



3 QUALITÉ DES SOINS

La qualité des soins est définie comme « la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et rejoignent les connaissances professionnelles du moment ». ²⁵ Dans ce rapport, cette notion recouvre cinq sous-dimensions :

- Efficacité des soins
- Sécurité des soins
- Adéquation des soins
- Continuité des soins ; et
- Soins centrés sur la personne

3.1 Efficacité des soins

- L'efficacité est définie comme « le degré d'obtention de résultats désirables, moyennant la mise à disposition correcte de services de soins de santé basés sur des données scientifiquement validées à toute personne susceptible d'en retirer un bénéfice, mais pas à celles qui n'en retireraient aucun bénéfice. » ²⁶ Les indicateurs d'efficacité sont typiquement des indicateurs de résultats : résultats rapportés par le patient (*patient-reported outcomes* ou PROM), effets indésirables (tels que la mortalité, les hospitalisations évitables et l'incidence de la résistance bactérienne) et événements sentinelles (par exemple, erreur de site chirurgical). Dix indicateurs ont été sélectionnés parmi les indicateurs publiés à l'échelon international en vue d'évaluer l'efficacité des soins (Tableau 2). Même s'il ne s'agit pas d'un résultat spécifique, la mortalité évitable grâce au système de soins a également été ajoutée comme « point de départ » de l'évaluation de l'efficacité des systèmes de soins de santé en termes de réduction des décès prématurés dus à diverses maladies et lésions. ²⁷

L'efficacité des **soins primaires** est mesurée par le nombre d'hospitalisations évitables pour trois pathologies chroniques, à savoir l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les complications du diabète. Les indicateurs d'efficacité pour les **soins hospitaliers aigus** sont le taux de survie relative à 5 ans après un cancer (du sein et colorectal), le taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde (IAM) et AVC ischémique, et le taux de mortalité à 30 jours après chirurgie pour cancer du côlon ou du rectum.

Plusieurs indicateurs analysés dans d'autres sections de ce rapport peuvent également être interprétés en termes d'efficacité. Quelques exemples :

- Indicateurs de sécurité : incidence des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (MRSA) associées aux soins de santé contractées à l'hôpital (QS-2) ;
- Indicateurs de soins de santé mentale : taux d'hospitalisations sous contrainte dans un service de psychiatrie (MH-4) ;
- Indicateurs de prévention : incidence de la rougeole (P-5) et mortalité évitable (P-13).

Mortalité évitable grâce au système de soins (que l'on pourrait traiter)

Un décès est dit « évitable grâce au système de soins » lorsque, à la lumière des connaissances médicales au moment du décès, la plupart des décès dus à cette cause auraient pu être évités grâce à des interventions de soins de santé efficaces et en temps opportun, y compris la prévention et le traitement secondaires. Par rapport aux autres pays de l'UE-14, la Belgique se classe bien pour les hommes et dans la moyenne pour les femmes. La mortalité évitable grâce au système de soins a diminué avec le temps et est plus élevée à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre.



Hospitalisations évitables

Les taux élevés d'hospitalisations liées à l'asthme, à la BPCO et aux complications du diabète peuvent s'interpréter comme un signe de piètre efficacité des soins de première ligne et de mauvaise coordination ou continuité des soins.¹⁷

La Belgique se situe dans la moyenne de l'UE-14 pour les taux d'hospitalisations liées à l'asthme et en dessous de la moyenne européenne pour les complications du diabète ainsi que pour la BPCO (ces dernières années), mais la prudence est de mise, car les différences entre pays peuvent être dues à de nombreux facteurs autres que l'efficacité des soins (par exemple, différences dans la prévalence de la maladie, l'accessibilité des soins ou la méthodologie utilisée pour mesurer l'indicateur).

Les hospitalisations liées à l'asthme affichent une tendance à la baisse depuis 2010, ce qui est également le cas dans d'autres pays de l'UE-14, avec une forte baisse en 2020 en raison de la pandémie de COVID-19, qui a réduit l'accès aux services hospitaliers. Les taux sont similaires dans les trois régions depuis 2018.

Les hospitalisations liées aux complications du diabète ont enregistré un lent recul entre 2010 et 2020, puis une augmentation en 2021 (voir également la section 8.4); cette évolution s'observe aussi dans d'autres pays européens. La Flandre a enregistré un nombre d'hospitalisations légèrement supérieur à ceux de la Wallonie et de Bruxelles.

Les hospitalisations liées à la BPCO ont été stables de 2010 à 2015, puis ont augmenté de 2016 à 2019, pour finalement diminuer en 2020 et 2021 (voir également la section 8.4), en Belgique ainsi que dans d'autres pays européens. Si l'on examine les chiffres par région, Bruxelles a le taux d'hospitalisations le plus faible, suivie de la Flandre, puis de la Wallonie.

Survie au cancer

Les taux de survie à cinq ans après un cancer du sein ou colorectal sont des indicateurs de résultats qui mesurent l'efficacité du système de santé pour des maladies spécifiques. Dépistables, ces deux cancers font l'objet de programmes de dépistage à l'échelon régional (voir les indicateurs P-6, P-7 et P-9). Le taux de survie relative peut refléter aussi bien des avancées dans les interventions de santé publique (plus grande sensibilisation à la maladie, amélioration des programmes de dépistage) qu'une efficacité accrue des traitements.

Dans une étude de 2014 comparant les résultats des pays européens²⁸, la Belgique affichait d'excellents taux de survie à 5 ans pour les cancers du côlon et du rectum, mais des résultats inférieurs à la moyenne pour le cancer du sein. La comparaison des taux de survie entre les pays européens est toutefois compliquée par des limitations méthodologiques, et ces résultats sont donc à interpréter avec prudence.

Le taux de survie relative à 5 ans après un diagnostic de cancer du sein et de cancer colorectal s'élevait respectivement à 92,4 % et 71,9 % dans une cohorte de patients diagnostiqués en 2017. Par rapport aux patients diagnostiqués en 2004, le taux de survie a légèrement augmenté pour le cancer du sein et a connu une progression modérée pour le cancer colorectal.

Mortalité après infarctus aigu du myocarde (IAM) ou AVC ischémique

Le taux de mortalité à 30 jours de l'IAM reflète les processus de soins tels que le transport rapide des patients et l'efficacité des interventions médicales. Il a lentement diminué en Belgique entre 2010 et 2019, une tendance qui s'observe également dans d'autres pays européens.¹⁷ Cette amélioration peut probablement être attribuée en partie à une meilleure prise en charge, en particulier au cours de la phase aiguë. En 2020, il y a eu une forte diminution en Belgique, tandis que dans l'UE-14, le taux était stable en 2020 et 2021. En 2021, les résultats de mortalité étaient meilleurs en Flandre que dans les deux autres régions, mais l'écart s'est réduit.



La gestion de l'AVC ischémique a évolué au cours de la dernière décennie, avec des avancées manifestes au niveau des traitements thrombolytiques et l'émergence d'unités spécialisées.²⁹ Comme dans d'autres pays européens, le taux de mortalité après AVC ischémique a légèrement diminué en Belgique entre 2010 et 2021, mais s'est stabilisé ces dernières années. En ce qui concerne les régions, la Wallonie (taux de mortalité à 30 jours de 9,3 %) et Bruxelles (9,4 %) affichaient un taux un peu plus élevé que la Flandre (8,1 %) en 2021.

Les taux de mortalité pour l'AVC ischémique en Belgique étaient légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE-14.

Mortalité hospitalière après chirurgie colorectale

Les taux de mortalité à 30 jours et à 90 jours après chirurgie pour cancer colorectal sont des indicateurs de la qualité des soins aigus prodigués aux patients. Les progrès en termes de diagnostic et de traitement, notamment l'amélioration des techniques chirurgicales, ont contribué à augmenter la survie au cours de la dernière décennie.²⁷ L'évolution du taux de mortalité postopératoire sur la période 2011-2015 était favorable (diminution de la mortalité) pour le cancer du côlon et stable pour le cancer du rectum. Les taux étaient similaires à Bruxelles et en Wallonie, les taux les plus faibles étaient observés en Flandre. Une analyse plus poussée (tenant compte des éventuelles différences entre les populations de patients et en termes de couverture du programme de dépistage) est toutefois nécessaire avant de tirer des conclusions sur les différences au niveau de la qualité des soins.

Conclusion

Le sous-ensemble d'indicateurs d'efficacité des soins a été constitué en grande partie à partir d'une sélection d'indicateurs publiés à l'échelon international. La Belgique se situe dans la moyenne de l'UE-14 pour tous les indicateurs d'efficacité mesurés, à l'exception du taux de survie à 5 ans après un diagnostic de cancer du côlon et du rectum, où ses résultats sont meilleurs que ceux d'autres pays (bien que les données comparatives soient dépassées), et des hospitalisations liées au diabète et à la BPCO, où ses résultats sont moins bons. Les comparaisons internationales doivent toutefois être interprétées avec prudence à cause de possibles divergences méthodologiques. Les tendances au fil du temps sont plus fiables et livrent donc des informations précieuses aux décideurs politiques :

- Deux indicateurs sur trois relatifs aux hospitalisations évitables (asthme et complications du diabète) affichaient une tendance baissière potentiellement attribuable à une amélioration de la qualité des soins primaires, mais une conclusion est difficile à tirer, car en 2020 et 2021, le COVID-19 a perturbé l'accès aux services hospitaliers.
- La survie relative à cinq ans après cancer colorectal a connu une amélioration notoire pour les patients de stade III.
- Les taux de mortalité après IAM ont diminué ces dernières années, comme dans d'autres pays européens.
- Le taux de mortalité postopératoire s'est amélioré pour le cancer du côlon et est resté stable pour le cancer du rectum.
- Par rapport aux autres pays de l'UE-14, la Belgique se classait bien en termes de mortalité évitable grâce au système de soins pour les hommes et dans la moyenne pour les femmes.



Tableau 2 – Qualité : indicateurs d'efficacité des soins

(ID) Indicateur		Belgique ^e	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27	
Efficacité des soins primaires – hospitalisations évitables										
QE-1	Hospitalisations liées à l'asthme chez l'adulte (/100 000 habitants)	+	13,7	2021	13,6	13,2	13,7	RHM		
			16,2	2021				OCDE	16,4	18,8
QE-10	Hospitalisations liées à la BPCO chez l'adulte (/100 000 habitants)	●	169,8	2021	160,0	204,9	106,9	RHM		
			178,4	2021				OCDE	122,6	102,8
QE-2	Hospitalisations liées aux complications du diabète chez l'adulte (/100 000 habitants)	●	124,6	2021	130,1	115,4	107,4	RHM		
			136,4	2021				OCDE	95,7	104,0
Efficacité des soins hospitaliers et spécialisés – résultats de santé										
QE-3	Taux de survie relative à 5 ans après cancer du sein (%)	+	92,4	2017-2022	92,5	92,5	91,4	Registre belge du cancer		
			86,4	2009-2014				OCDE	86,2	83,2
QE-4	Taux de survie relative à 5 ans après cancer colorectal (%)	-	71,9	2017-2022	74,1	67,5	72,5	Registre belge du cancer		
			67,9/66,6	2009-2014				OCDE	63,6/62,9	60,5/59,0
QE-5	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde (% de la population ≥ 45 ans, sur la base des hospitalisations)	+	5,8	2021	5,1	6,7	6,6	RHM		
			4,3	2021				OCDE	5,8	7,1
QE-6	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour AVC ischémique (% de la population ≥ 45 ans, sur la base des hospitalisations)	+	8,6	2021	8,1	9,3	9,4	RHM		
			8,2	2021				OCDE	7,4	9,6
QE-7a	Taux de mortalité à 30 jours après chirurgie pour cancer du côlon (c) ou du rectum (r) (% de la population, sur la base des interventions)	ST	3,6 (c) 1,6 (r)	2020	2,8 (c) 2,3 (r)	4,9 (c) 1,0 (r)	5,8 (c) 0,0 (r)	Registre belge du cancer	-	-

^e Les différences entre les valeurs calculées par les auteurs et les valeurs de l'OCDE sont dues à la standardisation sur l'âge effectuée par l'OCDE.



QE-7b	Taux de mortalité à 90 jours après chirurgie pour cancer du côlon (c) ou du rectum (r) (% de la population, sur la base des interventions)	⊖	6,7 (c) 4,2 (r)	2020	5,8 (c) 4,2 (r)	7,6 (c) 3,4 (r)	10,4 (c) 8,4 (r)	Registre belge du cancer	-	-
QE-8a	Mortalité évitable grâce au système de soins, hommes (taux/100 000 habitants, ajusté sur l'âge)	+	65,8	2020	51,9	89,1	88,3	Base de données des causes de décès Statbel		
			66,3	2020				Eurostat	77,3	109,0
QE-8b	Mortalité évitable grâce au système de soins, femmes (taux/100 000 habitants, ajusté sur l'âge)	+	59,4	2020	55,2	78,1	71,8	Base de données des causes de décès Statbel		
			59,5	2020				Eurostat	60,5	76,3
QE-11	Traitements fructueux de la tuberculose pulmonaire (% des personnes atteintes d'une tuberculose pulmonaire confirmée par des analyses de laboratoire)	ST	82,4	2020	85,9	83,0	77,4	Registre belge de la tuberculose		
			67,3	2020				ECDC	77,3	73,6

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée. * Les résultats pour le cancer du côlon/rectum sont présentés séparément dans les Statistiques de l'OCDE sur la santé.

3.2 Sécurité des soins

La sécurité peut se définir comme « la mesure dans laquelle le système ne nuit pas au patient ». ²⁶ Deux types d'indicateurs sont utilisés pour évaluer la sécurité des soins dans le présent rapport : les infections associées aux soins de santé et la culture de sécurité hospitalière (Tableau 3).

Infections associées aux soins de santé

Le rapport HSPA 2019 indiquait que la prévalence des infections associées aux soins de santé contractées à l'hôpital s'élevait à 7,3 % en 2017 (similaire aux résultats de 2011, 7,1 %). Ce pourcentage était plus élevé que ne l'aurait laissé prévoir le case-mix des patients belges (en comparaison avec le case-mix et les résultats des patients européens inclus dans l'enquête du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies) et était également supérieur à la moyenne de l'UE (6,4 %).

Malheureusement, des données plus récentes n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport. Une mise à jour de cet indicateur sera dès lors publiée sur le site belgiqueenbonnesante.be.

Le deuxième indicateur examiné est l'incidence des infections à MRSA associées aux soins de santé contractées à l'hôpital, une source majeure d'infections nosocomiales dont la surveillance est obligatoire dans tous les hôpitaux belges depuis 2006. Le suivi de cet indicateur a révélé une tendance favorable, avec une baisse constante des infections depuis 2005. L'incidence des infections à MRSA associées aux soins de santé contractées à l'hôpital est restée plus élevée en Wallonie que dans les autres régions. Les recommandations nationales pour lutter contre les infections à MRSA, publiées en 2003, sont probablement l'un des facteurs ayant contribué à ce résultat positif.