



3.3 Adéquation des soins

L'adéquation des soins (c'est-à-dire 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. »²⁶ Elle peut être évaluée par différentes méthodes, dont la meilleure consiste à examiner dans quelle mesure la pratique médicale est conforme aux **recommandations de pratique clinique**. Une autre méthode fréquemment utilisée est l'analyse de la **variabilité géographique**.

Huit indicateurs touchant aux soins aigus et chroniques ont été retenus (Tableau 4). Ils concernent l'application des directives (en matière de suivi des patients diabétiques, d'habitudes de prescription d'antibiotiques, d'utilisation de techniques d'imagerie médicale inadéquates et d'utilisation d'un traitement adjuvant après chirurgie pour le traitement du cancer testiculaire) ou la variabilité des taux de césariennes.

D'autres indicateurs d'adéquation des soins figurent dans les tableaux sur la prévention (Tableau 22) pour la vaccination et le dépistage, sur les soins de santé mentale (Tableau 23) pour la prescription et la consommation de médicaments, et sur les soins de fin de vie (Tableau 26) pour l'agressivité des soins en fin de vie. Enfin, des variations de pratique médicale sont présentées dans l'Encadré 7.

Adéquation des soins aux malades chroniques (diabétiques)

L'adéquation des soins apportés aux malades chroniques est évaluée par le biais du suivi des personnes vivant avec le diabète.⁹ Un indicateur de qualité composite basé sur le pourcentage d'adultes vivant avec le diabète et ayant reçu une combinaison de cinq tests ou examens (2xHbA1c, 1x profil

lipidique, 1x microalbuminurie, 1x créatinine sérique, et une consultation chez l'ophtalmologue) au cours des 15 derniers mois a été mesuré pour estimer l'adéquation de leur suivi. Le pourcentage de personnes avec un suivi approprié (c.-à-d. les personnes ayant bénéficié de ces 5 tests) était de 42,7% pour les adultes vivant avec le diabète et traité par insuline et seulement 16,9% pour les adultes vivant avec le diabète et recevant des antidiabétiques autres que l'insuline.

Il existe des différences régionales pour les deux sous-groupes de population : pour les personnes vivant avec le diabète et traitées par insuline, la Flandre atteignait 46,4 % de patients ayant passé les cinq tests en 2021, Bruxelles, 42,9 %, et la Wallonie, 36,8 %. Pour les patients traités par des antidiabétiques autres que l'insuline, Bruxelles présentait le taux de couverture le plus élevé avec 23,3 %, les deux autres régions étant à la traîne (17,4 % pour la Flandre et 14,7 % pour la Wallonie). Les différences en fonction du statut socioéconomique sont abordées dans la section 7.1.

Le goulot d'étranglement s'est avéré être l'examen ophtalmologique pour les patients traités par insuline et le test de microalbuminurie pour les patients traités par des antidiabétiques autres que l'insuline. Les faibles taux pour les cinq tests combinés peuvent en partie s'expliquer par le fait que ces cinq tests ne sont pas tous recommandés pour toutes les personnes atteintes de diabète dans certaines guidelines récentes (voir la fiche technique pour plus de détails). Des analyses supplémentaires seraient nécessaires pour déterminer les raisons de ces faibles taux. En particulier en ce qui concerne les consultations avec un ophtalmologue, ces faibles résultats peuvent-ils s'expliquer en partie par les nouvelles guidelines ou reflètent-ils un problème potentiel de coordination des soins (entre les spécialistes médicaux) ou d'accessibilité aux soins (comme un long temps d'attente) ?

recommandé qu'un ophtalmologue effectue un examen du fond d'œil dilaté chaque année pour détecter les complications oculaires précoces.

⁹ Pour les soins aux personnes vivant avec le diabète, les directives recommandent que l'hémoglobine glyquée, l'albumine, la créatinine et les lipides soient surveillés de préférence une fois par an et au moins tous les 15 mois, et que la glycémie soit surveillée tous les 3 mois. Il est également



Adéquation des habitudes de prescription

Depuis le début des années 2000, les autorités sensibilisent le grand public et les médecins au problème de la résistance aux antibiotiques. Ces médicaments ne devraient être prescrits que lorsqu'ils sont réellement nécessaires et le choix devrait idéalement se porter sur les produits de première ligne (« utilisation prudente »). La mesure de la **prescription d'antibiotiques** est utilisée pour évaluer le respect des directives.

La Belgique affiche de piètres résultats par rapport aux autres pays, avec une consommation d'antibiotiques similaire à celle de l'Italie, par exemple, mais environ deux fois plus élevée que celle des Pays-Bas. En 2021, un pourcentage élevé (32,6 %, une diminution par rapport aux 41,6 % de 2010) de la population totale a reçu au moins une prescription d'antibiotiques ; ce taux est plus élevé en Wallonie (37,0 %) qu'en Flandre (30,4 %) et à Bruxelles (29,6 %). L'utilisation des antibiotiques au moins une fois par an était particulièrement élevée chez les enfants âgés de 0 à 4 ans (43,8 %) et chez les personnes de 75 ans et plus (39,8 %). En outre, 40,5 % des antibiotiques prescrits en 2021 étaient des antibiotiques de deuxième ligne (contre 16 % aux Pays-Bas en 2016.³⁰) Des scores médiocres sur cet indicateur ont également été observés chez les enfants (36,6 %). Les différences en fonction du statut socioéconomique sont abordées dans la section 7.1. La Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC) a défini deux indicateurs avec des valeurs cibles pour les antibiotiques de deuxième ligne :

- Le rapport entre l'amoxicilline et l'amoxicilline-acide clavulanique doit atteindre 4 sur 1 (soit 80 %) ; en 2021, il était encore légèrement inférieur à 50/50 (48,1 %) ; il s'élevait à 79,9 % chez les enfants (de moins de 15 ans), mais n'était que de 33,6 % chez les patients âgés de plus de 65 ans.
- Le nombre total de DDD (Defined Daily Doses, doses quotidiennes déterminées) de quinolones par rapport à la quantité totale d'antibiotiques prescrits doit atteindre 5 % (objectif national) ; en 2021, il était encore à 7,1 %, une amélioration par rapport aux 11,5 % de 2010.

L'impact de la pandémie de COVID-19 est analysé dans la section 8.4.

Utilisation de techniques d'imagerie médicale inadéquates

En 2013, 50 % des irradiations médicales étaient dues à l'utilisation de techniques d'imagerie inadéquates, principalement des CT-scans de la colonne lombaire. L'imagerie médicale n'est pas recommandée dans la plupart des cas de lombalgies aspécifiques.^{31, 32} Dans ce rapport, nous avons par conséquent ciblé l'imagerie de la colonne, à savoir le CT-scan (tomodensitométrie) et la radiographie, deux techniques qui émettent des rayonnements ionisants potentiellement cancérogènes, ainsi que l'imagerie par résonance magnétique (IRM), une technique d'imagerie sûre mais plus coûteuse. Le recours à l'imagerie de la colonne a diminué de 2 % par an entre 2016 et 2022. L'utilisation de la radiographie a diminué beaucoup plus rapidement ces dernières années avec une baisse annuelle de 4,9 %. Le recours au CT-scan a diminué de 1,5 % par an sur la période 2016-2022. La consommation d'IRM a en revanche continué à augmenter (2,0 % par an). Pour la période du COVID-19, voir également la section 8.4.

Variabilité géographique des procédures chirurgicales

La variabilité géographique des procédures chirurgicales électives peut être une indication de soins inadéquats. Dans ce rapport, nous avons choisi la césarienne à titre d'illustration, mais il y a beaucoup d'autres exemples (comme le placement d'une prothèse de hanche ou de genou, deux procédures pour lesquelles la Belgique possède un taux d'intervention parmi les plus élevés de l'UE-14).¹⁷



Alors que l'OMS affirmait de 1985 à 2015 que le taux de césariennes ne devrait pas dépasser 10-15 %^{h33}, les taux étaient toujours élevés et en augmentation dans la région de l'UE-14 (24,3 % des naissances vivantes pour l'UE-14 [12 pays]). Le taux belge était plus faible (21,7 %) mais toujours beaucoup plus élevé que celui des Pays-Bas (15,2 %); il a enregistré une lente croissance au fil des ans dans chacune des régions.

Adéquation des traitements adjuvants après chirurgie

Les patients atteints d'un cancer testiculaire précoce (stade I) subissent un traitement chirurgical primaire (c'est-à-dire une orchidectomie) qui peut être suivi dans les 3 mois par un traitement adjuvant ou une surveillance. Depuis 2013, les directives de l'ESMO recommandent une surveillance après l'orchidectomie pour les séminomes de stade I et les non-séminomes plutôt qu'un traitement adjuvant, en particulier en l'absence de facteurs de risque. En comparaison avec la période précédant la publication des directives (2004-2012), une nette diminution de la proportion de traitements adjuvants a été observée pour la période 2013-2016 (peu après la publication des directives) et la période 2017-2020 (après la publication des directives) en cas de séminome, et dans une moindre mesure, en cas de non-séminome. Ces tendances ont été observées dans chacune des régions.

Indicateurs d'adéquation des soins rapportés dans d'autres sections de ce rapport

Des indicateurs décrits dans d'autres domaines nous renseignent également sur l'adéquation des soins. Dans le domaine des **soins préventifs** (Tableau 22), le dépistage du cancer du sein semble s'effectuer d'une manière inadéquate : le taux de participation aux programmes de dépistage organisés était faible (en particulier en Wallonie et à Bruxelles). Dans les domaines des **soins de santé mentale et soins aux personnes âgées**, il existe des indications de prescriptions médicamenteuses

inadéquates (par exemple, beaucoup de prescriptions d'antidépresseurs ne respectaient en effet pas la durée minimale recommandée pour le traitement d'une dépression majeure, qui est d'au moins trois mois).

Conclusion

Plusieurs indicateurs ont révélé que l'adéquation des soins n'était pas optimale dans de nombreux domaines (prévention, soins aigus, soins de longue durée et soins aux personnes âgées). Pour bon nombre d'entre eux, la performance de la Belgique était médiocre par rapport aux références internationales, et seule une légère amélioration a pu être observée ces dernières années pour certains indicateurs.

La prescription d'antibiotiques et d'antidépresseurs affichait de piètres résultats, aussi bien en ce qui concerne le volume que la qualité. Le taux de césariennes était inférieur à la moyenne de l'UE-14, mais a lentement augmenté et était plus élevé qu'attendu.

Des soins inadéquats (abus, sous-utilisation et utilisation à mauvais escient des ressources disponibles) peuvent avoir des conséquences sur différentes dimensions (sécurité, continuité, efficacité, efficience). S'attaquer à ce problème pour améliorer la performance du système de santé représente un réel défi pour notre pays.

^h Les dernières recommandations de l'OMS stipulent que « la priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin ».

33. WHO. WHO statement on caesarean section rates. Copenhagen: World Health Organization; 2015.



Encadré 7 – Variations de pratique médicale

Les variations de pratique médicale concernent toute variation non justifiée et non aléatoire dans l'utilisation (insuffisante ou excessive) des soins de santé. L'INAMI a analysé plusieurs types de variations de pratique (variations géographiques, en fonction du genre, de l'âge, du statut social, du type de soins, des techniques utilisées, des tendances de l'évolution) en se basant sur les données 2012-2022 des documents Nⁱ (avec frais médicaux des assurés), standardisées par an en fonction de l'âge, du genre et du statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) pour les arrondissements, les provinces et les régions. L'analyse détaillée est disponible sur www.belgiqueenbonnesante.be. Voici quelques exemples :

Variation en fonction du genre

Si certaines variations de pratique médicale en fonction du genre sont intrinsèquement liées au traitement proprement dit (hystérectomie, échographie de la prostate, etc.), ce n'est pas nécessairement le cas pour d'autres types d'interventions. Dans le cas des inhibiteurs de la pompe à protons, par exemple, le taux d'utilisation était significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes en 2022, ce qui soulève la question d'une éventuelle utilisation excessive chez les femmes.

Variation en fonction du groupe d'âge

À l'instar des variations liées au genre, les variations liées à l'âge peuvent également s'expliquer par l'épidémiologie ou par des politiques telles que le dépistage. Les analyses montrent qu'en 2022, le dépistage du cancer du sein dans le groupe d'âge des 40-49 ans affichait un volume de 1 258 pour 100 000 assurés, alors que dans le groupe d'âge des 50-74 ans, le volume était de 15 819 pour 100 000 assurés. Une analyse plus approfondie est nécessaire pour évaluer si ces chiffres concordent avec l'épidémiologie des facteurs de risque et la politique de dépistage.

Variation en fonction du type de soins

Des variations peuvent également être observées entre les hospitalisations de jour et les hospitalisations classiques. Par exemple, en ce qui concerne le traitement de la hernie de la paroi abdominale, il existait peu de variations géographiques au niveau du taux d'utilisation, mais on a observé des différences significatives en termes de choix du type de soins (hospitalisation de jour ou hospitalisation classique). Lorsque l'on compare la proportion d'hospitalisations de jour pour cette intervention, le rapport entre la province présentant la proportion la plus élevée et celle présentant la proportion la plus faible était d'environ 2,5.

Variation en fonction du statut social

Le statut social est représenté par le régime de remboursement dont bénéficie le patient. Par exemple, dans le cas de la chirurgie des varices, il apparaît de manière assez généralisée pour toutes les provinces que les taux d'utilisation étaient significativement plus élevés (+56 %) chez les personnes qui ne bénéficient pas d'un régime de remboursement préférentiel. Les analyses montrent également que le taux de dépistage du cancer du sein était environ 40 % plus faible chez les femmes (âgées de 50 à 74 ans) bénéficiant de l'intervention majorée (voir également l'indicateur P-6). De même, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes âgées de 25 à 64 ans) était inférieur de près de 30 % chez les femmes bénéficiant de l'intervention majorée. Les inégalités socioéconomiques en fonction du statut de remboursement ou du niveau d'éducation ont également été étudiées pour divers indicateurs dans le chapitre 1.1 de ce rapport.



Variation géographique

Étant donné que les données sont standardisées en fonction de l'âge, du genre et du statut social (régime de remboursement), les variations géographiques reflètent différents comportements de pratique dans différentes régions du pays et peuvent donc a priori être considérées comme non justifiées. Dans le cas de l'échographie de la carotide, par exemple, les données indiquent un rapport entre les valeurs extrêmes du taux d'utilisation par arrondissement d'environ 7 (rapport max/min) et un rapport de 2 lorsqu'elles sont analysées au niveau des régions. Pour les césariennes, le rapport entre les valeurs extrêmes du taux d'utilisation par arrondissement (rapport max/min) était de 2.

De même, malgré l'absence de standardisation des données, une variabilité géographique a été observée pour plusieurs indicateurs présentés dans ce rapport. Le recours aux traitements biosimilaires en milieu ambulatoire, par exemple, variait de 7,8 % des traitements biologiques en Flandre à 4,2 % en Wallonie et 5,3 % à Bruxelles (indicateur E-4). La prise d'antidépresseurs variait de 11,3 % de la population de la Région de Bruxelles-Capitale à 17,1 % de la population de la province de Namur (indicateur MH-7).

Source : INAMI (<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales>)

ⁱ Les documents N sont des données mensuelles envoyées par les organismes assureurs à l'INAMI dans un délai de trois mois. Ces données comprennent le nombre de services, les dates et les honoraires.



Tableau 4 – Qualité : indicateurs d'adéquation des soins

ID	Indicateur	Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	EU-14	EU-27
Soins primaires – malades chroniques (guidelines)										
QA-1	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline) ^a	⊖	42,7	2021	46,4	36,8	42,9	AIM		
QA-2	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par des antidiabétiques autres que l'insuline) ^a	⊖	16,9	2021	17,4	14,7	23,3	AIM		
Soins primaires – habitudes de prescription (guidelines)										
QA-3	Recours aux antibiotiques (total des DDD/1 000 habitants/jour)	●	16,0	2021	15,6	17,8	14,8	INAMI		
				2021				ESAC-Net	13,6	13,0
QA-4	Recours aux antibiotiques au moins une fois dans l'année (% de la population)	●	32,6	2021	30,4	37,0	29,6	Atlas AIM		
QA-5	Recours aux antibiotiques de 2 ^e intention ^b (% du total des DDD d'antibiotiques)	⊕	40,5	2021	39,9	41,3	35,9	INAMI		
Imagerie médicale inadéquate										
QA-6	Imagerie de la colonne (radiographie, CT scan, IRM par 100 000 habitants)	⊕	9 320	2021	8 378	11 370	8 618	INAMI		
Soins hospitaliers (guidelines)										
QA-8	Taux de césariennes (par 1 000 naissances vivantes)	⊕	217	2021	218	224	201	SPF Santé publique		
				2020				OCDE	243	252
QA-9	Patients atteints d'un cancer testiculaire précoce (séminome) recevant un traitement adjuvant après chirurgie (% des patients atteints d'un cancer testiculaire stade I traité par orchidectomie)	↗	40,4	2017-2020	45,5	35,9	25,7	RBC		

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.

Pour les indicateurs contextuels (non évalués) : en hausse (↗), stable (→), en baisse (↘), pas de tendance (C).

^a Un suivi adéquat est défini comme la réalisation régulière d'exams de rétine et de tests sanguins (hémoglobine glyquée, créatinine, profil lipidique et microalbuminurie).^b Les antibiotiques de deuxième intention sont l'amoxicilline avec acide clavulanique, les macrolides, les céphalosporines et les quinolones.