre pluriannuel dynamique », président Erik Schokkaert) et un comité scientifique ont réfléchi à la méthode à suivre. En outre, une procédure de participation a été lancée, dans laquelle les parties intéressées et les parties prenantes qui ne font pas partie des organes de concertation traditionnels pouvaient également soumettre des propositions d'objectifs et d'initiatives. Cet effort a débouché, dans son ensemble, sur un Rapport intermédiaire qui a été soumis au Comité de l'Assurance et au Conseil général le 14 juillet 2021 (cf. INAMI, 2021a). Il a finalement été décidé qu'à partir de ce Rapport intermédiaire, un rapport final serait soumis fin 2021.

Il a été décidé que le Comité scientifique ne contribuerait pas à la rédaction finale du rapport, mais qu'il entamerait sa propre réflexion en toute indépendance. La mission de ce Comité a été décrite comme suit dans la lettre du ministre du 8 septembre 2021 : « *Suite à l'échange d'idées résultant du rapport intermédiaire (cf. notes du Comité de l'Assurance et du Conseil général « trajectoire budgétaire 2022-2024 - déclaration d'intention » et le rapport intermédiaire sur la trajectoire budgétaire 2022-2024 [CSS 2021/241 & CGSS 2021/043]) et à la création d'un groupe de travail au sein du Comité de l'Assurance, complété par des représentants des partenaires sociaux, afin d'établir un rapport final pour le 20 décembre, je vous demande, en plus du groupe de travail précité, d'également poursuivre la réflexion avec un comité scientifique. L'intention est de poursuivre la réflexion sur la méthodologie d'un cadre pluriannuel en relation avec les objectifs de (soins de) santé, l'efficacité des soins, les soins intégrés, etc. Ces réflexions devraient pouvoir contribuer à la poursuite du développement d'une approche pluriannuelle en fonction des objectifs de (soins de) santé, comme le souhaitent le gouvernement, moi-même et le Conseil général. L'objectif est que ce Comité scientifique me fasse directement rapport. »*

Le présent rapport tente de répondre à ce mandat. Dans le délai très limité dont nous disposions (3-4 mois), il n'a bien sûr pas été possible d'élaborer des propositions détaillées et entièrement quantifiées, mais nous décrivons concrètement une possible réforme de la procédure de concertation et nous tentons d'appliquer la méthodologie d'un budget pluriannuel dans trois domaines : les soins de santé mentale, des soins intégrés et orientés objectifs, et l'accessibilité financière.

Au cours de nos discussions, nous avons constamment été confrontés à la tension entre, d'une part, le développement d'une vision innovante à long terme et, d'autre part, la formulation de propositions plus pragmatiques qui peuvent, en principe, être mises en œuvre dans un laps de temps relativement court. Ces deux approches sont complémentaires : des propositions pragmatiques sans vision peuvent être incohérentes, une vision qui ne peut être mise en œuvre est inutile. Pourtant, les deux approches sont essentiellement différentes. Dans ce rapport, nous avons opté pour une approche plus pragmatique, mais il est important de se rendre compte que nos propositions pragmatiques doivent être placées dans un contexte plus large.

En ce qui concerne l'organisation des soins de santé, nous pensons qu'un certain nombre de réformes cruciales sont nécessaires, notamment en ce qui concerne le système de financement des hôpitaux, la nomenclature, la possibilité pour les prestataires de facturer des suppléments, le financement des prestataires de soins et la définition des tâches des différentes professions de santé. En ce qui concerne la structure de prise de décision, nous pensons que la structure institutionnelle actuelle et la répartition des pouvoirs entre les entités fédérales et fédérées ne sont pas fonctionnelles et entraînent des problèmes de coordination. À terme, il faudra certainement changer cela, et la structure décisionnelle, y compris celle du budget pluriannuel, devra être adaptée à cette nouvelle réalité.

Nous pensons que ces grandes réformes structurelles doivent être examinées en profondeur, mais elles peuvent bien sûr aller dans des directions différentes. Analyser tous ces aspects et faire des propositions concrètes ne faisait pas partie de notre tâche – et cela n'aurait pas été possible en l'espace de trois mois. Nous avons donc positionné nos propositions (a) dans le cadre des compétences fédérales actuelles, et (b) en tenant compte de la structure de concertation actuelle de l'INAMI. Au demeurant, nous ne remettons pas en cause le principe important de la concertation.

Le chapitre 2 présente une ébauche des principaux défis auxquels est confronté le système des soins de santé belge et sur lesquels il existe un large consensus. Le noyau de notre rapport se compose de deux grandes parties. Dans la partie I, nous abordons la question de savoir à quoi pourrait ressembler une perspective pluriannuelle assortie d'objectifs de (soins de) santé : quels sont les principes de base qui la sous-tendent (chapitre 3), comment la procédure de concertation actuelle de l'INAMI peut-elle être adaptée (chapitre 4), quelles sont les limites et les possibilités des outils actuellement disponibles pour faire des projections au niveau des dépenses (chapitre 5) et quels sont les défis spécifiques que pose la situation de la pandémie de COVID-19 (chapitre 6). Ensuite, dans la partie II, nous illustrons ces principes généraux dans trois domaines d'action, qui ont également été abordés dans l'accord de gouvernement et dans le Rapport intermédiaire : les soins de santé mentale (chapitre 7), les soins intégrés et orientés objectifs (chapitre 8) et l'accessibilité financière (chapitre 9).

Ce rapport est un texte commun à tous les membres du Comité scientifique. Pour certaines questions, nous avons recherché des compétences spécifiques en consultant des experts supplémentaires. Ces experts ont tous pris activement part aux discussions sur le sujet concerné et ont également contribué à la rédaction des textes. Ils ne sont toutefois pas responsables du contenu des chapitres auxquels ils n'ont pas contribué.

## 2. Objectifs à long terme, défis majeurs

### a) [Introduction](#)

Les défis auxquels est confronté le système des soins de santé belge sont largement connus et ont été décrits dans divers textes et études. Nous n'allons pas les reprendre en détail ici, mais nous allons brièvement en résumer les points les plus importants, pour lesquels nous nous appuyons principalement sur les documents suivants :

- Le rapport « [Performance du système de santé belge](#) », de Devos. et al. (2019) et publié par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ;
- Le rapport « [Performance du système de santé belge : Évaluation de l'équité](#) », ou « Equity Report », de Bouckaert et al. (2020) et publié par le KCE ;
- La brochure d'information « [Repères du passé, balises pour le futur - L'assurance soins de santé et indemnités belge](#) », qui a été publiée par l'INAMI début 2014 et dans laquelle sont notamment présentés les dix grands projets de réforme de l'assurance maladie en Belgique (INAMI, 2014) ;
- Le document « L'avenir des soins de santé en Belgique. Note de vision stratégique », rédigé en collaboration entre l'INAMI & l'asbl Tomorrowlab (2020);
- La « Vision de la politique de santé 2030 », publiée par le Collège national intermutualiste (CNI) en 2016 ;
- La note « [De gezondheidszorg in België in 2030: "Anders, of meer van hetzelfde?". Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving](#) », rédigée par J. De Maeseneer (2019) ;
- Le document « State of Health in the EU, Belgium. Country Health Profile 2021 » (OECD & EOHSP, 2021) –
- [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2021\\_chp\\_be\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2021_chp_be_english.pdf)
- Le site web « [Vers une Belgique en bonne santé](#) ».

La description concise de ces grands défis dans ce chapitre servira de base aux exemples du texte et aux domaines d'application proposés dans la partie II. Le rapport intermédiaire de la première phase de la [trajectoire budgétaire pluriannuelle](#) des soins de santé, qui a été présenté en juillet et dont une version finale est en cours d'élaboration parallèlement au présent rapport, reposait principalement sur une approche bottom-up dans laquelle des propositions de projets ont été recueillies auprès d'un grand nombre d'acteurs du secteur belge des soins de santé au moyen de fiches. La structure dans laquelle les objectifs et initiatives évalués positivement ont été présentés et inventoriés est très similaire à celle qui sera suivie dans ce rapport. Nous nous intéressons également à la fixation d'objectifs en matière de soins de santé et aux initiatives connexes, mais nous adoptons une approche plus top-down : nous partons des défis auxquels le système de soins de santé en Belgique est confronté pour proposer des objectifs à long terme en matière de (soins de) santé. Dans les chapitres 3 et 4, nous décrirons toutefois également comment les experts externes et la population peuvent être entendus de manière démocratique et participative dans la définition des objectifs. Nous introduisons donc également des éléments d'une approche de co-création, à mi-chemin entre le *top-down* et le *bottom-up*.

Dans la section B, nous décrivons les principales évolutions sociales qui déterminent notre réflexion sur les soins de santé, et dans la section C, le cadre de valeurs que nous utilisons, à savoir une version élargie et adaptée du *Quintuple Aims*. Sur la base d'une confrontation de ce cadre de valeurs avec les développements sociaux, nous obtenons un aperçu des principaux défis auxquels est confronté le système de santé belge (section D). Nous en sélectionnons ce que nous considérons comme les défis les plus urgents (section E) et nous illustrons, en termes généraux, comment ceux-ci peuvent être traduits en objectifs de (soins de) santé (section F).

Dans ce chapitre, nous avons limité le matériel empirique repris. Nous donnerons plus de détails dans la partie II de notre rapport, dans laquelle nous développerons des propositions d'objectifs et d'initiatives spécifiques dans trois domaines : les soins de santé mentale, les soins intégrés et orientés objectifs et l'accessibilité financière. Ici, nous voulons surtout définir un cadre de référence général, qui pourra servir de toile de fond aux chapitres suivants.

### b) Évolutions sociales importantes

Il serait exagérément ambitieux (voire illusoire) d'essayer de dresser une liste complète des évolutions sociales les plus importantes susceptibles d'influencer notre système de soins de santé. Parce que ces évolutions sociales constituent néanmoins un point de départ nécessaire pour comprendre les défis auxquels notre système de santé est confronté, nous avons tenté d'identifier les principaux facteurs sociaux qui influencent le paysage belge de la santé. Une liste non exhaustive devrait certainement inclure les éléments suivants :

- Les changements *démographiques* et en particulier :
  - le vieillissement de la population
  - l'évolution de la population active et la croissance nette de la population
  - l'évolution des structures familiales (par exemple, la proportion croissante de personnes seules et l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail, avec des conséquences majeures sur la disponibilité des soins informels)
  - la diversité croissante de la société, à différents niveaux (culturel, de genre, ethnique, religieux) ;
- Les défis sur le *marché du travail* : une pénurie croissante de main-d'œuvre est attendue au cours des prochaines décennies, avec une évolution spécifique (préoccupante) pour les professions de la santé et des soins de santé ;
- L'augmentation du nombre de patients chroniques et de la *multimorbidité* ;
- Un pourcentage croissant et excessivement élevé de coûts à charge des patients (23 %, dont 5 % de primes d'assurance complémentaire) (OECD, 2021). On observe également une tendance à passer d'un système de sécurité sociale à un système d'assistance sociale, dans lequel le système public assure surtout les plus pauvres et les autres peuvent souscrire des assurances complémentaires ;
- *Les évolutions techniques* (par exemple, la télémédecine, l'IA, le big data, les nouveaux médicaments) avec les opportunités et les menaces qui leur sont associées ;

- Une évolution positive vers des soins plus actifs et co-crésés, où le *patient* responsabilisé participe de plus en plus aux décisions ;
  - La dégradation de l'*environnement*, notamment :
    - les conséquences mondiales du changement climatique, notamment les migrations et le risque croissant de pandémie
    - l'impact sur la santé des problèmes environnementaux plus localisés (par exemple la pollution atmosphérique).
- c) Un cadre de valeurs : la santé pour la personne dans son intégralité et pour tout le monde

Pour pouvoir développer une vision sur la direction dans laquelle le système de santé devrait évoluer, il faut un cadre de valeurs clair. Dans cette optique, nous nous inspirons d'une version légèrement modifiée des *Quintuple Aims*. Pour nous, les valeurs suivantes sont primordiales :

- La santé de la population, où la santé est comprise dans un sens large et ne se réduit pas au seul bien-être physique ;
- La qualité des soins, telle qu'elle est ressentie par les personnes ayant des besoins en matière de soins et d'assistance, avec une marge suffisante pour leur apport et dans le but ultime de réaliser les objectifs de vie de la personne aussi bien que possible ;
- Le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire un rapport favorable entre les ressources mobilisées et les plus-values réalisées. Les plus-values ne sont pas comprises ici dans un sens économique étroit, mais comprennent également l'épanouissement individuel et la cohésion sociale ;
- L'équité et l'inclusivité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement sur le plan financier) et à l'intégration de différentes formes de diversité. L'équité signifie également que les épaules les plus solides supportent la charge la plus lourde dans le financement des soins ;
- Le bien-être des professionnels de la santé, avec une attention particulière pour l'équilibre vie personnelle-travail ; les politiques de formation, d'accueil et de rétention et l'intégration dans le système des soins de santé ;
- La soutenabilité du système à long terme, compte tenu de l'évolution (macro) des coûts, de la disponibilité de prestataires de soins, de la résilience nécessaire des citoyens et des professionnels des soins, de la durabilité environnementale et de la préparation aux pandémies.

Si les cinq premières valeurs correspondent largement aux traditionnels *Quintuple Aims*, la sixième est un ajout qui se comprend à la lumière des défis énumérés ci-dessus. Il serait tentant de penser que, puisque toutes ces valeurs sont essentielles, elles peuvent ou doivent toutes être réalisées simultanément. Toutefois, cette vision est irréaliste et trompeuse. Les initiatives concrètes peuvent avoir un effet positif sur un critère et en même temps (ou plus tard) avoir un effet négatif sur un autre critère. Le poids relatif accordé aux différentes valeurs est une question de choix éthiques, sociaux et politiques. À cet égard, nous considérons ces valeurs comme un simple cadre de réflexion permettant de structurer et d'élaborer nos idées. Nous laissons ouverte la question de la hiérarchie entre ces valeurs, ou des compromis souhaitables entre elles.

Une autre façon d'exprimer nos valeurs fondamentales est que nous nous efforçons de proposer des soins de santé basés sur la plus-value (*value-based health care*) dans une perspective de santé publique (*public health*). Cette perspective de la population inscrit les soins dans un contexte sociétal. Elle place le patient au centre du processus en posant la question « Quel traitement est indiqué pour le patient ? », mais en même temps, et de manière inhérente, elle s'efforce de créer un cadre de soins composé d'acteurs des soins interdépendants qui puisse garantir la collaboration et des soins intégrés. Ces soins doivent être orientés objectifs (*goal-oriented*), c'est-à-dire ne pas viser uniquement le traitement d'un trouble, mais avec un accent sur le fonctionnement et l'intégration dans la société, partant des objectifs de vie du patient lui-même. Nous partons ici du principe que les soins de santé doivent être basés sur la plus-value (*value-based*). La plus-value est alors définie ici par rapport à la réalisation des objectifs de vie du patient, la plus-value devant être mise en balance avec le coût pour la société de la réalisation de ces plus-values (Porter & Teisberg, 2006). Cette approche suppose que, sur la base de données collectées scientifiquement, les décideurs politiques cherchent des réponses à des questions fondamentales telles que : quelle organisation des soins est la meilleure en termes de résultats spécifiques, quels partenariats développés entre les acteurs conduisent à une meilleure continuité des soins, quelles options devraient être prises en fonction de l'organisation des soins dans une perspective d'économie de la santé.

### d) Les défis de notre système de soins de santé

Si nous comparons les évolutions sociétales les plus importantes avec le cadre de valeurs proposé, nous pouvons immédiatement formuler une série de défis institutionnels majeurs pour le système de soins de santé et d'assurance maladie :

- Pour relever les défis du vieillissement de la population, de la multimorbidité, (de la prévention) des maladies chroniques et du rapport coût-efficacité dans une large perspective de la santé, les soins de santé doivent être fondés sur les besoins de la population. Cela nécessite deux réorientations majeures : le passage d'un paradigme de soins orientés en fonction de la maladie à un paradigme de *soins orientés en fonction des objectifs*, dans lequel le processus de soins est centré sur la réalisation des objectifs de vie du patient, et une *perspective de population*.
- Cette réorientation doit être fondée sur l'idée de *soins intégrés*. En effet, les soins intégrés, c'est-à-dire les soins qui améliorent à la fois l'intégration et la coordination des soins de santé tout en favorisant la participation des patients, devraient permettre de mieux gérer les effets des changements démographiques, notamment la multimorbidité croissante, et d'améliorer l'efficacité des soins en réduisant leur fragmentation (Devos et al., 2019). La logique actuelle de cloisonnement doit être brisée afin de placer les personnes qui ont besoin de soins et d'assistance au centre des préoccupations. Pour y parvenir, les modèles organisationnels et les systèmes de financement actuels doivent être modifiés. Par exemple, il est nécessaire de réfléchir de manière plus transversale en abordant la qualité de vie des malades chroniques à différents niveaux simultanément.

- Une *vision intégrée de la santé*, fondée par exemple sur le modèle « éco-bio-psycho-social », exige (a) une attention au moins égale à la prévention en plus des soins curatifs ; (b) le développement des soins de santé mentale également ; et (c) une collaboration active avec les services sociaux. Cela nécessite également une collaboration interprofessionnelle.
- Les soins intégrés nécessitent *une information sans faille*, créée par, avec et autour du patient, et accessible aux différents prestataires de soins et au patient concerné. Il faut non seulement rendre ces données accessibles, mais aussi veiller à ce qu'elles soient utilisées de manière appropriée. Il va sans dire qu'il faut aussi, dans ce cadre, tenir compte de la protection de la vie privée et de l'éventuelle utilisation abusive des informations.
- La grande hétérogénéité des pratiques médicales suggère que tous les soins ne sont pas également adéquats. *La dispensation de soins adéquate* exige également la *transparence* dans l'établissement des prix et des tarifs, l'organisation territoriale des soins de santé sur la base d'indicateurs des besoins locaux, et l'ouverture à la participation démocratique des citoyens et des associations.
- Dans une situation de forte augmentation des dépenses et de progrès technique, le système d'assurance maladie n'est viable à long terme que si *seuls les traitements efficaces* et reposant sur des preuves scientifiques solides sont remboursés. Une double approche est nécessaire : d'une part, la base financière doit être renforcée ; d'autre part, les dépenses publiques de santé, qui représentent une part croissante du Produit National Brut, doivent être maîtrisées.
- La solidarité reste importante, surtout lorsqu'elle est mise à mal dans la société. Dans le développement des soins intégrés, de la prévention, des soins de santé mentale et de l'intégration des innovations médicales, *l'accessibilité* des soins pour tous doit toujours être un objectif clé. Il faut s'attaquer aux inégalités sociales et financières.
- Les valeurs importantes décrites ci-dessus doivent constituer la base de la politique de santé, mais les soins de santé et l'assurance maladie ne suffisent pas à concrétiser ces valeurs. Il est nécessaire d'aller au-delà des soins de santé au sens strict et de travailler à une politique de « santé dans toutes les politiques » (« *health in all policies* »), ce qui implique une dynamique de collaboration intersectorielle incluant certainement les secteurs du travail, de l'éducation, des infrastructures, de l'environnement et du logement.

### e) Domaines politiques prioritaires

Dans la section précédente, les contours d'une politique de santé souhaitable ont été esquissés en termes généraux. Cependant, une seule réforme, même radicale, ne pourra pas apporter tous les changements nécessaires. Dans une vision réaliste, ces changements devront être mis en œuvre progressivement, et partiellement. Cela signifie que des priorités doivent être fixées. Comme pour la définition de la hiérarchie des valeurs (et ce qui lui est immédiatement lié), ces priorités reflètent inévitablement des choix politiques, sociaux et éthiques.

Il n'appartient pas à un comité scientifique de fixer ces priorités. Toutefois, les rapports de performance du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé et le site web Belgiqueenbonnesanté constituent un point de départ intéressant. Le KCE décrit le « *Health System Performance Assessment (HSPA)* (Évaluation de la performance du système de santé) » comme un processus qui évalue le système de santé d'un pays donné dans son ensemble (un « *check-up* »), sur la base d'indicateurs qui ont une fonction de « signal ». Cette évaluation contribue ainsi à la planification stratégique du système de santé par les décideurs politiques (Devos et al., 2019). Ces rapports s'inscrivent donc parfaitement dans la logique de notre questionnement, car ils apportent une base empirique solide pour l'évaluation du système des soins de santé belge. Ils indiquent explicitement les domaines dans lesquels la Belgique est peu performante, sur la base de comparaisons internationales (principalement avec les résultats de l'UE-15) ou par rapport à des critères de performance scientifiquement acceptés (par exemple, des objectifs nationaux ou internationaux), et ce sur la base d'un suivi et d'une mise à jour régulière des indicateurs pertinents. Les cinq dimensions qui constituent le cadre conceptuel de l'évaluation de la performance du système belge sont l'accessibilité, la qualité, l'efficacité, la durabilité et l'équité des soins. Cette structure n'est pas tout à fait la même que notre cadre de valeurs, décrit dans les sections précédentes, elle y est néanmoins étroitement liée.

Sur la base du Rapport de performance 2019 (Devos et al., 2019), complété par les rapports spécifiques sur l'équité (Bouckaert et al., 2020) et la durabilité (Lefèvre & Gerkens, 2021), nous pouvons considérer les domaines suivants comme hautement problématiques en Belgique :

### PRÉVENTION

Les indicateurs relatifs aux soins préventifs en Belgique sont alarmants. Le rapport du KCE (2019) comprend trois catégories d'indicateurs pour évaluer l'efficacité des activités de prévention : indicateurs pour la vaccination, pour le dépistage du cancer et en santé bucco-dentaire. Un exemple de prévention sous-optimale est celui du dépistage du cancer du sein dans les groupes cibles. Le pourcentage de femmes dépistées dans la tranche d'âge recommandée de 50 à 69 ans était d'un peu plus de 61 % en 2016 (et est plus faible chez les femmes plus vulnérables sur le plan socio-économique), alors qu'une couverture globale de 75 % est considérée comme le seuil permettant d'atteindre un rapport coût-efficacité acceptable (Belgiqueenbonnesanté). Pour le dépistage du cancer du sein, on constate à la fois un faible taux de participation aux programmes de dépistage organisés et une surreprésentation des groupes d'âge qui ne font pas partie du groupe cible (Devos et al., 2019). La prévention doit faire partie des soins intégrés et orientés objectifs, dont nous parlerons plus en détail dans le chapitre 8 de ce rapport.

### SANTÉ MENTALE

Le rapport de Performance du système de santé belge reprend 11 indicateurs relatifs à la santé mentale en Belgique. Il s'agit à la fois d'indicateurs de résultats (par exemple, le taux de suicide) et d'indicateurs de processus, notamment l'accessibilité des soins, la qualité et la continuité des soins. Le rapport révèle de grands défis : « Alors que certains indicateurs montrent une amélioration, les résultats des indicateurs touchant à la santé mentale et aux soins dans ce domaine restent alarmants. Le fruit des réformes passées n'est pas (encore) suffisamment visible et les taux de suicide demeurent élevés. De plus, le suivi de la performance reste délicat, car les systèmes de données devraient idéalement permettre un monitoring de l'ensemble du trajet de soins (y compris au niveau ambulatoire), ce qui n'est pas encore suffisamment le cas. » (Devos et al., 2019).

Le taux de suicide élevé en Belgique, notamment par rapport à la moyenne européenne (15,8 pour 10 000 habitants en 2015, contre 10,2 pour la moyenne de l'UE-11 la même année), les délais d'attente pour un premier contact en milieu ambulatoire (près de la moitié des patients doivent attendre un mois ou plus pour un premier contact) et l'utilisation d'antidépresseurs (79 doses DDD prescrites (doses journalières standard) pour 1000 habitants par jour en 2016, contre seulement 42 en 2002) sont particulièrement préoccupants (Belgique en bonne santé).

Les défis en matière de soins de santé mentale sont abordés plus en détail au chapitre 7.

### INÉGALITÉS SOCIALES ET FINANCIÈRES DANS L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

En 2020, le KCE a publié un rapport sur l'« *equity* » du système de santé belge. Ce concept d'*équité* est étroitement lié à l'accessibilité des soins, c'est-à-dire à la facilité (physique, financière, géographique) avec laquelle différentes personnes ayant des besoins différents peuvent accéder aux soins (Belgique en bonne santé).

Il existe un lien étroit entre la situation socio-économique d'une personne et sa santé : les personnes ayant un profil socio-économique inférieur sont généralement en moins bonne santé que celles ayant un profil socio-économique supérieur (Bouckaert et al., 2020). L'espérance de vie des hommes et des femmes les moins instruits est inférieure de cinq ans à celle des plus instruits. Cet écart est l'un des plus importants d'Europe occidentale (OECD & EOHSP, 2019). Bien qu'il ne soit pas uniquement lié à l'accès aux soins de santé, un meilleur accès peut contribuer à le combler partiellement.

En Belgique, une très grande majorité de la population (environ 99 %) est couverte par l'assurance maladie publique. Il reste à savoir pourquoi tout le monde n'est pas couvert par le système et dans quelle mesure le système existant offre une protection suffisante. Au sein de ce système, nous constatons de grandes disparités socio-économiques.

La situation financière constitue un des facteurs explicatifs les plus importants. L'écart au niveau des besoins médicaux non satisfaits entre le quintile de revenu le plus pauvre et le plus riche est le plus important de tous les pays de l'UE occidentale et est supérieur à la moyenne de l'UE (OECD & EOHSP, 2019). Cette tendance est particulièrement forte pour certains types de soins, notamment les soins dentaires préventifs et les consultations chez les spécialistes en général. Ces dernières années, le nombre de personnes appartenant aux groupes de revenus les plus faibles qui reportent des soins pour des raisons financières a augmenté. Il s'agit principalement de personnes menacées de pauvreté ou qui se trouvent déjà dans une situation de privation matérielle : dans les chiffres de 2016, 26 % des ménages en situation de privation matérielle ont déclaré des besoins médicaux non satisfaits ; pour les soins dentaires, la proportion atteignait 32 % (Bouckaert et al., 2020). Il semble que l'augmentation des coûts à charge des patients, notamment les suppléments, soit l'une des principales explications de cette situation.

En ce qui concerne le report ou le renoncement aux soins, les soins dentaires en Belgique en particulier semblent poser problème. Un grand nombre de traitements bucco-dentaires ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire (par exemple, la pose de prothèses dentaires fixes, la plupart des traitements parodontaux, les implants dentaires, l'orthodontie chez les adultes, etc.). En 2017, à peine 38,6 % des frais de soins dentaires étaient couverts par l'assurance obligatoire. L'application de l'accord le plus récent entre les dentistes et les mutualités améliorera probablement la situation. Les données de l'Enquête sur le budget des ménages de 2018 ont également montré que les contributions catastrophiques des ménages du quintile de revenu 3 à 5 sont principalement liées aux dépenses de lunettes, de soins dentaires, d'hospitalisation, de soins spécialisés et de physiothérapie. Plus généralement, une part importante des coûts à charge des patients concerne les médicaments (27 %) et les dispositifs médicaux (lunettes, prothèses, etc.) (14 %) (Bouckaert et al., 2020).

Le chapitre 9 aborde plus loin dans ce rapport les défis auxquels le système belge est confronté en termes d'accessibilité financière.

### POURCENTAGE DE SOINS CONSIDÉRÉS COMME « INAPPROPRIÉS »

L'adéquation des soins (c.-à-d. leur caractère approprié) peut se définir comme « 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 » (Devos et al., 2019). La méthode la plus efficace pour étudier cette adéquation consiste à examiner dans quelle mesure la pratique médicale suit les recommandations cliniques. Une autre méthode fréquemment utilisée, mais plus indirecte, est l'analyse des variations géographiques en matière de soins. Dans le rapport de performance 2019, le KCE mentionne plusieurs indicateurs au niveau desquels la Belgique obtient des résultats alarmants : le suivi des patients chroniques, évalué pour les patients diabétiques ; la prescription et la consommation d'antibiotiques, trop élevée ; la mauvaise utilisation des techniques d'imagerie médicale, notamment le recours non justifié au scanner de la colonne lombaire. Il existe également une tendance à prescrire des antidépresseurs pour une durée plus courte que le minimum recommandé (Devos et al., 2019).

### DURABILITÉ DU SYSTÈME À LONG TERME

La durabilité d'un système est sa capacité à « rester durablement financé par des ressources publiques ; à fournir et à maintenir une infrastructure, une main-d'œuvre (par exemple par l'éducation et la formation), des installations et des équipements ; à être innovant ; à répondre à de nouveaux besoins » (Devos et al., 2019). Bien que la Belgique présente une viabilité financière comparable à la moyenne européenne, l'offre de prestataires de soins peut être considérée comme très problématique. La densité de médecins par habitant est inférieure à la moyenne de l'UE et l'évolution du nombre d'infirmiers qualifiés doit être suivie de près. Il est également inquiétant de constater que les médecins consacrent une part considérable de leur temps à des tâches qui peuvent être facilement déléguées.

Il n'est pas dans l'intention de ce rapport de formuler un plan complet pour la politique future. Les applications de la deuxième partie ont toutefois été sélectionnées en tenant compte des priorités énoncées. Nous nous concentrerons sur les soins de santé mentale, le développement des soins intégrés et orientés objectifs (y compris la prévention) et l'accessibilité financière. En outre, le souci de dispenser des « appropriate care » constitue un fil conducteur de notre texte. Le problème de l'offre de soignants ne sera abordé qu'indirectement, notamment parce que les instruments politiques importants (éducation et marché du travail) ne sont pas au niveau fédéral. Nous tenons toutefois à souligner qu'il s'agit d'un problème crucial et aigu qui doit être traité de toute urgence.

#### f) [Vers des objectifs spécifiques en matière de \(soins de\) santé](#)

Dans les trois exemples de base de la partie II (santé mentale, soins intégrés et orientés objectifs, accessibilité), une analyse empirique rigoureuse devrait conduire à la formulation d'objectifs politiques concrets. Dans la terminologie usuelle, ces objectifs doivent être « SMART » : spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis, rendant l'évaluation possible. On peut distinguer différents niveaux dans la formulation des objectifs.

Avant tout, il y a les « objectifs de santé ». Cette terminologie est quelque peu trompeuse, car nous l'utilisons pour tous les objectifs à long terme qui sont directement liés au cadre de valeurs que nous avons décrit dans la section C : ainsi, ils font référence aux résultats à viser en termes de santé de la population, d'équité et d'accessibilité des soins, de bien-être des professionnels de la santé, de viabilité à long terme et de préparation (*preparedness*). À ce niveau, la perspective temporelle peut être d'une dizaine d'années (nous y reviendrons dans les prochains chapitres), mais ces objectifs doivent également être suffisamment précis et des indicateurs mesurables doivent être formulés. Dans le cas de ces grands objectifs de santé, il ne sera pas facile d'évaluer les politiques publiques a posteriori, car ces résultats sont en partie déterminés par des facteurs sociaux qui échappent au contrôle des décideurs politiques. Il est encore plus difficile d'évaluer la politique de santé au sens strict sur la base de ces indicateurs, car les décisions prises dans d'autres domaines politiques peuvent également avoir un impact important et sont souvent indispensables pour obtenir un bon résultat.

À un deuxième niveau, ces objectifs de santé, interprétés dans le sens large que nous avons décrit, peuvent être liés à des objectifs de soins plus spécifiques. Il s'agit alors de changements souhaitables dans l'organisation des soins. Pour réaliser ces changements organisationnels, des projets et des initiatives spécifiques doivent être proposés. Ces initiatives très concrètes peuvent être interprétées comme un troisième niveau.

De même, lors de la formulation d'objectifs et d'initiatives concrètes en matière de soins de santé, il convient de définir des indicateurs spécifiques et mesurables, qui permettent d'évaluer les mesures politiques – et, sur la base de cette évaluation, de poursuivre et d'étendre les initiatives ou de les arrêter. Cette évaluation est un défi scientifique par excellence. La formulation des objectifs est un choix politique, l'évaluation des effets des mesures doit être basée sur une recherche empirique approfondie. Les objectifs et les initiatives en matière de santé étant dans une large mesure limités à la politique de santé en tant que telle, il est moins difficile d'estimer leurs effets de manière plus ou moins fiable. Comme nous le verrons plus loin dans la partie I, cela n'en fait pas pour autant un exercice banal.

- *Un exemple*

Illustrons ce raisonnement par un exemple. Nous avons déjà mentionné qu'en Belgique, il existe une différence significative dans l'espérance de vie en bonne santé en fonction du niveau d'éducation. L'accord de coalition de ce gouvernement formule l'« objectif de santé » comme suit : « D'ici 2030, l'objectif est de réduire d'au moins 25 % l'écart de santé entre les personnes ayant le nombre le plus élevé et le plus faible d'années de vie en bonne santé attendues » (Gouvernement fédéral, 2020). Le chapitre 9 traite plus concrètement de l'accessibilité aux soins de santé, l'un des éléments qui peut être important pour atteindre cet objectif. Il en résulte une série d'objectifs possibles en matière de soins de santé, par exemple : « Les coûts à charge des patients pour les lunettes ou les lentilles et les appareils auditifs devraient être réduites de moitié », et des initiatives concrètes, par exemple : « L'assurance maladie obligatoire est étendue à 100 % pour les soins optiques et audiologiques, en imposant au secteur l'obligation d'offrir des produits suffisants (par exemple, montures de lunettes, verres de lunettes, appareils auditifs) à un prix maximum fixe ». Afin d'assurer le suivi de l'indicateur « coûts à charge des patients pour les lunettes ou les lentilles et les appareils auditifs », les informations nécessaires à ce sujet doivent, bien entendu, être collectées. Au chapitre 4, nous proposons la création d'un Observatoire des Coûts à Charge des Patients.

Il va sans dire que les mesures politiques doivent être « abordables financièrement » afin de ne pas mettre en péril la viabilité financière du système. Étant donné que les objectifs ne peuvent être réalisés et que la politique ne peut être évaluée qu'après une période d'au moins quelques années, la politique autour de ces objectifs doit être incluse dans un budget pluriannuel. Le calendrier est important : même les mesures susceptibles d'entraîner des économies à long terme peuvent augmenter les coûts à court terme en raison des investissements qu'elles nécessitent. Faire face à ce phénomène représente précisément un des grands avantages de travailler dans un cadre budgétaire pluriannuel.

Nous allons maintenant développer ces idées de base dans la première partie de notre rapport. Dans cette partie, nous allons aborder les aspects techniques et procéduraux de l'intégration des objectifs de (soins de) santé dans un budget pluriannuel. Dans une deuxième partie, nous illustrerons ensuite les principes généraux par une application concrète aux trois domaines mentionnés : les soins de santé mentale, l'accessibilité financière et les soins intégrés et orientés objectifs.

## **PARTIE I. Une perspective pluriannuelle dans une structure de concertation adaptée**

L'application des conclusions citées au chapitre 2 introduit de nouvelles dimensions dans le processus budgétaire :

- Une dimension temporelle : le point de départ doit être une vision à long terme, des projets à long terme qui doivent être traduits en actions concrètes via une liste annuelle de projets innovants.
- Une dimension globale, centrée sur la population et sur le patient : les différents acteurs, prestataires de soins, organisations et établissements de soins, mutualités, cogestionnaires et financiers du système devront partir d'objectifs globaux en matière de santé et de soins de santé, qui devront ensuite être confrontés à l'organisation existante du système et à la structure actuelle de l'offre.
- Une dimension transversale : pour atteindre les objectifs généraux, une approche coordonnée, intégrée et transversale est nécessaire. Il est nécessaire d'aller au-delà du domaine de compétence traditionnel des différentes commissions d'accords et de conventions.

Dans le chapitre 3, nous développerons ces principes, indépendamment de la structure de concertation existante. Après tout, ces principes sont généralement applicables dans tout système de santé. Dans le chapitre 4, nous examinerons de plus près la question de savoir comment ces principes peuvent être intégrés dans le processus décisionnel belge, et plus précisément quelles réformes de la structure de concertation belge sont nécessaires à cet effet. Le chapitre 5 examine les difficultés (et les possibilités) de faire des projections au niveau des dépenses dans le contexte belge. Bien entendu, nous ne pouvons pas ignorer le fait que la pandémie de COVID-19 rend très incertain l'environnement dans lequel les prédictions doivent être faites. Le chapitre 6 est spécifiquement consacré à ce défi supplémentaire.

### 3. Un budget pluriannuel pour les soins de santé avec des objectifs de soins de santé

#### a) Analyse de la situation actuelle

Le processus actuel de préparation du budget en Belgique présente des avantages majeurs. La forte intégration des estimations techniques et des rapports d'audit dans le processus décisionnel permet de suivre de près l'évolution des dépenses. De plus, le modèle de concertation existant qui prévoit la participation d'acteurs clés au processus décisionnel sensibilise également tous ces acteurs au respect des contours du budget. Ces atouts doivent être conservés, même après une réforme.

Une réforme est toutefois vraiment nécessaire, car le système de concertation actuel n'apporte pas de réponse adéquate aux grands défis mentionnés dans le chapitre précédent. Les lacunes les plus importantes sont les suivantes :

- Il n'existe pas d'objectifs explicitement définis en matière de santé et de soins de santé. Les « nouvelles » initiatives sont souvent formulées de manière ad hoc, réactive plutôt que proactive. Il existe un large consensus sur la nécessité de contrôler les dépenses, mais peu de réflexion stratégique sur les objectifs généraux. Il est donc difficile d'orienter la politique dans une direction claire.
- Ces nouvelles « initiatives » sont principalement inspirées par des commissions d'accords et de conventions individuelles. En conséquence, elles restent souvent limitées à leur propre « silo » et il y a peu de marge (ou d'intérêt) pour les initiatives transversales. Pour atteindre les objectifs, il est cependant nécessaire de coordonner les initiatives des différents secteurs.
- Dans ce contexte, il convient de noter qu'il existe actuellement des procédures décisionnelles distinctes pour des éléments importants comme le budget des médicaments et le financement des hôpitaux. Compte tenu de la cohérence entre les différentes composantes du budget, ces domaines devraient également être intégrés dans le processus décisionnel global.
- Les budgets sont annuels et manquent généralement d'une perspective pluriannuelle. De ce fait, la différence entre les interventions ponctuelles et les interventions « permanentes » (avec les changements de comportement qui les accompagnent) n'est pas suffisamment reconnue. Dans certains cas, des investissements temporaires sont nécessaires pour obtenir des soins de meilleure qualité ou plus efficaces par la suite. Un exemple classique est le passage des soins hospitaliers aux soins ambulatoires, qui nécessite des investissements immédiats dans le secteur ambulatoire sans réduction à court terme des coûts dans les hôpitaux. De telles initiatives ne peuvent être évaluées que dans une perspective pluriannuelle.
- Une attention insuffisante est accordée à l'évaluation ex post des nouvelles initiatives. Ont-elles réellement débouché sur les améliorations de qualité ou les réductions de coûts escomptées ? Si les résultats sont décevants, ne faut-il pas abandonner l'initiative ?

Les grandes lignes de ce diagnostic sont partagées par le Comité de l'assurance et le Conseil général et il a été décidé de s'orienter vers un budget pluriannuel assorti d'objectifs. Cette ambition est également inscrite dans le programme du gouvernement. Les premiers pas dans une nouvelle direction ont été faits au moment de la préparation du budget en 2021 (pour le budget 2022) par le biais d'une vaste enquête menée auprès de nombreuses parties prenantes sur les objectifs et les initiatives souhaitables. Cela s'est traduit par l'inclusion d'une série d'initiatives transversales concrètes dans le budget 2022. Le rapport intermédiaire préliminaire a également donné un premier aperçu d'une éventuelle réforme structurelle. Dans ce chapitre, nous esquissons une voie possible dans cette direction.

### b) [Des objectifs de santé aux objectifs de soins de santé et aux initiatives concrètes](#)

Dans le chapitre précédent, une première description sommaire a été donnée de l'approche hiérarchique et graduée, dans laquelle les objectifs plus généraux qui peuvent être atteints à plus long terme sont suivis d'initiatives plus spécifiques et concrètes qui peuvent être lancées immédiatement.

- Objectifs de santé

Les objectifs de santé sont formulés au niveau le plus élevé et le plus abstrait. Nous utilisons le terme « objectifs de santé », mais en fait ces objectifs à long terme peuvent se référer à toutes les dimensions des *quintuple aims* (santé de la population, qualité des soins, équité et accessibilité, bien-être des professionnels de la santé, auxquels s'ajoutent le rapport coût-efficacité et la soutenabilité à long terme). À ce niveau, la perspective temporelle est d'environ dix ans. La poursuite de ces objectifs généraux nécessite également des efforts et des politiques coordonnées en dehors du secteur des soins de santé, car ces résultats sont en partie déterminés par des facteurs sociaux qui dépassent le secteur des soins de santé. Les exemples évidents sont les autres secteurs de la sécurité sociale, mais aussi la politique de l'enseignement, de l'emploi, du logement et environnementale.

- Objectifs en matière de soins de santé

Le fait que les objectifs de santé appellent une vision de type « *health in all policies* » n'empêche pas le secteur de la santé lui-même d'apporter une contribution essentielle. Cela peut se traduire, à un deuxième niveau, par des objectifs en matière de soins de santé, qui se concentrent plus directement sur le système de soins de santé lui-même et sur les changements et innovations souhaitables pour ce système. Ici, la perspective temporelle pourrait être, par exemple, la durée de la législature. Il va sans dire que la recherche et la réflexion sont nécessaires pour relier les objectifs de soins aux objectifs de santé.

- Initiatives concrètes

Un troisième niveau est celui des initiatives spécifiques et des mesures politiques concrètes. Pour chacune de ces initiatives spécifiques, il est expliqué comment elles peuvent contribuer à la réalisation des objectifs prédéfinis en matière de soins de santé. Les mesures concrètes peuvent être évaluées sur une période relativement courte (quelques années), mais la perspective temporelle de cette évaluation peut varier : comme déjà mentionné, certaines mesures ne produiront des effets qu'après une période suffisamment longue. En outre, il faudra également du temps aux prestataires et aux patients pour s'adapter aux nouvelles mesures et partant, des effets supplémentaires pourraient apparaître dans les années suivantes. Une évaluation *ex post* de ces initiatives est nécessaire : si elles ne produisent pas l'effet escompté, ou si elles finissent par coûter beaucoup plus cher que prévu, elles doivent être modifiées ou abandonnées. L'estimation des effets des mesures est une question empirico-scientifique.

Parmi les objectifs et les initiatives concrètes en matière de soins de santé, on peut distinguer deux types. Le premier groupe est constitué des objectifs de soins et des politiques liées aux objectifs de santé, indépendamment du rapport coût-efficacité. L'introduction de ce groupe représente l'innovation la plus importante et nous y accorderons la plus grande attention. Un deuxième groupe est constitué d'initiatives visant à améliorer le rapport coût-efficacité du système. Dans le contexte de ce projet, il est question d'initiatives de type « *appropriate care* » (soins appropriés) (voir également le Rapport intermédiaire : INAMI, 2021a). Comme nous le verrons plus loin, celles-ci peuvent accroître la marge budgétaire pour de nouvelles initiatives en matière de santé. Cependant, elles n'auront pas seulement un impact budgétaire et elles pourraient également entraîner des conséquences (parfois inattendues et indésirables) sur les résultats. Par conséquent, lors de l'évaluation de ces mesures, ces effets potentiels sur la santé ne doivent pas être négligés.

- Indicateurs

Afin d'orienter la politique, chacun/chacune de ces objectifs/initiatives devrait être lié(e) à des indicateurs clairs, qui pourront ensuite être utilisés pour vérifier si les objectifs visés sont atteints. Qui plus est, ces indicateurs doivent être suivis tout au long du processus (avec une durée qui varie selon le niveau) afin de pouvoir ajuster la politique dans l'intervalle si nécessaire. Nous avons déjà mentionné plus avant que ces objectifs doivent être *smart* : spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis, rendant l'évaluation possible. La formulation de ces objectifs n'est pas toujours facile. Dans la deuxième partie de ce rapport, nous illustrerons la réflexion générale dans trois domaines : l'accessibilité, les soins intégrés et orientés objectifs et les soins de santé mentale.

Lorsque des choix politiques doivent être faits et des priorités fixées, il serait souhaitable qu'au niveau d'abstraction le plus élevé, on recherche un ensemble homogène d'indicateurs par rapport auxquels toutes les mesures peuvent être comparées (par exemple, le nombre d'années de vie en bonne santé ; le nombre de *dalys* (*disability adjusted life years* – espérance de vie corrigée en fonction des risques d'incapacité, une mesure de la charge de la maladie sur la société où la qualité de vie est prise en compte) ; la réduction des inégalités socio-économiques en matière de santé).

Dans certains cas, des informations suffisantes sont disponibles à ce haut niveau d'abstraction pour permettre des évaluations. Par exemple, on peut raisonnablement bien estimer les effets d'une réduction du tabagisme sur le nombre de malades du cancer et, par la suite, sur l'incapacité de travail. Il est même possible de faire une estimation approximative de l'effet net sur les coûts des soins de santé (résultat de la réduction des coûts de traitement du cancer et de l'augmentation des dépenses dues aux années de vie gagnées). On pourrait alors comparer ces effets avec, par exemple, les conséquences d'une stabilisation du nombre de diabétiques. Ces simulations théoriques et d'autres du même type peuvent fournir des informations utiles sur les avantages potentiels (réduction des dépenses et augmentation des années de vie) de différents objectifs et aider à estimer quels objectifs devraient être prioritaires. Dans certains cas, cet exercice permet même de tenir compte des probabilités de différents résultats.

Toutefois, des calculs aussi généraux ne tiendront forcément pas compte d'aspects importants de la réalité. En outre, ces mesures génériques ne tiennent pas toujours suffisamment compte des caractéristiques plus spécifiques de la situation, font parfois des choix méthodologiques qui ne sont pas universellement acceptés (par exemple, la mesure de la qualité de vie dans les dalys) et, en outre, ne sont pas actuellement disponibles comme norme pour l'évaluation d'initiatives spécifiques. À plus long terme, la sélection et la collecte d'un ensemble d'indicateurs généraux génériques peuvent être envisagées ; à court terme, il est plus réaliste (et peut-être même souhaitable) de travailler avec des mesures plus spécifiques.

L'évaluation par le biais d'indicateurs est importante. Parallèlement, il convient toutefois de souligner qu'un indicateur ne constitue pas en soi un « objectif ». Chaque indicateur ne saisit qu'une partie de la réalité et ne peut donc être considéré que comme un fil conducteur dans le processus d'évaluation, qui doit toujours être interprété dans un contexte plus large.

- Effets en dehors des soins de santé

Dans un monde idéal, les effets en dehors des soins de santé devraient également être inclus dans l'analyse : une population en meilleure santé ou un système de soins de santé mieux organisé auront également des effets de rétroaction dans d'autres domaines sociaux. Par exemple, un investissement dans le bien-être mental des prestataires de soins aura non seulement un effet positif sur la qualité des soins fournis, mais probablement aussi sur les indemnités d'incapacité de travail et donc sur la productivité. Investir dans les soins dentaires pour les groupes socio-économiquement défavorisés se traduira, à long terme, par une augmentation de leurs opportunités sur le marché du travail et donc sur les allocations de chômage. Dans la mesure du possible, ces effets devraient au moins être pris en compte de manière qualitative dans le processus décisionnel.

### c) Estimation ex ante des effets budgétaires

Pour chacune des initiatives concrètes, les effets budgétaires doivent être estimés et il faut indiquer comment les intégrer dans un budget pluriannuel. Dans l'élaboration d'un budget pluriannuel, on peut distinguer plusieurs étapes. Tout d'abord, il convient d'estimer la marge budgétaire disponible pour de nouvelles initiatives. À cette fin, il convient d'estimer l'évolution des dépenses dans l'hypothèse d'une politique inchangée. Ensuite, l'impact budgétaire des différentes initiatives individuelles doit être prévu de manière aussi précise que possible.

### SCÉNARIO « BUSINESS AS USUAL » : ESTIMATION DE LA MARGE BUDGÉTAIRE

Si nous partons de l'idée que la politique fonctionne avec une norme de croissance, la marge budgétaire pour de nouvelles initiatives dans le cadre des objectifs de santé est déterminée par deux facteurs :

1. Un premier élément est la prévision des dépenses en soins de santé à politique inchangée. Dans le cadre d'un budget pluriannuel, une durée de cinq ans, qui coïncide avec la durée de la législature, peut être envisagée. Cette période est trop longue pour se fier à une méthode qui ne fait que perpétuer les tendances passées. Les changements dans la taille et (surtout) la composition de la population, l'introduction d'innovations médicales et l'évolution de l'offre et des salaires doivent également être pris en compte. Techniquement, ce n'est pas évident. Dans le chapitre 5, nous développerons les instruments disponibles à cette fin dans le contexte belge et soulignerons (a) la complémentarité entre les estimations techniques de l'INAMI et l'utilisation du modèle de projection PROMES du Bureau fédéral du Plan ; (b) la nécessité de développer davantage ces instruments.
2. Un deuxième élément est constitué par les initiatives concrètes susmentionnées qui visent à améliorer le rapport coût-efficacité du système des soins. Lorsque ces initiatives conduisent à des gains d'efficacité, la marge budgétaire estimée pour les nouvelles initiatives peut augmenter. Nous reviendrons sur l'estimation de la marge budgétaire des nouvelles initiatives dans la section suivante.

Le résultat de cet exercice (comparaison de la norme de croissance et des dépenses estimées à politique inchangée, en tenant compte des nouvelles initiatives « appropriate care ») est une estimation de la marge budgétaire disponible pour de nouvelles initiatives sur une période de 5 ans. Bien entendu, le fait que l'on utilise une période de 5 ans ne signifie pas que les estimations initiales sont gravées dans le marbre. Les projections ne seront jamais parfaites, et des chocs inattendus peuvent également se produire. Il s'agit donc d'un processus dynamique, dans lequel les projections de la marge budgétaire sont actualisées chaque année, mais où chaque mise à jour s'inscrit dans une perspective à long terme.

### IMPACT BUDGÉTAIRE DES INITIATIVES

Une évaluation budgétaire est effectuée pour les différentes initiatives. Dans le cadre de cette évaluation, on peut distinguer plusieurs dimensions. Dans cette section, nous dressons une « image idéale » des informations qui devraient être disponibles dans un monde sans restriction de données. Il est évident qu'en pratique ce n'est pas réalisable. Les principales questions concernant la faisabilité de ces calculs sont abordées dans le chapitre 5.

- La mesure a-t-elle un impact budgétaire ponctuel/temporaire ou structurel ? Lorsqu'il s'agit d'une mesure structurelle, les effets doivent également être estimés sur plusieurs années et doivent bien sûr être pris en compte lors de la détermination de la future marge budgétaire. Un exemple particulier et important d'effet structurel est celui d'une mesure qui nécessite un investissement initial et qui ne se traduira en gains d'efficacité qu'ultérieurement.

- Ce qui compte, en définitive, pour le budget pluriannuel, c'est le coût net de l'assurance maladie dans son ensemble. Cela signifie que les retombées des mesures prises dans un secteur sur d'autres secteurs doivent être prises en compte. Cependant, en ce qui concerne la structure de concertation (voir chapitre suivant), il est également important de connaître les effets sur les différents secteurs séparément.
- Comme pour l'estimation de la marge budgétaire, il ne suffit pas, dans le cadre des projections relatives aux coûts des initiatives à plus long terme, de simplement extrapoler un coût/recette initial sur la période projetée. Les facteurs dynamiques tels que la démographie, le contexte socio-économique, la morbidité et l'offre de soins doivent être pris en compte. La prévision des éventuels changements de comportement des prestataires, des citoyens et des patients s'avère essentielle à ce niveau. Ceux-ci peuvent renforcer les effets souhaités, mais il est tout aussi possible que les gains d'efficacité initiaux d'une mesure aient des effets rebonds plus tard (par exemple, la réduction de la valeur d'une lettre-clé dans l'application de la nomenclature peut inciter à la compenser par des volumes plus importants). En principe, lors de l'estimation des effets budgétaires de mesures individuelles sur une période plus longue, il convient donc de tenir compte de divers facteurs d'impact dynamiques. Cela sera souvent impossible. Si l'on est contraint de se limiter à une estimation statique, il convient d'en expliquer qualitativement les limites éventuelles, afin que ces limites puissent être prises en compte dans le processus de décision.
- Lorsque plusieurs mesures sont introduites simultanément, il peut être trompeur de calculer les effets de chacune d'elles séparément, car les effets ne seront pas toujours indépendants les uns des autres. Les éventuels effets d'interaction entre les différentes mesures proposées doivent toujours être pris en compte. Quand ces mesures sont prises dans des secteurs différents, le danger de le perdre de vue est particulièrement grand.
- On aura compris que si, dans certaines situations, l'impact budgétaire d'une mesure peut être estimé assez facilement et de manière robuste (par exemple, pour une baisse linéaire du prix des médicaments), dans d'autres cas, l'estimation sera beaucoup plus subtile (pensons, par exemple, à l'introduction de la définition de la « prescription la moins chère », qui vise plutôt une dynamique de marché positive sur le marché hors brevet). Les estimations de l'impact budgétaire d'initiatives spécifiques seront donc réalisées avec des degrés d'incertitude variables. Il est recommandé d'indiquer ce degré d'incertitude de manière qualitative et, si possible, également quantitative, par exemple au moyen d'un intervalle de confiance avec une limite inférieure et supérieure.
- Enfin, la question se pose de savoir dans quelle mesure les effets budgétaires qui (pourraient) se produire en dehors du périmètre AMI doivent être inclus dans l'évaluation, et si une appréciation qualitative est suffisante dans ce cas ou si une appréciation quantitative est également souhaitable. Nous avons déjà donné des exemples de ces effets, qui s'inscrivent dans une approche « *health in all policies* ». L'estimation de l'impact sur le budget global du gouvernement n'est pas un exercice banal, et ces effets devraient peut-être être expliqués en termes qualitatifs afin qu'ils puissent être pris en compte dans la future concertation relative aux objectifs. Lors de l'élaboration du budget pluriannuel des soins de santé, il convient de se concentrer uniquement sur le secteur de l'assurance maladie lui-même.

Idéalement, il faudrait finalement estimer pour chaque initiative le calendrier des effets budgétaires au cours des cinq prochaines années avec (a) en plus de l'effet global, une ventilation entre les différents secteurs ; (b) une indication des limites de l'estimation et du degré d'incertitude (idéalement avec une limite supérieure et une limite inférieure) ; (c) une évaluation qualitative des effets budgétaires possibles en dehors du secteur de la santé.

### d) Prioritisation

Une fois dressée la liste des initiatives et de leurs effets attendus et estimations budgétaires, il convient de fixer des priorités. Ce faisant, les effets budgétaires des différentes initiatives concrètes devraient être intégrés dans la marge budgétaire estimée. Il s'agit d'un choix politique et éthique à faire au sein des instances appropriées, existantes ou modifiées. Les initiatives sélectionnées peuvent soit être attribuées à une commission individuelle, soit être incluses dans une ligne transversale, prévue dans la structure de concertation adaptée. Ces éléments de procédure sont détaillés au chapitre 4.

Si l'intention est également de promouvoir les soins intégrés (un défi qui a été fortement souligné au chapitre 2 et qui sera approfondi au chapitre 8), il pourrait être envisagé de stimuler les initiatives « expérimentales » comportant une composante importante de collaboration interprofessionnelle, par exemple en prévoyant un financement initial (*seed money*) pour ce type d'initiatives dans le budget global. Il va sans dire que ces initiatives devraient également faire l'objet d'une évaluation ex post sérieuse par la suite.

### e) Évaluation ex-post des initiatives et ajustement de la politique

Comme nous l'avons déjà souligné plus haut, les initiatives concrètes doivent être évaluées sur une base régulière, au niveau des deux dimensions que sont les résultats et les coûts. Cette évaluation régulière poursuit deux objectifs importants. Tout d'abord, il faut adapter la politique si nécessaire. C'est l'effet direct. Il y a cependant aussi un effet indirect important : la comparaison des projections avec les réalisations (tant en termes d'effets sur les résultats que d'impact budgétaire) fournit également des indications essentielles sur le fonctionnement du système de soins de santé. Les connaissances acquises peuvent aider à affiner les projections à l'avenir.

#### ÉVALUATION DES EFFETS ET DE L'IMPACT BUDGÉTAIRE

Les résultats des mesures sur les indicateurs de résultats prédéfinis doivent être mesurés par rapport aux objectifs initialement fixés. Cela suppose que des informations sur l'évolution de ces indicateurs soient régulièrement collectées et évaluées. De même, le coût réel (ex post) des différentes initiatives doit être régulièrement évalué et comparé aux projections initiales.

Dans cet exercice, les initiatives dans le cadre des « appropriate care » ne doivent pas non plus être négligées. L'impact budgétaire de ces initiatives doit également être pris en compte, et il ne faut pas oublier qu'elles peuvent avoir des effets (souhaitables ou non) sur les résultats.

L'estimation de ces effets est moins évidente qu'il n'y paraît à première vue et nécessite une évaluation scientifique approfondie. En effet, il ne suffit pas de comparer les dépenses ou les résultats pour un indicateur donné pendant la période avant et après l'introduction de la mesure.

Après tout, même sans la mesure, il y aurait eu des changements dans les résultats ou les dépenses (nous avons donné plus haut quelques exemples d'influences possibles à cet égard). Lors de l'évaluation des initiatives politiques, il faut essayer de comparer les résultats réels avec le « counterfactual » de ce que l'évolution aurait été sans la mesure. Les chocs inattendus et les évolutions exogènes ne peuvent être attribués à la mesure. Cette distinction est essentielle dans le contexte de l'incitation des commissions d'accords et de conventions (voir chapitre 4).

#### ÉQUILIBRER LES COÛTS ET LES AVANTAGES

Finalement, il faut, bien sûr, mettre en balance les coûts et les avantages pour décider de poursuivre ou d'interrompre l'initiative. Si les effets attendus de la mesure ne sont pas atteints, ou si les coûts réels sont plus élevés que le montant initialement estimé, la mesure doit être reconsidérée. Cette évaluation ex post doit être intégrée au processus décisionnel de manière régulière et structurée.

## 4. Une structure de concertation adaptée

Dans ce chapitre, nous allons examiner comment les principes généraux proposés au chapitre 3 pourraient être mis en œuvre dans la structure de concertation de l'INAMI. Comment formuler et évaluer les objectifs en matière de santé et de soins de santé ? Comment intégrer la programmation budgétaire pluriannuelle dans la pratique des budgets annuels ?

Nous proposons un ensemble cohérent de réformes de la structure existante pour rendre tout cela possible :

- A. Une structure interfédérale pour la concertation sur les objectifs de santé
- B. La création d'une Commission d'évaluation des objectifs des soins de santé (CEOS)
- C. Adaptation des tâches de la Commission de Contrôle Budgétaire (CCB)
- D. Nouvelles tâches et obligations pour les organes de concertation existants
- E. Une procédure budgétaire responsable
- F. Création d'un Observatoire des Coûts à Charge des Patients

Dans la section G, nous intégrons ces différents éléments dans un calendrier réaliste. Enfin, la section H suggère la possibilité d'établir un « fonds de transition ».

La structure actuelle de concertation de l'INAMI est déjà compliquée et, en principe, il serait souhaitable de réduire le nombre de comités. Notre proposition ne va pas dans ce sens. Au contraire, nous consolidons et élargissons les missions de la Commission de Convention Transversale récemment créée et en ajoutons une nouvelle : la Commission d'Evaluation des Objectifs de soins de Santé. En outre, nous envisageons également la mise en place d'un Observatoire des Coûts à Charge des Patients et la création d'une nouvelle Cellule Technique Prospective. Nous intégrons donc les idées de transversalité, d'objectifs de (soins de) santé et de planification pluriannuelle dans la structure de concertation existante. Cela ne signifie pas pour autant que nous ne devons pas nous efforcer à l'avenir de simplifier cette structure de concertation. Ces simplifications peuvent facilement être conciliées avec la réforme procédurale proposée dans ce chapitre.

### a) [Une structure interfédérale pour la concertation sur les objectifs de santé](#)

Comme souligné dans les chapitres précédents, la poursuite d'objectifs de santé à long terme nécessite la mise en œuvre d'un ensemble de politiques dans différents domaines : logement, alimentation, enseignement, emploi, inégalités socio-économiques, environnement, aménagement du territoire, cohésion sociale... et soins de santé. Pour obtenir un résultat à long terme, ces politiques doivent converger et être alignées les unes sur les autres. Dans le cadre de la répartition actuelle des compétences, cela implique nécessairement que toutes les entités institutionnelles s'accordent sur les objectifs de santé. Une fois qu'un consensus a été atteint sur les objectifs et les indicateurs de santé, les différentes entités peuvent se mettre d'accord sur la mise en œuvre de politiques, de projets ou d'actions pertinentes, chacune dans le cadre de ses propres compétences. Cette procédure décisionnelle est tout à fait analogue à ce que l'on appelle au niveau européen la « méthode ouverte de coordination » (MOC).

*Définir et fixer des objectifs de santé* est la première étape de l'élaboration d'une politique de santé à long terme. Nous avons mentionné précédemment que ceux-ci devraient s'inscrire dans une vision à long terme, et par exemple pour une période d'une dizaine d'années. Toutefois, une mise à jour régulière est nécessaire et il est évident que cela doit se faire au début d'une nouvelle législature (c'est-à-dire en principe une fois tous les cinq ans). L'état d'avancement des projets et actions concrets devrait bien entendu être évalué sur une base plus régulière, par exemple annuellement.

Le soutien et la communication de ces objectifs de santé sont essentiels. La méthode et le processus de fixation de ces objectifs sont donc aussi importants que le contenu des objectifs eux-mêmes. Nous pensons donc que les objectifs en matière de santé doivent être discutés et fixés en dernier ressort au sein des différents parlements. En associant le Parlement et les citoyens au choix des objectifs de santé, il serait possible de mettre en évidence leurs lacunes, de susciter un soutien en leur faveur et de mobiliser la population autour d'eux. Nous proposons que la méthode globale, interfédérale et intersectorielle – par exemple à l'initiative du gouvernement fédéral et/ou d'une des entités fédérées – soit fixée par le Comité de concertation. Une vaste enquête auprès de la population devrait être suivie de débats dans les différents parlements. In fine, la décision définitive sera prise par le Parlement fédéral. La durée de ce processus ne devrait pas dépasser six mois.

Dans une deuxième phase, et sur la base de cet apport démocratique, les responsables politiques devraient s'efforcer de parvenir à un consensus sur les objectifs de santé par domaine politique (soins, logement, environnement, éducation, etc.). Cette tâche pourrait être confiée aux *Conférences Interministérielles (CIM)* concernées, composées de membres du gouvernement fédéral et de responsables des communautés et des régions. La *CIM Santé publique* pourrait mener ces discussions et être conseillée par un panel d'experts et de représentants des parties prenantes du secteur de la santé. Le processus de prise de décision pendant la pandémie de COVID-19 a démontré l'utilité et la nécessité de ce système de coordination ouvert. Le Conseil Supérieur de la Santé a agi comme l'un des organes consultatifs scientifiques de cette constellation.

S'il n'est pas possible de parvenir à un consensus au sein de la CIM sur les objectifs prioritaires en matière de santé, chaque entité reste responsable de la fixation de ses propres priorités.

b) Création d'une Commission d'évaluation des objectifs de soins de santé (CEOS)

La politique des soins de santé doit, bien entendu, également contribuer à la poursuite des objectifs de santé. Comme décrit ci-dessus, les objectifs en matière de soins de santé doivent non seulement être fonction des objectifs de santé à long terme, mais aussi, dans une perspective plus large, répondre à d'autres défis à long terme, tels que l'évolution des besoins en matière de soins de santé, à l'offre et à la disponibilité nécessaires de la main-d'œuvre, aux problèmes d'accessibilité, d'efficacité et de qualité des soins. Au cours du premier semestre 2021, pendant la préparation du budget 2022, un tour ouvert a été organisé durant lequel des fiches avec des objectifs de soins de santé et des projets concrets (également de « appropriate care ») pouvaient être soumis par des parties intéressées en dehors des organes traditionnels de l'INAMI. La qualité moyenne de ces fiches était élevée, et de nouvelles idées intéressantes sont apparues grâce à cette procédure. Il est judicieux de répéter cette procédure régulièrement, surtout au début de la législature, mais aussi entre les deux si nécessaire. Toutefois, l'appel devrait être plus structuré, en ne faisant référence qu'aux fiches qui sont conformes aux objectifs de santé définis. En plus de cette consultation publique, la procédure traditionnelle de soumission de propositions par les commissions d'accords et de conventions continuera bien sûr d'exister.

Nous proposons que l'ensemble de ces propositions soient discutées et préparées au sein d'une Commission de convention transversale (CCT) – qui peut elle-même être formée par une combinaison ad hoc de commissions d'accords et de conventions composée en fonction du contenu des initiatives transversales à discuter (comme décrit dans la note 2021/352 du Comité de l'Assurance). En outre, l'ensemble du processus doit faire l'objet d'une évaluation continue par une nouvelle commission, la *Commission d'évaluation des objectifs de soins de santé* (CEOS).

Cette CEOS serait au même niveau et aurait les mêmes pouvoirs que l'actuelle Commission de contrôle budgétaire (CCB). En d'autres termes, il s'agirait d'un nouvel organe au sein de la structure actuelle de concertation sur les soins de santé, dont la tâche serait d'évaluer les propositions d'objectifs de soins de santé, leur avancement et leur pertinence, et de soumettre ces avis au Comité de l'assurance et au Conseil général. Comme la CCB, elle comprendrait des représentants des assureurs, des prestataires de soins de santé et du gouvernement. En outre, un poste spécifique de « conseiller en matière d'objectifs de santé » serait créé : il coordonnerait la CEOS et présiderait ses délibérations. Cette Commission a un rôle consultatif et il est donc également approprié de prévoir une très large représentation de scientifiques et d'autres experts. Lorsque ses avis ont des implications budgétaires immédiates, cette Commission peut être appuyée par la Cellule Technique Prospective Commune, dont le fonctionnement sera expliqué plus en détail dans la suite du texte.

La création de la CEOS implique une modification de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée, coordonnée le 14 juillet 1994, qui régit les organes de gestion de l'assurance maladie en Belgique (Gouvernement fédéral, 1994). Par analogie avec la CCB, ce nouvel organe devra lui aussi être créé et ses tâches et sa composition devront être fixées par la loi.

c) Adaptation des tâches de la Commission de Contrôle Budgétaire (CCB)

Le passage à un budget pluriannuel exige également que les tâches de la Commission de contrôle budgétaire soient élargies pour inclure les éléments suivants :

- Rédiger et évaluer une projection quinquennale des budgets global et partiel (au début de la législature), en indiquant explicitement les hypothèses, les variables et les inconnues de cette projection. À cette fin, la CCB sera soutenue par une cellule technique nouvellement créée pour les projections budgétaires, qui résultera de l'intensification de la collaboration entre le Bureau fédéral du Plan et les services de l'INAMI. Nous appelons cette cellule « Cellule Technique Prospective Commune » pour le moment, et nous discuterons plus en détail de la raison de sa création dans le chapitre suivant ;
- Évaluer annuellement la pertinence des projections à long terme en vue d'introduire un planning budgétaire dynamique pouvant intégrer de nouvelles informations sur l'évolution des besoins, les mesures de revalorisation et les facteurs exogènes.

Les tâches et les fonctions de la CCB sont décrites à l'article 18 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, qui devra être modifiée en conséquence.

d) Nouvelles tâches et obligations pour les organes de concertation existants

Les tâches et les obligations du Comité de l'assurance et du Conseil général devraient également être étendues à la sélection et à la formulation d'objectifs de santé à long terme (découlant, entre autres, de l'éventuel consensus atteint au sein de la CIM Santé publique) et d'objectifs de soins de santé. Les tâches et devoirs du Comité de l'assurance et du Conseil général sont précisés respectivement à l'article 22 et à l'article 16 de la loi du 14 juillet 1994, qui devront donc être modifiés pour tenir compte des nouvelles fonctions.

Enfin, les tâches et les fonctions des Commissions d'accords et de conventions devraient également être élargies :

- un chapitre sur la contribution, la participation, le soutien, les actions et les mesures liées aux objectifs en matière de santé et de soins de santé ;
- une évaluation des hypothèses sur les besoins utilisées dans les projections budgétaires ;
- une analyse des écarts entre les objectifs budgétaires partiels et les dépenses réelles, afin d'identifier l'origine des écarts et leur éventuelle attribution (voir la section E).

L'intention est que les accords et conventions souscrivent activement à une approche selon laquelle le budget est pensé en termes d'objectifs explicites de soins de santé.

À cet égard, les textes légaux faisant référence à chacune de ces conventions (dont la liste se trouve aux articles 11 et suivants de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi sur l'assurance maladie [Gouvernement fédéral, 1996]) devront être adaptés à ces nouvelles tâches.

e) Une procédure budgétaire responsable

Nous allons maintenant décrire comment ces nouvelles tâches et ces nouvelles commissions peuvent être utilisées dans un processus cohérent de budgétisation responsabilisant. Nous allons d'abord discuter des limites du système budgétaire « classique », puis nous proposons une approche alternative.

LE SYSTÈME BUDGÉTAIRE « CLASSIQUE » ET SES LIMITES

Le système de budgétisation utilisé ces dernières années n'est ni responsabilisant ni motivant et se limite à un exercice annuel visant à éviter un déficit par rapport à la norme budgétaire légale. Le critère le plus important pour prendre des mesures d'économie ou lancer de nouvelles initiatives est le respect de la norme de croissance légale pour le budget total de l'INAMI, c'est-à-dire uniquement les prestations remboursées, et non les dépenses totales de soins de santé.

Pour ce faire, on compare le résultat global des estimations techniques à politique constante avec la norme. Il y a trois situations possibles :

*A) La projection globale (T+1) des estimations techniques dépasse l'objectif budgétaire*

Dans ce cas, des mesures d'économie sont nécessaires. Elles se concentreront principalement sur les secteurs de la santé qui ont dépassé leur propre objectif de budget partiel au premier trimestre. Les autres secteurs qui sont restés en dessous de leur objectif budgétaire ne pourront pas utiliser la marge positive de T-1, car sinon la nécessité de prendre des mesures d'économie supplémentaires ailleurs augmenterait. Au demeurant, il est clair qu'il n'y a pas de droit de tirage sur ces marges positives.

*B) La projection globale (T+1) des estimations techniques est proche de l'objectif budgétaire*

Les estimations techniques sont alors maintenues, de sorte que les mesures d'économie ne sont pas nécessaires. Toutefois, les taux de croissance des estimations techniques des différents objectifs budgétaires partiels peuvent différer considérablement. Comme nous l'expliquerons plus en détail au chapitre 5, ils reflètent les taux de croissance du passé, avec ou sans la réalisation d'économies réelles par l'ajout de nouvelles initiatives. Les évolutions passées se reflètent donc en définitive dans les estimations techniques et dans les taux de croissance des objectifs budgétaires partiels.

*C) La projection globale (T+1) des estimations techniques est inférieure à l'objectif budgétaire*

Il existe donc une marge générale, mais à qui doit-elle être attribuée ? Dans cette situation, la tentation est de minimiser les risques de dépassement dans certains secteurs en affectant cette marge aux secteurs de la santé qui ont présenté un dépassement en T-1. C'est aussi ce qui se passe dans la réalité. Si le résultat global du T-1 était de toute façon positif, le solde positif de cette année est « perdu » pour le budget des soins de santé, mais contribue à l'équilibre de la sécurité sociale en général.

Il y a une très courte période de temps entre la connaissance et l'analyse des dépenses en T-1 (vers le mois de mai de l'année T) et le moment où une proposition pour T+1 doit être formulée (septembre de l'année T). Comme la décision finale du Conseil général est prise en octobre de l'année T, il ne reste que deux mois (novembre et décembre) pour la concrétisation des propositions qui peuvent avoir un impact sur T+1, et donc commencer en janvier de l'année T+1. En raison des délais de facturation, cela signifie effectivement qu'à T+1 il n'y a des conséquences possibles que pour un maximum de 10 mois. Les seules propositions ayant un certain impact sont alors celles de type linéaire, telles que la réduction ou la suppression de la masse d'indexation ; la réduction de remboursements de l'assurance maladie ; la suppression ou la réduction des tarifs de certains services. Les mesures ayant un effet sur le volume (influence sur le comportement des prescripteurs, introduction de montants forfaitaires) nécessitent des discussions et des mesures plus détaillées et sélectives dont l'effet est incertain et prend du temps. Les mesures plus structurelles ayant un effet sur l'offre et l'organisation de l'offre (et donc du personnel soignant) nécessitent encore plus de temps.

### ANALYSE DES DÉPENSES ET DES BUDGETS POUR LA PÉRIODE 2015-2021 : ILLUSTRATION

L'analyse des dépenses et des budgets pour la période 2015-2019 illustre les limites du processus budgétaire actuel. L'objectif budgétaire global au niveau de l'INAMI a augmenté de 1,5 % par an en termes réels au cours de cette période, soit la norme légale. Malgré ce faible taux de croissance (en tout cas inférieur aux projections du Bureau du Plan), toutes ces années se sont soldées par un solde positif. Au début de l'année T, les premières estimations techniques prévoyaient un résultat final négatif et des mesures d'économie étaient nécessaires. Celles-ci ont été principalement linéaires, conformément à ce que nous avons dit plus haut, à savoir la réduction des masses d'indexation et les réductions linéaires du remboursement. Il n'y avait pas de place pour de nouvelles initiatives – ou très peu, et souvent ces dernières étaient subordonnées à la réalisation d'économies antérieures. Mais si les 19 secteurs « classiques », du fait de ces économies linéaires et de la réalité des dépenses, sont restés bien en deçà de leurs objectifs budgétaires, un secteur en particulier, celui des spécialités pharmaceutiques, a dépassé son budget chaque année.

Au final, cet excédent pour les spécialités pharmaceutiques a donc été compensé par les marges des autres secteurs, de sorte que les comptes de l'INAMI ont pu être équilibrés et même clôturés avec un léger excédent. Ce résultat inattendu n'était pas prévu et est donc une « heureuse » coïncidence. La croissance importante accordée au secteur pharmaceutique en 2019 a été possible, car les estimations techniques sont restées largement dans la norme légale de 1,5 %. Cela ne laissait donc aucune place pour de nouvelles initiatives. Il n'était possible de financer les soins que si la politique restait inchangée. En 2020 et 2021, les estimations techniques pourraient également être acceptées sans mesures de réduction des coûts en raison de la norme plus élevée de 2,5 % et de l'ajout de budgets extraordinaires (c'est-à-dire en dehors de cette norme de 2,5 %) pour la revalorisation du personnel soignant, pour le financement d'initiatives en matière de santé mentale et pour les mesures liées au COVID.

### VERS UNE PLANIFICATION BUDGÉTAIRE RESPONSABILISANTE À LONG TERME

Une planification budgétaire responsabilisante dans une perspective à moyen et long terme nécessite un accord sur les principes et les stimulants qui désignent les responsabilités en cas de sur ou sous-utilisation. Le financement des hôpitaux et le budget des médicaments doivent être intégrés dans cet exercice.

À cette fin, nous proposons les principes suivants :

***Principe 1. Faire une projection objective et bien documentée des dépenses pour les cinq prochaines années.***

La projection des dépenses pour les cinq prochaines années sera basée, comme aujourd'hui, sur les tendances passées, mais elle devra aller le plus loin possible au-delà de la simple poursuite des tendances et tenir compte de l'évolution des différentes variables qui déterminent l'évolution des dépenses dans chaque secteur, qui seront calculées par la Cellule Technique Prospective Commune. Une explication plus détaillée des éléments techniques de ces projections est reprise au chapitre 5. Tous les secteurs seront invités à analyser et à approuver les projections dans leurs comités respectifs, en indiquant clairement l'impact des différentes variables :

- évolutions démographiques, taille et composition de la population, vieillissement ;
- l'impact sur la croissance (ou la baisse) des volumes, par exemple en raison de la croissance de l'offre de prestataires, de la digitalisation, de l'automatisation des techniques ou de l'introduction de nouveaux traitements ;
- effet de la hausse des salaires ;
- effet d'un meilleur remboursement pour améliorer l'accessibilité ;
- effet des économies.

Dans cette projection, les nouvelles réformes, les innovations, les nouvelles initiatives, l'amélioration de la qualité, l'augmentation de la forfaitarisation doivent être explicitement prises en compte afin de pouvoir les distinguer de l'évolution à politique constante.

***Principe 2. Examiner et analyser chaque année les différences entre les projections à moyen terme et les dépenses réelles.***

Chaque année, pour chaque secteur, la cause des écarts entre les estimations (budgets basés sur des projections) et les dépenses réelles doit être identifiée. Il existe trois situations possibles, qui peuvent avoir des conséquences financières différentes pour les secteurs concernés :

- La différence entre les projections et les dépenses est due à des différences imprévues dans l'effet des variables explicatives incluses dans le modèle de projection. La sous-utilisation des crédits ne peut donc pas être interprétée comme le résultat de nouvelles politiques. L'excédent qui en résulte ne peut donc pas revenir au secteur, mais doit être versé au budget pour les objectifs transversaux. Si l'objectif budgétaire est dépassé, une analyse minutieuse des différences (impact du volume, impact du prix unitaire, impact des changements dans la prestation de services, etc.) doit être effectuée pour déterminer si le dépassement nécessite une révision du modèle de projection ou des mesures correctives dans le cadre du budget proposé initialement.

- La différence entre les projections et les dépenses est due aux nouvelles mesures politiques. Si ces résultats sont positifs, la différence est acceptable et la marge reste en partie dans le secteur où les économies ont été réalisées. La partie résiduelle est transférée au budget pour les objectifs transversaux. En cas de résultats négatifs, cette nouvelle politique doit être corrigée.
- La différence entre les projections et les dépenses est due à des facteurs exogènes imprévisibles. Ces différences ne peuvent être attribuées aux secteurs de la santé. S'il y a un excédent, il peut être affecté au budget des objectifs transversaux. S'il y a un déficit, il faut chercher des solutions globales.

**Principe 3. Affectation des marges à l'objectif budgétaire transversal.**

L'objectif budgétaire transversal sera alimenté par la marge non allouée entre la norme budgétaire (actuellement 2,5 %) et les estimations et projections techniques basées sur des politiques constantes. Par la suite, il sera également alimenté, entre autres, par les marges des secteurs en sous-consommation, estimées en appliquant le principe numéro 2. Cela inclut également une partie des recettes des initiatives "appropriate care". Les marges ne disparaîtraient donc plus dans la gestion globale de la sécurité sociale. Ce principe s'est déjà concrétisé dans le cadre de l'opérationnalisation du budget de la santé 2022 avec l'introduction du nouvel objectif budgétaire partiel « Objectifs transversaux en matière de santé », qui réserve 48,6 millions d'euros de la marge budgétaire de 123 millions d'euros aux 8 projets transversaux approuvés (note CGSS 2021/086). Cette proposition s'appuie également sur la méthodologie transversale approuvée par le Comité de l'assurance le 29 novembre 2021 (CSS 2021/352). Le budget transversal pourrait également servir à financer les coûts transitoires liés aux nouvelles politiques (par exemple, le soutien à la reconversion du personnel, le remboursement de certains coûts après la fermeture de services, etc.) Dans ce contexte, la création explicite d'un Fonds de transition peut également être envisagée (voir section H).

Compte tenu du temps nécessaire pour la première opération, c'est-à-dire pour convenir de projections à moyen terme avec des variables significatives et pour intégrer les effets des nouvelles politiques, il n'est réaliste de lancer cette opération que pour la période 2023-2025. L'année 2022 doit être considérée comme une année de rétablissement, c'est-à-dire un retour progressif à la normale. La première révision des projections à long terme aurait donc lieu en 2024 sur la base des résultats de 2023.

Dans ce rapport, nous ne discuterons pas des implications de nos propositions pour le système de responsabilité financière des caisses d'assurance maladie. En principe, cela peut être intégré sans problème dans la procédure que nous proposons.

f) Création d'un Observatoire des Coûts à Charge des Patients

Jusqu'à présent, dans ce chapitre, nous nous sommes concentrés exclusivement sur le budget des dépenses de l'INAMI. Bien entendu, cela ne représente qu'une partie de la dépense totale de santé. Dans une perspective plus large, ces derniers se composent d'une partie qui est supportée par la solidarité, les interventions du régime fédéral d'assurance maladie obligatoire, les régions, les communautés et les autorités locales, et d'une autre partie qui est supportée par les patients. Tout changement dans la politique de santé affecte directement ou indirectement les coûts supportés par les patients. Il est donc important de veiller à ce que la recherche de l'équilibre financier dans les budgets de l'INAMI et d'autres organismes ne soit pas répercutée sur les patients.

Comme déjà indiqué au chapitre 2 et expliqué plus en détail au chapitre 9, la quote-part des patients dans les coûts des soins de santé en Belgique est déjà élevée, selon les comparaisons internationales. Cependant, l'estimation précise de ces coûts, et plus particulièrement l'évolution des dépenses en sus des tickets modérateurs, est difficile car il n'existe pas d'enregistrements, de données ou d'indicateurs systématiques pour toute une série de coûts, y compris les suppléments ambulatoires, les services non remboursés (médicaments non remboursés, frais dentaires, lunettes, appareils auditifs...), ou divers autres coûts liés à la maladie (frais de transport, services de garde d'enfants...). Les études montrent cependant qu'il est de plus en plus difficile pour les patients issus de catégories socio-économiques faibles de supporter ces coûts.

Afin d'avoir une vision claire et complète des coûts à charge des patients, d'évaluer en permanence l'évolution de ces coûts et leur impact, de signaler les risques financiers éventuels pour les patients des projets et propositions de politique de santé, et enfin de faire des propositions proactives et structurelles pour réduire ces coûts, nous suggérons, à l'instar de l'Observatoire des maladies chroniques, de créer un Observatoire des Coûts à Charge des Patients, qui serait établi au sein du Conseil scientifique du Service des soins de santé de l'INAMI. Le cas échéant, on pourrait envisager de placer ce nouvel observatoire au sein du « forum des patients » prévu à l'INAMI. Toutefois, l'Observatoire n'a pas vocation à se limiter aux organisations de patients. Parce qu'il devra également recueillir des informations sur le contenu des conventions, sur la transparence des coûts, sur la couverture de l'assurance maladie obligatoire, d'autres parties prenantes doivent également être impliquées.

g) Un calendrier réaliste

La formulation et le suivi des objectifs de santé, des objectifs en matière de soins de santé et des objectifs budgétaires doivent être effectués de manière cohérente et réaliste. Les objectifs formulés annuellement doivent s'inscrire dans une vision à long terme, et la poursuite de ces objectifs et résultats nécessite une approche systématique et progressive afin de fournir aux acteurs des soins de santé une perspective et un cadre stables.

De ce point de vue, la première année d'une législature devrait être réservée à l'éventuelle réévaluation des objectifs de santé à long terme et à la formulation des objectifs en matière de soins de santé. La deuxième année sera alors, à nouveau mais pour la dernière fois, un exercice basé sur les « anciens » développements et indicateurs (T-1). De la troisième à la cinquième année de la législature, il s'agit d'évaluer l'avancement des différentes étapes, les premiers résultats et les coûts, et éventuellement de corriger, compléter, voire supprimer certains projets ou mesures, ou de réviser les objectifs à long terme en fonction des événements extérieurs, des nouvelles connaissances ou des innovations médicales. C'est l'aspect dynamique du planning pluriannuel. Nous proposons successivement les trois itinéraires de décision pour les objectifs de santé, les objectifs de soins de santé et les initiatives et projets spécifiques qui s'inscrivent dans les objectifs budgétaires. Ils sont indiqués sur une ligne de temps commune dans la section I.

### L'ITINÉRAIRE DES OBJECTIFS DE SANTÉ

- Année 1

Au cours de la première année de la législature, les objectifs de santé à long terme devraient être fixés ou réévalués. Pour permettre l'apport du Parlement et des citoyens, la première moitié de l'année 1 devrait être réservée à ce débat. Ce rapport sera transmis à la Conférence Interministérielle (CIM), dont la tâche, au cours du second semestre, est de fixer les objectifs prioritaires en matière de santé, autant que possible par consensus. Ainsi, à la fin de la première année, les objectifs de santé de la législature auront été fixés.

- Deuxième année et au-delà

De la deuxième année à la fin de la cinquième année (fin de la législature), la CIM fait le point à la fin de chaque année sur les projets, les réalisations et les mesures à la lumière des objectifs de santé fixés. La conférence de la deuxième année devra également se mettre d'accord sur les indicateurs, les enquêtes (éventuellement en combinaison avec des sources existantes, comme l'enquête belge sur la santé) et les nouvelles observations qui peuvent être utilisés pour évaluer les progrès, les réalisations et les difficultés par rapport aux objectifs de santé.

### L'ITINÉRAIRE DES OBJECTIFS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

- Année 1

La première année, les objectifs en matière de soins de santé seront fixés sur la base des objectifs en matière de soins de santé décidés lors de la législature précédente et des éventuelles nouvelles impulsions déjà décidées par les décideurs politiques. Nous proposons que la concrétisation des objectifs en matière de soins de santé soit discutée et proposée par une Commission de convention transversale (CCT). Ces propositions doivent être approuvées par le Comité de l'assurance, comme c'est le cas pour toutes les commissions d'accords et de conventions. Ils seront ensuite analysés et évalués par la nouvelle Commission d'évaluation des objectifs de soins de santé (CEOS). Enfin, la proposition du Comité de l'assurance et le rapport de la CEOS seront soumis au Conseil général pour discussion, amendement éventuel et approbation. Comme pour la formulation de l'objectif annuel du budget général, nous proposons un délai légal et contraignant pour que le Comité de l'assurance soumette la proposition d'objectifs en matière de soins de santé avant le 1er mai de chaque année.

- Deuxième année et au-delà

Le moment de fixer et d'évaluer les objectifs en matière de soins de santé se situe toujours au cours du premier semestre de l'année. Toutefois, au cours de la deuxième année de la législature, il peut s'avérer nécessaire d'inclure de nouveaux objectifs en matière de soins de santé, en tenant compte des objectifs fixés par la CIM ou par le gouvernement fédéral. La discussion et la sélection de ces éventuels nouveaux objectifs devront suivre le même schéma : Commission de convention transversale – Comité de l'assurance – Commission d'évaluation des objectifs de soins de santé (CEOS) – Conseil général (CG).

La deuxième année et les années suivantes, l'avancement des projets et les résultats obtenus doivent également être évalués afin de proposer des corrections, des ajouts ou des suppressions, si nécessaire. Cette procédure se clôture chaque fois par la présentation d'une proposition par le Comité de l'assurance avant le 1er mai.

#### L'ITINÉRAIRE DE L'OBJECTIF BUDGÉTAIRE ET DES INITIATIVES SPÉCIFIQUES

- Année 1

La première année, il faudra faire une projection budgétaire pour les cinq prochaines années, en supposant que toutes les autres circonstances restent les mêmes. Ces projections seront basées sur l'évolution des besoins, les changements démographiques, l'évolution des comportements de consommation, l'évolution des coûts et des prix unitaires, les tendances passées, etc. La Cellule Technique Prospective Commune est chargée d'estimer ces projections à long terme. Elles seront ensuite discutées au sein du Comité de l'assurance et la proposition sera examinée par la CCB. La proposition du Comité de l'assurance et le rapport de la CCB seront soumis au Conseil général en mai.

Les projections budgétaires, avec toutes les hypothèses, variables et inconnues qui expliquent le mieux possible l'évolution des volumes et des prix, constituent la base de la préparation des budgets des différentes commissions (y compris la Commission de convention transversale). Les implications financières des objectifs en matière de soins de santé et des initiatives concrètes à cet égard seront ajoutées. Sur la base de ces informations, le Comité de l'assurance formulera une proposition d'objectif budgétaire global et d'objectifs budgétaires partiels pour le premier lundi d'octobre, qui sera ensuite soumise au Conseil général avec le rapport de la CCB.

- Deuxième année et au-delà

Au cours de la deuxième année et des années suivantes, les projections budgétaires à long terme intégrant l'impact des objectifs en matière de soins de santé devront être évaluées à la lumière de l'évolution réelle des dépenses. Cette évaluation aura lieu au cours du premier semestre et portera sur la pertinence des variables et des hypothèses utilisées, ainsi que sur les facteurs expliquant les écarts (positifs et négatifs) par rapport aux projections. Le but de cet exercice est de déterminer l'origine et les causes des différences et, par conséquent, d'identifier d'éventuelles marges supplémentaires pour le budget des initiatives transversales et/ou pour les secteurs, ou des économies dans le cadre du budget pluriannuel. Cette analyse sera réalisée par la Cellule Technique Prospective Commune et remise aux différentes commissions d'accords et de conventions. Les avis de ces commissions seront ensuite consolidés au sein du Comité de l'assurance avant le 1er mai. La CCB analysera cette évaluation et soumettra un rapport au Comité de l'assurance et au Conseil général.

Ce rapport servira de base à la discussion du budget annuel pour l'année suivante. La préparation du budget annuel commence dans les commissions d'accords et de conventions, en tenant compte des objectifs de santé et de soins fixés par le Conseil général (voir ci-dessus, pour l'itinéraire des objectifs de santé). Ces propositions seront ensuite consolidées au sein du Comité de l'assurance, en tenant compte de la norme de croissance légale. La proposition finale devrait être soumise au début du mois d'octobre, puis examinée par le CCB. La proposition et le rapport seront ensuite soumis au Conseil général pour approbation.

### h) Création d'un Fonds de transition

Nous avons déjà mentionné à plusieurs reprises que la réalisation de certains objectifs budgétaires nécessite des investissements, des transformations de services existants et/ou de nouvelles formations. Il suffit de penser au dossier électronique intégré du patient (qui sera examiné en détail au chapitre 8), à la réduction de la capacité des hôpitaux psychiatriques et à la reconversion du personnel soignant, à la formation aux nouvelles fonctions et à l'accompagnement de l'introduction des soins intégrés, au développement des instruments nécessaires à une politique orientée population... Dans chacun de ces cas, la réforme devra s'étaler sur plusieurs années, et pendant cette période de construction, il se peut qu'il y ait une augmentation temporaire des dépenses, car les anciennes structures existent encore et les nouvelles structures devront être développées simultanément. Pour rendre ces transitions possibles, on peut envisager la création d'un Fonds de transition qui serait alimenté par une dotation annuelle du budget global et par une partie des excédents réalisés post factum (voir section E).

La mise en œuvre concrète de ce Fonds devrait faire l'objet d'une réflexion plus approfondie. En tout cas, la discussion devrait être intégrée dans les itinéraires des objectifs de soins de santé (avec une évaluation et un rapport de la Commission d'évaluation des objectifs de soins de santé) et de l'objectif budgétaire (avec une évaluation et un rapport de la Commission de contrôle budgétaire).

i) Calendrier : calendrier des objectifs de santé, des objectifs de soins budgétaires et des objectifs budgétaires

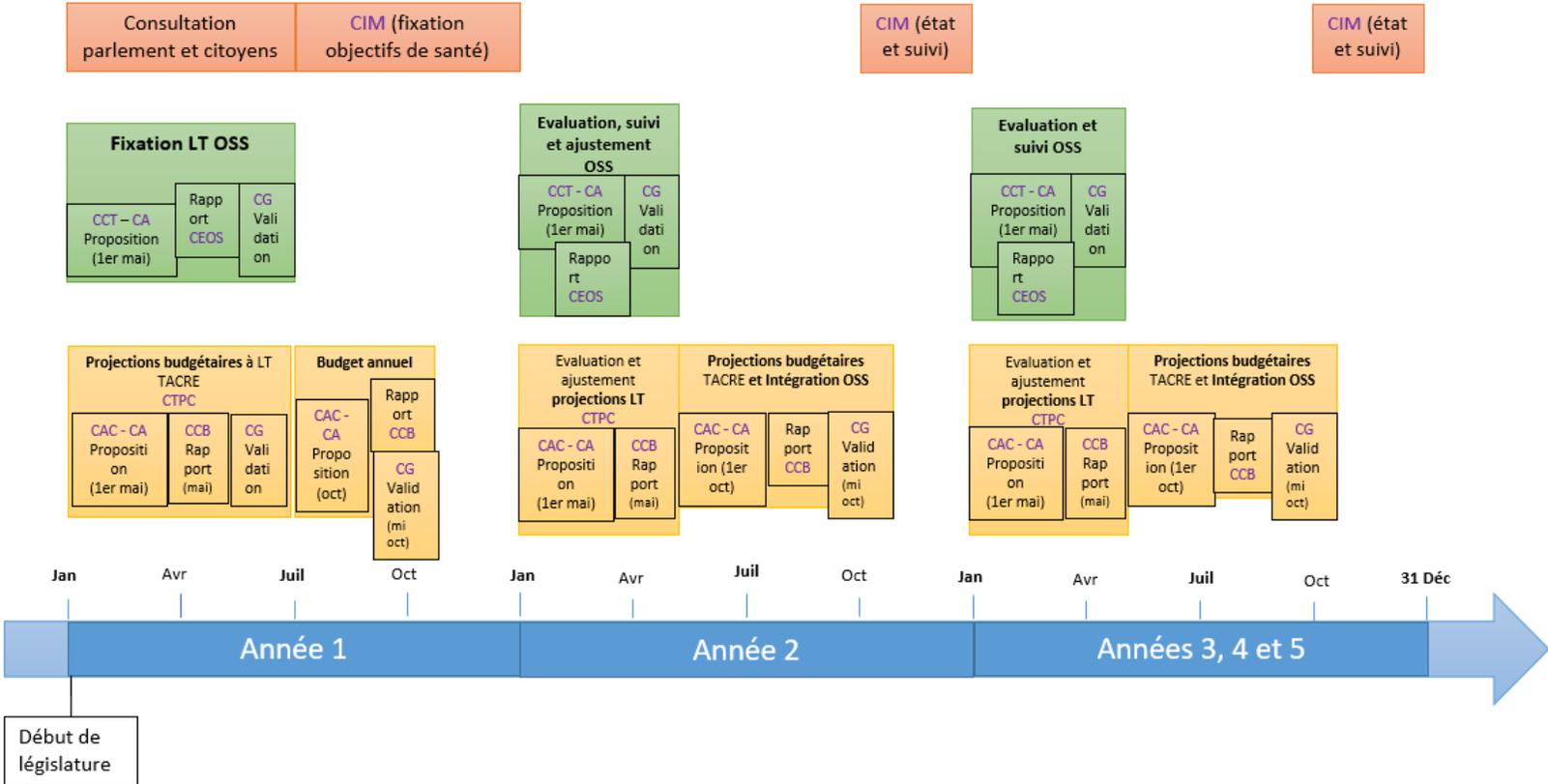
Itinéraire objectifs de santé

Itinéraire objectifs de soins de santé

Itinéraire objectifs budgétaires

**Abbreviations :**  
 LT : long terme  
 OSS : Objectifs de soins de santé  
 TACRE : toutes autres choses restant égales

**Liste des organes de concertation :**  
 CG : Conseil général  
 CA : Comité de l'assurance  
 CCB : Commission de contrôle budgétaire  
 CEOS : Commission d'évaluation des objectifs de soins de santé  
 CIM : conférence interministérielle  
 CAC : commissions d'accords et de conventions  
 CTPC : cellule technique prospective commune  
 CCT : commission de convention transversale



## 5. Projections : PROMES et estimations techniques

Dans le cadre de l'élaboration d'un budget pluriannuel, l'estimation des effets budgétaires est, bien entendu, essentielle. Les deux chapitres précédents montrent que cette nécessité apparaît à au moins trois endroits du processus :

1. L'estimation (ex ante) de la marge budgétaire pour les nouvelles initiatives en simulant un scénario « business as usual » pour les dépenses, qui peut ensuite être mis en balance avec le budget disponible ;
2. L'estimation (ex ante) du coût des nouvelles initiatives ;
3. Évaluation (ex post) du coût réel des initiatives prises dans le passé.

Dans les sections B-D, nous traiterons successivement de ces différentes questions. Cependant, nous commençons dans la section A par une description des instruments existants : les Estimations Techniques de l'INAMI (ci-après ET) et le modèle PROMES, élaboré par le Bureau fédéral du Plan. Ces deux approches sont complémentaires et présentent toutes deux des avantages et des inconvénients. Nous allons d'abord les décrire en termes généraux, puis les appliquer aux trois questions énumérées ci-dessus. Dans la section E, nous présentons quelques mesures qui peuvent être prises pour obtenir les informations nécessaires à l'élaboration d'un budget pluriannuel à l'avenir.

Dans ce chapitre, nous nous concentrons uniquement sur les effets budgétaires et ne nous étendons pas sur la formulation des objectifs. Il va sans dire que lors de l'évaluation d'une trajectoire budgétaire, l'évaluation des résultats des initiatives est également essentielle. Comme décrit dans les chapitres précédents, les effets budgétaires sur lesquels nous nous concentrons ici ne sont qu'un côté de la médaille. Ils doivent être intégrés dans une évaluation globale qui comprend des indicateurs de résultats. Ce chapitre est plutôt technique et se concentre sur les outils qui sont actuellement disponibles et/ou qui devraient être disponibles pour faire des projections pluriannuelles. La manière dont ces informations doivent être intégrées dans le processus de concertation a été traitée dans le chapitre précédent et ne sera pas abordée ici. Toutefois, nous fournissons un argumentaire plus complet en faveur de la création de la Cellule Technique Prospective Commune.

Actuellement, la pandémie de COVID-19 nous place dans une situation complexe, tant l'évolution future de cette pandémie et les coûts associés sont difficiles à prévoir. Dans ce chapitre, nous ne considérons pas les effets COVID : ceux-ci sont abordés au chapitre 6.

a) Estimations Techniques et PROMES : un aperçu

- Les Estimations Techniques (INAMI)

Les estimations de dépenses qui soutiennent le processus budgétaire sont fournies par l'INAMI. Ces estimations techniques (ET) sont principalement destinées à la préparation du budget de l'année suivante. Elles sont parfaitement adaptées à cette approche à court terme. La force des ET réside dans le fait qu'elles se basent sur les données les plus récentes et les plus détaillées, qui sont aussi constamment mises à jour. La méthodologie varie entre les différentes composantes des dépenses de soins de santé, mais en général, elle est basée sur une analyse des tendances des dépenses agrégées par habitant pour les différents sous-postes, en tenant compte de l'évolution de la population totale dans la projection, mais sans tenir compte explicitement des changements dans la composition de la population. Les changements structurels dans la composition de la population peuvent toutefois être inclus dans la tendance dans une certaine mesure. Les estimations techniques ne supposent aucun changement de politique : seules les mesures qui ont déjà été décidées et mises en œuvre sont incluses dans les projections. Afin de parvenir à l'estimation la plus pure possible de la tendance structurelle sans impact de la politique, celle-ci est estimée après avoir retiré des observations les effets des mesures politiques du passé. Cette tendance est ensuite prolongée dans le futur, et les effets des mesures politiques en place au moment de la prévision sont à nouveau ajoutés (ou soustraits) dans la projection. Les mesures politiques non encore mises en œuvre ne sont pas incluses dans les extrapolations. Dans certains cas, des informations plus riches sont utilisées. C'est, par exemple, le cas pour les dépenses relatives aux nouvelles spécialités pharmaceutiques où une concertation avec le secteur pharmaceutique sur l'évolution probable est intégrée. Parfois, les estimations et l'expertise des différentes commissions d'accords et de conventions sont également incorporées dans la projection. Pour la plupart des secteurs, les ET projettent les dépenses avec les prix de l'année où le budget est préparé.

L'estimation de la tendance est généralement basée sur les cinq dernières années. En principe, une estimation de la tendance basée sur une période plus longue serait préférable, sauf en cas de ruptures structurelles dans l'utilisation. Il n'est pas facile d'interpréter cette tendance, car il s'agit en fait d'une variable *fourre-tout* qui, outre les changements démographiques, inclut également les changements dans l'offre et le comportement des patients et des prestataires, les effets des changements technologiques et des changements structurels dans l'organisation des soins, etc. sans pouvoir distinguer ces différents facteurs.

- Le modèle PROMES (Bureau fédéral du Plan)

La méthode suivie dans le modèle PROMES est complètement différente. PROMES repose sur des estimations économétriques basées sur les données d'utilisation et de dépenses individuelles de l'échantillon permanent élaboré par l'AIM. La méthode d'estimation est sophistiquée et distingue, pour de nombreux secteurs, la probabilité qu'un individu ayant des caractéristiques données ait recours à des soins et la quantité de soins utilisés par cet individu, à condition qu'il ait recours à des soins. Compte tenu de la base de données utilisée, il n'est pas surprenant que PROMES soit plutôt un modèle axé sur la demande, où les effets des changements dans l'offre et dans le comportement des prestataires ne sont modélisés que de manière simple en introduisant des variables d'offre globales (par exemple, la densité en médecins généralistes dans une certaine région). Les variables de l'offre sont certainement importantes à plus long terme : par exemple, la disponibilité du personnel de santé peut être un facteur limitant qui freinera l'augmentation projetée des dépenses. Il existe également d'importants effets de substitution : la demande de soins à domicile peut également dépendre de la disponibilité de lits MRPA.

Ainsi, alors que les effets d'offre ne sont inclus dans PROMES que de manière simple, les effets de demande liés aux changements dans la structure d'âge de la population sont repris de manière détaillée dans le modèle. Par exemple, chaque secteur est affecté différemment par les changements démographiques : l'évolution de la structure d'âge et le fait que certains groupes de dépenses sont proportionnellement plus consommés par une population plus âgée sont pris en compte. Ainsi, la demande de soins infirmiers à domicile sera largement déterminée par le vieillissement de la population. L'augmentation du nombre de malades chroniques et de la multimorbidité est dans une certaine mesure prise en compte par PROMES, car il intègre des indicateurs de morbidité basés sur l'utilisation des médicaments. Des indicateurs de maladies chroniques, comme le diabète, sont donc inclus dans les modèles. Bien entendu, ces indicateurs ne sont pas parfaits : les patients qui ne sont traités que par des conseils diététiques et sur le mode de vie ne sont pas inclus. Mais ils offrent une approximation raisonnable. Lors de la formulation d'hypothèses sur l'évolution future de ces indicateurs, l'effet des changements dans la prévalence de maladies chroniques peut être incorporé dans les projections.

Dans les simulations standards de PROMES, les dépenses nominales sont déflatées par un déflateur de prix global, l'indice de santé : cela permet de prendre en compte l'évolution des prix relatifs des soins de santé par rapport aux autres biens et services. Techniquement, cependant, il y a aussi la possibilité de travailler en prix de l'année de base, ce qui rend les projections avec PROMES plus comparables aux ET. Nous y reviendrons dans la prochaine section.

Bien entendu, l'ensemble des variables incluses explicitement dans les estimations du modèle n'est pas complet et ne peut donc pas expliquer parfaitement l'évolution passée. Deux variables de tendance sont utilisées pour compenser cela :

- Les estimations d'utilisation comprennent une tendance dite résiduelle, qui représente l'évolution de la « tendance » après contrôle de l'évolution de toutes les variables disponibles. Cette tendance peut inclure un changement structurel, qui n'est pas inclus dans les variables incluses. Par exemple, si l'espérance de vie en bonne santé augmente et que les personnes ont besoin de soins plus tard dans leur vie, cela peut se traduire par une tendance résiduelle décroissante dans PROMES, dans la mesure où cet effet n'est pas pris en compte par les indicateurs des maladies chroniques. La tendance peut également saisir les effets globaux des décisions politiques prises dans le passé.
- Lors du passage des volumes aux dépenses, l'évolution des prix par le passé joue également un rôle. Cette évolution des prix n'est pas modélisée en tant que telle. Cependant, il est bien sûr possible que le prix relatif d'une prestation de soins de santé évolue différemment de l'évolution globale des prix, par exemple parce qu'un groupe de prestataires bénéficie d'une revalorisation des rémunérations, ou parce que les prix augmentent (ou baissent) fortement dans un certain secteur. Cette évolution est incorporée dans ce que l'on appelle les « WAP » (adaptations au bien-être), qui peuvent également être interprétés comme une variable tendancielle mais qui joue dans l'évolution du prix relatif d'une composante des soins de santé. Les WAP aussi sont également calculées de manière résiduelle et capturent tout ce qui n'est pas de l'inflation pure et de la croissance en volume. Elles ne sont pas basées sur l'échantillon permanent, mais sur les dépenses totales par groupe de dépenses. Dans certains secteurs, où la croissance en volume est très forte, les WAP peuvent être négatives, pour compenser des dépenses incontrôlées. Si les volumes augmentent très fortement, alors la croissance nominale sans WAP ou avec des WAP positives deviendrait très élevée. Lorsque pour faire face à cette croissance des mesures sont prises, des ajustements tarifaires sont effectués, ce qui réduit le coût unitaire. Un exemple de telles WAP négatives se retrouve en biologie clinique. Autre exemple : dans le cas des soins infirmiers à domicile, les WAP refléteront principalement l'impact des augmentations salariales. L'interprétation du WAP doit donc être soigneusement étudiée secteur par secteur.

Notez la différence entre les tendances résiduelles dans PROMES et l'estimation de la tendance dans les ET. PROMES est un effet de tendance qui subsiste après l'inclusion des effets de toutes les variables incluses (y compris la reconduction des politiques passées). Dans les ET, les effets de toutes ces variables, à l'exception des politiques passées, sont inclus dans l'estimation de la tendance.

Les innovations technologiques sont un facteur explicatif important (le plus important ?) de la croissance en volume des dépenses de soins de santé. Il suffit de penser à la digitalisation, à l'introduction de nouveaux médicaments coûteux, aux développements de l'intelligence artificielle permettant des protocoles de diagnostic plus rapides, aux développements de la médecine technique et robotique, etc. Ces changements technologiques sont difficiles à intégrer explicitement dans des micro-modèles tels que PROMES. Ils peuvent se retrouver en partie dans les effets de volume, puis dans la tendance résiduelle, et en partie dans les effets de prix, qui à leur tour sont dans les WAP. Mais au final, ces tendances résiduelles restent souvent une boîte noire difficile à ouvrir.

Une autre limite inévitable découle du fait que les modèles tels que PROMES (comme les extrapolations de la tendance des ET) sont basés sur des informations passées, et capturent donc les évolutions politiques et le comportement des acteurs dans le passé. Les effets des changements structurels majeurs sont donc difficiles à prévoir (par exemple, le passage d'un paiement par prestation à un paiement forfaitaire, ou le développement des soins intégrés), car ils entraînent des changements de comportement dans un environnement différent de celui utilisé pour l'estimation du modèle.

Pour réaliser les projections avec PROMES, il faut introduire l'évolution future des variables explicatives. Nombre de ces variables sont interdépendantes : si la proportion de personnes âgées dans la population augmente, le nombre de personnes atteintes de démence est susceptible d'augmenter également. PROMES projette l'évolution des variables explicatives de manière sophistiquée, car la relation entre ces variables est également incorporée dans un modèle statistique.

Une différence essentielle entre les ET et PROMES réside dans l'interprétation de la « politique de statu quo ». Comme indiqué, les ET partent de zéro (leur projection par défaut est basée sur une tendance « aseptisée ») et n'inclut que les effets estimés des mesures politiques qui ont déjà été mises en œuvre. De nouvelles mesures peuvent alors être introduites de manière explicite. Il est toutefois très difficile de quantifier l'impact réel des politiques historiques. Dans PROMES, les effets des mesures politiques passées sont dans une large mesure contenus dans la tendance résiduelle et dans les WAP, et lorsque ceux-ci sont reportés dans les projections, « politique inchangée » signifie en fait que le gouvernement maintiendra, en moyenne, les mêmes politiques dans le futur que dans le passé.

### b) Estimation de la marge budgétaire

Comme décrit ci-dessus, la première étape à franchir lors de l'élaboration d'un budget pluriannuel consiste à faire une projection aussi précise que possible de l'évolution des dépenses à politique inchangée. Cette projection peut ensuite être comparée au budget disponible afin d'estimer la marge disponible pour de nouvelles initiatives. Les initiatives d'appropriate care peuvent encore élargir cette marge (voir la section suivante).

Les avantages et les inconvénients des ET et de PROMES pour l'estimation de la marge budgétaire peuvent être facilement résumés. Les informations utilisées dans les ET sont en quelque sorte plus riches, plus détaillées et plus récentes. PROMES utilise les données individuelles de l'échantillon permanent de l'AIM et ne dispose, l'année T, que d'informations jusqu'à T-2. L'INAMI dispose d'informations plus récentes. Pour les postes essentiels, tels que les spécialités pharmaceutiques, il y a également, en plus, une concertation entre l'INAMI et les experts de pharma.be, ce qui permet sans doute une meilleure estimation des dépenses à court terme en médicaments. À plus long terme, cependant, l'approche des ET atteint ses limites. Pour les projections à court terme, les effets des changements dans l'environnement socio-économique ou dans la composition par âge de la population peuvent être largement négligés. À plus long terme, cependant, cela est beaucoup moins adéquat. PROMES peut alors obtenir un avantage décisif pour les projections à long terme.

L'idée générale selon laquelle les ET sont les mieux adaptées à l'analyse de la situation actuelle et aux projections à court terme (en partie parce qu'elles sont basées sur des données plus riches et plus récentes) alors que PROMES peut principalement refléter les effets à long terme semble conduire à la conclusion évidente qu'il est approprié de combiner les deux. Les niveaux absolus de PROMES sont ensuite recalibrés pour les années T et T+1 sur les données les plus récentes des ET et l'évolution à partir de l'année T+2 est basculée sur les taux de croissance de PROMES. Les avantages de cette approche combinée sont clairs, mais parallèlement, il convient de rester prudent dans son interprétation :

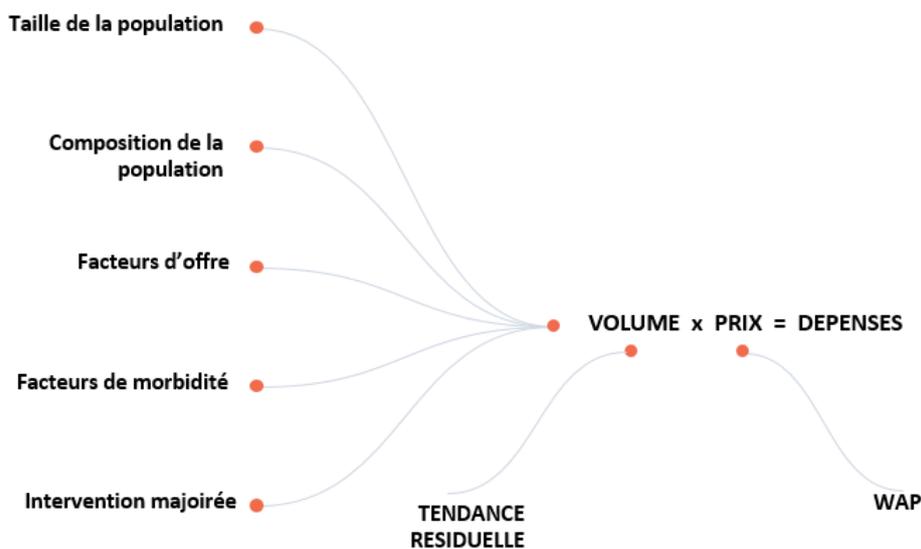
- Pour estimer la marge budgétaire, il est important de disposer de la projection la plus concrète des dépenses à politique inchangée. Nous avons souligné dans le premier paragraphe les différentes interprétations données dans les deux approches de ce concept de politique inchangée. Comme nous l'avons déjà décrit, les ET sont plus strictes à cet égard : elles ne comprennent que les effets des mesures qui ont été décidées et mises en œuvre. Les changements de comportement ne sont pas pris en compte lors de l'introduction de nouvelles mesures. PROMES, quant à lui, en s'intéressant aux mouvements historiques dynamiques, prend implicitement en compte tous les effets des politiques passées et suppose que ces politiques se poursuivront « en moyenne » dans le futur. Ces deux approches ont toutes deux leurs avantages et leurs inconvénients, mais il est essentiel de garder la différence à l'esprit. Par exemple, PROMES peut prédire un niveau de dépenses constant ou décroissant, mais lorsque ce résultat est obtenu dans l'hypothèse d'un « non-changement de politique » : dans ce cas, cela signifie que les dépenses constantes ou décroissantes ne seront réalisées que si le gouvernement poursuit activement les politiques du passé. Pour de pures projections d'une évolution à moyen terme, où le gouvernement est considéré comme un facteur exogène, l'approche PROMES est adéquate. Cependant, il n'est pas facile d'évaluer les conséquences des différents choix politiques.
- PROMES utilise un déflateur des prix dans ses simulations standards, ce qui, d'un point de vue macroéconomique, donne une bonne idée du coût relatif des soins de santé par rapport aux autres secteurs de l'économie. Les ET utilisent les prix constants de l'année de confection du budget. Lorsque les différences entre les deux approches sont comprises, elles fournissent des informations complémentaires. Du point de vue de la prise de décision budgétaire pluriannuelle, qui se concentre sur les effets budgétaires, l'approche à prix constant est plus utile. Ce n'est pas un problème, car PROMES dispose également de cette capacité de simulation. L'évolution des prix est essentielle, car par le passé, la croissance des dépenses a été davantage déterminée par les prix que par l'évolution des volumes.
- Nous avons expliqué plus haut comment interpréter les tendances résiduelles des volumes et des prix (les WAP). Ces tendances ne peuvent être extrapolées pour le futur que si l'on peut supposer que les évolutions structurelles qui ont eu lieu dans le passé resteront stables pendant la période de projection. Cette hypothèse doit être soigneusement évaluée d'un secteur à l'autre.

Il convient de mentionner ici deux éléments importants, qui ont également été abordés au chapitre 3. Tout d'abord, la combinaison des projections à court terme des ET avec les taux de croissance à plus long terme de PROMES suppose que les projections sont dynamiquement ajustées en permanence. Chaque année, les dernières informations disponibles doivent être utilisées pour mettre à jour les projections. Les écarts entre les projections précédentes et les résultats réels peuvent fournir des informations utiles pour affiner les modèles.

Deuxièmement, la prévision des dépenses ne doit pas être limitée au niveau global. Comme les ET, les projections PROMES sont élaborées au niveau sectoriel. Le chapitre précédent a expliqué comment les secteurs individuels peuvent être incités dans le cadre d'un budget pluriannuel. Pour cela, il est essentiel de pouvoir distinguer les différentes composantes de la croissance des dépenses. Par exemple, les secteurs ne peuvent être tenus responsables des changements démographiques, mais peut-être de la manière dont les nouvelles initiatives ont été mises en œuvre. C'est précisément là que le cadre plus riche de PROMES peut être utile, car il permet de différencier les effets des différentes variables par secteur. Nous l'illustrons dans l'encadré ci-contre.

EXEMPLE STYLISÉ

La figure suivante montre de manière très stylisée comment fonctionne un modèle tel que PROMES. La croissance du volume s'explique par l'évolution d'une série de facteurs explicatifs (dans l'exemple, la démographie, la morbidité, les facteurs d'offre et le statut socio-économique). L'importance de chacun de ces facteurs en termes d'utilisation est estimée sur la base de l'évolution passée et variera d'un secteur à l'autre. Par exemple, le vieillissement de la population a un effet très différent sur les soins à domicile et sur les dépenses de gynécologie. Dans la mesure où l'évolution de l'utilisation passée ne peut être expliquée par l'évolution des variables incluses, elle est attribuée à la tendance résiduelle, qui est en fait un résumé des effets de toutes les variables non incluses. Pour passer du volume aux dépenses, il est multiplié par un indice des prix. Tous les éléments qui ne sont pas contenus dans l'inflation pure et la croissance en volume sont inclus dans une deuxième variable de tendance : les WAP. Par exemple, lorsque les tarifs sont ajustés à la baisse (comme en biologie clinique), le coût unitaire diminue : cela se traduit alors par des WAP négatives. Les changements salariaux seront également absorbés par les WAP.



Les projections des volumes dans le futur sont basées sur l'évolution la plus probable des variables explicatives (âge et composition de la population, offre, morbidité, nombre de personnes bénéficiant de l'intervention majorée) et supposent que les changements de ces variables auront le même effet dans le futur que dans le passé, et que ces effets sur les volumes peuvent donc être projetés sur la base des relations estimées pour le passé. Comme nous l'expliquons dans le texte, cela nécessite une réflexion approfondie pour savoir s'il faut ou non poursuivre linéairement la tendance résiduelle des volumes et des WAP.

Supposons que, par la suite, il s'avère que les dépenses prévues dans un secteur particulier sont sensiblement différentes de la réalité. Il est alors important d'étudier l'explication de cette différence :

- Des politiques ont été mises en œuvre dans le secteur, qui ont directement affecté les volumes ou les dépenses (dans PROMES, cela signifie : en plus des effets prévus par les politiques moyennes du passé).
- Les politiques menées dans d'autres secteurs ont eu des effets d'entraînement qui n'ont pas été suffisamment pris en compte dans la projection.
- L'évolution réelle des variables explicatives diffère de l'évolution prévue, par exemple parce que le vieillissement a été sous-estimé ou parce qu'il y a eu un choc démographique inattendu (comme le COVID-19).
- Des événements se sont produits qui représentent une rupture structurelle avec le passé et ne sont donc pas reflétés ni dans la tendance résiduelle ni dans les WAP.

En fonction du « diagnostic » posé sur les causes de ces différences, les conséquences financières pour les secteurs concernés seront également différentes. Cela a été expliqué plus en détail dans le chapitre précédent.

c) Le coût (ou l'économie budgétaire) des nouvelles initiatives

La marge budgétaire peut être accrue par des initiatives qui augmentent l'efficacité des « appropriate care ». Le rendement budgétaire de ces initiatives doit ensuite, bien sûr, être estimé. Si, à l'étape suivante, on souhaite donner la priorité à de nouvelles initiatives, par exemple dans le cadre des objectifs en matière de soins de santé, l'impact budgétaire de ces propositions politiques doit également être calculé.

Nous avons déjà décrit au chapitre 3 que l'estimation de ces effets budgétaires comporte de nombreuses dimensions. En principe, on ne peut prédire le prix de revient, certainement à long terme, que si l'on dispose d'un modèle comportemental complet des patients et des prestataires. Pour certaines initiatives, la composante comportementale est essentielle dès le départ (par exemple, l'introduction de la définition de la « prescription la meilleure marché », ou l'augmentation ou la diminution de frais spécifiques). La politique de prévention en est un exemple clair : on ne peut pas se prononcer sur le coût d'une politique de prévention si l'on ne peut pas estimer les changements de mode de vie. L'estimation des effets comportementaux est très ambitieuse et aucun des modèles disponibles ne fournit cette information. L'extrapolation de la tendance des ET ne le permet certainement pas : la seule chose qui est possible est l'introduction d'hypothèses ad hoc sur les effets comportementaux possibles. Mais PROMES ne permet pas non plus d'estimer comment le nombre de cas évolue en fonction de certaines politiques de prévention. Des questions similaires se posent en ce qui concerne le comportement des prestataires. L'inclusion de variables d'offre agrégées dans PROMES est sans aucun doute utile, mais l'analyse devrait être affinée. Par exemple, on pourrait penser que si des mesures sont prises pour réduire la consommation en biologie clinique, il pourrait y avoir des contre-réactions du côté de l'offre qui maintiendraient la consommation en hausse.

Lors de l'élaboration d'un budget pluriannuel complet, il est essentiel d'évaluer les effets dynamiques (par exemple, les mesures et effets ponctuels/temporaires ou les mesures ayant un impact budgétaire structurel, un investissement initial qui peut se traduire par des gains d'efficacité à un stade ultérieur) et les effets sur les secteurs autres que celui dans lequel la mesure peut initialement être située. Les changements de prix, tels qu'une réduction linéaire des tarifs ou une modification de l'indexation des redevances, auront un impact immédiat sur les dépenses, qui pourra être atténué ultérieurement par des effets d'entraînement. Les effets de volume apparaissent généralement plus tard en raison de l'inertie des pratiques et du comportement prescripteur. Comme mentionné précédemment, c'est le coût net final de l'assurance maladie dans son ensemble, et sa répartition sur plusieurs années, qui est important pour l'exercice budgétaire.

Pour cet exercice pluriannuel, qui tient compte des effets dynamiques et des interactions entre les différents secteurs, les ET sont certainement insuffisantes. En principe, un modèle tel que PROMES serait plus approprié pour cela, car il offre la possibilité de simuler les effets des mesures et de comparer la projection résultante avec le scénario du statu quo (l'hypothèse d'un statu quo devant être interprétée correctement). Toutefois, cela nécessiterait d'étendre le modèle en intégrant des facteurs d'offre supplémentaires plus sophistiqués et le comportement des demandeurs et des prestataires. Cela n'est pas réaliste compte tenu de la disponibilité actuelle des données et de la main-d'œuvre.

Par conséquent, lors de l'estimation du coût de nouvelles initiatives, il convient certainement de recourir à une expertise détaillée et à des études spécifiques. Cette approche a également été suivie lors de la préparation du Rapport intermédiaire. Ces résultats spécifiques doivent ensuite, bien sûr, être pris en compte lors de l'élaboration du budget pluriannuel. Dans ce cadre, l'évaluation des initiatives individuelles doit être transcendée car il existe des interactions entre les effets de ces initiatives individuelles. Ces effets peuvent se renforcer mutuellement : la formation des médecins généralistes à la prescription d'antibiotiques couplée à une campagne d'information du public aura probablement un effet plus fort que chacune de ces deux mesures prises séparément. Cependant, ils peuvent aussi aller dans des directions différentes et s'annuler mutuellement dans une certaine mesure.

Du point de vue de la politique générale, les effets des mesures prises en dehors du secteur de la santé sont également très pertinents. Les effets des mesures prises dans le secteur des soins sur la situation du marché du travail, des allocations de chômage et, plus généralement, de la politique sociale, en sont des exemples évidents. Comme déjà mentionné plus avant, peut-être ces effets devraient-ils être expliqués surtout en termes qualitatifs afin de pouvoir être pris en compte dans la future concertation relative aux objectifs. Toutefois, lorsqu'une quantification plus complète est possible, elle doit être poursuivie.

d) Évaluation du coût réel des initiatives prises dans le passé.

Ni les ET ni PROMES ne sont construits dans l'intention de calculer le coût réel des initiatives passées. Cependant, nous avons vu dans les chapitres précédents que cette évaluation représente une composante essentielle dans un cadre budgétaire pluriannuel assorti d'objectifs de santé. À cette fin, il convient de développer l'expertise nécessaire. Les audits déjà mis en place par l'INAMI constituent un premier pas nécessaire dans cette direction, mais doivent être développés davantage afin d'analyser l'impact des variables fondamentales sous-jacentes.

À première vue, il peut sembler facile d'estimer ex post le coût des initiatives passées. Après tout, il s'agit d'observations. Mais, comme nous l'avons déjà souligné au chapitre 3, ce raisonnement est trop simple. Le grand défi consiste à calculer le « conterfactuel » correct. Supposons (exemple totalement hypothétique et très simple) que l'on décide d'augmenter les tickets modérateurs pour un certain traitement. Supposons que ce traitement soit principalement utilisé par des patients plus jeunes et que la population vieillisse. Lorsque nous observons une diminution de l'utilisation, cette évolution observée reflète alors l'effet combiné de deux évolutions (la mesure politique et le vieillissement) - et lorsque nous voulons calculer l'effet de la mesure elle-même, il faut sortir l'évolution démographique de l'effet combiné. Cela n'est pas évident et, en principe, un modèle tel que PROMES serait le meilleur outil possible pour cela. Cependant, comme décrit ci-dessus, il doit être affiné pour inclure davantage d'instruments politiques (également du côté de l'offre) dans l'analyse.

e) Conclusions politiques : la création d'une Cellule Technique Prospective Commune

La combinaison des ET et de PROMES offre des possibilités intéressantes pour estimer la marge budgétaire de nouvelles initiatives dans un contexte pluriannuel. L'utilisation des ET pour le court terme et de PROMES pour le long terme (après recalibrage) constitue certainement un bon point de départ. Cependant, il est important que le même concept de prix soit utilisé dans les deux modèles, de préférence les prix de l'année de base dans le contexte d'un budget pluriannuel. La notion de « politique inchangée » doit également être traitée avec prudence. Nous proposons donc de fixer la marge budgétaire sur la base des résultats combinés des ET et de PROMES. Dans la situation actuelle, les 'ET est utilisée pour les estimations à court terme, et PROMES pour les projections à moyen terme. À l'avenir, des efforts devraient être faits pour mieux intégrer les deux approches.

Les projections avec PROMES nécessitent une prise en compte explicite de l'interprétation des tendances résiduelles et des WAP et, plus précisément, une prise de position raisonnée quant à la possibilité de prolonger totalement ou partiellement les tendances et les WAP sur la période de projection. Des informations spécifiques au secteur sont nécessaires à cet effet. Cette expertise est présente à l'INAMI et devrait être intégrée dans le travail de PROMES. À cette fin, il devrait y avoir une concertation structurelle entre l'équipe de PROMES et les experts de l'INAMI de tous les secteurs. Comme il y a une quarantaine de secteurs à examiner, cela nécessitera un effort important, qui demandera du temps et des ressources. Comme déjà décrit dans le chapitre précédent, nous estimons qu'il faut mettre en place une structure organisationnelle qui se concentre explicitement sur le développement d'une projection des dépenses. Cette Cellule Technique Prospective Commune émet des avis à la Commission d'Evaluation des Objectifs de soins de Santé qui doit être créée et à la Commission de Contrôle Budgétaire. Les ressources supplémentaires nécessaires devraient être fournies pour la mise en place et le soutien de cette cellule.

Une question spécifique est celle de l'évolution future des dépenses en médicaments. L'INAMI dispose d'informations récentes (provenant de pharma.be), notamment sur l'introduction de nouveaux médicaments ou de médicaments moins chers en grandes quantités. PROMES ne peut actuellement s'appuyer que sur les informations provenant des échantillons permanents des dix dernières années, mais on espère que l'initiative « Horizon Scanning » fournira des informations à plus long terme sur les nouveaux médicaments mis sur le marché dans certaines catégories.

Malgré ces limites, les outils existants peuvent donc être utilisés pour la projection des dépenses globales. La situation est beaucoup moins rose lorsqu'il s'agit d'estimer le coût/bénéfice budgétaire d'initiatives spécifiques. L'analyse tendancielle des ET offre peu de possibilités à cet égard : les experts spécifiques des différents secteurs, ainsi que les commissions individuels d'accords et de conventions, peuvent être en mesure de faire des projections raisonnables, mais il sera difficile (a) d'inclure les interactions entre les effets des différentes mesures ; (b) de tenir suffisamment compte des effets comportementaux ; (c) d'intégrer les projections dynamiques des initiatives spécifiques dans l'exercice budgétaire global. Un modèle tel que PROMES pourrait en principe apporter une réponse aux défis (a) et (c), mais à l'heure actuelle, les informations sont trop limitées pour inclure dans le modèle tous les effets sur l'offre et le comportement (tant du côté de la demande que de l'offre). En outre, il n'est pas facile de faire la distinction, dans le cadre de PROMES, entre les effets des « nouvelles » initiatives et les effets de la poursuite des politiques existantes. Par exemple, l'introduction d'un nouveau médicament peut être clairement une nouvelle initiative, mais dans le passé aussi des décisions de remboursement pour de nouveaux médicaments ont été prises régulièrement et ces effets sont intégrés dans les tendances résiduelles et dans les WAP.

Les limites des modèles d'estimation des effets budgétaires s'appliquent également à l'évaluation ex post des mesures prises dans le passé, du moins lorsqu'il s'agit de calculer le « conterfactual » pertinent, c'est-à-dire la situation qui se serait produite si la mesure n'avait pas été introduite.

D'autre part, des estimations spécifiques du coût budgétaire de certaines des mesures proposées sont disponibles soit dans la littérature académique, soit dans les rapports de recherche d'institutions telles que le KCE, Sciensano ou l'AIM. Ces sources peuvent également fournir des éléments intéressants sur la nature et l'étendue des effets comportementaux. La collecte de ces informations est une tâche considérable. Nous proposons que cette tâche soit également confiée à la cellule technique à créer mentionnée ci-dessus. Pour chaque nouvelle initiative, la Cellule Technique Prospective Commune rassemblerait donc les informations disponibles sur les effets budgétaires, telles qu'elles ressortent des recherches précédentes, et les confronterait à l'expertise disponible à l'INAMI. Elle devrait également essayer d'interpréter les données disponibles dans une perspective pluriannuelle. Il va sans dire que la mission de la CTPC n'est pas de mener de nouvelles recherches. Si elle devait le faire, sa mission empiéterait sur celle d'autres institutions (comme le KCE, Sciensano et l'AIM). Toutefois, il lui incombe de rassembler le matériel de recherche disponible et de l'intégrer dans le cadre budgétaire global.

Un exercice similaire avait déjà été mis en place pour le Rapport intermédiaire, mais cela a dû se faire sous une grosse pression temporelle. Nous proposons de fournir les ressources nécessaires pour donner à cette Cellule Technique un mandat permanent et, dans le schéma temporel décrit au chapitre précédent, pour formuler ses avis sur les implications budgétaires des mesures proposées.

## 6. Les effets budgétaires de la pandémie de COVID-19

Le moment actuel est très difficile pour passer à un budget pluriannuel. En effet, le choc externe de la pandémie de COVID-19 a créé une situation exceptionnelle dans laquelle il est extrêmement compliqué de faire des projections. Comme décrit dans le chapitre précédent, les Estimations Techniques de l'INAMI sont basées sur une analyse des tendances des cinq dernières années. Cependant, la rupture structurelle en 2020 rend cette analyse de tendance très difficile. Isoler les dépenses liées au COVID-19 et utiliser la tendance jusqu'en 2019 est une solution de repli acceptable, mais elle reste une solution de repli car il est difficile de supposer que la tendance est constante et elle ne tient pas compte des effets du COVID-19 sur les dépenses non liées au COVID-19. Comme mentionné, les ruptures structurelles sont également difficiles à analyser via PROMES, car les corrélations estimées par PROMES étaient valables dans une situation (avant 2020) très différente de la situation actuelle, et il n'est pas (encore) clair où des changements structurels majeurs et durables dans le système ont eu lieu.

Dans ce chapitre, nous examinons d'abord en détail l'évolution des dépenses pendant la période du COVID-19. Dans la section B, nous présentons les défis générés par le COVID-19 concernant la préparation d'un budget pluriannuel. La section C décrit ensuite brièvement certaines expériences à l'étranger.

### a) Dans quelle mesure le COVID-19 a-t-il donné lieu à des soins et à des coûts supplémentaires ?

En retardant les soins, le COVID-19 a eu un impact important sur les remboursements de soins de santé en 2020. L'INAMI estime à 1,474 milliard d'euros la réduction des dépenses pour les dispenses à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux, dont 1,227 milliard d'euros au cours du premier semestre (y compris la première vague en mars, avril et mai). Au cours des mois de juin, juillet, août et septembre 2020, une grande partie des soins différés de la première vague ont été rattrapés (INAMI, 2021b).

L'INAMI a également calculé la chute et les retards des activités médicales résultant du COVID-19 dans les hôpitaux. Dans une analyse du 30 septembre 2021, les chiffres sont rapportés jusqu'en mai 2021 (SPF SPSCAE, AFMPS & INAMI, 2021). Afin d'estimer le retard en matière de soins chirurgicaux, le rapport compare le nombre de prestations effectuées pendant la pandémie avec celles des années précédentes (2018-2019). On distingue les soins essentiels, dont le report peut entraîner de graves dommages pour la santé ; les soins non essentiels, dont le report n'entraîne aucun dommage pour la santé ou un dommage limité ; et les soins mixtes, dont les dommages pour la santé dépendent du contexte. La figure 6.1 donne un aperçu du report pour ces trois catégories de soins (*essentiels*, *non essentiels* et *mixtes*). On note un important rattrapage en février et mars 2021, tant en chirurgie qu'en médecine interne et en psychiatrie. Lors de la troisième vague, en avril et mai 2021, ce rattrapage a stagné ou les retards ont à nouveau augmenté.

Le rapport estime également les délais d'un scénario dans lequel une moyenne de 5% de capacité supplémentaire, en partie grâce à une efficacité accrue, peut être libérée par rapport à 2019. Dans cette hypothèse, il faudrait 1,2 an pour rattraper l'ensemble des soins chirurgicaux essentiels et mixtes. Pour les soins non essentiels, cette durée est de 4,6 ans, rattrapage de la surutilisation compris. Des gains d'efficacité sont possibles si l'arriéré des soins pour lesquels il y a surconsommation en Belgique par rapport aux directives scientifiques n'est que partiellement comblé.

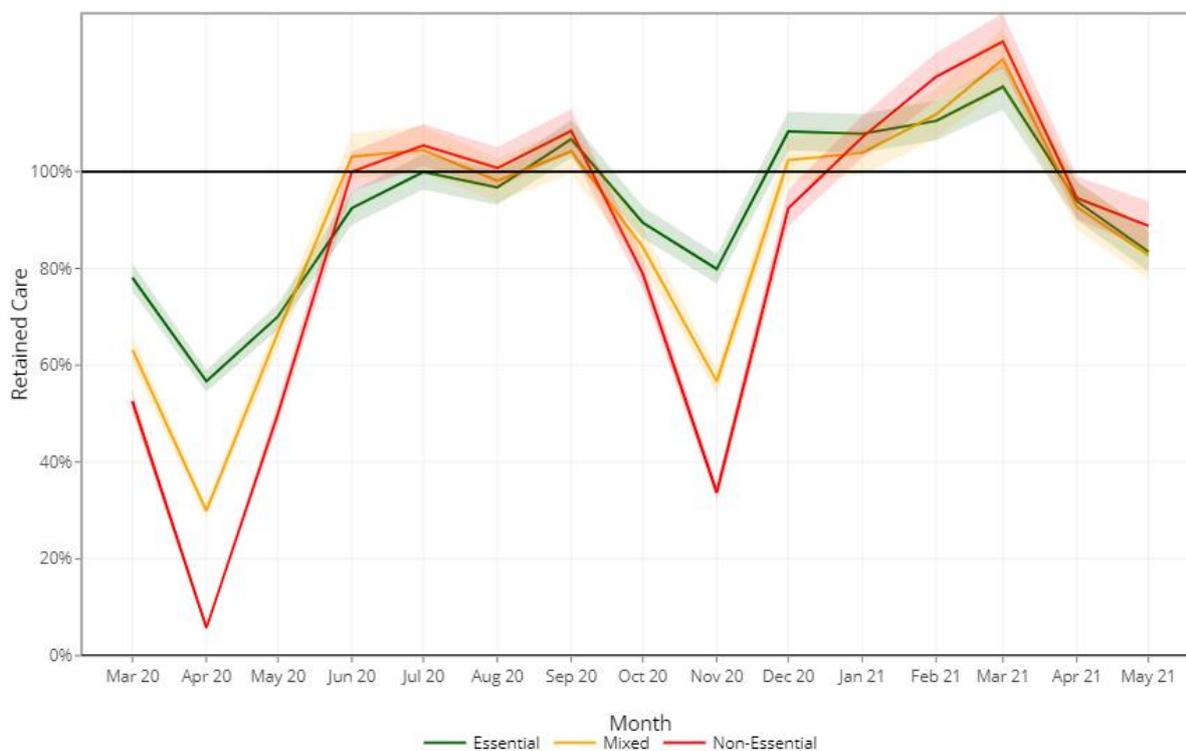


Figure 6.1 : Le nombre des prestations de chirurgie réalisées au cours de la période de COVID-19 jusqu'en mai 2021 par rapport aux années de référence 2018-2019 (Source : SPF SPSCAE, AFMPS & INAMI, 2021).

Nous allons maintenant examiner plus en détail les évolutions observées en matière de dépenses. Dans la section suivante, nous allons nous interroger sur le scénario de rattrapage décrit.

#### PRESTATIONS CHIRURGICALES

Fin mai 2021, dernier mois pour lequel des données sont disponibles, la plupart des disciplines chirurgicales présentaient un retard cumulé des prestations compris entre 10 et 15 % de la production normale annuelle. Au début de l'année 2021, il y a un certain rattrapage, mais à partir d'avril, les retards augmentent à nouveau en raison de la troisième vague. Cependant, la troisième vague a eu un impact beaucoup plus faible sur l'offre de soins que les deux premières vagues et il y a également moins de différence entre les différents types de prestations.

Certaines prestations chirurgicales enregistrent un retard important (20 %) et peuvent avoir un fort impact sur la qualité de vie et/ou l'espérance de vie. Il s'agit notamment de diverses opérations à cœur ouvert, de certaines revascularisations et de la transplantation de cœur, de cœur-poumon et de reins. Ces interventions montrent également un rattrapage relativement faible. Il est important de maintenir une capacité adéquate à cet effet, tant dans le bloc opératoire que dans les unités de soins intensifs.

La plupart des services oncologiques (chirurgicaux et autres) sont généralement assez bien protégés. Toutefois, le retard considérable pris dans les examens endoscopiques avec biopsie (pneumologiques et gastro-entérologiques) peut avoir une incidence négative sur le diagnostic ou le suivi des patients atteints de cancer.

Les retards au niveau de diverses procédures chirurgicales électives sont importants et augmentent régulièrement. Cependant, il existe plusieurs procédures dont la surutilisation est connue, comme les ménisectomies, les amygdalectomies, les drains transtympaniques (Devriese et al., 2005 ; Venekamp et al., 2018). Spécifiquement pour les ménisectomies, il est connu que la majorité de ces procédures sont réalisées sur des patients âgés (Meeus et al., 2021), ce qui n'est pas conforme aux directives scientifiques sur le sujet (Siemieniuk et al., 2018). Le fait que dans les première et deuxième vagues, les retards dans la plupart des interventions dont la surutilisation est connue sont élevés, indique - d'une manière générale - que l'indication et la fixation des priorités sont correctes. Les opérations de bypass gastrique sont une exception, avec même 9 % d'opérations supplémentaires réalisées entre-temps par rapport à l'époque pré-COVID-19. Il convient ici d'étudier les indications concernées. Le pic a été atteint au mois de mars 2021 avec 26 % de plus d'activités chirurgicales non essentielles que prévu, et 18 % de plus d'activités essentielles. Le groupe mixte se situe entre les deux, avec une activité supplémentaire estimée à 24 %. Cela peut s'expliquer par le fait qu'à cette époque, la plupart des opérations de rattrapage des soins essentiels avaient déjà été réalisées.

#### PRESTATIONS EN MÉDECINE INTERNE

Pour les disciplines de médecine interne, on constate des retards particulièrement importants en pneumologie (21 %) et en gériatrie (20 %), non associés à un mouvement de rattrapage. Le retard ne semble pas lié aux vagues de COVID-19 et augmente régulièrement : par exemple, pour les études d'évaluation et les consultations générales en gériatrie, le retard a même atteint 30 %, bien qu'il puisse être partiellement comblé par la télémedecine. La charge de travail élevée qui pèse sur les gériatres et les pneumologues et leurs assistants se poursuivra donc pendant un certain temps encore. Pour la gastro-entérologie et la neurologie, les retards diminuent (baisse à partir de décembre 2020 à 11 % et 9 % respectivement). Pour la cardiologie (3 %), le retard accumulé a presque été éliminé. Il n'y a pas non plus de retard en oncologie.

### PRESTATIONS PSYCHIATRIQUES

Le retard cumulé en matière de soins par rapport à la période pré-COVID-19 a atteint un pic en novembre 2020 selon les estimations de l'INAMI. Au cours de ce mois, l'arriéré de soins estimé a atteint 11 % dans les hôpitaux de soins aigus et 10 % dans les hôpitaux psychiatriques. À partir de décembre, un mouvement rattrapage s'est mis en route. Celui-ci a stagné dès le début de la troisième vague. Le retard cumulé en matière de soins à la fin du mois de mai est tombé à 8 % dans les hôpitaux de soins aigus et à 6 % dans les hôpitaux psychiatriques. Il convient d'attirer l'attention sur les retards croissants au niveau des consultations psychiatriques à la demande du médecin traitant dans les hôpitaux de soins aigus. En pédopsychiatrie, nous constatons plus de « frais de surveillance pour des périodes plus longues » que prévu. Cela indique surtout des séjours hospitaliers plus longs mais pas plus d'admissions. Cette analyse ne tient pas encore compte de l'impact possible de l'augmentation des plaintes psychologiques dans la population générale à la suite de la pandémie (Simpson et al., 2021). À ce jour, peu ou pas de données sont disponibles à ce sujet.

### IMAGERIE MÉDICALE

La première vague (printemps 2020) en particulier a eu un impact évident sur le nombre des prestations d'imagerie médicale. Les deux vagues suivantes ont eu un impact nettement moindre. Pour le CT et l'IRM (membres/crâne/thorax), il y a eu un rattrapage au début de 2021 avec un impact limité de la troisième vague. Nous constatons une forte augmentation persistante (presque 150 %) du nombre de « Thorax CTs » par rapport à la première vague de COVID-19. Ceci est conforme aux attentes, car ils sont utilisés dans le diagnostic et le suivi des patients COVID-19. En ce qui concerne l'imagerie nucléaire par TEMP et TEP, on observe également un « rattrapage » au début de l'année 2021, avec un retour à la ligne de base en mai pour les études TEMP.

### CONSULTATIONS ET TÉLÉCONSULTATIONS

Les soins à distance ont été mis en place pendant la période du COVID-19. Une analyse des remboursements de l'INAMI pour l'année 2020 donne un aperçu de l'ampleur des « téléconsultations » et de la mesure dans laquelle ces consultations à distance entraînent un effet de substitution des consultations et des visites chez les médecins (INAMI, 2021b). Les soins à distance ont eu lieu dans différents secteurs, mais une analyse plus approfondie des dépenses des prestations montre que les honoraires des médecins relatifs aux consultations, visites et conseils ont représenté 95,2 % des dépenses. Dans les autres soins, la part la plus importante revient aux orthophonistes, aux physiothérapeutes et aux dentistes.

Si l'on considère l'ensemble des prestations habituelles des différents prestataires de soins (c'est-à-dire sans les dispensations à distance) de 2020, on constate une baisse de 15,3 % par rapport aux dispensations de 2019. Si l'on inclut également les dépenses à distance pour 2020, on arrive à une baisse finale de seulement 0,8 % par rapport à 2019.

En lien avec cela, on constate également une baisse des consultations de médecins et de médecins spécialistes (consultations habituelles et consultations à distance) par rapport à 2019 avec une forte baisse des consultations lors de la première vague (surtout avril-mai) mais avec une croissance de juin à décembre, avec seulement une baisse de 1,9% en novembre. Cette croissance au cours des derniers mois est également due en grande partie aux prestations à distance dans le cadre de la téléconsultation. Sans les prestations à distance, il y aurait quand même eu une baisse du nombre de consultations au cours de ces mois, avec des pourcentages allant de 0,1 % en septembre à 17,7 % en novembre. On note un effet de substitution clair des téléconsultations par rapport aux consultations habituelles.

### SOINS AMBULATOIRES EN DEHORS DE L'HÔPITAL

Pour les secteurs dont plus de 75 % des dépenses sont effectuées en dehors de l'hôpital, le total des dépenses effectuées en 2020 est inférieur de 0,1 % à celui de 2019. La baisse se situe principalement dans la première vague (confinement complet) : pour la période mars-juin, on observe une baisse de -11,1 %. Au cours de la deuxième vague, il n'y a plus de fortes baisses : dans la période octobre-décembre, on observe une augmentation de 5,1 %.

Les plus touchés par la crise sont les dentistes (-12,1 %), les physiothérapeutes (-7,9 %), les orthopédistes (-9,7%) et les audiciens (-9,3%). Les médecins (consultations, visites et avis) (-0,2%) et les bandagistes (+ 1,7 %, avec des baisses en avril et mai de 10,5 % et 6,9 %) sont plus fortement touchés. Des secteurs sans impact sont le secteur des soins infirmiers (+7 %), et celui des spécialités pharmaceutiques - officines publiques, qui ont même enregistré une hausse de 18,5 % en mars liée au comportement de thésaurisation, et qui ont finalement clôturé avec une hausse de 3,1 % par rapport à 2019.

### QUELQUES LEÇONS

L'analyse détaillée de l'évolution des dépenses en 2020 et 2021 est une première étape nécessaire pour mettre à jour les projections sur les dépenses à partir de 2023. Il est important d'examiner dans quelle mesure il s'agit d'écarts par rapport à des tendances qui se redresseront par la suite (hormis le phénomène de rattrapage, sur lequel nous reviendrons dans la section suivante), ou de ruptures structurelles dans des tendances qui se poursuivront à l'avenir. Cette analyse détaillée pourrait être l'une des premières tâches de la Cellule Technique Prospective Commune (voir chapitre 5).

Le mode de traitement de la surutilisation passée est important ici. En effet, ces formes de surutilisation sont des exemples clairs d'INappropriate care qui devraient être abordés dans le cadre de mesures ciblées visant à améliorer le rapport coût-efficacité et la qualité des soins.

Le traitement de la crise de COVID-19 aura également un impact sur le financement et l'organisation des soins. Nous donnons deux exemples. Tout d'abord, l'éventuelle suppression du financement des interventions en cas de surutilisation aura un impact sur le financement global des hôpitaux. Cette réorientation des ressources et les conséquences sur le budget total des hôpitaux devraient être analysées et incluses dans un plan global de financement des hôpitaux pour les années à venir.

Ensuite, la téléconsultation présente des avantages indéniables, et elle n'est pas près de disparaître du paysage des soins de santé, que ce soit en remplacement ou en complément des consultations en *face-to-face*. Toutefois, la création de codes de nomenclature pour la télé médecine, comme cela a été fait, n'est pas l'approche la plus efficace. Le paiement par prestation semble, en effet, difficile à concilier avec la volonté de mettre en place des soins orientés objectifs (*goal-oriented care*) (voir chapitre 8). Le financement par capitation ou par des honoraires horaires forfaitaires sont des alternatives possibles. Une étude du KCE portant spécifiquement sur les consultations vidéo, qui sera achevée dans le courant de l'année 2022, pourra apporter des précisions à ce sujet.

### b) Défis liés à l'élaboration d'un budget pluriannuel

Outre la difficulté de faire des projections détaillées par secteur, quatre éléments sont particulièrement pertinents pour la préparation d'un budget pluriannuel, que nous allons aborder successivement. Qu'en est-il des dépenses spécifiques à la pandémie de COVID-19 ? La surmortalité de ces dernières années affectera-t-elle les dépenses futures ? Quelles seront les conséquences à long terme du syndrome du « COVID long » ? Les soins reportés seront-ils tous rattrapés et, si oui, quand ?

#### RÉORIENTATION DES MOYENS EN 2020 ET DES MOYENS SPÉCIFIQUES POUR LE COVID-19

Afin de garantir la continuité des soins pendant la pandémie, l'INAMI a réorienté ses moyens dans le cadre du budget 2020 :

- La possibilité a été créée de réaliser les prestations existantes à distance ;
- L'indemnité pour la tenue du dossier médical global par les médecins a été augmentée de manière unique de 20 euros ;
- Une contribution financière fédérale exceptionnelle de 2 milliards d'euros a été accordée aux hôpitaux généraux et psychiatriques (INAMI, 2021b).

Des dépenses supplémentaires pour des mesures complémentaires ont également été approuvées dans le cadre de la lutte contre le COVID-19. Selon les données internes les plus récentes de l'INAMI, le montant total pour 2020 est supérieur à 950 millions d'euros. Les données pour 2021 ne sont pas encore complètes, mais le montant total dépasse déjà 1,5 milliard d'euros. Les principaux postes de dépenses sont les tests (plus de 374 millions en 2020 et déjà près de 728 millions en 2021) et les équipements de protection pour les prestataires de soins (367.303 millions en 2020 et déjà plus de 518 millions en 2021). En 2020, 200 millions ont été dépensés au titre d'une prime d'encouragement exceptionnelle. Pour la campagne de vaccination de 2021, 80 millions d'euros avaient déjà été affectés au moment de la collecte des données.

Plusieurs dépenses reviendront également en 2022 et la persistance de la pandémie risque d'en entraîner de nouvelles. Les dépenses consacrées aux médicaments dits antiviraux en sont un exemple, de plus en plus évident. Le coût du traitement est estimé à 600-700 euros. Un traitement de 5 jours à raison de 2 comprimés par jour, très tôt après le début des symptômes, est indiqué chez les patients à haut risque (au moins une comorbidité). Pour être le plus efficace possible, le médicament doit être administré dans les 3 à 5 jours suivant le premier symptôme chez les patients à risque confirmé par PCR+.

Il est particulièrement important de noter que, jusqu'à présent, ces dépenses ont été maintenues en dehors du budget prévu pour les soins de santé. Plus concrètement, ces dépenses supplémentaires sont financées via une dotation de la provision interdépartementale au budget du SPF Affaires sociales et il y a un transfert du budget du SPF Affaires sociales vers l'INAMI via une dotation spécifique. Il n'est pas illogique que jusqu'à présent, les dépenses liées au COVID-19 aient été maintenues hors budget. Car, en effet, la pandémie a été un choc important et inattendu. Cependant, on peut maintenant supposer que la situation du COVID-19 va progressivement devenir « normale ». L'organisation de notre système de santé devra s'adapter à cette nouvelle réalité, et il est peut-être temps d'agir pour inclure ces dépenses dans le budget ordinaire des soins de santé. Les vagues suivantes peuvent être utilisées comme cas-test. Le budget 2022 a encore été préparé sans tenir compte des dépenses liées au COVID-19. À partir de 2023, en revanche, ils pourraient être inclus dans l'estimation budgétaire, puis suivis et ajustés dans le cadre des contrôles budgétaires. Cet exercice permettrait ainsi d'évaluer dans quelle mesure les ressources estimées ont été réellement adéquates et pourquoi. Bien entendu, cela n'est possible qu'à condition que le budget des soins de santé, et donc la norme de croissance, soit sensiblement augmenté. En effet, comme indiqué ci-dessus, les coûts sont élevés.

DANS QUELLE MESURE LE COVID LONG ENTRAÎNERA-T-IL UNE AUGMENTATION DES DÉPENSES ?

Un domaine jusqu'ici relativement peu connu est celui du COVID long et des dépenses supplémentaires qui y sont liées. Un rapport récent du KCE a conclu à la prévalence du COVID long après un COVID-19 aigu, qu'il soit de forme légère ou grave, et cela, dans tous les groupes d'âge (Castanares-Zapatero et al., 2021). La prévalence médiane et la distribution sont résumées dans le tableau 6.1 en fonction de la période de suivi. L'analyse de la littérature épidémiologique a montré une énorme variation dans les taux de prévalence rapportés.

Médiane (fourchette)	< 3 mois	3-6 mois	> 6 mois
Hospitalisé	32 % (5-36 %)	57 % (13-92 %)	60 %
Non hospitalisé	51 % (32-78 %)	26 % (2-62 %)	25 % (13-53 %)

Tableau 6.1 : Prévalence du COVID long chez les patients hospitalisés et non hospitalisés (élaboré à partir Castanares-Zapatero et al., 2021)

Les chiffres semblent plus élevés chez les femmes que chez les hommes. En général, la prévalence du COVID long est plus élevée chez les personnes qui ont été hospitalisées. On ne peut toutefois pas exclure que certains de ces symptômes soient liés à leur séjour à l'hôpital ou en soins intensifs (syndrome post soins intensifs) plutôt qu'au virus. Les études avec un suivi de plus de 6 mois sont encore limitées. Bien que les symptômes semblent s'améliorer chez un grand groupe de patients après 6 mois, les taux de prévalence rapportés restent élevés, tant pour les patients qui ont été hospitalisés pendant la phase aiguë du COVID-19 que pour ceux qui ne l'ont pas été. Or, à l'heure actuelle, il est très difficile, voire impossible, de faire des projections bien étayées de ces dépenses.

Au chapitre 8, nous proposons de lancer des projets pilotes ambulants sur les soins intégrés dans le cadre de la réadaptation des patients atteints du COVID long.

### CHANGEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

En 2020, le nombre total de décès toutes causes est estimé à 127 800 (Bureau fédéral du Plan, 2021). Ce chiffre peut être comparé au nombre total de décès de 111 800 que l'on peut estimer pour la Belgique en 2020, sur la base des taux de mortalité « normaux » par âge et par sexe dans une période non COVID-19. La surmortalité (toutes causes confondues) peut alors être estimée à 16 000 personnes. Ces décès supplémentaires peuvent être répartis par âge et par sexe, puis multipliés par l'espérance de vie (sans COVID-19) par âge et par sexe en 2020. Cela représente un total de 124 000 années de vie perdues. Ainsi, en moyenne, 7,7 années de vie ont été perdues par décès.

Environ un tiers des 124 000 années de vie perdues concernent les plus de 85 ans, qui représentent 57 % de la surmortalité en raison de leur espérance de vie plus faible (5 ans). La part des 65-74 ans dans les décès supplémentaires n'est que de 14 %, mais en raison de leur espérance de vie plus élevée de 17 ans, la part de ce groupe d'âge dans le nombre total d'années de vie perdues est de 31 %. Le COVID-19 n'a donc apparemment pas seulement entraîné une surmortalité chez les personnes les plus vulnérables qui, sans l'épidémie, seraient de toute façon mortes quelques semaines ou mois plus tard.

Dans tous les cas, la pandémie de COVID-19 aura modifié la composition par âge de la population. En ne tenant pas compte des effets plus subtils décrits ci-dessus, un calcul *back-of-the-envelope* peut conduire à des résultats trompeurs. Des simulations avec le modèle PROMES pourraient fournir des informations utiles à cet égard. Dans ce cas, il devient, en effet, possible de comparer deux projections de dépenses : l'une avec les projections démographiques précédentes et l'autre avec les projections ajustées pour le COVID-19. Il n'a cependant pas été possible de produire ces résultats de simulation dans les délais impartis pour l'élaboration de ce rapport.

### DANS QUELLE MESURE LE RETARD DANS LES SOINS ENREGISTRÉ PENDANT LA PANDÉMIE SERA-T-IL RATTRAPÉ ?

Comme décrit ci-dessus, un scénario est avancé pour les estimations des délais de prise en charge qui table sur une moyenne d'activités de 5 % supérieure à la capacité normale (SPF SPSCAE, AFMPS & INAMI, 2021). Il reste cependant très difficile de faire une estimation précise et cela en raison de trois importants facteurs d'incertitude :

- l'impact de la 4e vague et du variant Omicron (vague 5) n'est pas encore connu ;
- les données sur l'absence et la rotation du personnel sont encore insuffisantes ;
- il est impossible de dire quel sera l'impact de la saison de la grippe.

Il a été mentionné dans la section A que sur la base de ce scénario, les délais pour les procédures chirurgicales essentielles et mixtes sont estimés à 1,17 et 1,24 an respectivement. Pour les interventions non essentielles, l'estimation avancée est de 4,55 ans. Il s'agit toutefois du résultat d'un scénario « worst case » dans lequel l'ensemble de la surutilisation serait rattrapé. Ce n'est évidemment pas le but et l'ampleur du rattrapage dépendra fortement des mesures préventives contre la surutilisation connue. Une étude israélienne portant sur les oncologues suggère déjà que les médecins peuvent réduire la consommation excessive par le dialogue avec les patients, l'établissement d'une relation de confiance avec eux et le renforcement de la relation patient-médecin. La surutilisation peut être encore réduite par un meilleur travail d'équipe. Des améliorations peuvent également être apportées par des initiatives éducatives et des solutions bottom-up. Les responsables politiques et les décideurs doivent élaborer des interventions appropriées pour lutter contre la surconsommation de traitements, notamment en améliorant l'éducation des patients et en développant la confiance et les connaissances des médecins (Ellen et al., 2021).

Mais face à tout cela, on ne peut que s'interroger sur la question de savoir si le secteur de la santé dispose des capacités nécessaires pour mener à bien cette opération de rattrapage. Déjà, dans une étude KCE de 2019 sur le personnel infirmier dans les hôpitaux, il était indiqué que l'augmentation du nombre des membres du personnel infirmier s'avérait insuffisante pour répondre aux besoins croissants de soins (Van den Heede et al., 2019). En outre, un infirmier sur quatre se dit insatisfait de son travail et 10 % envisagent de quitter la profession. Selon cette étude, 36 % du personnel infirmier risquent l'épuisement professionnel et ce risque a augmenté de manière significative au cours des dix dernières années.

La crise du COVID-19 a encore exacerbé ces problèmes existants. L'étude Sciensano *Power to care* montre qu'en juin 2021, un soignant interrogé sur cinq envisageait de quitter la profession (Peeters et al., 2021). À cela s'ajoute encore qu'on note, ces derniers temps, une tendance de plus en plus nette à un abandon important chez les soignants (Godderis et al., 2021). Si l'on tient compte de toutes les formes d'absentéisme pour maladie (court, moyen et long), en 2020 et 2021, le secteur des soins de santé devra faire face respectivement à 36,2 % et 35,6 % d'absentéisme pour maladie supplémentaire comparativement aux autres secteurs par rapport à l'année précédente. La différence avec les autres secteurs professionnels est plus importante dans le cas de l'absentéisme pour maladie de longue durée – absence d'un an ou plus – avec respectivement 46,5 % et 49,6 %. L'absentéisme pour maladie de courte durée - moins d'un mois - dans le secteur des soins de santé en 2020 et 2021 était respectivement de 24,6 % et 14,6 % supérieur à l'absentéisme pour maladie de courte durée tous secteurs confondus. L'absentéisme pour maladie de moyenne durée - entre un mois et un an - dans le secteur des soins était supérieur de 30,6 % (2020 par rapport à 2019) et de 34,0 % (2021 par rapport à 2020) à la moyenne de tous les secteurs confondus. Godderis et al. (2021) ont ensuite comparé l'évolution, en 2021 (données jusqu'en novembre), de l'absentéisme pour maladie de courte durée par rapport à l'année précédente (c'est-à-dire 2020) dans différents secteurs. Cette comparaison permet de constater que depuis mai 2021, dans tous les secteurs, l'absentéisme pour maladie de courte durée est plus élevé que l'année précédente. En ce qui concerne spécifiquement le secteur des soins, on observe une tendance similaire, avec moins d'absentéisme pour maladie de courte durée pour les mois de juillet et août 2021. Cependant, les dernières données ne semblent pas de bon augure. En septembre 2021, par exemple, on a enregistré une augmentation de 25,9 % de l'absentéisme pour maladie de courte durée par rapport à l'année précédente (voir la figure 6.2). En raison de ces signaux alarmants, les scénarios de rattrapage des retards dans les soins doivent être considérés avec de très fortes réserves.

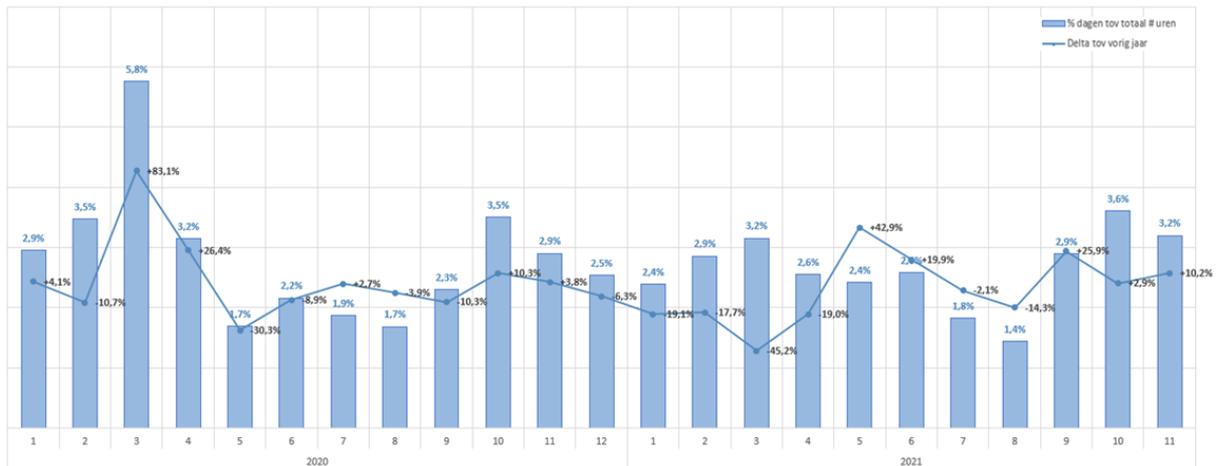


Figure 6.2 : Absentéisme pour maladie de courte durée dans le secteur des soins de santé (Godderis et al., 2021)

Il n'apparaît pas encore clairement comment cela affectera les dépenses futures. Une baisse du niveau de soins, due à un manque de personnel, est une mauvaise nouvelle pour la qualité des soins et pour la santé de la population, du moins s'il ne s'agit pas simplement d'une réduction de la surutilisation. Cependant, elle peut réduire les dépenses et augmenter la marge budgétaire pour de nouvelles initiatives. Les initiatives visant à réorganiser le secteur des soins et rendant l'engagement du personnel soignant plus flexible et plus efficace semblent être les plus indiquées.

### c) Projections des dépenses dans d'autres pays

Les études actuellement encore limitées concernant le retard dans les soins à l'étranger confirment largement les conclusions que nous avons tirées des données belges (Carr et al., 2021 ; Iacobucci, 2021 ; Teja et al., 2021 ; Meneghini, 2021). Des priorités de rattrapage sont essentielles, des capacités supplémentaires sont nécessaires et une efficacité accrue peuvent renforcer, en partie, l'augmentation des capacités. Les gains d'efficacité consistent principalement à ne pas rattraper certaines des interventions pour lesquelles la surutilisation est connue.

Un rapport de l'EIU publié à la mi-2020 a noté que, de manière contre-intuitive, les dépenses de soins de santé dans certains pays ont diminué pendant la pandémie (Economist Intelligence Unit, 2020). Plus précisément, un ralentissement de 2,6 % des dépenses mondiales de santé est attendu en 2020 (Deloitte, 2021). Les causes de ce ralentissement sont probablement les effets des confinements liés au COVID-19, et le report des soins de santé en raison des mesures de distanciation sociale (Deloitte, 2021). Certains rapports mentionnent une augmentation des visites virtuelles, ce qui est également prévu pour l'avenir. La part des consommateurs ayant recours aux visites virtuelles est passée de 15 % en 2019 à 19 % début 2020. En avril 2020, cette part est passée à 28 % à l'échelle mondiale (Deloitte, 2021). Bien que difficile à prévoir, une reprise et une augmentation des dépenses de santé étaient attendues à la fin de 2020 et en 2021, en raison des traitements reportés (Economist Intelligence Unit, 2020). Malheureusement, les traitements reportés à cause du COVID-19 sont également susceptibles de provoquer davantage de décès. Par exemple, des recherches menées par l'University College London et Data-Can, un centre de données sur le cancer, montrent que les retards dans le traitement et le diagnostic du cancer peuvent entraîner près de 18 000 décès supplémentaires dus au cancer (Economist Intelligence Unit, 2020).

À long terme, les dépenses de santé devraient augmenter pour atteindre un taux de croissance moyen de 4 % en 2020-24, contre 2,8 % en 2015-19. Pendant ce temps, les dépenses mondiales de santé en pourcentage du PIB devraient se maintenir autour de 10,3 % jusqu'en 2023, soit légèrement au-dessus du ratio de 2019, et les dépenses resteront inégalement réparties, allant de 12 703 dollars aux États-Unis à seulement 37 dollars au Pakistan en 2024 (Deloitte, 2021).

Certains rapports spécifiques par pays sont disponibles et s'écartent de ces projections générales. Au *Royaume-Uni*, par exemple, une augmentation nominale de 20 % des dépenses courantes totales en soins de santé est prévue en 2020 par rapport à 2019, la part du PIB attribuée aux soins de santé passant d'environ 10,2 % en 2019 à 12,8 % en 2020 (UK Office for National Statistics, 2021). Comme principale explication, ils déclarent que la croissance des dépenses totales de soins de santé était principalement due à une augmentation (nominale) de 25 % des dépenses publiques en soins de santé, qui à son tour est susceptible d'être causée par les coûts directs de la pandémie, tels que les dépenses pour de nouveaux services de dépistage et de détection, et les coûts indirects des services existants, tels que les équipements de protection individuelle supplémentaires pour les travailleurs de la santé de la première ligne. Conformément aux tendances mondiales, les auteurs indiquent que des niveaux d'activité plus faibles ont été observés en 2020. En 2020, le nombre de traitements non urgents et de visites aux services des urgences a diminué. Il est également dit (dans le contexte des dépenses de soins de santé non publiques) que les services ambulatoires, tels que les soins dentaires, ont été particulièrement touchés. Dans le même temps, on a cependant constaté une augmentation des consultations chez généralistes et les spécialistes par vidéo et par téléphone. Les auteurs soulignent, bien sûr, qu'il s'agit de « premières estimations, basées sur les premières données et donc sujettes à un plus grand degré d'incertitude que nos estimations précédentes » (UK Office for National Statistics, 2021).

Dans un rapport *canadien* de 2021, on ne savait pas encore si les dépenses de santé allaient augmenter ou diminuer en 2020 par rapport aux années précédentes, étant donné l'ampleur de deux tendances opposées : d'une part, l'augmentation des dépenses liées au COVID-19 (traitements, tests, équipements de protection individuelle) et l'augmentation historique des dépenses de santé ; d'autre part, le report des soins (Canadian Institute for Health Information, 2021). L'étude mentionne également certaines directions dans lesquelles le futur système de soins de santé pourrait évoluer, en partie, en conséquence du COVID-19 : la poursuite d'un renforcement des soins de santé intégrés et centrés sur le patient (services à domicile et communautaires ; services de santé physique et de santé mentale), une plus grande attention dans les politiques de soins de longue durée, et des services virtuels menant à de nouvelles façons de fournir des soins avec le potentiel d'améliorer les soins tout en réduisant les coûts (Canadian Institute for Health Information, 2021).

Une étude *chinoise* (novembre 2020) a conclu que « la pandémie de COVID-19 a eu un impact négatif significatif sur l'utilisation des soins de santé en Chine, indépendamment du niveau de risque dans les villes, soulignant l'impact national et mondial des pandémies. Bien que l'utilisation des soins de santé ait progressivement augmenté après l'apparition de l'épidémie, elle n'a pas encore retrouvé son niveau d'avant l'épidémie et ne semble pas être en voie de le faire. » (Zhang et al., 2020).

Lorsque l'on compare les chiffres des dépenses des autres pays avec ceux de la Belgique, il faut bien sûr tenir compte du fait que dans notre pays, les dépenses liées au COVID-19 ont été financées en dehors du budget ordinaire des soins de santé. Il est toutefois frappant de constater que le schéma général des changements est similaire partout.

## **PARTIE II. Application à quelques domaines**

Dans cette deuxième partie, nous allons illustrer l'approche générale décrite dans la première partie pour trois domaines d'application concrets, qui étaient également couverts par le rapport intermédiaire et inclus dans le programme gouvernemental : les soins de santé mentale, les soins intégrés et orientés objectifs et l'accessibilité financière.

En principe, nous devrions partir des grands objectifs de santé, puis définir un ensemble d'objectifs de santé et d'initiatives concrètes pour chacun de ces domaines, en estimant les effets budgétaires sur plusieurs années. Pour diverses raisons, cela n'a cependant pas été possible. Tout d'abord, en tout cas au niveau des soins de santé mentale et des soins intégrés et orientés objectifs, il y a encore du travail à faire pour développer une vision cohérente à long terme qui soit largement soutenue par les différentes parties prenantes. Deuxièmement, comme cela a déjà été décrit en termes généraux au chapitre 5, les informations nécessaires pour estimer avec précision les effets budgétaires font défaut. Il n'a pas été possible de réaliser une étude approfondie des conséquences budgétaires dans le délai de trois mois qui nous était imparti. Troisièmement, il n'appartient pas à un Comité scientifique de définir ces priorités spécifiques. L'apport d'experts indépendants est nécessaire, comme nous l'avons indiqué au chapitre 4, mais cet apport doit être encadré dans une procédure de décision équilibrée.

Les trois domaines que nous allons traiter ont chacun leurs propres caractéristiques, ce qui se reflétera également dans la structure quelque peu différente des chapitres suivants :

- Par le passé, les soins de santé mentale (chapitre 7) ont été développés, structurés et organisés en Belgique de manière plutôt incohérente. La répartition des responsabilités est compliquée et peu transparente, et on ne dispose même pas d'estimation fiable du montant total des ressources actuellement consacrées aux soins de santé mentale. La coordination des soins ambulatoires et résidentiels est plutôt incohérente et déséquilibrée. En outre, de nombreux prestataires et patients utilisent encore une approche très micro-centrée et narrative, avec peu d'intérêt pour (et de connaissances sur) une perspective de population et l'utilisation d'indicateurs de résultats mesurables. Dans ce chapitre, l'accent sera donc principalement mis sur le développement d'une perspective cohérente pour la population, et sur le passage progressif d'un cadre curatif à un cadre préventif. Il apparaîtra très clairement, dans ce cadre, qu'une politique de santé mentale à part entière doit aller bien au-delà des limites des soins de santé au sens strict.

- Si les soins de santé mentale peuvent être considérés comme une discipline unique au sein des soins de santé, le développement des soins intégrés et orientés objectifs (chapitre 8) est avant tout un exercice interdisciplinaire. Cet exercice illustre la nécessité d'adopter une approche transversale et de dépasser les « silos », en mettant l'accent sur la mise en place d'un système de soins centré sur les objectifs de vie du patient. Le caractère souhaitable de l'intégration des soins est largement accepté, mais diverses orientations pour sa mise en œuvre concrète sont encore ouvertes. Nous allons décrire ces différentes orientations et souligner l'importance de la participation du terrain. Nous pensons qu'il existe un large consensus sur l'introduction souhaitable d'un dossier électronique interprofessionnel intégré. Cette idée sera donc développée plus en détail.
- L'accessibilité financière (chapitre 9) est un objectif primordial qui doit être abordé dans tous les domaines de soins et dans toutes les politiques. Nous avons déjà vu au chapitre 2 que des défis majeurs subsistent dans ce domaine, malgré l'importance qui lui est traditionnellement accordée dans la politique belge. Les objectifs étant assez clairs ici, le chapitre 9 va plus loin dans le sens des mesures concrètes que les deux autres chapitres.

Ces trois chapitres traitent donc de domaines politiques ayant des niveaux de développement différents. Ces trois chapitres ont toutefois en commun, à la lumière des objectifs du présent rapport, de tenter d'aller au-delà de la description d'une vision à long terme. Dans chaque cas, le point de départ est une description des défis globaux, mais une tentative est également faite pour décrire les étapes concrètes possibles dans la « bonne » direction. Des propositions sont également faites pour des indicateurs spécifiques qui peuvent être utilisés pour évaluer les progrès de la politique. L'idée générale est de montrer comment des objectifs et des initiatives spécifiques peuvent être dérivés de manière cohérente de principes généraux. Il va toutefois de soi que les chapitres suivants ne constituent qu'une première étape vers un cadre élaboré "objectifs de santé - objectifs de soins de santé - initiatives".

## 7. Soins de santé mentale

Dans le chapitre 2, il a déjà été souligné que la Belgique est peu performante dans le domaine des soins de santé mentale (SSM). Dans ce chapitre, nous allons aborder cette question au sens large. Nous allons commencer par la conceptualisation des problèmes de santé mentale, puis nous aborderons les composantes sociales où se situent les défis et les mesures potentielles mesurables. Au sein de chaque composante, des domaines problématiques et des défis sont ensuite formulés, ainsi qu'un certain nombre de mesures mesurables pouvant être mises en œuvre. Ces constatations, domaines problématiques et solutions ne sont pas exhaustifs, mais définissent un cadre pour une politique à long terme sur l'intégration durable de la santé mentale et des soins de santé mentale dans la société.

### a) Les troubles mentaux et le paradigme clinique

#### DÉFINITIONS DE TRAVAIL

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé mentale comme « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, page web : [Santé mentale : renforcer notre action](#)). La santé mentale est un vaste concept qui peut être situé dans trois domaines : la vie personnelle, l'environnement social et le mode de vie (Trimbos, 2021).

Il est important de faire la distinction entre *les troubles psychiques* (telles que l'anxiété ou la morosité) et *les troubles mentaux*. On peut parler de troubles mentaux lorsque les critères d'un trouble spécifique sont réunis, conformément aux critères de diagnostic décrits dans les systèmes officiels de classification des diagnostics, dont le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e version, est le plus connu. Les troubles mentaux sont de nature chronique, et même s'ils peuvent être légers, ils génèrent un impact important sur l'individu et sur la société et constituent une indication de traitement.

#### PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX DANS LA SOCIÉTÉ

Sur une base annuelle, en Belgique, environ 15 % des adultes répondent aux critères d'au moins un trouble mental. Sur une base annuelle, les troubles anxieux ont été les troubles les plus fréquents (6 %), suivis des troubles de l'humeur (5 %) et des troubles liés à l'alcool (2 %). La schizophrénie, qui est l'un des troubles psychotiques ayant le plus d'impact, a une prévalence au cours de la vie de 0,4 à 1 %. La prévalence des troubles bipolaires sur 12 mois est de 1 à 1,5 %. Les rares estimations sur la prévalence des troubles mentaux chez les mineurs montrent qu'environ 20 % des jeunes répondent aux critères d'un trouble mental, les troubles du contrôle des impulsions étant les plus fréquents sur une base annuelle (8-13 %), suivis des troubles anxieux (6 %) et de la dépression (2 %). La prévalence des troubles du spectre autistique (actuellement entre 0,1 et 1,7 %) et du TDAH, qui sous-tend une grande partie des troubles externalisés du comportement, est bien connue. Il existe aussi, en outre, des troubles spécifiques de l'apprentissage.

Environ 33 à 50 % des troubles sont sévères. En moyenne, les troubles mentaux apparaissent très tôt dans la vie : l'âge médian et l'âge moyen de leur apparition se situant respectivement entre 17 et 21 ans. 75 % de l'ensemble des troubles commencent avant l'âge de 24-27 ans. Les troubles du contrôle des impulsions se manifestent tôt (en moyenne vers l'âge de 9 ans), suivis par les troubles anxieux qui se manifestent à l'adolescence (en moyenne vers l'âge de 14 ans). Les troubles liés à l'usage de substances apparaissent au cours du jeune âge adulte (en moyenne vers 23 ans) et les troubles de l'humeur apparaissent en moyenne vers 38 ans.

#### LE PARADIGME CLINIQUE DU TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX

Dans la mesure où les soins de santé mentale se sont principalement concentrés sur les troubles mentaux, le paradigme clinique a toujours été considéré comme le modèle implicite en ce qui concerne les aspects du traitement. Le modèle clinique définit la santé mentale comme l'absence de trouble et s'intéresse, ipso facto, au traitement des troubles chez les individus.

Ce paradigme clinique part d'un certain nombre d'hypothèses, conformément à son application dans d'autres disciplines et branches de la médecine :

- L'hypothèse la plus importante est que les personnes qui répondent aux critères d'un trouble mental ressentent un certain « fardeau » qui nécessite un traitement et les pousse également dans cette direction (Suchman, 1965). Ainsi, le modèle clinique repose sur l'idée que les troubles mentaux génèrent la même charge que les troubles somatiques, et que la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux reçoivent effectivement un traitement professionnel assez rapidement et sans trop de report des soins.
- À l'inverse, l'aide professionnelle part souvent du principe que la majorité des patients traités répondent effectivement aux critères d'un trouble mental, *parce qu'ils ont demandé l'aide d'un professionnel* (Goldberg & Huxley, 1980), sans se soucier de la présence d'un trouble. Le paradigme clinique suppose que les profils des patients traités restent stables.
- Le traitement du trouble est au cœur du modèle clinique. On insiste beaucoup sur le modèle de la maladie (« qu'est-ce que le patient ne peut plus faire ? ») et on ne met généralement pas l'accent sur un modèle d'intervention qui privilégie les possibilités et l'amélioration (« qu'est-ce que le patient peut encore faire, compte tenu de la présence d'un trouble mental ? »).

Ce n'est que depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle que des études de population standardisées en Europe ont testé ces hypothèses. Le paradigme de la politique de santé mentale a peut-être changé au cours des dernières décennies, mais la structure organisationnelle et institutionnelle reste encore fortement ancrée dans le paradigme clinique. Le changement culturel, d'un paradigme à un autre, semble difficile à réaliser, tant pour les professionnels de la santé que pour la société.

b) Conséquences sociales des troubles mentaux

## IMPACT SUR LE DÉCROCHAGE SCOLAIRE, LE FONCTIONNEMENT ACADÉMIQUE ET L'EMPLOI

Les troubles mentaux se manifestant dès le plus jeune âge, il est évident que leur impact se fait sentir dans différents domaines : exclusion sociale, fonctionnement scolaire, fonctionnement des rôles et qualité de vie, absentéisme et présentéisme dans un environnement lié au travail. L'exclusion socio-économique est depuis longtemps l'une des conséquences les plus couramment décrites des troubles mentaux (Lamy, 1966). Cela rend le thème pertinent en permanence pour la politique actuelle et future. L'impact social des troubles mentaux au niveau de l'enseignement obligatoire peut être estimé à 6% de l'ensemble des *dropout* observés. L'impact des troubles mentaux sur le fonctionnement académique est plus important : en moyenne, un étudiant souffrant de troubles mentaux a 75 % de chances supplémentaires d'échouer (Bruffaerts et al., 2018), ce qui entraîne non seulement un effet à court terme, mais aussi des effets à long terme, notamment l'incapacité à exploiter pleinement le capital humain sur le marché du travail. Un impact similaire peut être observé dans les pourcentages annuels : ceux-ci baissent de 3 à 11% pour les étudiants souffrant de troubles mentaux.

Pour les adultes, l'impact des troubles mentaux peut être mesuré par le nombre de jours par an pendant lesquels la personne ne fonctionne pas ou fonctionne moins bien en raison de la présence de problèmes mentaux. En 2000, on estimait que les troubles mentaux en Belgique généraient un impact moyen de 5 jours avec impact total ou partiel par mois, soit 60 jours sur une base annuelle. Les jours d'absentéisme et de présentéisme liés au travail ont été estimés à 24 et 40 jours par an respectivement (soit, au total, 29% du nombre de jours de travail réguliers à temps plein par an). En 2020, les troubles mentaux représentent un tiers de l'invalidité, c'est-à-dire une incapacité de travail de plus d'un an (Goorts et al., 2020 ; INAMI, page web : [Statistiques des indemnités](#)) : il s'agit d'une augmentation de 26% depuis 2016.

Une attention particulière doit être accordée à l'importance de la dépression, tant chez les enfants et les adolescents que chez les étudiants et les adultes. En ce qui concerne l'enseignement obligatoire, la dépression entraîne une proportion 2,4 fois plus élevée d'élèves ne terminant pas l'enseignement secondaire. Dans l'enseignement supérieur, la dépression entraîne un risque 1,5 à 2 fois plus élevé de ne pas réussir (D'Hulst et al., 2021). En l'an 2000, on estimait que les adultes souffrant de dépression étaient incapables de fonctionner entre 60 et 120 jours par an, ou seulement partiellement (Bruffaerts et al., 2011a). Le rôle spécifique de la dépression dans l'absentéisme a augmenté de 70 % au cours de la période 2000-2013, alors que la prévalence de la dépression au niveau de la population est restée stable dans le temps. En 2020, le nombre de Belges souffrant de dépression a été estimé à 75 000.

Au chapitre 3, nous avons souligné l'importance de regarder au-delà du périmètre des dépenses de l'INAMI lors de l'estimation des implications budgétaires. Les soins de santé mentale sont un domaine où cette approche peut apporter des éléments intéressants.

## TRAITEMENT DES TROUBLES

Au début du XXI<sup>e</sup> siècle, la consommation de soins sur 12 mois pour des troubles mentaux était estimée à 28 % des personnes atteintes d'un trouble mental courant. En 2021, la consommation de soins sur 12 mois est estimée à environ la moitié pour les adultes et un tiers pour les 0-18 ans. Les troubles de l'humeur (tels que la dépression) et les troubles de l'anxiété sont les aides les plus fréquemment demandées ; les moins demandées (moins de 20 %) sont les troubles liés à l'alcool et au contrôle des impulsions. À long terme, la majorité des personnes (90 %) souffrant de troubles mentaux entament un traitement, mais les délais sont très longs (en moyenne 10 à 15 ans) et sont comparables aux délais observés dans des pays dont la structure, l'organisation et l'accès aux soins de santé mentale sont totalement différents (Alonso et al., 2002). Le report prolongé augmente la probabilité d'une évolution progressive du trouble, en particulier dans la tranche d'âge 20-35 ans, où le développement d'une comorbidité psychiatrique est réel et génère un impact sur le plan relationnel et professionnel. En outre, un report prolongé du traitement entraîne un risque plus élevé de *dropout* du traitement (Harris et al., 2020).

Au cours des deux dernières décennies, la demande de soins pour les troubles mentaux a augmenté à un rythme de 0,75 à 1% par an. Il est frappant de constater que cette augmentation ne se produit pas tant dans les soins spécialisés que dans les milieux non spécialisés et à bas seuil : le médecin généraliste et la première ligne (94 % des Belges ont un médecin généraliste et plus de 75 % des traitements professionnels en santé mentale ont lieu dans le cabinet du médecin généraliste, en combinaison ou non avec un psychiatre ou un psychologue clinique), les secteurs qui traitent principalement les patients en situation de crise (comme les services d'urgence et les équipes mobiles de crise) et les traitements par internet. Malgré ce fait, on estime que 5 à 6 % de la population belge reçoit un traitement ambulatoire pour un trouble mental sans en être atteint (Bruffaerts et al., 2015). Cela concerne environ 440 000 personnes. Parmi les patients traités sans trouble mental ni suicidalité, environ 20% ont été traités au cours des 12 derniers mois par un psychiatre/neurologue et environ la moitié par un psychologue ou un psychothérapeute. Environ 15 % ont suivi une psychothérapie et la moitié ont pris des psychotropes (Bruffaerts, 2017). La consommation élevée de médicaments chez les patients qui ne présentent pas de troubles mentaux est particulièrement frappante.

### c) [Domaines problématiques actuels](#)

#### ABSENCE D'UN CADRE POUR L'INTERVENTION ET LA DÉTECTION PRÉCOCES

L'un dans l'autre, la prévalence des troubles mentaux les plus courants (c'est-à-dire les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles liés à l'alcool) reste relativement stable au fil des ans. Les personnes nées dans des cohortes plus récentes ont un risque plus élevé de développer des troubles mentaux, et plus particulièrement des troubles liés aux impulsions (tels que les troubles alimentaires, le *binge drinking*, les problèmes d'agressivité, l'usage de substances). Comme les (ces) troubles se manifestent à un âge très précoce, cette observation soulève la question des possibilités de détection et d'intervention précoces. Cependant, la politique fédérale en matière de santé mentale n'accorde que peu ou pas d'attention aux interventions précoces qui permettent à la société de modifier ou de contrôler une évolution progressive. L'accent est mis sur l'aspect curatif des troubles mentaux (De Hert et al., 2008).

## COMPORTEMENT DE RECHERCHE D'AIDE PROBLÉMATIQUE

Cinq domaines problématiques spécifiques peuvent être identifiés :

1. La prévalence élevée de troubles et la faible proportion de personnes qui se font soigner par des professionnels à court terme entraînent un *unmet need* (besoin non rencontré) élevé au niveau des troubles mentaux. On estime que, sur une base annuelle, environ 280 000 adolescents et 780 000 adultes et personnes âgées souffrant de troubles mentaux ne reçoivent pas de traitement. Pour les enfants et les adolescents souffrant de troubles, ce problème s'accroît souvent lorsqu'ils deviennent adultes, car les soins de transition sont très problématiques, surtout pour les adolescents qui ont abandonné l'école et ne sont pas intégrés sur le marché du travail. Enfin, il faut tenir compte du fait qu'une faible situation socio-économique rend l'accès aux soins de santé très difficile.
2. Le long délai entre l'apparition d'un trouble mental et le premier moment où l'on cherche à se faire soigner représente un facteur critique dans le débat *met/unmet need* (besoin satisfait/non rencontré). Comme déjà mentionné, en Belgique, on estime généralement qu'il faut attendre 10 à 15 ans après l'apparition des troubles, malgré une forte densité de prestataires de soins. Ainsi, l'offre importante de soins ne permet donc pas la mise en place d'une aide en temps utile.
3. À l'inverse, nous avons déjà mentionné que le nombre élevé de personnes sans troubles mentaux en traitement professionnel crée un problème important d'*overmet need* (besoin couvert en excédant). Ce n'est pas seulement le cas dans le secteur ambulatoire. L'analyse des profils diagnostiques des admissions en psychiatrie montre qu'entre 8 000 et 14 000 admissions ont lieu chaque année pour des patients présentant un diagnostic qui n'est généralement pas indiqué pour une admission. La forte densité et la facilité d'accès aux prestataires de soins de santé abaissent le seuil d'accès au secteur pour les personnes dont les besoins de traitement sont plutôt limités, mais cela ne signifie pas automatiquement que ces personnes recevront également un traitement adéquat. On est ici clairement face à un problème d'*inappropriate care*.
4. Dans le même ordre d'idées, on peut se demander dans quelle mesure le traitement reçu répond à un certain nombre de critères minimums des lignes directrices existantes pour les personnes qui ont été autorisées à accéder au secteur professionnel (Wang et al., 2007). En général, on peut dire que le *Minimal Adequate Treatment (MAT)* des troubles mentaux en Belgique est inférieur aux normes et similaire, voire inférieur, par rapport aux pays qui ont une organisation, une structure et un accès différents en matière de soins de santé mentale (Thornicroft et al., 2017; Mistiaen et al., 2019). On estime qu'en Belgique, le MAT pour les troubles mentaux dans la catégorie d'âge 18+ représente environ 39 % de l'ensemble des traitements proposés sur une période de 12 mois.
5. Malgré une meilleure connaissance des problèmes de santé mentale dans la société, on se heurte toujours à une forte stigmatisation des problèmes de santé mentale (Thunus et al., 2019). Des études récentes ont montré que la stigmatisation dans l'environnement scolaire, au travail ou dans les interactions sociales quotidiennes a un effet majeur sur la santé mentale, sur l'utilisation et l'accessibilité des soins de santé mentale et sur les décisions de traitement (Thunus et al., 2019; Walker & Thunus, 2020) :
  - La santé mentale reste un sujet quelque peu tabou dans notre société, au travail et à l'école. Ce contexte rend plus difficile l'expression des problèmes psychiques, ce qui peut les aggraver.

- La stigmatisation est un obstacle majeur au recours à une aide professionnelle. En particulier dans le cadre du paradigme clinique, cela signifie que l'on se voit coller une « étiquette », symbolisée par le diagnostic. Cela peut être perçu par le patient comme une forme de dégradation sociale.
- La stigmatisation peut également influencer les décisions de traitement et les conseils d'orientation donnés par les thérapeutes. Par exemple, un professionnel de la santé conscient d'une possible stigmatisation au travail peut, précisément pour cette raison, commencer à douter de la possibilité de conseiller à une personne souffrant de problèmes psychologiques de se réintégrer professionnellement.

### RÉFORMES DES SSM : QUO VADIS ?

Les vastes réformes menées dans le domaine de la santé mentale depuis 2011 n'ont pas permis de faire baisser la prévalence des troubles mentaux, la charge de morbidité qui leur est associée, le *unmet need* ou le *overmet need*, ni de faire augmenter le MAT. Une approche différente de la santé mentale est également nécessaire pour s'attaquer au problème de la stigmatisation (dans les trois points évoqués). Les réformes précédentes ont permis de réduire le grand nombre de lits psychiatriques en Belgique, mais aucune mesure n'a encore été prise pour résoudre, évaluer et ajuster les points névralgiques plus fondamentaux.

Bien que les documents politiques fassent souvent référence à la « prévention » dans le secteur de la santé mentale, le contenu de ce concept reste souvent vague, indéterminé et non mesurable. On n'utilise pas d'indicateurs clairs pour évaluer les résultats. Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, la mesure de ces résultats est une variable de processus nécessaire dans les réformes des soins de santé.

#### d) Pistes pour une meilleure politique

La prévalence élevée des troubles mentaux, le niveau élevé d'*unmet* et d'*overmet need*, le long délai de recherche d'un traitement, la faible qualité des traitements offerts pour les troubles mentaux et la stigmatisation persistante soulignent le fait que le paradigme clinique au sein des soins de santé mentale n'est pas suffisamment capable de résoudre ou même d'orienter les questions cliniques, organisationnelles et sociales actuelles relatives à une politique de soins de santé mentale durable au 21<sup>e</sup> siècle. Nous suggérons de greffer cette politique sur le cadre de valeurs présenté au chapitre 2 et d'utiliser les meilleures données disponibles. Sur la base de ces principes, nous décrivons ensuite une série de mesures concrètes et suggérons des indicateurs possibles qui répondent aux critères « SMART ». Pour les raisons expliquées ci-dessus, il n'est pas possible de chiffrer l'impact budgétaire de ces mesures, mais nous indiquons clairement la direction dans laquelle la politique doit aller.

### UN NOUVEAU PARADIGME DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE : VALUE-BASED PUBLIC MENTAL HEALTH (UNE SANTÉ MENTALE PUBLIQUE BASÉE SUR LES PLUS-VALUES)

L'organisation des soins de santé mentale dans la perspective de la *public health* décrite au chapitre 2 a un certain nombre d'implications directes dans la conception et l'évaluation des interventions ainsi que l'identification et la mesure des résultats :

(1) Elle indique explicitement que les soins devraient être davantage réglementés, non seulement en termes d'accès et d'orientation vers les soins, mais aussi en ce qui concerne la mise en œuvre d'interventions spécifiques au sein de la pratique clinique (après l'accès aux soins) et au sein de la société (pour l'accès aux soins).

(2) Elle se concentre sur la nécessité d'une intervention précoce et, en même temps, sur la question des possibilités d'intervention d'un point de vue préventif. Cela va directement à l'encontre du paradigme clinique, dans lequel l'intervention n'a lieu qu'une fois que le patient est (a été) diagnostiqué. Le paradigme de santé publique (*public health*) élargit le champ du diagnostic à la société dans son ensemble : à la possibilité d'intervenir auprès des personnes qui ont des problèmes mentaux (qui n'ont pas encore évolué en troubles) mais aussi auprès des personnes/groupes qui n'ont ni problèmes ni troubles mentaux.

(3) Dans le nouveau paradigme, les soins doivent être « value-based » (basés sur les plus-values), et la question est explicitement posée de savoir comment faire face à l'augmentation de la demande compte tenu des ressources limitées disponibles.

Les points ci-dessus ont des implications immédiates et directes sur la formulation des objectifs de santé et de soins dans le domaine de la santé mentale. Au sein du groupe cible de certains traitements, nous constatons dans ce nouveau paradigme que (1) non seulement le patient individuel est central, mais aussi la société au sens large ; (2) l'accent est mis non seulement sur la présence d'un trouble mental, mais aussi sur les problèmes mentaux et les groupes cibles qui n'ont pas encore de problèmes mentaux ; et (3) les interventions au niveau individuel et collectif ne se limitent pas à un traitement strict, mais s'inscrivent dans un cadre plus large (comme les interventions qui augmentent la résilience). En ce qui concerne les objectifs des interventions prévues, nous constatons que le nouveau paradigme met l'accent sur les interventions qui visent non seulement à traiter le trouble, mais aussi le fonctionnement de l'individu (par exemple, dans le cadre d'une réactivation dans un contexte scolaire ou professionnel). Cette politique est axée sur le fonctionnement du patient en fonction de ses propres objectifs de vie (De Maeseneer & Boeckxstaens, 2012).

#### UN CADRE DE MESURABILITÉ

La vision future d'une politique de santé mentale fondée sur les valeurs et dans une perspective de santé publique reposera principalement sur la collecte, la tenue à jour et l'évaluation structurées et normalisées de données épidémiologiques et cliniques. Cela peut se faire en utilisant des protocoles, en recourant à des traitements *evidence based* et en recueillant et en rassemblant les résultats/coûts des traitements sous forme de données scientifiques dans des registres de cas. Des indicateurs de résultats mesurables peuvent également être proposés dans le domaine de la santé mentale (Baggaley, 2020) : au niveau macro (comme la mise en œuvre d'interventions de détection précoce ou de prévention), au niveau méso (comme *met, unmet, overmet need, MAT*) et au niveau du patient individuel (comme l'amélioration de la symptomatologie, de la qualité de vie, de l'absentéisme/présentéisme, du fonctionnement quotidien au niveau personnel, social et professionnel). Les objectifs et les indicateurs aux niveaux micro, méso et macro sont examinés plus en détail dans la section suivante.

Il ne faut pas oublier la nuance évoquée plus haut dans ce rapport : la mesurabilité et les indicateurs sont des éléments essentiels pour orienter les politiques, mais les indicateurs quantitatifs ne sont qu'une opérationnalisation limitée des objectifs fondamentaux sous-jacents et ces objectifs ne peuvent pas être réduits aux indicateurs.

#### MESURES, INTERVENTIONS ET INDICATEURS MESURABLES

Dans ce contexte général, nous allons maintenant donner un aperçu des mesures et des interventions possibles. Ces mesures ne se limitent pas au secteur des soins au sens strict : une politique de santé mentale centrée sur la prévention implique de nombreux domaines sociaux différents. En outre, les efforts déployés au niveau fédéral doivent être coordonnés avec les décisions politiques prises à d'autres niveaux institutionnels.

- Dans le domaine de la détection et de l'intervention précoces

Une réduction efficace des problèmes de santé mentale au niveau de la société passera d'abord par la mise en œuvre, l'évaluation et l'ajustement des interventions auprès du jeune enfant, tant dans le contexte de la famille que dans celui de l'environnement scolaire. Trois possibilités peuvent être envisagées pour une intervention précoce : la transmission d'informations sur les problèmes et les troubles mentaux, les interventions dans l'éducation au niveau de l'école et de la classe (dans le but d'améliorer les interactions en classe), et la détection et l'orientation des élèves souffrant de problèmes mentaux. L'enseignement doit rechercher des méthodologies appropriées et efficaces en matière de santé mentale. Il s'agit d'un pas important vers l'amélioration des connaissances de base en matière de santé mentale (*mental health literacy*), tant chez les élèves que chez les enseignants. En termes d'interventions préventives universelles on peut penser à *The Good Behavior Game (GBG)*, une *EBM (evidence-based medicine)* utilisés pour accroître l'autorégulation, la régulation de groupe et le comportement prosocial des élèves de l'école primaire, tout en réduisant les comportements externalisés problématiques.

L'intervention précoce doit tenir compte de l'augmentation attendue de troubles liés aux impulsions, qui sont plus fréquents dans les groupes d'âge plus jeunes. Une reconnaissance claire des troubles mentaux par l'équipe enseignante et une orientation ciblée vers des soins de santé professionnels soutenue par la continuité des soins est alors nécessaire. Il doit être possible de passer rapidement et spécifiquement d'un contexte scolaire à un contexte de soins/assistance.

Et, dans ce contexte, il est nécessaire de créer un cadre et un contexte permettant la détection précoce des problèmes de santé mentale. Il existe deux périodes principales pour la détection précoce des troubles mentaux : (1) l'enfance (<3-5 ans) pour tous les troubles du développement (autisme, problèmes de langage, TDAH) ; et (2) l'adolescence pour les premiers signes de pathologie adulte (c'est-à-dire les adolescents à haut risque). L'école joue un rôle majeur à cet égard. Les PSE doivent être formés à détecter les problèmes potentiels dès la maternelle et à orienter les enfants vers la deuxième ou troisième ligne pour une évaluation diagnostique et thérapeutique. Le GBG peut en effet améliorer la sociabilité et le comportement mais ne répond pas aux problèmes spécifiques du TDAH avancé : c'est typiquement la différence entre un problème psychologique et éducatif (une divergence de la « norme ») et un trouble pédopsychiatrique spécifique. Kind en Gezin et l'ONE peuvent également jouer un rôle dans le suivi précoce des enfants, car ils peuvent détecter rapidement les problèmes de langage et de développement. Les enfants dont les parents souffrent de problèmes de santé mentale ou de troubles mentaux courent un risque accru. Une attention particulière doit être accordée aux enfants dont un parent est en psychiatrie. En cas de problèmes familiaux et parentaux (conflits conjugaux, divorces, etc.), la première ligne devrait être aisément accessible aux parents.

Pendant la crise du COVID-19, une grande attention a été accordée aux étudiants (voir le point suivant). Toutefois, il ne faut pas oublier que l'absentéisme scolaire des enfants et des jeunes adolescents a également augmenté au cours de cette période. 1 à 5 % des enfants en âge scolaire souffrent aujourd'hui de phobie scolaire. Ces problèmes peuvent ensuite avoir un coût social important en termes de chômage, d'invalidité et de troubles mentaux.

- Au niveau de l'enseignement supérieur

Les mesures spécifiques qui peuvent s'appliquer dans l'enseignement supérieur sont, outre les interventions psychosociales organisées au sein des services aux étudiants des institutions, l'investissement fédéral récemment organisé dans l'organisation d'interventions de groupe non orientées par pathologie et aisément accessibles (dans le cadre du COVID19). L'évaluation de cette initiative permettra aux décideurs politiques de faire des choix basés sur la connaissance du nombre d'étudiants traités, des problèmes traités et des effets de ces interventions de groupe sur le flux de soins professionnels (pour l'étudiant individuel) mais aussi sur le niveau des services proposés aux étudiants de chaque institution. Il est possible que ces interventions puissent être intégrées et alignées sur les soins psychologiques de première ligne conventionnés existants. Parmi les autres mesures adaptées à l'étudiant, on peut citer l'organisation et la mise en place d'e-traitements pour les étudiants souffrant de stress, de problèmes de sommeil ou de troubles alimentaires (Harrer et al., 2019) et l'organisation de plateformes internet spécifiquement conçues pour servir de passerelle aux étudiants vers à la fois des informations sur les problèmes psychologiques et les traitements possibles (par exemple [www.moodspace.be](http://www.moodspace.be)).

- Au travail

Une synthèse complète des recherches existantes (Steel et al., 2018) trouve des preuves modérées de l'efficacité des interventions en matière de santé mentale au travail (Steel et al., 2018). Certains facteurs généraux de réussite ou programmes efficaces sont les suivants : (a) des programmes comprenant à la fois des interventions en matière de santé mentale et physique, des interventions multidimensionnelles en matière de santé mentale et/ou psychosociale, (b) une *exposition (progressive) in vivo* avec des interventions pour des troubles anxieux spécifiques, (c) des interventions de haute intensité avec accès à un traitement clinique et un soutien pour naviguer dans les programmes de gestion de l'incapacité de travail, (d) la combinaison d'approches individuelles et organisationnelles du stress et du harcèlement au travail, (e) la participation des travailleurs à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation du changement, et (f) une communication efficace en matière de gestion. En résumé, l'évaluation et la réadaptation précoces, y compris les adaptations du travail et du lieu de travail, semblent être une stratégie rentable, et les programmes à plusieurs composantes semblent être les plus efficaces et les plus rentables. Enfin, il existe des preuves solides de l'impact d'une gestion raisonnable de l'absentéisme pour maladie de longue durée.

- Au niveau de l'aide

La réduction des soins fortement institutionnalisés est possible et réalisable à condition de mettre en place un système durable et socialement ancré de soins accessibles et rapides, de traitements EBM courts dans un système de soins à plusieurs niveaux (pas d'accès libre) prévoyant la continuité des soins et ouverts à la société. L'accès aux soins doit être réglementé et canalisé. L'objectif est de créer des formes de soins aisément accessibles sur base d'indication, afin d'éviter un accès large et ouvert aux soins de santé mentale. Un tel système de soins intégrés permet de résoudre des problèmes plus structurels, tels que les listes d'attente.

Tant les données cliniques et populationnelles montrent que les mesures qui permettent un accès rapide et facile aux soins et qui suivent le processus de recherche d'aide clinique du patient (par exemple, les soins de première ligne et les soins psychologiques de première ligne, les équipes mobiles de crise, les services d'urgence des hôpitaux généraux ou les services de court séjour) peuvent réduire les *unmet needs* élevés. Ces portes d'accès sont souvent utilisées par des personnes atteintes de troubles mentaux qui n'ont pas suivi de traitement auparavant et par des patients dont les troubles mentaux sont plus récents (Jansen et al., en révision). Dans le contexte des soins de première ligne, l'introduction des soins psychologiques de première ligne conventionnés a permis aux patients traités dans le cadre de cette convention d'avoir un délai de report des soins d'environ 6 ans, soit une réduction de 4 à 9 ans par rapport au report moyen. En outre, l'évaluation de cette mesure montre que les bénéfices pour la santé du patient sont significatifs (par exemple, une forte réduction du nombre de jours d'absence et de présentéisme) après une moyenne de 6 séances de traitement, et que la réduction de la symptomatologie et l'amélioration de la qualité de vie peuvent être observées pendant au moins 6 mois après le traitement (Jansen et al., 2021). En ligne avec l'organisation d'interventions de groupe aisément accessibles pour les étudiants, la mise en place d'interventions similaires pour les adultes (organisées dans le cadre des lignes de soins zéro et/ou des soins de première ligne) peut servir d'intervention permettant de favoriser l'accès aux soins aisément accessibles, mais aussi d'augmenter la résilience (White et al., 2008). Ce qu'on appelle les groupes « White » s'inscrivent d'ailleurs parfaitement dans une perspective de *public health*, où l'accent est mis sur l'organisation d'interventions *en dehors* du cadre classique d'aide et de soins, et où l'objectif premier est de renforcer la résilience psychologique et l'autonomie. L'organisation de traitements par internet (qui peuvent être commencés à l'endroit et au rythme du patient et selon son propre calendrier) peut également être considérée comme une option d'intervention susceptible de réduire l'*unmet need* dans la population. Ces traitements sur Internet peuvent fonctionner comme un premier pas vers et/ou une première tentative d'aborder les problèmes psychologiques (De Jaegere et al., 2019), à condition que la qualité soit suffisamment assurée.

D'autres mesures comprennent l'extension et le renforcement des initiatives existantes, telles que la mise en place d'unités de court séjour pour les patients en crise. L'évaluation de ces options de traitement en Belgique a montré que l'hospitalisation de courte durée pour des troubles mentaux permet d'obtenir un gain en termes de santé, comparable à celui des alternatives à plus long terme, à condition que la continuité des soins pour le patient soit garantie. De plus, les patients admis dans des unités d'hospitalisation de court séjour adjacentes aux services d'urgence n'ont le plus souvent pas d'antécédents psychiatriques et ont une durée de séjour plus courte (Bruffaerts et al., 2011b). Dans le même ordre d'idées, mais de manière complémentaire, les équipes mobiles de crise (appelées équipes 2a, organisées dans le cadre de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux) constituent un ajout spécifique qui permet de réduire l'*unmet need*: jusqu'à 60 % des plaintes primaires et secondaires signalées à ces équipes sont de nature suicidaire, et une proportion importante de patients n'avaient jamais suivi de traitement professionnel pour des problèmes psychologiques auparavant.

Les mesures qui peuvent être prises pour augmenter et garantir la qualité des soins sont le développement d'indicateurs de qualité pour les soins de santé mentale qui incluent un certain nombre de variables essentielles de processus et de résultats (voir Porter & Teisberg, 2006 ; ICHOM), l'adoption de directives EBM pour la mise en œuvre et l'organisation des soins par le secteur (y compris les programmes de formation), la garantie de la continuité des soins dans le trajet de traitement du patient et l'organisation de modèles de soins intégrés (c'est-à-dire des modèles de soins qui se concentrent sur le besoin de soins du patient et font tomber les barrières traditionnelles entre la première, la deuxième et la troisième ligne et entre les disciplines). Les soins intégrés et orientés objectifs en général, c'est-à-dire également en dehors du secteur de la santé mentale, sont examinés plus en détail dans le chapitre suivant.

Un ensemble d'indicateurs mesurables peut être utilisé pour évaluer toutes ces mesures. Quelques exemples pertinents sont donnés dans l'encadré.

#### **INDICATEURS AU NIVEAU MACRO**

- (1) Les troubles mentaux et les problèmes mentaux dans la société/le réseau, y compris le recours aux soins et le fonctionnement.
- (2) Niveau de *mental health literacy* (connaissance de la santé mentale) dans la société
- (3) Proportion d'écoles qui incluent des modules sur la santé mentale dans leur programme d'études
- (4) Proportion d'écoles qui utilisent le GBG

#### **INDICATEURS AU NIVEAU MÉSO**

- (5) Proportion d'écoles qui ont une collaboration avec le PSE, Kind en Gezin et l'ONE pour la détection et l'orientation précoces.
- (6) % de patients disposant d'un accès facile et en temps opportun aux soins
- (7) Pénétration des interventions de groupe non spécifiques à une pathologie dans l'enseignement supérieur
- (8) Proportion de patients souffrant de problèmes psychologiques traités dans le cadre des soins psychologiques de première ligne
- (9) Harmonisation de la prise en charge par les acteurs du réseau pour des groupes cibles spécifiques au niveau du réseau
- (10) Proportion de patients gérés au niveau du réseau en soins de première ligne /soins de crise

#### **INDICATEURS AU NIVEAU MICRO**

- (11) Proportion de directives EBM utilisées
- (12) Pourcentage d'amélioration après l'intervention (en fonction de la réduction des symptômes, de l'amélioration du fonctionnement personnel, scolaire ou professionnel, de l'amélioration de la qualité de vie)

### e) Conclusion

La santé mentale belge est confrontée à des défis énormes. La prévalence élevée, l'utilisation problématique et l'impact élevé des troubles sur les individus et la société (par exemple, l'absentéisme) sont connus depuis des décennies, mais les réformes de la santé mentale depuis 2011 n'ont pas permis de réduire la prévalence des troubles, de résoudre l'utilisation problématique des soins ou de réduire l'absentéisme. Les décideurs doivent faire un certain nombre de choix qui permettront d'améliorer durablement le système fédéral de santé mentale dans *chacun* de ces trois domaines.

En résumé, on peut dire que ces choix se situent (a) au niveau micro dans le domaine de l'augmentation de l'accès aux traitements EBM et de la mise en œuvre de nouvelles interventions (y compris les traitements par Internet et les interventions de groupe), (b) au niveau méso où l'accent des soins (*focus of care*) des interventions doit se déplacer (*dans* et *avec* la société), combiné avec un accès aisé au sein d'un système de soins de santé à plusieurs niveaux et la limitation de l'accès totalement libre (l'accès doit être réglementé en fonction de la finalité et de la durée du traitement) et (c) au niveau macro, où elles doivent être gérées dans une perspective de population, dans laquelle l'orientation vers l'objectif (*goal-orientedness*) et la mesurabilité des indicateurs du processus et des résultats sont des éléments centraux.

Ces principes de base sont conformes aux principes généraux du budget pluriannuel fondé sur des objectifs de (soins de) santé, tels qu'ils sont exposés au chapitre 3. L'accent mis sur la santé mentale est toutefois relativement récent et une politique structurée doit encore être élaborée et développée. Comme nous l'avons mentionné, les soins de santé sont actuellement fragmentés et organisés de manière non transparente, et nous ne savons même pas combien de moyens sont consacrés aux soins de santé mentale globalement. En outre, plus encore que dans d'autres domaines, une politique de « *health in all policies* » est nécessaire. La meilleure option peut être de développer et d'évaluer en profondeur des initiatives spécifiques, sur la base des informations nouvellement collectées sur les résultats et les coûts. Dans ce chapitre, nous avons décrit une série d'initiatives possibles. Il est important que les initiatives sélectionnées s'inscrivent dans le cadre général de réflexion présenté dans ce chapitre.

## 8. Des soins intégrés et orientés objectifs

Les soins intégrés constituent, par excellence, une approche qui permet d'atteindre nos objectifs en matière de soins accessibles, de qualité, durables et centrés sur la personne et la population. En outre, le fait de travailler au sein d'une équipe interprofessionnelle offre la possibilité de prendre également soin des prestataires de soins eux-mêmes. Enfin, il est possible de créer davantage de « valeur » avec les personnes et les ressources déployées grâce à la collaboration et au transfert des tâches. Les soins intégrés sont également un domaine dans lequel la transversalité occupe une place centrale.

Par rapport aux soins de santé mentale, des initiatives plus structurées ont été prises dans le domaine des soins intégrés par le passé. Cependant, il n'est pas facile de déduire un modèle général qui devrait être appliqué partout de la même manière. Dans la première section, nous développons cette idée : nous plaidons pour une approche bottom-up structurée en fonction d'un ensemble cohérent d'objectifs. Nous proposons également, comme dans le chapitre précédent, une série d'indicateurs. Les soins intégrés et orientés objectifs deviennent beaucoup plus faciles lorsque les différents flux de données concernant le patient peuvent être intégrés. Dans la section B, nous décrivons une proposition cohérente pour réaliser un dossier patient électronique interprofessionnel intégré et orienté objectif.

### a) Soins intégrés et soins orientés objectifs : non pas top-down mais bottom-up

La définition des soins intégrés généralement acceptée en Belgique est celle de l'OMS : « Les soins intégrés sont des soins gérés et dispensés de manière que les personnes puissent bénéficier d'un continuum de services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de gestion des maladies, de réadaptation et de soins palliatifs à différents niveaux et endroits du système de santé, et en fonction de leurs besoins tout au long de leur vie ». Cette définition est opérationnalisée dans les objectifs inclus dans le plan conjoint « Des soins intégrés pour une meilleure santé » (CIM, 2015). Ce document politique est le résultat d'un long processus de concertation entre les entités fédérales et fédérées, qui s'est déroulé en plusieurs étapes et a abouti aux documents suivants : le programme national « Priorité aux maladies chroniques » (Cabinet de la Vice-première Ministre, Ministre des Affaires sociales et de la santé publique, 2008) ; le « Position paper » du KCE (Paulus et al., 2012) ; la ligne directrice « Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique » (SPF SPSCAE & INAMI, 2013).

Le plan commun s'est concrétisé, entre autres, sous la forme de douze projets pilotes de soins intégrés, dans lesquels des actions concrètes visant à améliorer l'intégration des soins sont mises en place. Les projets pilotes sont destinés à développer les soins intégrés dans une zone territoriale clairement définie couvrant environ 100 000 à 150 000 habitants.

Dans le même temps, les entités fédérées ont également rédigé une série de documents clés ou ont entamé des processus de restructuration, notamment en ce qui concerne les soins de première ligne. En Flandre, par exemple, on peut mentionner un long processus qui a conduit au décret sur l'organisation de la première ligne en 2019, qui s'est concrétisé par la création de « zones de première ligne » (Gouvernement flamand, Décret du 26/4/2019). A Bruxelles, un processus de consultation est en cours avec une forte volonté de développer les « soins de proximité ». En Wallonie, un processus de consultation a abouti aux recommandations du plan « Get up Wallonia » (Wallonia G task force, 2021). Il est également prévu d'organiser des « *assises de la première ligne* », qui devraient aboutir à un meilleur consensus sur la définition des zones de première ligne.

Un des défis actuels est d'assurer une plus grande cohérence entre la conception et la mise en œuvre de cette politique de santé et les autres réformes en cours, telles que la réforme du financement des hôpitaux (y compris la mise en place de réseaux hospitaliers), les réformes dans le secteur de la santé mentale, déjà abordées dans le chapitre précédent, et les réformes de la politique de soutien aux personnes âgées. Dans ces trois exemples, le gouvernement fédéral et l'INAMI peuvent jouer un rôle, ainsi que les entités fédérées. Une étude du KCE (pas encore publiée [2022]) devrait apporter plus de clarté à ce sujet. Cette étude poursuit un double objectif : (1) examiner dans quelle mesure les objectifs liés aux soins intégrés mentionnés dans les documents politiques sont atteints, et (2) évaluer la maturité du système belge en termes de développement des soins intégrés. Ceci est basé sur la perception de la situation actuelle par les parties prenantes. La méthodologie prévoit donc une large consultation des acteurs du système de santé belge. Elle devra formuler des recommandations concrètes sur les priorités à travailler pour améliorer l'intégration des soins en Belgique (la fin de l'étude est prévue pour fin juin 2022).

### OBJECTIFS DE SANTÉ ET DE SOINS DE SANTÉ POUR LES SOINS INTÉGRÉS

Dans les différents documents politiques sur les soins intégrés, les objectifs sont clairement formulés et se réfèrent à l'ensemble du système de soins de santé. Comme dans le présent rapport (voir chapitre 2), ces documents font constamment référence aux *Quintuple Aims*.

Comme également décrit précédemment, pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire de combiner une approche des soins centrée sur les objectifs individuels, centrée sur les objectifs de vie de l'individu (De Maeseneer & Boeckstaens, 2012), et une approche des soins centrée sur la population (soins destinés à une communauté ou à une population plus large vivant dans une zone clairement définie). Cela se traduit par une série d'objectifs de soins de santé plus concrets liés au renforcement des secteurs de la santé, à la structuration de l'offre de soins et à la stimulation de la collaboration entre les professionnels de la santé et/ou les organisations de soins. Les documents politiques mentionnent les objectifs suivants :

- (1) renforcement des soins de santé de première ligne (ou la première ligne des soins de santé) ;
- (2) renforcement de la relation entre les soins de santé et les services sociaux ;
- (3) renforcement de la relation entre les soins individuels et communautaires ; renforcement des trajets entre les différents secteurs de soins ;
- (4) enregistrement des priorités en matière de santé dans une approche fondée sur le cycle de vie ;
- (5) amélioration de la qualité de vie subjective.

### DES OBJECTIFS DE SOINS DE SANTÉ AUX INITIATIVES : UNE APPROCHE *BOTTOM-UP* ENCADRÉE ET STRUCTURÉE À PARTIR D'UNE APPROCHE *TOP-DOWN*

Comme cela a déjà été décrit à de nombreuses reprises dans le présent rapport, la prochaine étape consiste maintenant à formuler des initiatives concrètes pour aider à atteindre ces objectifs en matière de soins de santé. Dans le cadre de l'introduction des soins intégrés, différents secteurs sont impliqués. La plupart de ces initiatives doivent être placées dans un contexte spécifique. Sa mise en œuvre doit donc être suffisamment souple pour être adaptée aux circonstances locales particulières, mais en même temps suffisamment cohérente pour atteindre les objectifs susmentionnés. Il s'agit d'un processus continu, qui nécessite une remise en question et un ajustement constants. Plusieurs de ces initiatives ont déjà été évaluées (ou sont en cours d'évaluation).

Le défi actuel est donc de créer plus de cohérence pour améliorer l'intégration des soins tout en permettant une certaine liberté de mise en œuvre. Dans le schéma, nous donnons toute une série d'exemples (certaines des stratégies du plan commun) pour illustrer cette combinaison *approche bottom-up* et *top-down*.

	Pourquoi la contextualisation est-elle nécessaire ? (approche bottom-up)	Pourquoi la cohérence est-elle nécessaire ? (approche top-down)	Études ou plans pouvant contribuer à la réflexion
<p>eSanté et dossiers des patients au niveau micro (la section B présentera une proposition concrète pour la création d'un dossier électronique intégré basé sur des soins centrés sur les objectifs)</p>	<p>La mise en œuvre du plan doit tenir compte des autres initiatives « concurrentes ».</p>	<p>Les dossiers des patients doivent permettre l'interopérabilité entre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un fichier « synthèse » (DMG, etc.)</li> <li>– Le dossier hospitalier intégré</li> <li>– Les différents dossiers spécialisés en première ligne</li> <li>– Instruments pour des situations spécifiques (par exemple, BelRAI)</li> <li>– Sécurité et respect du secret professionnel partagé</li> <li>– Respect de la loi relative aux droits du patient</li> <li>– La logique des soins centrés sur les objectifs peut servir de fil conducteur pour ce dossier de synthèse</li> <li>– Utilisation de données agrégées <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour identifier les besoins de la population,</li> <li>- dans une logique « d'apprentissage » (vs. logique de contrôle)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Plan d'action eSanté</p>
<p>Renforcement des soins de première ligne par des équipes interdisciplinaires, notamment dans les domaines d'attention suivants :</p> <p><u>En réponse au fait que les tâches sont souvent effectuées par des professionnels surqualifiés dans des professions où il y a une pénurie :</u></p>	<p>Le développement du rôle d'infirmier de pratique avancée, de la collaboration entre les infirmiers et les médecins dans les soins de première ligne ou entre les médecins et les pharmaciens doit être adapté aux réalités locales. En outre, le poste de réceptionniste et/ou d'assistant de pratique devrait être davantage développé.</p>	<p>Il est essentiel d'améliorer le flux d'informations, mais aussi la prise de décision partagée entre les patients, le pharmacien référent, l'infirmier en soins de première ligne et le médecin généraliste.</p>	<p>Karamet al. (2021)</p> <p>Pratiques prometteuses (évaluation FAITH)(*)</p> <p>En Wallonie, il existe déjà un financement pour le personnel d'accueil, similaire aux assistants de pratique flamands (pour bénéficier du financement de l'Association</p>

	Pourquoi la contextualisation est-elle nécessaire ? (approche bottom-up)	Pourquoi la cohérence est-elle nécessaire ? (approche top-down)	Études ou plans pouvant contribuer à la réflexion
<p>- Soutien administratif et logistique pour permettre aux praticiens de se concentrer sur les compétences pour lesquelles ils ont été formés (par exemple, par le biais d'assistants de pratique, voir De Maeseneer et al., 2007)</p> <p><u>En réponse au fait que la collaboration interprofessionnelle doit être améliorée :</u></p> <p>- La différenciation des fonctions, pour clarifier les rôles et les fonctions au sein des cabinets. Cela devrait non seulement améliorer la collaboration entre les professionnels (par exemple, l'infirmier et le médecin généraliste, le médecin et le pharmacien), mais aussi rendre les soins plus efficaces. (EXPH, 2019)</p>			<p>de Santé Intégrée (ASI), une fonction d'accueil est requise).</p> <p>Un référentiel de compétences des infirmiers spécialisés est en cours de finalisation.</p> <p>Au niveau fédéral, le projet « Assistant de pratique dans les soins de santé de première ligne » est en cours de développement.</p>
<p>Position du zorgcoördinator (coordinateur de soins) et/ou du case manager (en Flandre) ou de l'organisateur de soins/du Manager Soins de santé en Wallonie</p>	<p>La manière dont le case manager développe sa fonction dépend du fonctionnement du système existant (prestataires de soins de première ligne, coordinateurs de soins et de soutien, etc.) et des caractéristiques de la population. L'un des défis consiste à limiter le rôle du Case Manager aux situations dans lesquelles il est nécessaire.</p>	<p>Un professionnel ayant une formation spécifique qui intervient dans un réseau en difficulté, pour le type de situation de soins suivant : déséquilibre entre l'offre et le besoin en soins de première ligne, patient et son entourage en perte d'autonomie, etc.</p>	<p>Évaluation P3 dans Macq et al. (2014)</p> <p>Rapport récent du KCE sur d'autres projets du protocole 3 (Cornelis et al., 2021)</p>

	<b>Pourquoi la contextualisation est-elle nécessaire ? (approche bottom-up)</b>	<b>Pourquoi la cohérence est-elle nécessaire ? (approche top-down)</b>	<b>Études ou plans pouvant contribuer à la réflexion</b>
<p>Trajets cliniques et plans de soins transmuraux (par exemple, pour l'insuffisance cardiaque ou le cancer, ou également les soins intermédiaires)</p> <p>- voir également les propositions d'action A. et B. mentionnées dans le texte.</p>	<p>Les trajets cliniques transmuraux doivent être le résultat d'une co-construction avec les acteurs d'un réseau local. Le trajet clinique doit être adapté à la réalité locale</p>	<p>Les trajets cliniques sont principalement utiles pour les épisodes de soins bien définis et limités dans le temps.</p>	
<p><i>Gouvernance</i> des réseaux interorganisationnels dans des zones définies territorialement au niveau méso</p>	<p>La manière dont les zones et leur gestion sont structurées peut varier d'une région à l'autre (notamment en termes d'articulation entre les différents niveaux administratifs).</p>	<p>Une structure de gestion unique dans une zone est souhaitable (pour éviter un manque de coordination entre les réseaux de santé mentale, les réseaux hospitaliers et les zones de soins de première ligne)</p> <p>Il convient de créer des espaces de discussion interdisciplinaires et intersectoriels afin d'encourager une action commune débouchant sur une structure de gestion unique.</p>	<p>Zones de première ligne en Flandre</p>

(\*) En octobre 2016, le consortium FAITH.be a commencé à préparer les orientations scientifiques et l'évaluation des projets pilotes de soins intégrés. FAITH.be est l'acronyme de Federated consortium for appraisal of integrated care teams in health en Belgique et rassemble des facultés de six universités différentes (UAntwerpen, UGent, KU Leuven, ULiège, UCLouvain, VUB).

PRIORITÉS BUDGÉTAIRES QUI DOIVENT ÊTRE REPRISES DANS LA PLANIFICATION PLURIANNUELLE

Actuellement, de nombreux projets sont encore cours. Par conséquent, plutôt que de lancer de nombreux nouveaux projets, il convient de renforcer la cohérence entre les projets actuels. Le défi consiste à penser l'ensemble du système de soins de santé comme un système de soins intégrés, plutôt que d'adapter l'idée de soins intégrés aux différents « silos » existants. Dans le cadre d'un budget pluriannuel, un financement pourrait être prévu :

- Au niveau macro
  - Travailler sur la flexibilité et l'interopérabilité des bases de données existantes sur la santé et les services de soins de santé (en vue de développer des tableaux de bord au niveau territorial) - voir également la proposition sur le dossier interprofessionnel intégré dans la partie B de ce chapitre.
  - Renforcement de la gestion des connaissances et de leur traduction dans les politiques de soins, notamment par la création de communautés de pratiques au niveau macro (par exemple, la possibilité pour des plateformes telles que la Plateforme de Première Ligne Wallonne (PPLW) et la PPLB (Bruxelles) de servir de lieux d'échange de pratiques multidisciplinaires, dont les discussions seraient alimentées par les tableaux de bord mentionnés au premier point). La première exigence est d'identifier ces parties prenantes en fonction des thèmes dont il faut discuter.
  - Investir dans l'exploration des modalités de financement pour renforcer 1) une approche en termes d'objectifs de vie des patients ; 2) la collaboration interprofessionnelle (et des patients) dans le domaine des soins de première ligne, plus spécifiquement pour une population dans une zone définie ; et 3) la collaboration interorganisationnelle, notamment par le biais des trajets de soins.
  
- Au niveau territorial (méso)
  - Renforcement des structures de concertation pour encourager les parties prenantes à s'accorder sur la *gouvernance* au niveau territorial. Cela pourrait impliquer le financement de communautés de pratique et le financement de coordinateurs de réseau et de gestion de l'intégration au niveau territorial.
  - Financement de tableaux de bord territoriaux comme source d'aide à la décision (en s'appuyant sur les difficultés identifiées par l'évaluation FAITH, notamment en ce qui concerne l'interprétation erronée des indicateurs, mais aussi sur les succès obtenus dans le contexte de la crise du COVID-19)
  - Opérationnaliser l'article 8 de la loi du 24 avril 2019 relatif à la qualité de la pratique des soins de santé (Gouvernement fédéral, 2019), en finançant la tenue à jour d'un portfolio de compétences par les professionnels, créant ainsi plus d'opportunités de collaboration. La base de données contenant des informations sur ces portfolios de compétences est également utile pour se faire une idée de l'offre de soins de santé dans les différentes régions.

- Au niveau des (micro) soins centrés sur la personne
  - Travailler sur l'interopérabilité des différents dossiers électroniques des patients avec une approche centrée sur les objectifs de vie de la personne (voir plus loin dans la section B).
  - Amélioration du modèle de remboursement à la capitation intégré et basé sur les besoins (le « forfait »), développé à l'article 52 §1 de la loi du 14/07/1994 (appliqué, entre autres, dans les maisons médicales, les centres de santé intégrés et certaines pratiques de groupe). Cette forme de paiement peut stimuler l'accessibilité, la continuité des soins, la prévention et la collaboration interprofessionnelle. L'adaptation du financement au profil de risque des patients fait actuellement l'objet d'une étude plus approfondie dans le cadre d'une étude du KCE.

La nécessité d'articuler une approche bottom-up dans un cadre cohérent ne signifie pas qu'il est absolument impossible de formuler dès maintenant des mesures politiques concrètes, qui peuvent être mises en œuvre à court terme et s'inscrire dans l'approche globale. À titre d'exemple, voici deux propositions concrètes :

### *Proposition A*

Lancer des projets pilotes dans lesquels les services de réadaptation existants coopèrent avec des équipes de réadaptation interprofessionnelles au niveau des soins de santé de première ligne dans des « *Community based rehabilitation projects* ». Des modalités de collaboration et des mécanismes de financement innovants (par exemple, le paiement groupé : hôpital - soins de première ligne) peuvent être testés ici. Les premiers domaines d'intervention pourraient être la réadaptation dans le cadre du COVID long et la réintégration sur le marché du travail (voir également chapitre 6).

### *Proposition B*

Le renforcement de l'intégration verticale par une « Consultation intégrée pour les patients atteints de multimorbidité (trois maladies chroniques ou plus) ». Cela implique le financement d'une concertation interprofessionnelle, avec la participation d'au moins deux prestataires de soins de première ligne et deux prestataires hospitaliers, qui ont une relation thérapeutique avec le patient. Le patient peut également participer lui-même. Cette consultation a lieu avant l'orientation du patient vers l'hôpital planifiée ou pendant l'hospitalisation et est basée sur l'approche des « soins centrés sur les objectifs ». Le mécanisme de financement est basé sur la Consultation Multidisciplinaire Oncologique. La consultation débouche sur un plan stratégique de soins.

Dans la section B, nous présenterons également un plan élaboré pour l'introduction d'un dossier électronique intégré du patient.

## INDICATEURS FAITH POUR LES SOINS INTÉGRÉS - LIÉS AUX QUINTUPLE AIMS

Dans le tableau ci-dessous, nous avons repris la liste des indicateurs proposés dans le cadre des projets de soins intégrés. Cette liste comprend des indicateurs liés aux *quintuple Aims* et donc directement liés au cadre de valeurs qui a inspiré ce rapport. Un autre exemple de liste d'indicateurs est disponible pour les soins primaires (voir Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), 2017).

Au chapitre 3, nous avons déjà souligné qu'un indicateur n'est pas la même chose qu'un objectif. Ces indicateurs ne sont donc pas destinés à mesurer les prestations et à y associer un niveau de financement, mais peuvent servir de guide pour le processus d'(auto)évaluation dans un cycle d'amélioration de la qualité de type PDCA (*Plan Do Check Act*). Le choix même des indicateurs n'est pas neutre et leur utilisation n'a de sens que dans le cadre d'une analyse plus large de la situation (notamment à travers les communautés de pratique).

Indicateur	Détail	Qui va le calculer	Indicateurs transversaux
Coûts			
Coûts des prestations sélectionnées pour la population	Coût total des prestations sélectionnées par le projet (sur 40 catégories de dépenses) par personne et par an en euro	AIM	Oui
Résultats			
Santé de la population	Pas encore disponible (dépend du développement de TETRYS) pour la population incluse.		Oui
PREMS et PROMS	Valeur médiane du répondant	FAITH	Oui
Résultats professionnels	Voir également : EXPH, 2017	FAITH	Oui
Processus de soins			
Indicateurs clés des soins de faible et de forte valeur (pour tous les projets)	Pourcentage de la population interrogée ayant effectué deux visites ou plus au service des urgences d'un hôpital (sur une période de six mois) par an.	FAITH	Oui
	Pourcentage de la population étudiée qui a été admise à l'hôpital dans les 30 jours.	FAITH	Oui
	Pourcentage de la population interrogée ayant utilisé plus de 10 médicaments pour une raison quelconque au cours des 12 derniers mois.	FAITH	Oui
	Nombre total moyen de visites chez un médecin pour la population considérée, par personne et par an	FAITH	Oui
	Indice du nombre de consultations de spécialistes/nombre de consultations de généralistes	FAITH	Oui
	Pourcentage de la population étudiée disposant d'un dossier médical global	FAITH	Oui

Couverture			
Couverture de la population incluse / population administrative	<p>Pourcentage de la population administrative incluse dans le projet</p> <p>Pourcentage de la population incluse dans le projet qui fait partie de la population administrative.</p>	FAITH	Oui
	Nombre de fournisseurs inclus dans le projet	PROJET	Oui

b) Une proposition concrète pour le dossier électronique intégré du patient

Dans la section précédente, l'importance d'un dossier électronique du patient intégré pour le développement de soins intégrés centrés sur les objectifs a été mentionnée à plusieurs reprises. Récemment, le Comité de l'assurance de l'INAMI a également plaidé en faveur d'une initiative à court terme : « un dossier patient informatisé, intégré et interprofessionnel constitue une absolue nécessité pour des soins efficaces en sécurité : pour éviter des examens ou des transferts de patients inutiles, pour assurer la continuité des soins, il faut disposer d'un système performant et sécurisé de partage des données clés du patient transcendant les lignes de soins, en respectant la vie privée du patient et son consentement éclairé. Le dossier électronique interprofessionnel du patient est une priorité pour tous les prestataires de soins de santé, les établissements de soins et les mutualités. Le partage des données de santé, qui sont strictement confidentielles par nature, doit pouvoir s'effectuer de manière sécurisée » (Comité de l'assurance, 2021).

L'introduction du dossier intégré est un projet transversal pluriannuel par excellence et devrait être financée dans le cadre d'un budget pluriannuel. Dans cette section, nous élaborons une proposition détaillée à cette fin. Nous commençons par une description de la situation actuelle. Nous proposons ensuite une vision de l'avenir attrayante et mobilisatrice et suggérons des moyens de la réaliser. Nous terminons cette section par un calendrier et une estimation des coûts.

DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

Malgré l'utilité avérée des informations partagées, la description de la situation actuelle des dossiers électroniques dans notre système de soins de santé peut être courte : beaucoup de ressources sont investies dans les dossiers personnels électroniques (DPE) des hôpitaux et des prestataires de soins (plus d'un milliard d'euros au cours des cinq dernières années), mais cela ne conduit pas à un flux de données intégré. L'accès du patient au DPE est un principe universellement approuvé, mais il existe peu d'exemples de systèmes réussis et largement déployés impliquant activement le patient dans les soins de cette manière.

Dans le secteur ambulatoire, nous avons appris au cours des dernières décennies qu'un système dans lequel sont définies des normes et des critères auxquels les logiciels doivent répondre ne fonctionne pas. Au début des activités de la « Commission d'homologation », il y avait dix-huit fabricants de logiciels destinés aux médecins généralistes. Aujourd'hui, il reste huit grands acteurs, ce qui est encore trop : la masse critique (financière) dont dispose chacun des prestataires est insuffisante pour réaliser un bon produit. Il s'agit en fait d'une défaillance du marché : le marché belge est tout simplement trop petit. Les logiciels existants répondent formellement aux critères mais présentent de sérieuses lacunes. La vitesse de mise en œuvre et la vitesse de déploiement sur le terrain sont trop lentes. D'autres lacunes en termes de performance se situent au niveau de la mise en œuvre d'algorithmes complexes, de l'intelligence artificielle, ... L'« innovation » fortement axée sur l'amélioration des fonctionnalités est souvent très partielle (par exemple, une application pour un groupe de patients souffrant d'une certaine maladie) ou principalement axée sur les processus administratifs (la « dématérialisation »).

Il n'existe actuellement aucun logiciel prêt à l'emploi pour les équipes interprofessionnelles (médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, etc.). Dans les disciplines de soins de première ligne en dehors de la médecine générale, il existe également une grande variété de logiciels, qui sont tous peu compatibles et interopérables. En Flandre, une tentative a été lancée pour développer un DZOP (Digitaal Zorg en Ondersteuningsplan – Plan numérique de soins et d'accompagnement) autour d'épisodes de soins complexes impliquant une collaboration interprofessionnelle.

Par conséquent, à ce jour, le partage de l'information n'est pas optimal. Actuellement, cela se fait principalement en se transmettant des messages, dont l'essentiel doit ensuite être intégré et enregistré dans le dossier. Cette dernière solution n'est généralement pas retenue car elle est trop lourde. Un autre moyen de partager l'information est de créer la possibilité pour le personnel de la santé externe d'accéder, via les HUB, aux dossiers des hôpitaux par exemple, mais là aussi, les structures et les procédures varient considérablement. Une tentative de partage systématique d'informations structurées et codées est, par exemple, le projet SUMEHR dans lequel les titres codés ICPC-2 (International Classification of Primary Care) (Hofmans-Okkers & Lamberts, 1996) des épisodes de soins et des médicaments prescrits peuvent être téléchargés du dossier du généraliste vers le système informatique d'un cabinet de généraliste ou d'un service d'urgence hospitalier.

Un aspect important du problème est que les attentes des différentes parties prenantes ne coïncident pas. Par exemple, le gouvernement souhaite un enregistrement performant des données soutenu par l'IA dans un contexte interprofessionnel, tandis que l'utilisateur veut un programme qui l'aide à se conformer aux formalités administratives du système de santé. Il est de plus en plus difficile de motiver les soignants à s'enregistrer (sous forme codée), en raison de problèmes de convivialité, mais aussi parce que l'effort d'enregistrement est peu « rentable » (par exemple, il n'y a pas de retour d'information systématique sur la qualité des soins dispensés).

### UNE VISION DE L'AVENIR

Des signaux sur le terrain montrent qu'il est nécessaire d'agir rapidement et que les petits changements et ajustements (« plus de la même chose ») ne suffiront pas. Il est nécessaire de mettre en place une « innovation disruptive » dans laquelle un système est développé (1) avec un enregistrement uniforme, unique et en temps réel des données et processus pertinents, (2) par tous les prestataires de soins et établissements de soins (3) qui ont accès à une « plateforme (virtuelle) » numérique, (4) construite autour de l'individu et destinée à tous ceux qui résident en Belgique et y sont soignés. Des accents importants à cet égard sont les suivants :

- Les informations sont structurées autour des épisodes de soins de santé et de l'utilisation interprofessionnelle intégrée des systèmes de codage internationaux (Famille des classifications internationales de l'OMS : ICPC-3 ; ICD-11 ; ATC ; LOINC ; ICF ; ...). Vous trouverez de plus amples informations sur le site <https://www.icpc-3.info/>. Il est important que chaque domaine de soins de santé ait la possibilité d'utiliser sa langue (par exemple, le nouveau « reference GP set » dans la version belge de la SNOMED CT). Les labels sont des labels SNOMED CT utiles (nomenclature) liées aux classifications pertinentes (ICPC-3, ICD11...). Cet exercice devra être réalisé pour tous les domaines des soins de santé. Les labels SNOMED CT sont accessibles à tous et peuvent être explorés en profondeur via les classifications du domaine ;

- La structure des informations, leur accès et leur utilisation à des fins autres que la prise en charge de la personne (recherche scientifique, *santé publique*, etc.) se fait conformément aux règles du RGPD ;
- La personne (ou son représentant légal) est le gestionnaire de la plate-forme de fichiers électroniques, et a accès aux informations, tout comme les prestataires de soins pertinents en matière de bien-être et de santé, à savoir ceux qui entretiennent une « relation thérapeutique » ;
- La personne peut ajouter des informations, par exemple des informations sur les « objectifs de vie » dans le contexte des soins centrés sur les objectifs (De Maeseneer & Boeckxstaens, 2012 ; Tange et al., 2017). La figure ci-dessous illustre la relation entre les objectifs de vie, les problèmes de santé et les diagnostics, les objectifs de soins et les actions (ce qui manque, ce sont les aspects liés au bien-être et l'importance du contexte). L'intégration dans le DPE de principes et d'informations pertinents pour les soins centrés sur les objectifs contribuera à améliorer la qualité des soins ; peut-être qu'à l'avenir, les patients pourront se voir offrir la possibilité - via une application - d'enregistrer leurs objectifs de vie dans le DPE : lorsqu'un prestataire de soins ouvre le dossier, le premier écran qui apparaît est celui des « objectifs de vie » du patient : cela ne peut que renforcer l'orientation vers les besoins et les préoccupations de la personne ayant des besoins de soins et d'accompagnement ;
- Les algorithmes à base scientifique sont intégrés dans le cadre de l'assurance qualité ;
- De vastes possibilités d'intégration de l'intelligence artificielle sont prévues ;
- Ce dossier peut également intégrer la possibilité de mener des recherches diagnostiques et thérapeutiques très rapides (par exemple, comme l'ECR RECOVERY au Royaume-Uni sur le rôle de la dexaméthasone dans la gestion aiguë du COVID-19).

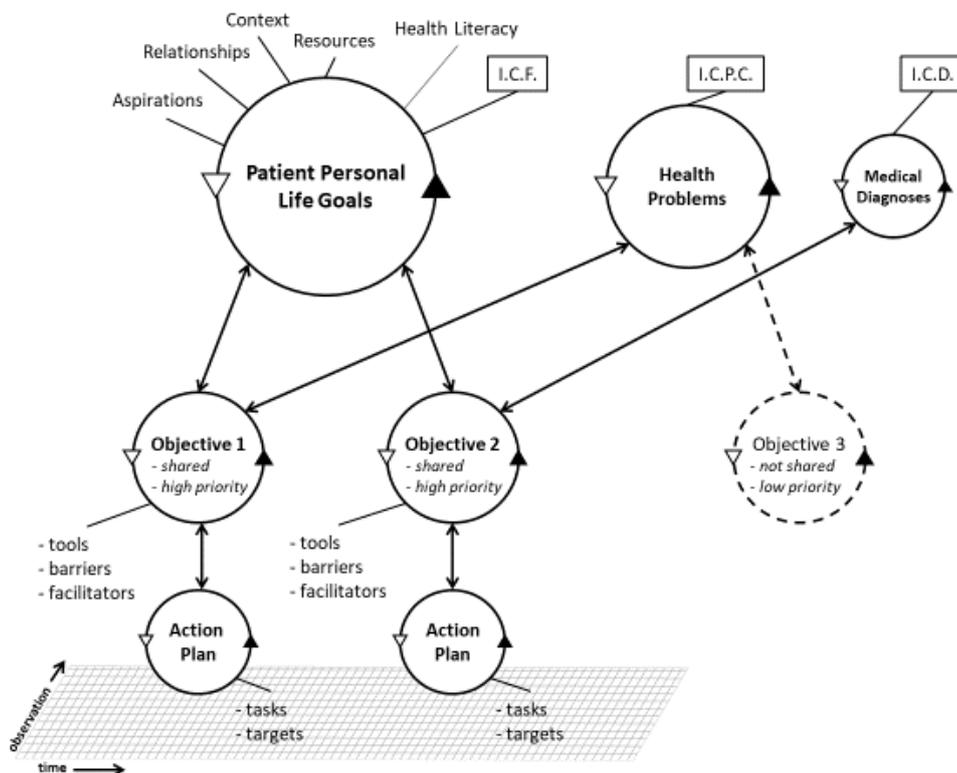


Figure 8.1. Schéma de structuration des informations liées aux processus de soins dans un dossier patient interprofessionnel intégré (Tange et al., 2017).

## COMMENT PARVENIR À UNE SOLUTION DURABLE ?

Cette plateforme unique de dossiers interprofessionnels intègre et structure les données actuellement collectées par les différents professionnels et établissements de santé dans leurs DEP distincts : elles constituent le « distillat substantif et opérationnel » basé sur les interventions et les processus de soins. La plateforme sert de base aux réflexions à partir du prestataire de soins et de l'individu (le patient), à l'intégration maximale des processus de soins, à la gestion de la population, à l'assurance qualité, à l'évaluation en temps réel par l'intelligence artificielle (Matheny et al., 2019). Comme le montre la figure, les *objectifs de vie* du patient sont intégrés dans la structure. L'approche du fonctionnement, actuellement présente par exemple dans BelRai et ICPC-3, peut constituer une étape importante à cet égard.

Le contenu couvre aussi bien les aspects physiques et psychologiques que sociaux, où des disciplines telles que le travail social, le psychologue, l'ergothérapeute, .... et les unités de soins (hôpital ou centre de réadaptation) ont également leur mot à dire. Des accords clairs doivent être conclus concernant le *contenu* qui doit être présent sur la plateforme, mais à un niveau sous-jacent, les professionnels peuvent bien sûr continuer à utiliser (des parties de) leurs processus d'enregistrement actuels, à condition que le « contenu de la plateforme » convenu soit correctement documenté. Par exemple, le dentiste documentera sur la plateforme les processus diagnostiques et thérapeutiques les plus importants, ainsi que les messages de prévention et de littératie en santé (*health literacy*), à un niveau assez général, tandis que des informations plus détaillées, comme la nature des techniques et des produits utilisés, pourront être stockées en dessous dans le propre système connecté. Il convient de s'efforcer autant que possible d'appliquer le principe *only once*, de sorte que les informations ne soient enregistrées qu'une seule fois dans le bon contexte structurel. Le kinésithérapeute documente par exemple les informations anamnestiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques pertinentes et les messages préventifs sur la plateforme, ainsi que les stratégies diagnostiques et les méthodologies utilisées. Ici aussi, les informations plus granulaires – qui ne concernent pas les autres disciplines – ainsi que les accords organisationnels intradisciplinaires et les documents administratifs et financiers peuvent être stockés dans le propre dossier professionnel « sous-jacent » (et uniquement accessible au prestataire de soins/discipline/pratique/établissement de soins). Pour le médecin généraliste, le Dossier Médical Global constitue la base de la contribution, pour le pharmacien le Dossier Pharmaceutique Global intégré (entre autres en reliant le médicament aux épisodes de soins).

Il est clair que les disciplines plus généralistes ont un apport plus large dans la plateforme centrale, mais il n'y a pas d'exclusivité du prestataire de soins en ce qui concerne l'apport d'informations : une valeur de pression artérielle peut être introduite par le médecin généraliste, l'infirmier, le physiothérapeute, le patient, le cardiologue, le pharmacien, le cabinet du médecin généraliste, ...., tandis qu'une valeur de glycémie peut être enregistrée par le patient, l'infirmier, l'endocrinologue, le médecin généraliste, etc. La source, le contexte (consultation, visite à domicile, téléconsultation, conseil électronique), la date et l'heure de chaque information sont automatiquement enregistrés. Cela vaut également pour la concertation bilatérale et multidisciplinaire entre les prestataires de soins. La plateforme centrale permet également d'accéder aux informations provenant des laboratoires et de l'imagerie (par exemple, via Picture Archiving and Communication System, PACS). Cette plateforme centrale et bien structurée peut être « dépliée » pour des détails si cela est nécessaire et pertinent pour le prestataire de soins de santé à ce moment-là. Les informations proviennent des sources originales. Le noyau de la plateforme centrale doit être clair et gérable.

Les algorithmes (par exemple, le suivi des médicaments, l'EBM, les données pertinentes sur les prix de revient, etc.) sont reliés à la plateforme centrale et un effort maximal est consacré à la mise en œuvre de l'intelligence artificielle. Idéalement (à l'avenir), des rapports de feed-back automatiques sur les informations interprofessionnelles sur la qualité des soins devront être générés régulièrement.

Les choix concernant les données qui seront mises sur la plateforme unique et la manière dont elles interagiront avec les « *evidence* » et l'application de l'intelligence artificielle seront effectués par un comité scientifique et un conseil consultatif composé d'un large groupe de parties prenantes (y compris des représentants des patients). Il en va de même pour le développement du projet et l'utilisation conforme au RGPD des données pour la recherche scientifique, la gestion des populations, etc. La pertinence et la mise en œuvre éventuelle d'une matrice d'accès peuvent également y être discutées. Le développement sera axé sur un processus participatif, impliquant l'expertise existante (par exemple, les développeurs existants) et les utilisateurs.

- Avantages de cette approche

Les avantages de cette approche sont clairs :

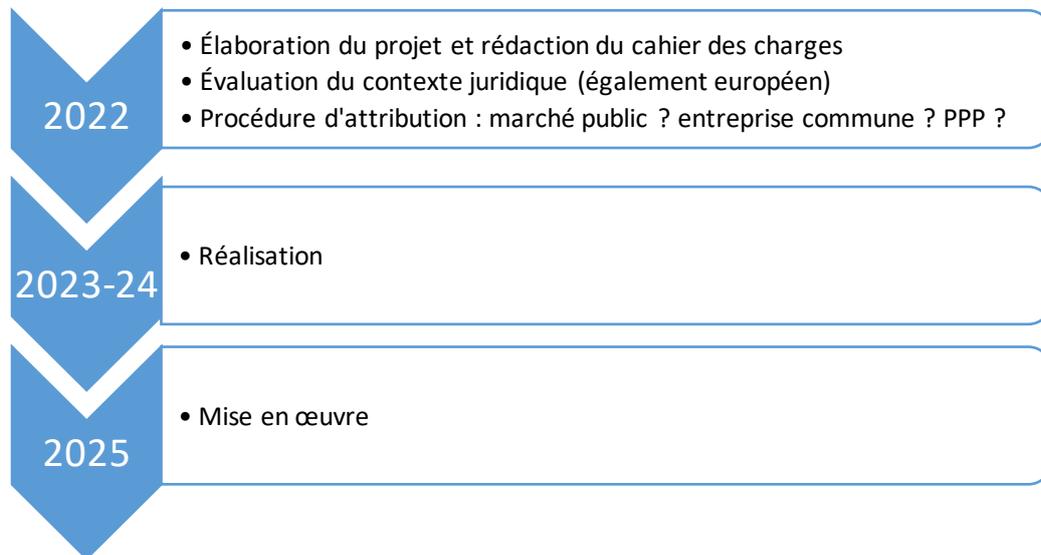
- L'accent est mis sur les soins centrés sur la personne et centrés sur les objectifs ; le patient (ou son représentant légal) gère la plateforme de dossiers ;
- Une interopérabilité maximale du système, tant entre professionnels qu'entre établissements de soins ;
- Une uniformité maximale dans l'enregistrement et l'utilisation de la codification internationale, permettant la comparabilité et l'*étalonnage* aux niveaux national et international ;
- La diffusion et la mise en œuvre rapides d'innovations fondées sur des pratiques factuelles (*EBP – Evidence Based Practice*) dans les processus de soins de santé grâce aux algorithmes et à l'intelligence artificielle ;
- *Préparation et réactivité* (*preparedness* et *responsiveness*) en cas de pandémies et de catastrophes ;
- Intégration conforme au RGPD de données pour les soins individuels et la *santé publique* (par exemple, pertinentes pour la sélection de groupes à risque dans le cadre de campagnes de vaccination).

Un aspect qui mérite également l'attention est la comparabilité internationale des données de la Belgique et donc l'utilisation de systèmes de classification validés au niveau international tels que la CIPC-3 (pour les soins de première ligne), la CIM-11 (pour les diagnostics à tous les niveaux), l'ATC (pour les médicaments), la CIF (pour le fonctionnement) et le BelRAI correspondant, la LOINC (pour les tests de laboratoire), etc. La Belgique a déjà une expérience considérable de certaines de ces classifications.

### COMBIEN CELA VA-T-IL COÛTER ? QUELLE LIGNE DU TEMPS ?

Sachant ce qui est actuellement dépensé pour les DEP à différents niveaux en Belgique, il est clair que ce projet rationalise les efforts et peut conduire à plus de synergie et d'efficacité, mais surtout à de meilleures données et à des soins de meilleure qualité et plus accessibles, en tenant compte de la charge du prestataire de soins. Il faut donc s'attendre à ce que les composantes spécifiques à une discipline entraînent également une réduction progressive de l'offre de forfaits différents, précisément en raison de la connexion nécessaire à la « plateforme centrale ».

Le développement doit être un processus participatif, mais en même temps il doit être suffisamment rapide. Une ligne du temps possible est la suivante :



- Évolution du coût de développement ?

Lors de l'attribution des fonds pour la numérisation du Plan de relance belge et du Plan de relance européen, le ministre de la Santé publique a déjà prévu « le financement d'une phase préparatoire : 'définition et développement d'un dossier électronique standardisé et intégré' ». Le budget prévu à cet effet est très modeste (22 millions et cela inclut le financement de la SNOMED CT). Cet investissement peut déjà constituer un premier pas vers un développement tourné vers l'avenir.

Le coût de la mise en œuvre de la plateforme proposée ici est difficile à prévoir, mais prévoir un budget de 150 millions d'euros semble une option sûre. Dans la phase préparatoire, il serait préférable de contacter les pays dans lesquels des projets analogiques ont déjà été développés (e.a. Finlande, Suède, Royaume-Uni, Estonie). Dans le contexte de l'expansion des budgets destinés à soutenir l'innovation dans les soins de santé dans l'UE, l'examen d'un éventuel cofinancement européen est certainement approprié.

L'évolution vers un dossier électronique intégré du patient nous semble très importante. Bien entendu, cela ne signifie pas que d'autres réformes partielles possibles, telles que décrites dans la section précédente, doivent être reportées jusqu'à ce que le dossier intégré soit entièrement déployé.

## 9. Accessibilité financière des soins de santé

Enfin, comme dernière application, nous discuterons de l'amélioration de l'accessibilité financière des soins de santé. L'objectif général d'améliorer « l'accessibilité financière (inégale) des soins de santé » est depuis longtemps mis en avant par les décideurs politiques, mais malgré les efforts déployés, des défis majeurs subsistent. Ceux-ci ont déjà été mentionnés au chapitre 2 et sont développés plus en détail dans la section A.

Dans les sections B à G qui suivent, nous convertissons l'objectif général des soins de santé en objectifs plus spécifiques pouvant être inclus dans un budget pluriannuel. Cette liste n'est pas exhaustive et il appartient aux décideurs politiques de faire des choix. Nous suggérons toujours un certain nombre de mesures pour atteindre les objectifs et des indicateurs pour contrôler les mesures proposées. Dans la mesure du possible, les objectifs et les mesures sont conformes aux initiatives identifiées dans les propositions soumises par les commissions d'accords et de conventions, ainsi que par d'autres parties prenantes et experts, et décrites dans le Rapport intermédiaire (voir : INAMI, 2021a).

Comme décrit dans l'introduction, nous adoptons ici aussi une approche pragmatique et partons du système actuel avec les suppléments, les tickets modérateurs et les prestataires, conventionnés ou non conventionnés. Nous proposons des mesures politiques concrètes qui peuvent être mises en œuvre à relativement court terme. Comme dans les deux chapitres précédents, ces politiques spécifiques s'inscrivent dans une vision cohérente à long terme.

### a) Défis

- L'accessibilité aux soins comporte plusieurs dimensions

Nous pouvons distinguer différentes formes d'accessibilité telles que l'accessibilité financière (les gens sont-ils en mesure de payer les soins nécessaires ?), l'accessibilité géographique (les services ou les prestataires de soins de santé sont-ils disponibles et accessibles à la population ?), l'accessibilité temporelle (existe-t-il des listes d'attente ?), l'accessibilité culturelle (existe-t-il des facteurs culturels entravant l'accès aux soins ?) et l'accès aux informations sur le système de soins de santé (l'accès aux informations est-il clair, complet et facile à trouver ?)

Dans ce chapitre, nous abordons principalement l'accès financier aux soins. Les autres dimensions ne sont abordées que si elles ont un impact sur l'accès financier aux soins.

- Des coûts à charge des patients élevés et inégalement répartis

Lorsque les patients se font soigner, ils doivent également payer eux-mêmes une partie ou la totalité des coûts. Les coûts individuels comprennent le ticket modérateur, les suppléments et les dépenses pour les produits et services qui ne sont pas inclus dans le paquet assuré. En 2018, en Belgique, les coûts à charge des patients représentaient 18 % des dépenses totales de santé. Ce pourcentage est proche de la moyenne de l'UE-15 (17 %) mais nettement plus élevé que dans certains pays voisins comme la France (9 %), le Luxembourg (10 %), les Pays-Bas (11 %) ou l'Allemagne (13 %) (OECD, 2021). En chiffres absolus, 18 % représentent un peu plus de 9 milliards d'euros. Environ 20 % de ce montant est constitué de tickets modérateurs, le reste étant constitué de suppléments et de dépenses pour des soins non remboursés (Assuralia, 2021). En plus, 5 % des dépenses totales de santé sont consacrées aux primes des assurances complémentaires.

Les coûts à charge sont inégalement répartis dans la population. Une étude récente du KCE (Bouckaert et al., 2020) a montré que les contributions personnelles catastrophiques sont concentrées sur les 20 % des ménages ayant les dépenses totales du ménage les plus faibles. Les contributions personnelles sont « catastrophiques » si elles dépassent 40 % de la capacité financière d'une famille, cette capacité étant définie comme les ressources financières d'une famille après déduction des dépenses liées aux besoins de base tels que la nourriture, le logement et les charges. En outre, la part des dépenses totales des ménages consacrée aux contributions personnelles pour les soins de santé est en hausse. La plus forte augmentation est celle enregistrée au niveau des familles ayant des contributions personnelles catastrophiques.

- Une meilleure couverture par des mesures de protection mais il reste une marge d'amélioration

Au sein du régime général d'assurance maladie, les personnes à faibles revenus, les malades chroniques ou les personnes dont les dépenses de santé sont élevées sont mieux protégées que la population générale par des mesures de protection telles que l'intervention majorée, le maximum à facturer, le régime du tiers payant ou le statut de personne souffrant d'une maladie chronique. Par exemple, la part des bénéficiaires de l'intervention majorée est passée de 13,2 % en 2002 à 18,8 % en 2020 (AIM : [Atlas AIM](#)). D'importantes lacunes subsistent toutefois. Le système de l'intervention majorée ne concerne pas tous ceux qui y ont droit : un tiers des personnes exposées au risque de pauvreté (qui ont un revenu inférieur à 60 % du revenu du ménage médian) ne bénéficient pas de cet avantage (Bouckaert et al., 2020). Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour accorder automatiquement le droit à l'intervention majorée. De plus, les mesures de protection sont principalement centrées sur les tickets modérateurs, alors qu'ils ne représentent que 20 % du total des contributions personnelles (Assuralia, 2021).

- Pas d'accès équitable aux soins en raison de problèmes financiers

Lorsque le recours effectif aux soins est ajusté en fonction des besoins, les personnes en situation de précarité financière (comme les chômeurs ou les personnes menacées de pauvreté) semblent recourir moins que la moyenne à certains types de soins, comme les soins spécialisés et les soins dentaires. En revanche, ces groupes se rendent plus souvent aux urgences. Les explications possibles sont qu'ils ne doivent pas payer immédiatement ou prendre rendez-vous à l'avance dans un service d'urgence, ou qu'ils reportent les soins pour des raisons financières, ce qui les oblige finalement à se rendre aux urgences (Bouckaert et al., 2020 ; Cès & Baeten, 2020).

- Le report des soins pour des raisons financières augmente et est très inégalement réparti.

Outre l'inégalité socio-économique dans le recours aux soins, les problèmes financiers font également obstacle à un accès équitable aux soins. La proportion des personnes qui reportent des soins pour des raisons financières a augmenté pour les soins médicaux (en particulier les soins spécialisés) de 1,4 % (2011) de la population adulte à 2,2 % en 2016 ; pour les soins dentaires de 2,9 % (2011) à 3,7 % (2016) (Devos et al., 2019). L'augmentation se situe principalement dans les premier et deuxième quintiles de revenus. Parmi les revenus les plus faibles, la proportion de personnes qui reportent les soins en Belgique est parmi les plus élevées d'Europe. Une grande majorité d'entre eux n'ont pas de marge de manœuvre pour couvrir les dépenses imprévues et doivent parfois choisir entre les besoins de base et les soins de santé. En 2016, 36 % à 54 % de ces personnes n'avaient pas les moyens de s'offrir un repas chaud un jour sur deux. Près de la moitié d'entre eux bénéficient du revenu d'intégration ou d'une allocation d'invalidité (Bouckaert et al., 2020).

### b) Amélioration de l'accès aux prestataires de soins de santé conventionnés

- Quels sont les avantages pour les prestataires de soins de santé de suivre les tarifs officiels ?

Les médecins et les autres prestataires de soins (kinésithérapeute, dentiste, pharmacien, orthophoniste ou infirmier à titre principal) qui souscrivent à la convention nationale (pour les médecins et les dentistes) ou à l'accord national (pour les autres prestataires de soins) entre leur groupe professionnel et les mutualités doivent appliquer les tarifs officiels prévus par la convention ou l'accord. Il n'y a d'accord ou de convention que si au moins 60 % de la profession y adhère. Les prestataires de soins qui n'adhèrent pas à l'accord ou à la convention peuvent facturer un supplément (supplément d'honoraires). Les médecins et les dentistes peuvent aussi être partiellement conventionnés : ils ne facturent des honoraires supplémentaires qu'à certains endroits ou à certaines heures et appliquent sinon les tarifs officiels. Par exemple, il est stipulé que les médecins spécialistes partiellement conventionnés peuvent pratiquer des tarifs non conventionnés pour un bloc de quatre heures consécutives maximum par semaine. Au moins la moitié des prestations aux patients ambulatoires doivent se faire aux taux officiels, et dans chaque lieu de pratique (par exemple, hôpital ou cabinet privé), le tarif officiel doit être pratiqué pendant une période donnée.

Outre la garantie de la sécurité tarifaire pour le patient, les prestataires de soins de santé qui ont eu recours au système bénéficient également d'une intervention de l'INAMI. Cette intervention est une contribution annuelle qui est versée à une entreprise ou à une institution reconnue avec laquelle le prestataire de soins a conclu une convention pour un revenu de remplacement en cas d'invalidité et/ou une complémentaire de pension (INAMI, page web : [Bénéficiaire du statut social en tant que médecin](#)). L'intervention dépend du type de prestataire de soins. Pour 2021, le montant du statut social en tant que médecin entièrement conventionné est de 5 088,58 euros. Pour les médecins et les dentistes, il n'y a pas de différence de remboursement en fonction du statut de conventionnement. Pour tous les autres prestataires de soins de santé non conventionnés, le remboursement de toutes les prestations est réduit de 25 %, sauf pour les patients qui ont droit à l'intervention majorée, pour lesquels les tarifs officiels doivent être appliqués.

- Le faible taux de conventionnement menace la sécurité tarifaire des patients

L'INAMI enregistre les prestataires de soins de santé qui adhèrent à la convention et publie (pour certains prestataires de soins de santé) les résultats sur son site web. Pour les médecins, les résultats sont publiés par spécialité et par arrondissement, sur la base du lieu de résidence du prestataire de soins. Les pourcentages ne reflètent donc pas (nécessairement) l'offre disponible dans un arrondissement. Tous les prestataires de soins de santé ayant un numéro d'agrément de l'INAMI sont inclus dans le calcul, quelle que soit leur activité réelle.

Le taux d'adhésion à la convention la plus récente est de 92,1 % pour les médecins généralistes ; 82,8 % pour les médecins spécialistes ; 60,4 % pour les dentistes (avec des taux libres dans 7 arrondissements où le % de refus était supérieur à 50 %) et 83,4 % pour les kinésithérapeutes. En revanche, pour les médecins spécialistes, il existe de grandes différences entre les spécialités et les arrondissements.

Dans une étude publiée récemment par l'Agence InterMutualiste, deux ajustements ont été apportés au calcul de l'INAMI (De Wolf et al., 2020). Pour mesurer l'accessibilité financière des soins ambulatoires, seuls les médecins (généralistes et spécialistes) et les dentistes ayant une activité ambulatoire ont été inclus dans l'analyse. Pour certaines spécialisations, notamment celles dont l'activité est principalement hospitalière, seule une minorité des soignants inclus dans les statistiques de l'INAMI sur le taux de conventionnement sont également inclus dans les analyses de l'AIM (par exemple, 8 % des gériatres). En outre, un seuil d'activité a été imposé (au moins 500 contacts ambulatoires en 2018) car tous les prestataires de soins agréés ne sont pas actifs dans le secteur des soins de santé belge. L'objectif de l'analyse était d'évaluer le risque de suppléments d'honoraires et non les suppléments effectivement facturés, car ceux-ci ne sont pas (exhaustivement) disponibles auprès des mutualités en raison de l'absence d'obligation d'enregistrement et de communication de ces suppléments. En outre, l'étude exprime le taux de conventionnement non seulement en termes de nombre de prestataires mais aussi en termes de volume de contacts ambulatoires. Les médecins en formation n'ont pas été inclus dans l'étude.

Pour les médecins généralistes, le taux de conventionnement est très similaire quelle que soit la méthode de mesure (INAMI versus AIM ; en termes de prestataires ou de volume de contacts ambulatoires). Selon la méthode de l'INAMI, en 2018, la proportion de médecins généralistes totaux qui étaient conventionnés était de 86,2 % ; la proportion de conventionnés partiels était de 0,8 % et la proportion de non-conventionnés était de 13 %. Selon la méthode de l'AIM, ces proportions étaient respectivement de 84,4 %, 1 % et 14,6 %. Exprimées en termes de volume, les proportions de conventionnement étaient de respectivement 85,1 % ; 0,9 % et 14,0 %. Au niveau des médecins spécialistes, les différences sont nettement plus importantes. La proportion de médecins-spécialistes non conventionnés était de 23,5 % selon l'INAMI ; 34,5 % selon l'AIM lorsque la proportion est exprimée en termes de nombre de prestataires et 44,7 % en termes de volume. Pour certaines spécialités, la part des soins non conventionnés en termes de volume dans les chiffres de l'AIM est plus du double de ceux obtenus avec la méthode de l'INAMI.

L'étude de l'AIM illustre également la proportion de contacts ambulatoires avec des prestataires non conventionnés par spécialité et par arrondissement dans des graphiques clairs. Les médecins spécialistes ayant le taux de déconventionnement le plus élevé sont les dermatologues (77,7 %), les ophtalmologues (72,2 %), les chirurgiens plasticiens (71,5 %) et les gynécologues (62,2 %) (chiffres de 2018). Cependant, la proportion de contacts ambulatoires pour ces spécialités varie fortement selon les arrondissements et s'étend de 22 % à 97 % pour les dermatologues, de 39 % à 90 % pour les ophtalmologues, de 21 % à 98 % pour les chirurgiens plasticiens et de 21 % à 96 % pour les gynécologues.

Étant donné que les prestataires de soins non conventionnés peuvent facturer les suppléments, un contact avec un prestataire non conventionné peut entraîner des contributions personnelles plus élevées pour les patients et moins de transparence sur ce qu'ils doivent finalement payer eux-mêmes (voir également la section D). L'augmentation du taux de conventionnement améliore donc l'accessibilité financière des soins. En tout état de cause, il convient de veiller à ce que chaque patient puisse faire appel à un prestataire conventionné sans avoir à parcourir une longue distance pour le faire.

- Quelles mesures peuvent accroître l'adhésion à la convention ?

Une première mesure possible est la disponibilité d'un nombre suffisant de médecins (conventionnés) dans chaque discipline. Cela peut se faire en augmentant le quota, mais aussi, dans certaines situations, en se concentrant davantage sur la réaffectation des tâches. La politique des ressources humaines, cependant, dépasse le cadre de ce rapport. En revanche, le montant du statut social peut être augmenté de sorte que la différence entre le montant de l'intervention en cas de conventionnement et le montant des suppléments d'honoraires en cas de non-conventionnement soit réduite. Une autre incitation consiste à faire une distinction dans le remboursement entre les prestataires de soins conventionnés et non conventionnés, comme c'est actuellement le cas pour les infirmiers et les kinésithérapeutes.

Le décideur politique peut également imposer des restrictions sur la facturation des suppléments d'honoraires, tant au niveau des hôpitaux que des prestations ambulatoires. Les possibilités sont un supplément maximum par consultation (exprimé comme un montant fixe et non comme un pourcentage des honoraires) ou par admission et une interdiction des suppléments pour les prestations pour lesquelles il n'y a pas de contact direct avec le patient (comme pour les prestations médico-techniques telles que la biologie clinique).

Le cadre réglementaire des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation a été modifié à plusieurs reprises et progressivement, en renforçant à chaque fois les conditions de facturation des suppléments d'honoraires. Pour les suppléments ambulatoires, en revanche, la tarification est totalement libre. Cependant, une réforme en profondeur des suppléments ne peut être séparée d'une réforme du financement et de la nomenclature des hôpitaux. Ces deux grands chantiers sont en cours de préparation et il n'entre pas dans le cadre du présent rapport de formuler des propositions concrètes à leur sujet. D'autre part, une adaptation de la réglementation actuelle des suppléments est essentielle pour l'accessibilité des patients. Une réflexion approfondie est nécessaire sur la nécessité et la pertinence de facturation des suppléments d'honoraires. En 2018, les Mutualités chrétiennes ont élaboré un plan par étapes pour la suppression des suppléments d'honoraires, avec une injection budgétaire pour les hôpitaux et les honoraires des médecins par un transfert des moyens de l'assurance maladie complémentaire vers l'assurance maladie obligatoire (Mutualités chrétiennes, 2018). De telles mesures plus radicales pourraient être étudiées plus avant.

### Indicateurs

- % de prestataires de soins conventionnés par type de prestataire de soins et par arrondissement

#### c) [Plus de transparence pour les décideurs politiques sur les coûts à charge des patients](#)

- Contributions personnelles élevées mais connaissance limitée de la composition et de la distribution dans la population.

Les dépenses totales en soins de santé et les contributions personnelles des patients sont basées sur la méthodologie du système des comptes de la santé (SHA ou *System of Health Accounts*) et sont calculés par le SPF Sécurité sociale. Cette méthode fournit des chiffres agrégés, mais fournit peu d'informations sur la répartition des contributions personnelles au sein de la population. Ces informations constituent cependant une première étape, mais une étape nécessaire, vers une politique de soins efficaces financièrement accessibles.

Les mutualités disposent du montant exact versé sur une base individuelle pour les tickets modérateurs et les suppléments en cas d'hospitalisation. L'enregistrement des suppléments ambulatoires n'est que partiel (voir point suivant). Pour les soins non remboursés, il n'existe pas de tableau détaillé de qui paie quel montant pour quels soins. Les informations à ce sujet ne sont disponibles que par le biais d'enquêtes, telles que l'enquête sur le budget des ménages ou l'EU-SILC (« *European Union Statistics on Income and Living Conditions* »), sur un échantillon relativement limité de la population, avec seulement un petit nombre d'observations pour les groupes à faibles revenus. Depuis 2011, certains médicaments de la catégorie D (analgésiques non remboursés mais prescrits, laxatifs et suppléments de calcium) sont inclus dans la base de données Farmanet. Un avis récent de l'Observatoire des maladies chroniques (2020) propose d'étendre l'enregistrement à tous les médicaments non remboursables prescrits.

- L'enregistrement des suppléments ambulatoires diminue avec l'attestation électronique

Plusieurs initiatives ont été prises par le passé pour faire en sorte que le patient ait une idée des coûts réels lorsqu'il recourt à des soins. Par exemple, depuis le 1er juillet 2015, les prestataires de soins de santé doivent indiquer sur le reçu de l'attestation de soins fournie le montant payé par le patient au prestataire de soins de santé (art. 53 de la loi sur l'assurance obligatoire des soins et prestations médicaux coordonnée le 14 juillet 1994 [Gouvernement fédéral, 1994], inséré par la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé [Gouvernement fédéral, 2014]). Le même article régit également les informations qui doivent être transmises aux mutualités dans le cadre de la facturation électronique. Pour cela, il faut toutefois que les commissions d'accords et de conventions compétentes élaborent d'abord un règlement qui détermine quelles données doivent être communiquées par les prestataires de soins aux mutualités. Il a été convenu au sein de la Commission nationale médico-mutualiste que, tant pour e-Fact (facturation électronique pour le régime du tiers payant) que pour e-Attest (attestation électronique en cas de paiement comptant), la transmission du montant des suppléments est facultative. De plus, les logiciels sont parfois conçus de telle sorte qu'une intervention manuelle du prestataire de soins est nécessaire pour communiquer le montant du supplément d'honoraires. Dans le « Projet de loi portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé », qui a été approuvé par la Commission parlementaire de la Santé publique le 17 décembre 2021 (Chambre des représentants de Belgique, 2021), la transmission des données sur les suppléments et autres dépenses de soins (non remboursables) au patient et aux mutualités est élaborée plus en profondeur.

Les Mutuelles socialistes ont analysé les suppléments d'honoraires que les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les dentistes et les kinésithérapeutes facturent pour les soins ambulatoires (Willaert & Hens, 2019). L'étude se base sur les données de leurs membres (à l'exclusion de la Fédération Brabant) pour 2016 et 2017, ce qui représente environ 30 millions d'attestations de soins papier. Les données du flux de l'e-Attest (introduit en 2018) et les attestations de soins du régime du tiers payant (électronique (e-Fact) et papier) n'ont pas été incluses dans l'analyse. Les résultats de l'étude peuvent être résumés comme suit :

- En 2017, un montant approximatif de 290 millions d'euros a été payé en suppléments d'honoraires (extrapolation pour l'ensemble de la population), en 2016 ce montant était inférieur de 15 %. Les médecins spécialistes et les dentistes représentent plus de 80 % de l'ensemble des suppléments d'honoraires pour les soins ambulatoires.
- Sur 80 % des attestations de soins, le montant des suppléments d'honoraires avait été renseigné. Les médecins spécialistes ont obtenu le meilleur score avec 85 %, les dentistes le plus mauvais avec 65 %.
- En 2017, 46,6 % des médecins généralistes non conventionnés ont facturé un supplément s'élevant à au moins 10 % de leurs honoraires. Pour les médecins spécialistes, les dentistes et les physiothérapeutes, les chiffres étaient respectivement de 70,2 %, 49,7 % et 83,3 %.
- Le montant moyen du supplément d'honoraires pour les prestataires de soins de santé non conventionnés était de 6 euros pour un médecin généraliste, de 13,8 euros pour un médecin spécialiste, de 28,8 euros pour un dentiste et de 29,6 euros pour un physiothérapeute.
- L'étude a montré que les patients qui ont droit à l'intervention majorée paient les mêmes suppléments d'honoraires que les ayants droit ordinaires.

Depuis l'introduction de l'attestation électronique en cas de paiement comptant (e-Attest) pour les médecins généralistes en 2018, où il n'y a pas d'obligation de communiquer le supplément d'honoraires à la mutualité, la proportion des attestations de soins sur lesquelles le montant du supplément d'honoraires est communiqué à la mutualité a diminué. En 2017, 72 % des attestations de soins délivrées par un médecin généraliste non conventionné et rentrés à un guichet mentionnaient des informations sur le supplément d'honoraires (Willaert & Hens, 2019). Pour les attestations de soins électroniques en 2020 (62,5 % du nombre total de certificats), cette proportion n'était que légèrement supérieure à 34% (CNMM, 2021).

- Création d'un Observatoire des Coûts à Charge des Patients (voir chapitre 4)

Malgré les mesures qui ont déjà été prises, les décideurs politiques ne disposent pas actuellement d'une connaissance suffisante de l'ampleur et de la répartition des contributions personnelles. Par ailleurs, les premières analyses de l'impact de l'introduction de la facturation électronique ne sont pas très encourageantes. Afin de pouvoir contrôler et piloter la politique des suppléments, il est conseillé d'élaborer pour tous les prestataires de soins ambulatoires la même réglementation que pour le secteur hospitalier. Concrètement, cela signifie que les informations relatives aux coûts à charge qui figurent sur la facture du patient doivent également être transmises dans leur intégralité à la mutualité.

L'enregistrement et le suivi des contributions personnelles pour les soins non remboursables (par exemple, les médicaments de la catégorie D, les dispositifs médicaux tels que les appareils auditifs ou les lunettes et les lentilles) représentent un défi plus important. Qu'entendons-nous par « frais de soins de santé » ? Est-il nécessaire que les dépenses soient disponibles pour l'ensemble de la population, ou peut-on travailler avec un échantillon ? Nous proposons que ces questions, ainsi que d'autres, soient confiées à l'Observatoire des Coûts à Charge des Patients, comme proposé dans la section F du chapitre 4. La mission de cet observatoire consiste à suivre et à évaluer en permanence l'évolution et la répartition des contributions personnelles des patients, afin que ces informations puissent être prises en compte dans les décisions politiques.

### Indicateurs

- % d'attestations de soins avec indication du supplément d'honoraires, par type de prestataire de soins et par statut de conventionnement
- Disponibilité d'informations fiables et complètes sur le montant et la répartition des contributions personnelles par catégorie (par exemple, ticket modérateur, supplément d'honoraires dans le secteur hospitalier et ambulatoire, types de soins non remboursés)

#### d) Plus de transparence pour les décideurs politiques sur les coûts à charge des patients

- Notes de frais complexes et aucune information transparente sur les frais prévisibles

Lorsqu'il recourt à des soins, un patient peut s'attendre à être informé des conséquences financières que cela entraîne pour lui. Une note de frais compréhensible après un traitement médical constitue un élément essentiel à cet égard. La transparence au niveau des coûts avant l'instauration d'un traitement médical peut également contribuer à induire chez les patients une attitude plus consciente des coûts.

Par le passé, une série de mesures ont été prises pour améliorer la transparence financière pour le patient. Par exemple, depuis le 1er juillet 2015, il est obligatoire que l'attestation de soins mentionne l'intégralité du montant payé par le patient (voir section précédente). Une autre mesure concerne la perception de suppléments d'honoraires, entre autres dans le domaine de la biologie clinique, pour les prestataires conventionnés partiellement ou non conventionnés. L'AR du 24 octobre 2017 (Gouvernement fédéral, 2017) stipule que « les suppléments d'honoraires ne peuvent être appliqués que si les laboratoires prouvent qu'ils en ont informé préalablement au prélèvement les patients concernés soit directement soit indirectement par l'intermédiaire du prescripteur ». Il ressort des chiffres de la Mutualité socialiste qu'en 2019, une somme de 2,5 millions d'euros a été versée pour les suppléments. Souvent, il s'agissait de petits montants. Cependant, il est très difficile pour le patient de savoir à l'avance si le laboratoire est ou non conventionné. Cela n'apparaît clairement qu'à la réception de la facture, qui est en outre difficile à lire.

- Complexité et diversité de la structure des tickets modérateurs fixes et exprimés en pourcentage

Au cours de la dernière décennie, la structure des tickets modérateurs a été considérablement simplifiée et rendue plus transparente, notamment en remplaçant les tickets modérateurs exprimés en pourcentage par des montants fixes (par exemple pour les médecins généralistes, les spécialistes et les physiothérapeutes). La structure des tickets modérateurs pour les médicaments gagnerait aussi en transparence avec un montant fixe. Pour les médicaments délivrés dans les pharmacies publiques, il existe 5 catégories de remboursement (A/Fa, B/Fb, C, Cs et Cx), et le montant du ticket modérateur dépend en outre du montant de la base de remboursement (qui mélange pourcentage et montant fixe). Un ticket modérateur fixe pour les médicaments augmenterait considérablement la transparence. Des recherches supplémentaires sont donc souhaitables pour déterminer les modalités concrètes d'un tel ticket modérateur fixe pour les médicaments (niveau du ticket modérateur fixe ? différenciation ou non sur la base de la catégorie de remboursement ? montant fixe par médicament ou par prescription ? etc.).

- Le conventionnement partiel est difficile à comprendre pour les patients

Les prestataires de soins qui se conventionnent partiellement peuvent, sous certaines conditions, continuer à facturer des suppléments d'honoraires (voir section B). Pour les patients, le système de conventionnement partiel est très complexe. Il existe de grandes différences en termes de proportion de conventionnement partiel entre les spécialités (De Wolf et al., 2020). Bien qu'il y ait un risque que les médecins se déconventionnent complètement lorsque cela n'est plus possible sur une base partielle (Baeten, 2021), il reste approprié de supprimer le système de conventionnement partiel.

- Comment améliorer encore la transparence pour les patients au niveau des contributions personnelles ?

Dans une étude récente de l'OSE, qui a sondé les attitudes des experts et de s parties prenantes à l'égard des propositions de réforme visant à éliminer les inégalités en matière d'accès financier aux soins de santé, deux propositions ont été formulées concernant la transparence sur les contributions personnelles pour le patient (Baeten, 2021). Il a également été demandé de formuler les effets secondaires indésirables potentiels et les mesures d'accompagnement nécessaires.

La première proposition consiste à obliger tous les prestataires de soins ambulatoires à afficher de façon clairement visible leur statut de conventionnement et tous les tarifs appliqués à l'extérieur de leur cabinet et en ligne. La deuxième proposition est qu'avant une intervention hospitalière planifiée, les patients reçoivent une estimation des coûts qui tienne compte de leur statut de remboursement et du type de chambre choisi. Les deux propositions ont été jugées très efficaces par la majorité des répondants, mais de nombreux effets secondaires et conditions préalables possibles ont également été évoqués. Pour un aperçu détaillé de ces derniers, nous nous référons à l'étude. Les répondants ont également fait des suggestions supplémentaires pour améliorer la transparence pour le patient. Il n'est pas de notre ressort de faire une sélection des mesures proposées ou d'évaluer leur faisabilité ou leur efficacité. Le principal message est que les patients n'ont actuellement pas une idée assez précise des coûts des traitements médicaux et que des mesures doivent être prises pour fournir une meilleure information de manière proactive. En outre, des mesures sont également nécessaires pour rendre les notes de frais (par exemple, les factures d'hôpital) plus transparentes et plus lisibles. Le Projet de loi de novembre 2021 comporte des mesures visant à définir les modalités d'une estimation des coûts.

### Indicateurs

- Pourcentage de patients ayant reçu une estimation préalable claire des coûts de la part de l'hôpital (objectif = 100 %)
- Pourcentage des prestataires de soins de santé partiellement conventionnés (objectif = 0 %)

#### e) Maîtrise des coûts à charge des patients par le biais de la régulation des prix

- Des prix libres réduisent la sécurité tarifaire

Un principe général de l'assurance maladie obligatoire en Belgique est qu'elle prévoit le même remboursement pour les prestataires de soins de santé et le même ticket modérateur pour chaque assuré belge, indépendamment du choix de la mutualité. En outre, la nomenclature définit clairement les soins couverts par l'assurance maladie obligatoire. Ces principes généraux assurent la sécurité tarifaire pour le patient et le prestataire de soins. Parallèlement, il y a toutefois une marge considérable de liberté de tarification pour les produits ou services qui ne sont pas couverts, ou ne le sont que de manière très limitée par l'assurance maladie obligatoire. Les reports des soins dentaires, de l'achat de lunettes ou de lentilles ou d'un appareil auditif sont donc considérables et diffèrent largement en fonction des revenus, surtout au niveau des soins dentaires et les lunettes ou des lentilles (Hens et al., 2014 ; Demarest et al., 2019).

- La réforme « 100 % Santé » en France

Une réforme récente en France, appelée « 100 % Santé » ou encore « *reste à charge zéro* » ou « *RAC 0* », vise à améliorer l'accès aux soins dentaires, optiques et audiologiques en imposant un prix maximum pour les produits et services couverts par la mesure 100% santé. Cette mesure est expliquée plus en détail dans l'encadré.

## LA RÉFORME « 100 % SANTÉ » EN FRANCE

### *Bref historique*

Outre l'assurance maladie obligatoire (PUMA, « Protection Universelle Maladie »), l'assurance maladie complémentaire joue également un rôle important en France. La CMU-C (« couverture maladie universelle complémentaire ») a été introduite en 2000. Cette assurance complémentaire est financée par des moyens publics et couvre presque tous les coûts pour les groupes aux revenus les plus faibles, soit environ 7 % de la population totale. Ces frais comprennent également les dépenses pour les lunettes ou les lentilles, les appareils auditifs ou les prothèses dentaires. À cet effet, des prix maximums ont été négociés avec les fournisseurs de ces produits. Pour les groupes à faible revenu qui se situaient juste au-dessus du plafond de revenu de la CMU-C, le système de bons ACS (« Aide à l'acquisition d'une complémentaire ») a été introduit en 2004 pour l'achat d'une assurance complémentaire auprès d'une caisse d'assurance maladie. La CMU-C et l'ACS ont été remplacées par la « complémentaire santé solidaire (C2S) » en 2019, entre autres, en raison d'un important non-recours aux bons ACS (Fonds CMU, 2015; Seabird, page web : [100% santé : des résultats positifs en dentaire, décevants en optique](#)).

### *100 % Santé*

Ainsi, lors de la mise en place de la réforme 100 % Santé, il existait déjà une expérience de négociation de prix maximums pour les lunettes ou lentilles, les appareils auditifs ou les prothèses dentaires. La réforme se compose des mesures suivantes :

- un remboursement plus élevé par l'assurance de base ;
- un prix maximum pour les produits ou services couverts par le 100 % Santé ;
- les prestataires de soins de santé qui proposent des prothèses dentaires, des lunettes et des lentilles de contact, ainsi que des appareils auditifs sont tenus d'inclure dans leur offre également des produits ou des services qui relèvent du 100 % Santé.

La nouvelle mesure a été introduite le 1er janvier 2020 pour les lunettes et les verres correcteurs et pour une partie des prothèses dentaires. En 2021, la mesure a été étendue à tous les appareils dentaires et auditifs. Pour bénéficier de la plus grande sécurité tarifaire, l'assuré doit avoir une assurance complémentaire solidaire et responsable (l'assurance respecte les minima et maxima de remboursement établis). Pour garantir la qualité, il faut choisir du matériel qui répond aux spécifications du « 100 % Santé ».

Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de la réforme. Les premiers résultats pour 2020 sont positifs pour les soins dentaires, à savoir une baisse de 16 % des contributions personnelles (sauf pour l'orthodontie). Pour les lunettes et les lentilles, la réforme n'a pas atteint son objectif en 2020 : les contributions personnelles ont augmenté de 25 %. La proportion de verres et de montures proposées avec un remboursement à 100 % a été considérablement inférieure à l'objectif fixé. En outre, la réforme a également réduit le remboursement par l'assurance complémentaire des produits et services hors panier (Seabird, page web : [100% santé : des résultats positifs en dentaire, décevants en optique](#)).

- Proposition de réglementation des prix en Belgique

En France, la réforme a été précédée d'un long processus spécifique à l'organisation de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire dans ce pays. Cette réforme peut néanmoins servir d'exemple à l'assurance maladie belge. Une extension de la couverture de l'assurance obligatoire à 100% pour les soins dentaires, optiques et audiologiques peut être liée à l'obligation pour le secteur d'offrir un nombre suffisant de produits (par exemple, montures de lunettes, verres de lunettes, appareils auditifs) à un prix maximum fixé. Ces produits doivent également répondre à des exigences minimales de qualité. En outre, le patient doit disposer des informations nécessaires sur le prix et la qualité pour faire un choix entre les produits (entièrement) remboursés et les produits dont le prix peut être fixé librement. Le 27 octobre 2020, une proposition de résolution à ce sujet a déjà été déposée à la Chambre (Chambre des représentants de Belgique, 2020).

L'élaboration concrète de cette proposition, y compris son impact budgétaire, son champ d'application (par exemple, le traitement des prothèses et des implants en dehors des trois secteurs mentionnés) et le rôle des assurances complémentaires, demandent un examen plus approfondi. Une première étape importante pourrait déjà consister à charger l'Observatoire des Coûts à Charge des Patients de collecter de manière structurée des informations sur les prix actuels et leur évolution.

#### f) Une assurance maladie publique qui couvre l'ensemble de la population

- Un système solidaire mais pas une population assurée à 100%

Le dernier grand élargissement de la population assurée remonte à 2008 avec l'intégration des petits risques pour les indépendants dans l'assurance maladie obligatoire. Depuis 2008, on estime que 99 % de la population belge est couverte par l'assurance maladie obligatoire. Ce pourcentage est légèrement inférieur à Bruxelles (environ 2 % ne sont pas couverts) et pour certains groupes d'âge (25-40 ans : 2 à 2,5 % ne sont pas couverts). Ce pourcentage ne tient pas compte des personnes vulnérables spécifiques qui ne relèvent pas de la « population belge » parce qu'elles ne sont pas affiliées à une mutualité, comme les sans-papiers ou les sans-abri (Devos et al., 2019).

Les non-assurés sont principalement des personnes dont les conditions administratives et/ou financières ne sont pas remplies. Les raisons en sont le non-paiement des cotisations sociales (notamment par les indépendants), la négligence administrative (par exemple en raison d'un manque d'information ou de problèmes de santé mentale), ou la radiation d'office de personnes du registre de la population (Cès & Baeten, 2020). Dans certains cas, il existe une exemption du paiement des cotisations ou les cotisations sont très faibles (INAMI, page web : [Cotisation personnelle pour être assuré si vous ne payez pas de cotisations de sécurité sociale](#)). Les règles en la matière sont toutefois complexes et pas toujours claires, même pour les services spécialisés des mutualités.

- Comment élargir la population assurée ?

Dans l'étude récente menée par l'OSE sur ordre de l'INAMI (Baeten, 2021), diverses mesures visant à augmenter la population assurée ont été soumises aux experts et aux parties prenantes : en particulier, la proposition d'affilier d'office tous ceux qui ne s'affilient pas de leur plein gré à une mutualité à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) a été jugée très efficace pour améliorer l'accès financier aux soins de santé. Parallèlement, des mesures d'accompagnement ont également été proposées pour contrer les éventuels effets secondaires indésirables.

Si l'on veut maintenir un modèle d'assurance, il convient de lier l'obligation de cotiser au droit d'être couvert par l'assurance maladie obligatoire. Cependant, le groupe des personnes non assurées est varié, ce qui nécessite des mesures supplémentaires adaptées à la situation concrète. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour soutenir les personnes qui ne sont pas aptes sur le plan administratif. À cette fin, des efforts doivent être déployés pour renforcer la collaboration entre les services sociaux et le secteur de la santé. En revanche, les règles concernant le paiement des cotisations personnelles devraient être simplifiées.

### Indicateurs

- % de la population assurée.

#### g) Améliorer l'accès aux soins en élargissant ou en adaptant les mesures existantes

Il a récemment été décidé d'élargir ou d'adapter certaines des mesures de protection existantes pour améliorer l'accessibilité à partir de 2022. Par exemple, un plafond supplémentaire de 250 euros a été introduit pour le ticket modérateur au niveau du maximum à facturer pour les revenus les plus faibles, et les médecins peuvent choisir d'appliquer ou non le régime du tiers payant.

En cas d'élargissement du régime du tiers payant, il conviendrait d'introduire des mesures d'accompagnement pour limiter les abus du système. Nous pensons à une vérification obligatoire de l'identité électronique du patient au niveau de la facturation électronique, comme c'est déjà le cas pour les infirmiers à domicile depuis 2017. En outre, l'Observatoire des Coûts à Charge des Patients peut se voir confier la tâche de suivre l'évolution des suppléments d'honoraires dans le cadre du régime du tiers payant. Les prestataires de soins de santé pourraient augmenter leurs suppléments d'honoraires parce que les patients peuvent croire à tort que leur participation personnelle est diminuée. Par ailleurs, il est nécessaire que les prestataires de soins soient remboursés rapidement par les mutualités et que les procédures administratives soient simples pour les prestataires de soins (Baeten, 2021). L'application du régime du tiers payant se fait, pour l'instant, sur une base volontaire. Une évaluation devra montrer dans quel délai il est possible de passer à un régime du tiers payant obligatoire.

L'objectif de toute mesure de protection sociale est d'atteindre son groupe cible de la meilleure façon possible. Malgré l'élargissement du droit à l'intervention majorée et les efforts déployés pour atteindre le groupe cible (Van Gestel et al., 2019), une part importante des personnes exposées au risque de pauvreté n'est pas couverte par ce statut. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour accorder automatiquement le droit à l'intervention majorée. Les recommandations faites à ce sujet dans le rapport du KCE sur l'équité du système de soins de santé belge peuvent servir de ligne directrice (Bouckaert et al., 2020).

## 10. Conclusion

Le point de départ de ce rapport est que la politique des soins de santé ne doit pas être menée de manière ad hoc, avec des objectifs assez disparates sans vision cohérente. Au contraire, cette politique doit apporter une réponse ciblée aux grands défis auxquels nous sommes confrontés en tant que société. Ces défis sont bien connus, et nous les avons à nouveau résumés au chapitre 2. La réponse nécessite une nouvelle approche dans laquelle des objectifs clairs sont formulés et inscrits dans une perspective pluriannuelle.

À cette fin, les objectifs de santé doivent d'abord être formulés pour une période d'environ 10 ans, mais ils doivent être régulièrement mis à jour. Nous interprétons les objectifs de santé au sens large : il ne s'agit pas seulement de la santé, mais des *Quintuple Aims* et, en plus, de la durabilité du système. La formulation des objectifs de santé implique également les citoyens et certainement les parlements. La poursuite des objectifs de santé va au-delà des soins de santé au sens strict et nécessite également des interventions dans d'autres domaines politiques. Pour le domaine des soins de santé, ils sont traduits en objectifs concrets en matière de soins de santé. Les entités fédérées assurent la mise en œuvre selon le modèle de la « méthode ouverte de coordination ». Au niveau fédéral, ce rôle est joué en premier lieu par l'INAMI, mais d'autres instances fédérales (comme le SPF Santé Publique) doivent également être impliquées dans la procédure.

À cette fin, de nouvelles tâches doivent être attribuées au sein de la structure de concertation de l'INAMI. Plus précisément, nous préconisons la création d'une commission consultative, la Commission d'évaluation des objectifs de soins de santé, qui a un rôle consultatif et dans laquelle il doit y avoir un apport scientifique important. Nous proposons aussi l'élargissement et de nouvelles missions pour les commissions existantes.

Notre proposition souscrit pleinement à la structure existante de l'INAMI dans l'espoir de préserver ses points forts. À plus long terme, cependant, on pourrait viser une simplification de cette structure, où les fonctions de conseil et d'évaluation seraient regroupées dans une sorte de Conseil scientifique et où les fonctions politiques seraient également regroupées. Cette évolution à long terme n'a pas été abordée dans notre rapport.

Les objectifs de (soins de) santé en réponse aux défis futurs de notre système de soins de santé et d'assurance maladie ne peuvent être atteints que par des soins plus intégrés. Cela nécessite le développement de mécanismes plus transversaux. Nous avons proposé plusieurs façons de le faire :

- Un flux de financement distinct pour les projets transversaux, avec la poursuite du développement de la Commission de convention transversale et la création d'une nouvelle Commission consultative d'évaluation des objectifs de soins de santé ;
- La création d'incitations (y compris sous forme de *seed money*) pour que les commissions existantes puissent lancer des projets transversaux bottom-up. En outre, une partie des ressources créées par les initiatives d'amélioration de l'efficacité serait transférée vers la ligne transversale, tandis que des incitations suffisantes resteraient dans les secteurs distincts ;
- Le large appel à tous les acteurs et parties prenantes externes à soumettre des projets (comme l'année dernière), mais mieux guidé à partir des objectifs formulés.

Afin de passer à une planification pluriannuelle, nous avons également fait plusieurs propositions concrètes :

- Une manière responsabilisante de traiter les dépassements et les sous-dépassements des objectifs budgétaires partiels ;
- De nouvelles tâches pour la Commission de contrôle budgétaire ;
- La création d'une Cellule Technique Prospective Commune (avec notamment les services de l'INAMI et du Bureau fédéral du Plan) pour coordonner les projections à long terme et rassembler les éléments scientifiques nécessaires à l'estimation ex ante et à l'évaluation ex post d'initiatives spécifiques.

La pandémie actuelle de COVID-19 est une période difficile pour mettre en œuvre cette réforme, notamment en raison de l'immense incertitude quant aux dépenses futures. Nous pensons que le principe de la provision interdépartementale pour les urgences extrêmes a bien fonctionné ces dernières années, mais qu'il faudrait maintenant passer progressivement à un système d'incorporation des dépenses COVID-19 dans le budget régulier des soins de santé. À cette fin, le budget doit évidemment être augmenté. Le budget 2023 pourrait être un test pour rechercher la meilleure façon de réaliser cette intégration.

Des initiatives concrètes doivent, bien entendu, découler des objectifs. Nous l'avons fait pour trois domaines concrets. Nous n'énumérons pas ces initiatives ici. Pour les soins de santé mentale, bon nombre des interventions souhaitées ne relèvent pas du domaine des soins de santé, mais la section D du chapitre 7 formule également une série de politiques de soins de santé. Plusieurs options sont encore ouvertes pour l'introduction de soins intégrés et orientés objectifs, mais dans le chapitre 8 (section A) nous décrivons deux initiatives concrètes qui pourraient être prises à court terme et dans la section B nous formulons une proposition détaillée pour l'introduction d'un dossier électronique interprofessionnel intégré et ciblé. Enfin, dans chacune des sections B à G du chapitre 9, des propositions de politiques sont formulées pour améliorer l'accessibilité financière. Pour nombre de ces propositions, nous ne disposons pas des informations nécessaires pour évaluer leurs effets concrets. Plus spécifiquement pour le problème de l'accessibilité financière, nous proposons donc la création d'un Observatoire des Coûts à Charge des Patients.

Les réformes de la structure de concertation que nous proposons nécessitent des initiatives législatives. La création d'une Cellule Technique Prospective Commune nécessite également de libérer des ressources supplémentaires. Quant aux propositions spécifiques, il n'appartient pas à un Comité scientifique de faire des choix entre elles, mais nous avons essayé de formuler des initiatives réalisables à court terme, qui pourraient constituer une réponse partielle aux défis formulés au chapitre 2.

Les changements structurels plus importants dans l'organisation des soins de santé (par exemple, le financement des hôpitaux, la nomenclature, les suppléments) et dans la structure institutionnelle (répartition des compétences entre les entités fédérales et fédérées) n'ont pas été abordés dans le rapport. Il va toutefois de soi que ces réformes ne doivent pas être mises en veilleuse et que certaines de nos propositions pourront être reconsidérées à la lumière de ces réformes.

Il peut être utile d'évaluer régulièrement, de manière scientifique, l'évolution du processus vers un budget pluriannuel fondé sur des objectifs de santé. Si la Commission d'évaluation des objectifs de soins de santé que nous proposons de créer a une forte composante scientifique et peut fonctionner de manière suffisamment indépendante, elle est le lieu approprié pour effectuer cette évaluation. Tant que cette Commission indépendante dotée d'une expertise scientifique claire n'existe pas, une solution provisoire doit être élaborée.

## Références

Agence InterMutualiste (AIM). Atlas AIM. Intervention majorée.

Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist-Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacín C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Arbabzadeh-Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2002. 11(2): 55-67. doi: 10.1002/mpr.123

Assuralia. Aperçu des dépenses nationales en soins de santé : 15<sup>ème</sup> édition. Assurinfo 10. 2021. Available from: <https://www.assuralia.be/fr/47-etudes-et-chiffres/etudes-d-assuralia/677-aperçu-des-dépenses-nationales-en-soins-de-santé>

Baeten R. Suppression des inégalités dans l'accessibilité financière aux soins de santé Analyse d'une enquête réalisée auprès des experts et des parties prenantes. Bruxelles: European Social Observatory. 2021. Available from: [http://www.ose.be/files/publication/health/2021\\_Baeten\\_APA-stakeholder-quest\\_Synth\\_FR.pdf](http://www.ose.be/files/publication/health/2021_Baeten_APA-stakeholder-quest_Synth_FR.pdf)

Baggaley MR. Value-based healthcare in mental health services. *BJPsych Advances.* 2020. 26(4): 198-204.

Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_334\\_Equity\\_Belgian\\_health\\_system\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334_Equity_Belgian_health_system_Report.pdf)

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Effect van vroege psychische stoornissen op opleidingsniveau in België; een bevolkingsstudie [Associations between early-onset mental disorders and educational attainment in Belgium; a population study]. *Tijdschr Psychiatr.* 2010. 52(3): 133-42. PMID: 20205077

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K (Eds.). Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen in de Belgische algemene bevolking. Leuven: Acco, 2011a.

Bruffaerts R, Vanderplasschen W, Van Hal G, Demyttenaere K. (Eds.). Crisisopvang voor middelengebruikers in België / La prise en charge de crise des assuétudes. Gent: Academia Press, 2011b.

Bruffaerts R, Posada-Villa J, Al-Hamzawi AO, Gureje O, Huang Y, Hu C, Bromet EJ, Viana MC, Hinkov HR, Karam EG, Borges G, Florescu SE, Williams DR, Demyttenaere K, Kovess-Masfety V, Matschinger H, Levinson D, de Girolamo G, Ono Y, de Graaf R, Browne MO, Bunting B, Xavier M, Haro JM, Kessler RC. Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *Br J Psychiatry.* 2015. 206(2): 101-9. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141424. Epub 2014 Nov 13. PMID: 25395690. PMCID: PMC4312965

Bruffaerts R. Mental disorders in the non-institutionalized general population in Belgium. 2013: prevalence, service use, met, and unmet need. 2017. Unpublished.

Bureau fédéral du Plan. Belgique – surmortalité en 2020 : 124 000 années de vie perdues. Fact Sheet 005. Démographie. 2021. Available from: [https://www.plan.be/uploaded/documents/202105100807530.FACTSHEET\\_005\\_DEMO\\_12407\\_F.pdf](https://www.plan.be/uploaded/documents/202105100807530.FACTSHEET_005_DEMO_12407_F.pdf)

Cabinet de la Vice-première Ministre, Ministre des Affaires sociales et de la santé publique. "Priorité aux maladies chroniques !" – Programme pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques 2009-2010 – Présentation de Laurette Onkelinx, Ministre des Affaires sociales et de la santé publique. Bruxelles. 2008.

Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Trends, 2020. 2021.

Carr A, Smith JA, Camaradou J, Prieto-Alhambra D. Growing Backlog of Planned Surgery Due to Covid 19. BMJ. 2021. 339. <https://doi.org/10.1136/bmj.n339>

Castanares-Zapatero D, Kohn L, Dauvrin M, Detollenaere J, Maertens de Noordhout C, Primus-de Jong C, Rondia K, Chalon P, Cleemput I, Van den Heede K. Long COVID: Pathophysiology - epidemiology and patient needs – Synthesis. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2021. KCE Reports 344Cs. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_344C\\_Long\\_Covid\\_Short\\_report\\_2.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_344C_Long_Covid_Short_report_2.pdf)

Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory. 2020. Available from: [http://www.ose.be/files/publication/health/2020\\_Ces\\_Baeten\\_NIHD\\_Inequalities\\_access\\_care\\_Report\\_EN.pdf](http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHD_Inequalities_access_care_Report_EN.pdf)

Chambre des représentants de Belgique. Proposition de résolution visant à diminuer le coût des lunettes et lentilles et à améliorer leur accessibilité. 2020. DOC 55 1614/001. Available from: <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/1614/55K1614001.pdf>

Chambre des représentants de Belgique. Projet de loi portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé. 2021. DOC 55 2320/001.

CIM (Conférence interministérielle). Plan conjoint en faveur des malades chroniques Des soins intégrés pour une meilleure santé. 2015. Available from: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/20151019\\_cim\\_plan\\_soins\\_integres\\_malades\\_chroniques.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_cim_plan_soins_integres_malades_chroniques.pdf)

Collège Intermutualiste National (CIN). Proposition CIN. Vision Politique de Santé 2030. 2016.

Comité de l'assurance. Note CSS 2021/241. Trajectoire budgétaire 2022-2024. Déclaration d'intention et rapport intermédiaire relatifs à la Trajectoire budgétaire 2022-2024. Bruxelles. 19 juillet 2021.

Comité de l'assurance. Budget 2022 – Proposition du Comité de l'Assurance. Bruxelles. 2021.

Comité de l'assurance. Note CSS 2021/352. Budget 2022 : plan d'approche. Bruxelles. Novembre 2021.

Commission nationale médico-mutualiste (CNMM). Elektronisch attestaten door huisartsen. CNMM-NCAZ 2021-100. 04/06/2021.

Conseil général. Note CGSS 2021/ 043. Trajectoire budgétaire 2022-2024. Déclaration d'intention et rapport intermédiaire relatifs à la Trajectoire budgétaire 2022-2024. Bruxelles. 2021.

Conseil général. Note CGSS 2021/086. Prévisions budgétaires de l'assurance soins de santé. Année budgétaire 2022. 2ème adaptation. Bruxelles. 2021.

Cornelis J, Desmedt M, Chevalier E, Camaly O, Christiaens W. Care integration in a vulnerable elderly population in Belgium: an evaluation of the third phase of Protocol 3. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2021. KCE Reports 346. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_346\\_Third\\_Phase\\_Protocol\\_3\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_346_Third_Phase_Protocol_3_Report.pdf)

D'Hulst A, Kiekens G, Auerbach RP, Cuijpers P, Demyttenaere K, Ebert DD, Green JG, Kessler RC, Mortier P, Nock MK, Bruffaerts R. Depressive stoornis bij Belgische eerstejaarsstudenten: voorkomen, academische impact en zorggebruik [Major depressive episode in college freshmen: prevalence, academic functioning and receipt of treatment]. Tijdschr Psychiatr. 2021. 63(1): 24-31. PMID: 33537971

De Hert M. et al. (Eds.). Geestelijke gezondheid en preventie. Bouwstenen voor beleid en praktijk. Mechelen: Kluwer. 2008. 47-81.

De Jaegere E, van Landschoot R, van Heeringen K, van Spijker BAJ, Kerkhof AJFM, Mokkenstorm JK, Portzky G. The online treatment of suicidal ideation: A randomised controlled trial of an unguided web-based intervention. Behav Res Ther. 2019. 119: 103406. doi: 10.1016/j.brat.2019.05.003. Epub 2019 May 16. PMID: 31176889

De Maeseneer JM, Van Gorp L, De Lepeleire J, Remmen R, Devroey D, Martin S. Beroepscompetentieprofiel voor praktijkassistenten in de huisartsenpraktijk en de eerstelijnsgezondheidszorg. Visietekst van de werkgroep Praktijkassistent. 2007.

De Maeseneer JM, Boeckstaens P. Multi-morbidity, goal-oriented care and equity. British Journal of General Practice. 2012. 62(600): 522-524. doi: [10.3399/bjgp12X652553](https://doi.org/10.3399/bjgp12X652553)

De Maeseneer JM. De gezondheidszorg in België in 2030: "Anders, of meer van hetzelfde?". Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving. 2019. Available from: [https://vwgc.be/wp-content/uploads/2019/09/BELEIDSNOTA-GEZONDHEIDSZORG\\_JDM\\_17092019.pdf](https://vwgc.be/wp-content/uploads/2019/09/BELEIDSNOTA-GEZONDHEIDSZORG_JDM_17092019.pdf)

De Wolf F, Willaert D, Landtmeters B, Lona M, Vandeleene G, Rygaert X. Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement. Agence InterMutualiste. 2020. Available from: [https://ima-aim.be/IMG/pdf/fr\\_-\\_rapport\\_-\\_volume\\_d\\_activite\\_ambulatoire\\_selon\\_le\\_conventionnement.pdf](https://ima-aim.be/IMG/pdf/fr_-_rapport_-_volume_d_activite_ambulatoire_selon_le_conventionnement.pdf)

Deloitte. 2021 global health care outlook. Laying a foundation for the future. 2021.

Demarest S, Charafeddine R, Drieskens S, Berete F. Enquête de santé 2018 : Accessibilité financière aux soins de santé. Bruxelles : Sciensano. 2019. Available from: [https://www.sciensano.be/sites/default/files/ac\\_report\\_2018\\_fr\\_final.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/ac_report_2018_fr_final.pdf)

Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_313C\\_Performance\\_Belgian\\_health\\_system\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf)

Devriese S, Lambert ML, Eyssen M, Van De Sande S, Poelmans J, Van Brabant H, Sermeus W, Vlayen J, Ramaekers D. Prospectief Bepalen van de Honoraria van Ziekenhuisartsen Op Basis van Klinische Paden En Guidelines: Makkelijker Gezegd Dan Gedaan. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2005. KCE Reports Vol. 18A. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20051027319\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20051027319_0.pdf)

Economist Intelligence Unit. Covid-19: The impact on healthcare expenditure. A report by The Economist Intelligence Unit. The Economist. 2020.

Ellen M, Perlman S, Horowitz E, Shach R, Catane R. Understanding Physicians' Perceptions of Overuse of Health Services in Oncology. Medical Care Research and Review. 2021. 78(5): 511-520.

Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) – European Commission. Opinion on Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care. 2017. Available from: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert\\_panel/docs/opinion\\_primarycare\\_performance\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/opinion_primarycare_performance_en.pdf)

Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) – European Commission. Task shifting and health system design. Report of the EXPH. 2019. Available from: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert\\_panel/docs/023\\_taskshifting\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/023_taskshifting_en.pdf)

Fonds CMU. Rapport d'activité 2015. Available from: [https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport\\_activite\\_2015.pdf](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2015.pdf)

Godderis L et al. Mental Assessment Group Report describing the mental health of the Belgian population during Covid-19. Update November 2021. Available from: <https://www.info-coronavirus.be/en/celeval/>

Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock. 1980.

Goorts K, Boets I, Decuman S, Du Bois M, Rusu D, Godderis L. Psychosocial determinants predicting long-term sickness absence: a register-based cohort study. J Epidemiol Community Health. 2020. 74(11): 913-918.

Gouvernement fédéral. Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 : mise à jour le 31.03.2021 jusqu'au moniteur belge du 30.12.2020 - éd.1.

Gouvernement fédéral. Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 : mise à jour le 14.11.2019 jusqu'au moniteur belge du 21.10.2019

Gouvernement fédéral. Loi portant des dispositions diverses en matière de santé. 10 avril 2014.

Gouvernement fédéral. Arrêté royal portant exécution de l'article 73, § 1er/1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique. 24 octobre 2017.

Gouvernement fédéral. Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé. 22 avril 2019.

Gouvernement fédéral. Accord de coalition. 30 septembre 2020.

Gouvernement flamand. Decreet van 26 april 2019 over de organisatie van de eerstelijnszorg. Agentschap Zorg en Gezondheid. Available from: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/decreet-van-26-april-2019-over-de-organisatie-van-de-eerstelijnszorg>

Harrer M, Adam SH, Baumeister H, ..., Ebert DD. Internet interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2019. 28(2): 1759. doi: 10.1002/mpr.1759. Epub 2018 Dec 26. PMID: 30585363; PMCID: PMC6877279.

Harris MG, Kazdin AE, Chiu WT, Sampson NA, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Altwaijri Y, Andrade LH, Cardoso G, Cía A, Florescu S, Gureje O, Hu C, Karam EG, Karam G, Mneimneh Z, Navarro-Mateu F, Oladeji BD, O'Neill S, Scott K, Slade T, Torres Y, Vigo D, Wojtyniak B, Zarkov Z, Ziv Y, Kessler RC. WHO World Mental Health Survey Collaborators. Findings From World Mental Health Surveys of the Perceived Helpfulness of Treatment for Patients With Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry.* 2020. 77(8): 830-841. doi: 10.1001/jamapsychiatry. 2020. 1107. PMID: 32432716. PMCID: PMC7240636.

Hens E, Van Duynslaeger M, Van den Heede A, Thys R, Neelen M, Isenborghs K. Onvervulde noden. Enquête onder leden Socialistische Mutualiteiten: Resultaten en analyse. *Socialistische Mutualiteiten.* 2014.

Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. *Family Practice.* 1996. 13: 294-302. doi: [10.1093/fampra/13.3.294](https://doi.org/10.1093/fampra/13.3.294)

Iacobucci G. Covid-19: NHS to Trial Rapid Diagnostics and Saturday Clinics to Tackle Elective Care Backlog. *BMJ.* 2021. 1243. doi: [10.1136/bmj.n1243](https://doi.org/10.1136/bmj.n1243)

INAMI. Repères du passé, balises pour le futur - L'assurance soins de santé et indemnités belge. Infobrochure. 2014. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/fr/publications/Pages/balises-assurance-ssi.aspx>

INAMI, Tomorrowlab. L'avenir des soins de santé en Belgique. Note de vision stratégique. 2020.

INAMI. Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour le budget des soins de santé 2022-2024. Rapport intermédiaire. 2021a. Available from: [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/trajectoire\\_budgetaire\\_pluriannuelle\\_budget\\_soins\\_sante\\_2022\\_2024.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/trajectoire_budgetaire_pluriannuelle_budget_soins_sante_2022_2024.pdf)

INAMI. Rapport de monitoring COVID-19. L'impact de la COVID-19 sur le budget de l'Assurance soins de santé. 2021b. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-impact-covid19-remboursement-soins-sante.aspx>

INAMI. Bénéficiaire du statut social en tant que médecin [Web page]. [cited 10/12/2021]. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/aide/Pages/statut-social-medecin.aspx>

INAMI. Cotisation personnelle pour être assuré si vous ne payez pas de cotisations sociales [Web page]. [cited 10/12/2021]. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/assurabilite/Pages/cotisations-personnelles.aspx>

INAMI. Statistiques des indemnités. Retrieved from <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnitees/Pages/default.aspx>

Jansen L, Glowacz F, Yurdadon C, Voorspoels W, Kinard A, Bruffaerts R. Eerstelijnspsychologische zorg in België: gezondheidseconomische perspectieven. KULeuven: Centrum voor Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg. Intern document. 2021.

Jansen L, Glowacz F, Yurdadon C, Voorspoels W, Kinard A, Bruffaerts R. Eerstelijnspsychologische patiënten in België: klinische karakteristieken en zorggebruik. Tijdschrift voor Psychiatrie. En cours de révision.

Karam M, Macq J, Duchesnes C, Crismer A, Belche JL. Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium: a participatory action research. Journal of Interprofessional Care. 2021. doi: [10.1080/13561820.2021.1929878](https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929878)

KCE – Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Study 2021-54 Integrated Care. Brussels. To be published in 2022. Information available from: <https://kce.fgov.be/fr/etude-2021-54-hsr-soins-int%C3%A9gr%C3%A9s>

Lamy RE. Social consequences of mental illness. Journal of Consulting Psychology. 1966. 30(5): 450–455.

Lefèvre M, Gerkens S. Assessing the sustainability of the Belgian health system using projections – Add-on to “Performance of the Belgian health system – report 2019”. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2021. KCE Reports 341C. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_341C\\_Sustainability\\_Belgian\\_health\\_system\\_projections\\_Report\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_341C_Sustainability_Belgian_health_system_projections_Report_0.pdf)

Macq J, Van Durme T, Cès S, et al. Scientific evaluation of projects of alternative forms of care or support of care for frail elderly, in order to allow them to maintain their autonomy and to live independently in their homes. Protocol 3. Brussel: RIZIV. 2014.

Matheny M, Israni ST, Mahnoor A, Whicher D. Artificial Intelligence in Health Care: The Hope, the Hype, the Promise, the Peril. NAM Special Publication. Washington, DC: National Academy of Medicine. 2019. Available from: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2021/07/4.3-AI-in-Health-Care-title-authors-summary.pdf>

Meeus P, Dalcq V, Beauport D, Vande Velde M, Hoekx L, Sierens K, Swine B. Ménissectomie (15 Ans Et Plus) – Variations de pratiques médicales - Analyse de la répartition et de l'évolution de la pratique médicale en volumes et en dépenses par assuré en Belgique (analyses et tendances par régions, provinces et arrondissements) pour l'année 2019. RIZIV – Service des soins de santé – Direction Recherche, Développement et Promotion de la qualité, Cellule des soins efficaces. 2021. Available from: [https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Menissectomie\\_15\\_ans\\_et\\_plus\\_2019.pdf](https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Menissectomie_15_ans_et_plus_2019.pdf)

Meneghini RM. Techniques and Strategies to Optimize Efficiencies in the Office and Operating Room: Getting Through the Patient Backlog and Preserving Hospital Resources. The Journal of Arthroplasty. 2021. 36(7): S49–51. doi: [10.1016/j.arth.2021.03.010](https://doi.org/10.1016/j.arth.2021.03.010)

Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Farfan-Portet MI, Ricour C. Organisation of mental health care for adults in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 318. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_318\\_Mental\\_Health\\_care\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_318_Mental_Health_care_Report.pdf)

Mutualités chrétiennes. Le 14e baromètre hospitalier de la MC. Décembre 2018. Available from: [https://www.mc.be/media/barometre-hospitalier-mc-2018\\_tcm49-55448.pdf](https://www.mc.be/media/barometre-hospitalier-mc-2018_tcm49-55448.pdf)

Observatoire des maladies chroniques. Avis de l'observatoire des maladies chroniques relatif à l'enregistrement des médicaments non remboursés. 2020. Available from: [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/avis\\_observatoire\\_maladie\\_chronique\\_2020\\_01.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/avis_observatoire_maladie_chronique_2020_01.pdf)

OECD, EOHSP. Belgium: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. 2019. Available from: <https://www.oecd.org/belgium/belgium-country-health-profile-2019-3bcb6b04-en.htm>

OECD. Health at a Glance 2021: OECD indicators. Paris: OECD. 2021. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1639153195&id=id&accname=guest&checksum=02C1F214E4A08BFD714DF83D9927880A>

OECD, EOHSP. State of Health in the EU, Belgium. Country Health Profile 2021. Paris: OECD Publishing/Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. 2021. Available from: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2021\\_chp\\_be\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2021_chp_be_english.pdf)

Paulus D, Van den Heede K, Mertens, R. Position paper: Organisation of care for chronic patients in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2012. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 190. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_190C\\_organisation\\_care\\_chronic\\_patients\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_190C_organisation_care_chronic_patients_0.pdf)

Peeters B, Doggen K, Drieskens S. Power to Care. L'enquête sur le bien-être des personnes et professionnels d'aide et de soin Principaux résultats de la troisième enquête nationale, juin 2021. Sciensano. 2021. Available from: [https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/power\\_to\\_care\\_fr\\_juin\\_2021\\_vd.pdf](https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/power_to_care_fr_juin_2021_vd.pdf)

Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: Creating value-based competition on results. Boston, Mass: Harvard Business School Press. 2006.

SeaBird. 100% santé : des résultats positifs en dentaire, décevants en optique [Web page]. [cited 10/12/2021]. Available from: <https://www.seabirdconseil.com/nos-decryptages/on-en-parle/100-sante%E2%80%AF-des-resultats-positifs-en-dentaire-decevants-en-optique/>

Siemieniuk RAC, Harris IA, Agoritsas T, Poolman RW, Brignardello-Petersen R, Van de Velde S, Buchbinder R., Englund M et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: a clinical practice guideline British Journal of Sports Medicine. 2018. 52: 313. doi: [10.1136/bjsports-2017-j1982rep](https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-j1982rep)

Simpson SA, Loh RA, Cabrera M, Cahn M, Gross A, Hadley A, Lawrence RE. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Psychiatric Emergency Service Volume and Hospital Admissions. Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry. 2021. 62(6): 588-594. doi: [10.1016/j.jaclp.2021.05.005](https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.05.005)

SPF SPSCAE, INAMI. Note d'orientation Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique. 28 novembre 2013. Available from: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/brochurecmc\\_fr.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochurecmc_fr.pdf)

SPF SPSCAE, AFMPS, INAMI. Redimention des prestations médicales et retards accumulés en raison de la COVID-19. Rapport à la demande du comité Hôpital & Transport Surge Capacity. 2021. Available

from: <https://www.riziv.fgov.be/fr/nouvelles/Pages/covid19-estimation-soins-non-effectues-hopitaux-1re-2e-3e-vagues.aspx>

Steel J, Luyten J, Godderis L. Occupational health: the global evidence and value. 2018. London: Society of Occupational Medicine (SOM). 1-92.

Suchman EA. Stages of Illness and Medical Care. *Journal of Health and Human Behavior*. 1965. 6(3): 114-128.

Tange H, Nagykalai Z, De Maeseneer J. Towards an overarching model for electronic medical-record systems, including problem-oriented, goal-oriented, and other approaches. *European Journal of General Practice*. 2017. 23(1): 257-260. doi: [10.1080/13814788.2017.1374367](https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1374367)

Teja S, Mann C, Hooper P, Buys Y, Yin VT. The Canadian Ophthalmology Society's Adaptation of the Medically Necessary Time-Sensitive Surgical Procedures Triage and Prioritization Tool. *Canadian Journal of Surgery*. 2021. 64(1): 48-50. doi: [10.1503/cjs.012120](https://doi.org/10.1503/cjs.012120)

Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, ..., Kessler RC. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry*. 2017. 210: 119-124.

Thunus S, Neyens I, Walker C, Hermans K, Smith P, Nicaise P, Van Audenhove C, Lorant V. Strengths, weaknesses, gaps, and overlaps in the current mental health care supply: a focus group study. In: Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Farfan-Portet MI, Ricour C (Eds.). *Organisation of mental health care for adults in Belgium*. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 318. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_318\\_Mental\\_Health\\_care\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_318_Mental_Health_care_Report.pdf)

Trimbos. 'Mentale gezondheid' in kaart gebracht. Een participatieve benadering via group concept mapping. Utrecht: Trimbos Instituut. 2021.

UK Office for National Statistics. Healthcare expenditure, UK Health Accounts provisional estimates: 2020. Provisional high-level estimates of healthcare expenditure in 2020 by financing scheme. *Statistical Bulletin*. Office for National Statistics. 2021.

Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. Safe nurse staffing levels in acute hospitals. *Health Services Research (HSR)*. Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Report 325. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_325\\_Safe\\_nurs\\_staffing\\_Report\\_2nd\\_edition\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325_Safe_nurs_staffing_Report_2nd_edition_0.pdf)

Van Gestel R, Goedemé T, De Graeve D, Avalosse A. De impact van de proactieve flux en de verhoogde tegemoetkoming op gezondheidszorguitgaven. *CM-Informatie*. 2019. 277: 37-43.

Venekamp RP, Mick P, Schilder AGM, Nunez DA. Grommets (Ventilation Tubes) for Recurrent Acute Otitis Media in Children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018. 5. doi: [10.1002/14651858.CD012017.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012017.pub2)

Walker C, Thunus S. Meeting Boundaries: Exploring the Faces of Social Inclusion beyond Mental Health Systems. *Social Inclusion*. 2020. 8(1). <http://dx.doi.org/10.17645/si.v8i1.2193>

Wallonia G task force. Rapport final des travaux de la Task Force Emploi, Social & Santé. 2021. Available from: [Get-up-Wallonia-Rapport-final-des-travaux-de-la-Task-Force-Emploi-Social-et-Sante-janvier-2021.pdf \(codef.be\)](https://codef.be/Get-up-Wallonia-Rapport-final-des-travaux-de-la-Task-Force-Emploi-Social-et-Sante-janvier-2021.pdf)

Wang PS, Aguilar-Gaxiola E, Alonso J, ..., Kessler RC. Twelve-month treatment for mental disorders. Results from the World Mental Health Surveys. The Lancet. 2007. 370: 841-850.

White J, Joice A, Petrie S, Johnston S, Gilroy D, Hutton P, Hynes N, STEPS: Going beyond the tip of the iceberg. A multi-level, multipurpose approach to common mental health problems. J Public Mental Health. 2008. 7(1) : 42-50.

Willaert D, Hens E. Barometer ambulante supplementen 2016-2017. Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten. 2019. Available from: <https://corporate.devoorzorg-bondmoyson.be/wp-content/uploads/2020/12/Barometer-ambulante-supplementen-2016-2017.pdf>

Zhang YN, Chen Y, Wang Y, Li F, Pender M, Wang N et al. Reduction in healthcare services during the COVID-19 pandemic in China. BMJ Global Health. 2020. 5:e003421. doi: [10.1136/bmjgh-2020-003421](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003421)

## Websites

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/>

[www.ichom.org](http://www.ichom.org)

<https://www.inami.fgov.be/fr/Pages/default.aspx>

<https://www.icpc-3.info/>

[www.moodspace.be](http://www.moodspace.be)

<https://pharma.be/fr>