

SYNTHÈSE

ÉTAPES EXPLORATOIRES VERS LA FORMULATION D'OBJECTIFS POUR LE SYSTÈME DE SANTE BELGE



SYNTHÈSE

ÉTAPES EXPLORATOIRES VERS LA FORMULATION D'OBJECTIFS POUR LE SYSTÈME DE SANTE BELGE

CAROLINE OBYN, AUDREY CORDON, LAURENCE KOHN , CARL DEVOS, CHRISTIAN LEONARD



■ PRÉFACE

Même si certains conseillent de vivre exclusivement dans le présent, les hommes ont plutôt tendance à se projeter dans l'avenir, à caresser des rêves, à s'enthousiasmer pour des projets. Certains peuvent aussi craindre le futur, être paralysés par la possibilité d'échouer à leurs examens, ou qu'un test de diagnostic ne leur annonce un jour une mauvaise nouvelle. Le système de santé est de nature à apporter une certaine sérénité à celles et ceux qui veulent continuer à vivre leurs rêves, car lorsque la santé nous manque, il devient plus compliqué d'envisager leur concrétisation. Mais pour que nous puissions réaliser nos objectifs de vie, le système de santé est amené à se fixer les siens.

La démarche de fixation d'objectifs de santé et de soins de santé est importante pour coordonner, soutenir et baliser la politique de santé d'un pays. Les institutions internationales nous invitent d'ailleurs à nous engager dans une telle dynamique. D'autres pays y ont déjà répondu, non sans difficultés. Aujourd'hui, la Ministre de la santé nous demande de faire le point sur nos engagements nationaux et internationaux et de tracer la route vers deux objectifs généraux : l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et la réduction des inégalités de santé. Ce qui passe par une garantie de haute qualité, d'équité et de durabilité du système de santé. Ce chemin sera jalonné d'objectifs intermédiaires, opérationnels. Vous découvrirez nos propositions dans ce rapport.

Avant que vous ne vous lanciez dans sa lecture, nous voudrions cependant bien clarifier ceci : la liste que nous avons établie n'est pas à prendre ou à laisser ; les éléments qui la constituent sont des 'possibles' entre lesquels il faudra faire des choix, et qu'il faudra encore contextualiser, affiner, afin d'en assurer la pertinence pratique. Il faudra ensuite prendre des mesures pour atteindre les objectifs ainsi choisis, donner du temps au temps, et s'assurer des liens de causalité avant d'évaluer. Car en matière de santé et de pratiques de soins, on se doit d'être ambitieux, mais il faut aussi rester modeste et réaliste. Ce qui arrive n'est pas toujours ce qui était désiré et le fait d'avoir entrepris ne donne aucune assurance de résultats. Il nous semble toutefois que la lutte contre ce qui semble être un déterminisme ou un coup du sort – la maladie – exige que nous orientions nos regards vers demain.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE	1
■	SYNTHÈSE	2
1.	INTRODUCTION	4
1.1.	POURQUOI DES OBJECTIFS DE SANTÉ ?.....	4
1.2.	BUTS DE LA RECHERCHE.....	4
1.3.	COMITE D'ACCOMPAGNEMENT ET GROUPES D'EXPERTS.....	4
2.	LA FINALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE	5
3.	CE QUE NOUS APPRENNENT LES AUTRES PAYS	7
3.1.1.	Approche macro (nationale ou régionale) versus méso	8
3.1.2.	Approche quantitative versus descriptive	8
3.1.3.	Approche globale versus approche focalisée	9
3.1.4.	Approche à long terme versus à court terme.....	9
3.1.5.	Objectifs de résultats versus objectifs de processus ou de structure	10
3.1.6.	Diffusion	10
4.	INVENTAIRE DES OBJECTIFS DE SANTÉ AU NIVEAU SUPRANATIONAL	10
4.1.	DES OBJECTIFS PERTINENTS MAIS À ADAPTER AU CONTEXTE BELGE	11
4.2.	EXEMPLES D'OBJECTIFS SUPRANATIONAUX ADAPTABLES AU CONTEXTE BELGE.....	12
5.	INVENTAIRE DES OBJECTIFS DE SANTÉ QUANTITATIFS EXISTANTS AU NIVEAU FÉDÉRAL	12
5.1.	PLUSIEURS PLANS ONT DÉJÀ ÉTÉ PROPOSÉS PAR DIFFÉRENTS ACTEURS.....	12
5.2.	EXEMPLES D'OBJECTIFS QUANTITATIFS FÉDÉRAUX	12
5.3.	POUR ALLER PLUS LOIN : BEAUCOUP D'INDICATEURS SONT DÉJÀ DISPONIBLES	13



- 5.4. PROPOSITIONS D'OBJECTIFS SUPPLÉMENTAIRES SUR LA BASE DES INDICATEURS DU RAPPORT HSPA 14
- 6. CONCLUSION 14**
- 6.1. UN INVENTAIRE A LA PREVERT 14
- 6.2. DES OBJECTIFS QUALITATIFS OU QUANTITATIFS ? 15
- 6.3. QUELLES DEVRAIENT ETRE LES PROCHAINES ETAPES ? 15
 - 6.3.1. Sélectionner les domaines prioritaires 15
 - 6.3.2. Compléter les objectifs par des programmes d'action 16
 - 6.3.3. Une condition indispensable : impliquer les stakeholders 16
 - 6.3.4. Health in all policies 16
- **RECOMMANDATIONS 17**



1. INTRODUCTION

1.1. Pourquoi des objectifs de santé ?

Depuis les années 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) encourage l'emploi d'objectifs de santé tant au niveau international qu'au niveau de chaque pays. Avec l'accord actuel Santé 2020 du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (« *Health 2020* »), la mise en place d'une politique de fixation d'objectifs est même devenue un impératif pour les 53 pays membres. L'Observatoire européen des Systèmes de Santé (*European Observatory on Health systems*) reconnaît pour sa part que cette approche est devenue indispensable à la bonne gouvernance des systèmes de santé.

Les objectifs de santé sont généralement considérés comme des outils permettant de guider les politiques de santé, d'établir des priorités, de favoriser l'engagement tant au niveau politique et administratif que sur le terrain et d'évaluer les performances des systèmes de santé. Un nombre croissant de pays suit désormais cette tendance, en définissant des objectifs de santé et en mettant en œuvre des plans pour les atteindre.

Au niveau belge, la recommandation d'établir des objectifs de santé a déjà été formulée dans le cadre des rapports d'évaluation de la performance du système de santé^a conjointement publiés par le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE), l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) et l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Elle a également été clairement exprimée dans la note de politique générale Soins de santé de la Ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique de 2014 et dans la Stratégie de Collaboration avec les pays de l'OMS (*Country Cooperation Strategy WHO*) signée par la Belgique pour la période 2016-2022.

1.2. Buts de la recherche

La présente recherche vise à établir un **inventaire des objectifs de santé quantifiés déjà existants** et pouvant être utilisés dans le cadre des politiques fédérales. Nous avons repris les objectifs de santé qui émanent d'acteurs belges au niveau fédéral ou interministériel et ceux qui sont formulés par les organisations et institutions supranationales auprès desquelles le gouvernement belge s'est engagé (principalement OMS, ONU et CE).

Le point de vue de départ de cette étude étant celui des autorités fédérales, les objectifs quantifiés identifiés au niveau des entités fédérées ne sont donc pas repris dans l'inventaire, mais se trouvent également en annexe.

En annexe, nous formulons également des **suggestions d'objectifs quantifiés supplémentaires** pouvant leur être ajoutés. Pour cette partie, nous nous sommes basés sur les indicateurs du rapport « performance du système de santé 2015 » (*Health System Performance Assessment - HSPA*).

1.3. Comité d'accompagnement et groupes d'experts

Un comité d'accompagnement a été créé pour superviser la conduite de cette étude. Outre les chercheurs du KCE, ce comité réunissait des représentants du cabinet de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, de l'INAMI, du SPF Santé publique et de l'Institut Scientifique de Santé publique.

Par ailleurs, trois groupes d'experts représentant plusieurs agences gouvernementales, mutualités, coupoles d'hôpitaux et universités ont été constitués pour discuter d'une première proposition d'inventaire des objectifs regroupés selon trois domaines : prévention et promotion de la santé, soins aigus et soins chroniques.

^a Rapports Health System Performance Assessment ou HSPA



2. LA FINALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE

La note de vision à long terme sur le développement durable adoptée par le gouvernement fédéral par arrêté royal du 18 juillet 2013 décrète que le système de santé belge doit contribuer à « **améliorer l'état de santé des citoyens** » et à « **réduire les inégalités en santé** ». En d'autres termes, il s'agit d'améliorer l'espérance de vie et la qualité de vie des citoyens, et d'offrir à chacun les mêmes opportunités en matière de santé, indépendamment de la situation socioéconomique et du genre.

Ces objectifs globaux supposent un **système de santé performant** ; le rapport KCE consacré à la performance du système de santé belge (rapport HSPA) distingue pour cela **quatre dimensions** :

- une haute **qualité des soins** grâce à des services efficaces, appropriés, sûrs, centrés sur le patient et respectant la continuité des soins ;
- l'**accès aux soins garanti** pour toute personne qui en a besoin ;
- l'**efficience** des soins ;
- la **durabilité** du système de santé.

Ces dimensions transversales couvrent **les six domaines du système de soins de santé**, qui doivent chacun tendre vers un objectif de performance décliné selon plusieurs indicateurs (voir rapport KCE N°259) :

- la promotion de la santé ;
- les soins préventifs ;
- les soins curatifs ;
- les soins de santé mentale ;
- les soins chroniques ;
- les soins de fin de vie.

Dans un souci de cohérence avec le rapport HSPA, nous avons structuré l'inventaire des objectifs belges existants et potentiels selon ce même cadre conceptuel (Figure 1).



Figure 1 – Cadre conceptuel pour l'évaluation des performances du système de santé belge (adapté du rapport KCE 259)





3. CE QUE NOUS APPRENNENT LES AUTRES PAYS

Différents pays ou régions comme les États-Unis, la France, l'Allemagne, l'Autriche, l'Angleterre, la Nouvelle-Zélande et la Flandre ont mis en place un programme spécifique pour la fixation de leurs objectifs, tandis que d'autres, comme les Pays-Bas (et la Belgique fédérale), les définissent au cas par cas.

Les programmes d'objectifs de santé s'inscrivent dans des perspectives assez variées :

- identifier des priorités au niveau national ou régional ;
- définir un cadre pour coordonner des collaborations entre différents stakeholders ;
- engager plusieurs secteurs dans la politique de santé (health in all policies) ;
- sensibiliser la population, améliorer sa connaissance et sa compréhension de la santé ;
- évaluer des politiques de santé ;
- identifier les besoins critiques en recherche, évaluation et collectes de données.

Certains programmes existent depuis longtemps et ont survécu à plusieurs changements de gouvernement (États-Unis, Angleterre, Allemagne, Flandre) tandis que d'autres sont plus récents (Autriche). La France, après le programme « 100 Objectifs de Santé » établi pour la période 2004-2008, a réorienté sa politique d'objectifs nationaux vers une nouvelle génération des « contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens » (CPOM), conclus entre le ministère des affaires sociales et de la santé et chaque Agence Régionale de Santé (ARS) d'une part, et entre les ARS et les établissements de santé d'autre part.



Pays	Programme discuté dans ce projet	Date de début	Site web
États-Unis	Healthy People 2020	1990	www.healthypeople.gov/
France	100 Objectifs de Santé	2004	www.legifrance.gouv.fr/www : annexes de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
France	Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) (révisé dans le cadre de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires »)	2010	www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1
Allemagne	health-targets.de	2000	gesundheitsziele.de/
Autriche	10 Gesundheitsziele Österreich	2012	www.gesundheitsziele-oesterreich.at/
Angleterre	Targets in the “Next Steps on the NHS Five Year Forward View” (2017)	Plusieurs programmes pluriannuels développés depuis 1992	www.england.nhs.uk/five-year-forward-view/
Nouvelle Zélande	Health targets	2010	www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/health-targets
Pays-Bas	Pas de programme spécifique ; les objectifs sont fixés au cas par cas.		
Flandre	Gezondheidsdoelstellingen Vlaanderen	1998	www.zorg-en-gezondheid.be/gezondheidsdoelstellingen

3.1.1. Approche macro (nationale ou régionale) versus méso

Plusieurs programmes formulent leurs objectifs **au niveau national** (États-Unis, Allemagne, Autriche, France-100 Objectifs de santé), tandis que d'autres vont un pas plus loin et traduisent leurs objectifs nationaux en **objectifs au niveau méso**, c'est-à-dire au niveau des établissements de santé (Angleterre, Nouvelle-Zélande, France-CPOM). Ainsi par exemple, dans le cas de la France, les objectifs stratégiques définis au niveau national et régional sont décomposés en objectifs s'adressant aux hôpitaux et institutions médico-sociales individuels. Il en va de même en Nouvelle-Zélande, où les objectifs formulés au niveau national font l'objet d'un monitoring au niveau des districts de santé et des organisations de soins primaires.

3.1.2. Approche quantitative versus descriptive

Certains programmes développent des **cibles quantitatives** (États-Unis, France, Flandre) tandis que d'autres privilégient les **objectifs descriptifs** désignant une évolution souhaitée sur le plan **qualitatif** (Allemagne, Autriche). Dans les deux cas, des indicateurs sont identifiés qui permettent de suivre l'évolution vers les objectifs.

Les méthodes pour fixer les valeurs-cibles sont variables. Quand le programme comprend **un grand nombre d'objectifs** quantifiés **au niveau national**, ils sont plutôt fixés de manière **systématique, transparente et pragmatique**. Voici par exemple les méthodes américaine et française.



La méthode américaine (Healthy People 2020) :

- Par défaut la valeur de la cible est une amélioration de 10% de la valeur actuelle ;
- Si possible une projection est faite sur la base d'une analyse de tendances, ou la valeur de la cible est déterminée sur la base de données scientifiques ;
- D'autres options consistent à éradiquer une maladie, à atteindre une couverture complète, à se mettre en cohérence avec d'autres programmes nationaux ou à maintenir l'objectif *Healthy People 2010*

La méthode française (100 Objectifs de santé) :

- Si, en 2000, la France figurait parmi les pays européens les moins performants, l'objectif pour 2008 était d'atteindre la moyenne européenne (et non d'être parmi les meilleurs, compte tenu des délais);
- Si, en 2000, la France figurait parmi les pays européens les plus performants, l'objectif pour 2008 était de maintenir le même niveau (compte tenu de l'évolution démographique).
- S'il n'y avait pas de comparaison possible avec les autres pays européens, l'objectif retenu était le niveau le plus ambitieux sur 5 ans.

L'établissement des objectifs de santé, surtout quand ils sont formulés en termes de résultats, n'est donc pas une science exacte. L'application systématique de « règles par défaut » les rend de surcroît plutôt symboliques ; leur but principal est alors d'inspirer et de motiver.

Par contre, quand les programmes formulent des objectifs plutôt au **niveau méso** et en termes de processus, les objectifs sont **davantage formulés sur mesure**. Leur rôle est moins symbolique car ce sont alors des outils pratiques pour la mise en œuvre directe des actions préconisées (voir les exemples de l'Angleterre, de la Nouvelle Zélande et de la France-CPOM).

3.1.3. Approche globale versus approche focalisée

Aucun programme n'ambitionne une couverture exhaustive de la santé, mais certains définissent d'emblée des **thématiques très globales** pour lesquelles des valeurs-cibles sont fixées (États-Unis, France, Autriche), tandis que d'autres **se focalisent sur certaines thématiques** plus spécifiques (Angleterre, Nouvelle-Zélande) et/ou développent progressivement leurs objectifs un par un (Allemagne). Dans ce dernier cas, les nouveaux objectifs sont choisis par un comité de pilotage grâce à une **méthode d'analyse multicritères (MCDA)** prenant en compte les critères suivants : fardeau de la maladie (mortalité, prévalence, gravité), potentiel d'amélioration, impact économique et aspects éthiques, égalité des chances, priorité du problème du point de vue du public, mesurabilité et faisabilité (en termes d'instruments et d'acteurs), possibilité de participation des citoyens/patients, cadre légal.

L'approche focalisée est aussi celle qui a été privilégiée par le gouvernement flamand. Dans une note stratégique récente, il évoque le principe de « *less is more* » : en choisissant moins d'objectifs et en se concentrant sur ceux-ci, il entend rendre les mesures prises plus efficaces.

3.1.4. Approche à long terme versus à court terme

L'horizon temporel des programmes étudiés est très variable. Les programmes qui établissent des objectifs au niveau macro visent plutôt le **long terme** (20 ans en Autriche, 10 ans aux États-Unis, 5 ans en France dans le cadre des « 100 Objectifs de Santé »). Les programmes qui traduisent les objectifs au niveau méso visent plutôt le **court terme** comme en Nouvelle-Zélande où les valeurs-cibles sont réévaluées chaque année ou comme les CPOM en France qui sont signés pour une durée de quatre ans mais révisables chaque année. D'autres encore ne comportent **quasi aucune échéance de temps**, comme en Allemagne.



3.1.5. Objectifs de résultats versus objectifs de processus ou de structure

La plupart des programmes étudiés définissent indifféremment des objectifs de résultats, de processus ou de structure. Néanmoins, l'accent peut varier : les programmes d'objectifs nationaux tendent à mettre l'accent sur les résultats, tandis que les programmes comportant des objectifs au niveau méso tendent à mettre l'accent sur des processus et structures.

Des expériences passées ont montré que les objectifs de résultats sont parfois moins informatifs, en particulier pour l'évaluation des mesures politiques, que les objectifs de processus. En effet, il est souvent très compliqué, voire impossible, d'attribuer à un facteur particulier la causalité de l'amélioration de l'état de santé, alors que ce dernier dépend d'une multitude d'éléments qui entrent de surcroît en interaction.

3.1.6. Diffusion

À signaler enfin que les initiatives étrangères ont des sites web entièrement consacrés à leurs programmes ; ils y publient leurs objectifs et leurs valeurs-cibles. Le site américain *Healthy People 2020* est interactif et sert également d'outil de dissémination. Il comporte une partie "*Healthy People in Action*" où professionnels et communautés locales peuvent échanger leurs expériences d'implémentation de terrain.

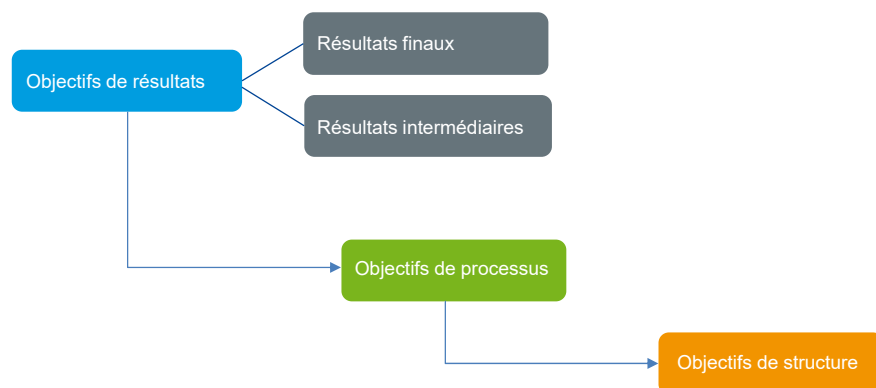
Pour une description détaillée de ces différents programmes de fixation d'objectifs de santé, nous renvoyons le lecteur à l'annexe du rapport scientifique.

4. INVENTAIRE DES OBJECTIFS DE SANTÉ AU NIVEAU SUPRANATIONAL

Il existe différentes **définitions d'un objectif de santé**. Pour cet inventaire, nous avons convenu qu'un objectif de santé:

- spécifie l'**évolution** que l'on souhaite imprimer à l'état de santé ou à un déterminant de l'état de santé (déterminants médicaux et non médicaux – voir figure 1) ;
- est **quantifié**, que ce soit en chiffres relatifs ou en chiffres absolus ;
- spécifie de préférence un **horizon temporel** et **les données de base** ;
- porte sur **une population ou une sous-population (niveau macro), des établissements de soins (niveau méso) ou des prestataires de soins (niveau micro)**.

Globalement, on peut distinguer les **objectifs stratégiques (visant des résultats)** et les **objectifs opérationnels (portant sur des processus ou des structures)**.



- Les **objectifs de résultats** spécifient les résultats que l'on veut atteindre, qui peuvent être **des objectifs finaux** (p.ex. réductions de x % de la mortalité ou de la morbidité, améliorations de la qualité de vie mesurée par différentes variables, etc.) ou des **objectifs intermédiaires** qui représentent les changements à opérer dans les déterminants de santé (p.ex. modifications de différents paramètres relatifs aux habitudes de vie) afin d'atteindre, à long terme, les objectifs finaux.
- Les **objectifs de processus** sont plus techniques ; ils spécifient les actions à entreprendre pour obtenir les résultats escomptés. Les objectifs de processus servent à monitorer les programmes et sont souvent à plus court terme que les objectifs de résultats.
- Enfin, il faut aussi distinguer les **objectifs de structure**, qui sont surtout utilisés pour mesurer des engagements politiques, des modifications dans la législation ou la régulation, ou des investissements.

Dans un premier temps, nous avons analysé les sites web des institutions supranationales (OMS Mondial, OMS/Bureau régional, CE, ONU), pour identifier tous les objectifs chiffrés correspondant à la définition utilisée dans

ce projet. Nous n'avons retenu que ceux qui correspondaient aux domaines du rapport performance KCE (rapport HSPA) (p.ex. les objectifs relatifs aux facteurs de risque environnementaux n'ont pas été retenus). Nous avons exclu les objectifs non pertinents pour la Belgique (p.ex. malaria) ou ceux dont l'échéance était dépassée (p.ex. valeurs à atteindre en 2015). Cette première liste a été validée et complétée par les membres du comité de pilotage et les trois groupes d'experts externes.

4.1. Des objectifs pertinents mais à adapter au contexte belge

Parmi les objectifs chiffrés définis par les organisations supranationales, beaucoup sont pertinents pour la population belge. Toutefois, leurs valeurs-cibles sont généralement trop peu ambitieuses ; il faut donc **les adapter à la situation belge**. Un exemple : « faire baisser la mortalité néonatale au moins jusque 12 par 1000 naissances vivantes et réduire la mortalité des moins de 5 ans à au moins 25 par 1000 naissances vivantes » (*UN Sustainable Development Goals 2030*), alors qu'en 2015, la Belgique était déjà bien en dessous de ces valeurs-cibles, avec respectivement 2 pour 1000 et 4 pour 1000 naissances vivantes.

Pour adapter ces valeurs-cibles aux normes belges, il conviendrait de **réunir des experts et stakeholders de terrain** (gynécologues, pédiatres, ONE, K&G...) afin de définir avec eux quels indicateurs pourraient être améliorés, pour quelles sous-populations, de combien et à quelles conditions, etc.

Certains objectifs supranationaux sont des **objectifs de résultats agrégés** qui devraient être **décomposés en objectifs de résultats plus spécifiques** dans un premier temps, et en **objectifs de processus** dans un second temps. Ainsi par exemple, l'objectif de « diminution relative annuelle de 1,5 % de la mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires, cancer, diabète ou maladies respiratoires chroniques en 2020 » du programme Santé 2020^b est un objectif tellement multifactoriel qu'il est difficile d'en déduire des mesures politiques concrètes. Pour rendre

^b *European policy framework and strategy for the 21st century – 2020 by the WHO regional office for Europe*



ces objectifs supranationaux plus concrets, il faudrait les décomposer en différentes sous-cibles, par exemple une cible pour la mortalité cardiovasculaire seule, qui pourra elle-même être traduite en objectifs opérationnels, comme par exemple le nombre de personnes faisant surveiller régulièrement leur tension artérielle.

4.2. Exemples d'objectifs supranationaux adaptables au contexte belge

Les objectifs supranationaux concernent essentiellement l'état de santé (réduction de la mortalité ou de l'incidence du cancer), **l'accessibilité** (via la couverture universelle), **les soins préventifs** (en particulier les vaccinations) **et la promotion de la santé** (principalement axée sur le poids, l'activité physique, la nutrition et l'abus de substances). Les objectifs liés au VIH et aux maladies sexuellement transmissibles sont transversaux à plusieurs domaines (accessibilité, efficacité, adéquation des soins, soins préventifs). Quelques objectifs portent sur la santé mentale (diminution du taux de suicide, augmentation du nombre de personnes atteintes d'affections psychiatriques bénéficiant d'une prise en charge). Nous avons identifié très peu d'objectifs en lien avec l'efficacité des soins (à part ceux liés au VIH et aux maladies infectieuses), l'adéquation des soins (seulement VIH ici aussi) ou la sécurité des soins (deux objectifs liés à la sécurité du don de sang et de la transfusion).

Aucun objectif supranational n'a été identifié en matière de continuité des soins, soins centrés sur le patient, efficience, durabilité, soins à long terme pour les personnes âgées et soins de fin de vie.

5. INVENTAIRE DES OBJECTIFS DE SANTÉ QUANTITATIFS EXISTANTS AU NIVEAU FÉDÉRAL

5.1. Plusieurs plans ont déjà été proposés par différents acteurs

Il existe plusieurs plans adoptés par les autorités fédérales, qui proposent des objectifs ambitieux. Quelques exemples : le plan conjoint « Soins intégrés en faveur des malades chroniques » ou le plan « e-santé » lancés par les Ministres de la santé fédéraux et des entités fédérées ; le plan d'action pour une réforme du système de financement des hôpitaux ou le Pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique lancés par la Ministre fédérale de la santé.

De nombreux acteurs du monde administratif et du monde scientifique formulent également des recommandations, comme l'INAMI (par exemple le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017 ou le Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique rédigé en collaboration avec Médecins du Monde), le Conseil supérieur de la Santé, l'ISP ou le KCE.

5.2. Exemples d'objectifs quantitatifs fédéraux

Nous avons analysé et filtré ces différents documents pour ne retenir que les objectifs quantitatifs et, comme pour les objectifs supranationaux, ceux qui correspondent aux domaines définis dans le rapport HSPA.

Un premier constat est que plusieurs acteurs ont pris l'initiative de formuler des **objectifs quantitatifs** tant au niveau macro que méso ou micro. C'est notamment le cas dans le domaine de l'adéquation des soins, où des cibles précises ont été fixées, par exemple pour l'usage de l'imagerie radiologique ou de la prescription d'antibiotiques et de certains autres médicaments. En ce qui concerne l'efficience, on trouve des valeurs-cibles en termes de prescriptions bon marché. Il existe également des valeurs-cibles très spécifiques en matière d'accessibilité (nombre de patientes hospitalisées en chambres à deux lits (ou communes) dans le cadre d'une reconstruction de



sein) et de durabilité (p.ex. utilisation de e-health par les médecins généralistes).

En matière de promotion de la santé, nous avons trouvé des objectifs chiffrés portant sur le nombre de fumeurs et le nombre de calories ingérées par jour. Pour les soins préventifs, on trouve quelques objectifs interministériels de vaccination (rougeole-rubéole-oreillons). Enfin, on trouve un objectif chiffré très général au sujet de l'état de santé et des inégalités en santé.

Il faut cependant souligner que toutes ces initiatives restent dispersées. Elles ne sont pas soutenues, encadrées, coordonnées (par exemple par une plateforme spécifique), ni communiquées vers l'extérieur comme une série d'objectifs cohérents ; par conséquent, elles sont peu visibles, en particulier aux yeux de la communauté internationale. L'initiative que représente ce projet d'inventorier et de publier les initiatives existantes en Belgique doit donc être vue comme une première étape importante vers leur valorisation à travers les étapes ultérieures de la mise en place d'une politique fédérale d'objectifs de santé.

Signalons également que nous n'avons pas identifié d'**objectifs fédéraux quantitatifs** en ce qui concerne l'efficacité, la sécurité et la continuité des soins, les soins centrés sur le patient, les soins de santé mentale, soins de longue durée, soins aux personnes âgées et soins de fin de vie.

L'inventaire des objectifs chiffrés formulés au niveau fédéral peut être consulté dans son intégralité dans le rapport scientifique.

5.3. Pour aller plus loin : beaucoup d'indicateurs sont déjà disponibles

De nombreux indicateurs sont déjà disponibles en Belgique ; ils peuvent être exploités pour définir des objectifs et organiser leur monitoring. Plusieurs instruments ont d'ailleurs été développés à cet effet **au niveau fédéral** :

- Le *Health System Performance Assessment* (HSPA), développé par le KCE, l'INAMI et l'ISP, dont les différents domaines forment le cadre de ce projet ;
- L'enquête nationale de santé (*Health Interview Survey – HIS^c*), développée par l'ISP pour mesurer de manière répétée l'état de santé de la population, sa consommation de soins, ses habitudes de vie et ses paramètres socio-économiques ;
- L'enquête nationale de consommation alimentaire^d (*Food Consumption survey – FCS*), également développée par l'ISP, qui collecte auprès de la population belge des données relatives aux consommations et habitudes alimentaires, à l'activité physique, à la sécurité alimentaire et aux opinions sur la politique nutritionnelle ;
- L'atlas AIM, développé par l'Agence Intermutualiste (AIM). Cette base de données comprend des données sur les variables démographiques et socio-économiques, l'état de santé, l'accès aux soins, la prévention, la consommation des soins et l'organisation des soins. Les statistiques et indicateurs sont disponibles via un site web interactif.^e

Au niveau régional également, un certain nombre de bases de données ont été mises en place (Vaccinet, SPE, CePIP...). Des indicateurs de qualité (et des objectifs quantitatifs) pour les hôpitaux sont en cours de développement par le *Flemish Indicators Project for Patients and Professionals* (VIP²) en Flandre et par la Plateforme pour l'Amélioration

^c <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx>

^d <https://fcs.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx>

^e <http://atlas.ima-aim.be/>



continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) du côté francophone.

Cette liste d'indicateurs est cependant **loin d'être exhaustive**. Beaucoup d'autres pourraient être créés, sur la base d'informations (sociodémographiques longitudinales, financières, par pathologies...) gérées à différents niveaux des institutions fédérales. Ainsi par exemple, les patients traités pour des pathologies comme le diabète, les pathologies pulmonaires ou rénales, le VIH ou la tuberculose, seraient relativement faciles à détecter via leur consommation de médicaments.

Les données disponibles comportent toutefois aussi **d'importantes limitations**. En effet, certains problèmes de santé restent difficiles à mesurer, comme par exemple le diabète non pris en charge.

Il convient aussi de souligner que les efforts entamés doivent être **maintenus dans la durée** et que les bases de données existantes doivent encore être renforcées.

5.4. Propositions d'objectifs supplémentaires sur la base des indicateurs du rapport HSPA

Nous avons également formulé 81 propositions d'objectifs sur la base du rapport HSPA (voir l'annexe de ce rapport). Il ne s'agit cependant encore que de propositions. Nous avons choisi d'en formuler les valeurs-cibles de façon systématique.

Une sélection (limitée) a été établie, avec des modalités pour la fixation des objectifs (10% d'amélioration, tendre vers la moyenne vers l'UE-15, se tendre vers le top 3 de l'UE-15) (pour plus de détails voir en annexe). Cependant, cela ne produit pas toujours des objectifs qui soient à la fois formulés sur mesure, ambitieux, réalisables et qui tiennent compte du contexte spécifique de l'indicateur. Ils n'ont pas non plus été discutés avec les stakeholders.

La liste d'objectifs potentiels est longue et il sera nécessaire d'y opérer des choix. Après quoi les objectifs et leurs horizons temporels devront être déterminés plus finement sur la base d'une consultation minutieuse et approfondie des stakeholders et des scientifiques.

6. CONCLUSION

6.1. Un inventaire à la Prévert

L'inventaire d'objectifs quantifiés que nous avons inventoriés au niveau fédéral est assez hétéroclite, pas seulement au niveau de leur contenu mais aussi de leur nature et de leur horizon temporel.

Ces objectifs sont formulés tantôt par le **niveau politique** (p.ex. objectif de réduction du nombre de fumeurs formulé par la ministre de la Santé publique), tantôt à un niveau plus **opérationnel ou administratif** (p.ex. les objectifs du Conseil national de Promotion de la Qualité), tantôt par le monde **scientifique** (p.ex. recommandations du Conseil supérieur de la Santé en matière de vaccination ou de nutrition). Les objectifs formulés par les scientifiques décrivent souvent un monde « idéal » à atteindre à **long terme**, tandis que les cibles visées par les administrations sont plus concrètes et à plus **court terme**, même s'il y a des exceptions.

On observe également un mélange d'objectifs fixés aux niveaux **macro** (p.ex. réduire la différence d'espérance de vie en fonction du niveau d'éducation et du genre dans la population belge), au niveau **méso** (p.ex. objectifs pour les hôpitaux ayant signé une convention avec l'INAMI) et au niveau **micro**, c'est-à-dire au niveau des prestataires de soins individuels (p.ex. un pourcentage minimum de prescriptions bon marché par les médecins et dentistes). Certains objectifs ont été formulés unilatéralement, d'autres ont été convenus avec le secteur ou l'industrie (p.ex. sur le contenu des « food products »). Notre inventaire relève également un mélange **d'objectifs de résultats, de processus et de structure**.

Toutes ces différentes « couches » peuvent être combinées ; il en découle une grande variété dans les objectifs formulés. Des objectifs formulés par des politiques, des scientifiques ou des administrations peuvent traiter d'objectifs macro, méso ou micro, et peuvent viser des résultats autant que des processus ou des structures. Toutefois, certaines combinaisons sont plus délicates : par exemple, lorsque des objectifs de résultats sont formulés au niveau méso ou micro, il peut s'avérer nécessaire de procéder à quelques ajustements en fonction du casemix.



L'aspect hétéroclite de l'ensemble souligne le **besoin d'une structure factière** pour le futur développement des objectifs, qui donnerait à l'ensemble une cohérence et une meilleure visibilité, ainsi qu'une plus-value. Cette plateforme devrait réunir des représentants politiques, administratifs, scientifiques et opérationnels, et ce aux différents niveaux et domaines pertinents.

6.2. Des objectifs qualitatifs ou quantitatifs ?

Étant donné que nous nous sommes limités, dans cet inventaire, aux objectifs quantitatifs, la liste que nous présentons ne reflète qu'une partie de la politique de santé mise en œuvre par le gouvernement fédéral. Que les objectifs ne soient pas tous quantifiés n'est pas un problème en soi. Certains problèmes de santé – parfois très importants – sont difficiles à mesurer. C'est pourquoi **un programme qui serait exclusivement basé sur des objectifs quantitatifs ne pourra jamais couvrir toutes les ambitions d'une politique de santé.**

Selon le contexte et la manière dont ils sont utilisés, les objectifs quantifiés peuvent également comporter certains risques ou désavantages, comme celui de manipulation des données, ou de surconsommation si les valeurs-cibles minimales sont fixées sans être assorties de valeurs maximales.

Ceci nous amène à la question de savoir si les objectifs quantifiés sont un *must* absolu. Notre comparaison internationale nous a permis d'observer aussi bien des programmes où les objectifs sont principalement formulés de façon descriptive, comme en Allemagne ou en Autriche (gesundheitsziele.de ; gesundheitsziele-oesterreich.at), que d'autres où les objectifs quantifiés sont largement majoritaires, comme aux États-Unis (healthypeople.gov). Les deux approches se rejoignent toutefois sur la détermination d'indicateurs détaillés permettant de monitorer l'évolution vers les objectifs, de telle façon que, *in fine*, elles ne sont pas très différentes l'une de l'autre.

Chaque approche a des caractéristiques qui peuvent se révéler plus ou moins avantageuses, en fonction du contexte où elle est mise en œuvre. Idéalement, les objectifs répondent aux critères SMART :

- spécifique (S),

- mesurable (M): quantifié (ou au moins un indicateur à suivre est précisé),
- ambitieux (A), acceptable, réalisable (« *Achievable* ») ou faisant l'objet d'un accord (« *Agreed* »),
- réaliste (R) et
- temporellement défini (T).

En plus de ces critères, les analystes de politiques de santé ont décrit que les objectifs quantifiés tendent avoir plus d'influence lorsque :

- ils portent sur le court terme (plutôt que sur le long terme) ;
- ils sont spécifiés et mesurés à un niveau proche de la mise en œuvre, par exemple au niveau des organisations de soins ;
- ils mobilisent les professionnels à la fois pour leur définition et pour leur implémentation afin de créer un sentiment d'appartenance ;
- les organisations qui doivent atteindre ces objectifs reçoivent des moyens financiers, de l'information et des compétences managériales ;
- ils sont couplés à des incitants concrets.

6.3. Quelles devraient être les prochaines étapes ?

6.3.1. Sélectionner les domaines prioritaires

Tous les objectifs présentés dans ce rapport – ceux qui existent déjà et ceux que nous proposons en annexe – forment avec d'autres indicateurs (existants ou nouveaux à créer) une base dans laquelle des priorités devront être établies. Cet **exercice de priorisation** peut être effectué par exemple à l'aide d'une méthode d'analyse multicritères (MCDA), comme dans le programme allemand, où 13 dimensions ont été prises en compte dans l'identification des domaines prioritaires.



6.3.2. Compléter les objectifs par des programmes d'action

Dans les domaines prioritaires, les objectifs doivent être davantage développés. La sélection des indicateurs HSPA a été le fruit d'un compromis entre la pertinence conceptuelle (ce qui devrait idéalement être mesuré) et la faisabilité (disponibilité des données, nombre d'indicateurs gérable). Les objectifs que nous avons proposés sur base de ces indicateurs sont donc forcément aussi le résultat de ce compromis et, de ce fait, ne sont pas exhaustifs. Il sera donc nécessaire de les **compléter ou de les adapter en fonction des plans ou programmes d'actions spécifiques**, existants ou à venir. Une telle approche aura tout à gagner à être **soigneusement coordonnée**.

Les plans d'actions existants peuvent générer des objectifs, mais à l'inverse, la formulation d'objectifs peut aussi générer des plans d'action. Nous en référons ici par exemple à l'Autriche et à l'Allemagne où des groupes de travail créés pour la fixation des objectifs, formulent également des mesures et actions concrètes pour atteindre ces objectifs.

6.3.3. Une condition indispensable : impliquer les stakeholders

Les étapes susmentionnées permettront d'aboutir à une liste d'objectifs qui pourront alors être adaptés et affinés en fonction de priorités politiques, en prenant en considération des mesures en termes de conditions de remboursement, d'investissements, de dispositions légales et réglementaires, etc. **Un facteur critique de succès sera d'impliquer à chacune de ces étapes les différentes parties prenantes** afin de développer des objectifs concrets, avec des valeurs-cibles à la fois ambitieuses et réalistes, et des programmes d'action réellement portés par tous les acteurs.

Pour chaque objectif, il convient de réunir un panel de stakeholders pertinents afin de définir avec eux de façon pragmatique les indicateurs les plus intéressants, les sous-populations à prendre en compte, les améliorations qui peuvent être espérées et à quelles conditions, etc. Ce travail de longue haleine représente un aspect essentiel de tout programme de fixation d'objectifs de santé.

6.3.4. Health in all policies

Dans ce rapport, nous avons suivi la structure générale du rapport HSPA qui intègre les objectifs généraux d'amélioration de l'état de santé de la population et de réduction des inégalités en matière de santé, et qui décrit les caractéristiques d'un système de santé performant. Les déterminants non médicaux de la santé, comme l'éducation, l'emploi, la sécurité sociale et les facteurs environnementaux ne sont toutefois pas couverts par ce rapport.

Dans certains pays, les programmes de fixation d'objectifs suivent le principe de la « santé dans toutes les politiques », reconnaissant par là l'importance de la collaboration avec d'autres secteurs politiques et à différents niveaux de gouvernance pour contribuer à la santé de la population et à l'équité en matière de santé. Sera-ce la prochaine étape pour le système belge ?



■ RECOMMANDATIONS

À la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et aux administrations fédérales de la santé:

- Continuer les initiatives de fixation d'objectifs entamées, en évoluant de l'approche *ad hoc* actuelle vers une approche structurée.
- Créer une plateforme pour coordonner, soutenir et faire connaître la politique de fixation d'objectifs. Cette plateforme devrait réunir les représentants politiques, administratifs, scientifiques et opérationnels des différents niveaux de compétence et domaines pertinents.
- Le processus structuré de fixation d'objectifs de santé peut se faire selon les différentes options suivantes, comme le montrent les exemples analysés à l'étranger:
 - Une approche sélective focalisée OU une approche globale intégrée :
 - développer des objectifs pour des domaines prioritaires (sélectionnés par exemple à l'aide d'une analyse MCDA) OU développer une liste extensive d'objectifs couvrant tous les grands domaines de la santé.
 - Une approche quantifiée OU une approche descriptive OU un mix des deux.
- Les objectifs développés par la plateforme devront être complétés par :
 - les mesures à prendre pour atteindre les objectifs ;
 - des objectifs opérationnels aux niveaux macro, méso et micro ;
 - de l'information et des recommandations evidence-based à l'attention des professionnels de la santé
 - de l'information à l'attention des patients/consommateurs.
- Ce projet peut être utilisé comme élément contributif à la poursuite de la collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé dans le cadre de la *Country Cooperation Strategy* OMS-Belgique 2016-2022.



COLOPHON

Titre :	Étapes exploratoires vers la formulation d'objectifs pour le système de santé belge – Synthèse
Auteurs :	Caroline Obyn (KCE), Audrey Cordon (KCE), Laurence Kohn (KCE), Carl Devos (KCE), Christian Léonard (KCE)
Coordinateur de projet :	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Redaction synthèse :	Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE)
Experts externes :	Hervé Avalosse (Mutualité Chrétienne), Tobias Backhaus (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. [GVG] gesundheitsziele.de , Germany), Lutgart Braeckman (Universiteit Gent - Department of Public health), Christian De Bock (Mutualité Chrétienne), Murielle Deguerry (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Lieven De Raedt (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Karin De Ridder (WIV – ISP), Stefaan Desmarest (WIV – ISP), Mireille Goemans (INAMI – RIZIV), Rita Goetschalckx (INAMI – RIZIV), Denis Herbaux (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients [PAQS]), David Hercot (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Joeri Guillaume (Socialistische Mutualiteiten), Catherine Le Gales (Institut Francilien Recherche Innovation Société [IFRIS], France), Murielle Lona (Mutualités Libres), Alain Piette (SPF Emploi – FOD Werkgelegenheid), Françoise Renard (ISP – WIV), Rik Thys (Socialistische Mutualiteiten), Saskia Van den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Pieter Vandenbulcke (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Stephan Van den Broucke (UCL), Johan Van Der Heyden (WIV – ISP), Dominique Vandijck (ICURO, Zorgnet-Icuro, UHasselt), Elisabeth Van Eycken (Belgian Cancer Registry), Chris Van Hul (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Vanessa Vanrillaer (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Dirk Wildemeersch (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)
Stakeholders :	Membre du groupe de pilotage: <ul style="list-style-type: none">• Représentants de l'unité des politiques de la Ministre fédérale de la Santé Publique: Regina De Paepe, Mieke Walraevens• INAMI – RIZIV: Pascal Meeus• FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique: Pol Gerits, Margareta Haelterman• WIV – ISP: Brecht Devleeschauwer, Françoise Renard
Validateurs externes :	Hans Kluge, (WHO Regional Office For Europe), Gaetan Lafortune (OECD), Matthias Wismar (European Observatory on Health Systems and Policies)
Remerciements :	Elke Jakubowski (WHO Regional Office for Europe), Govin Permanand (WHO Regional Office for Europe), Szabolcs Szigetzi (WHO Regional Office for Europe); France Vrijens (KCE)



Autres intérêts déclarés :

Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Appartenance à un groupe de parties prenantes où présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact: Murielle Deguerry (Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale), Denis Herbaux (PAQS, hospitals and care structures), David Hercot (Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale), Rik Thys (De Spiegel vzw), Saskia Van den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Pieter Vandenbulcke (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Elisabeth Van Eycken (BVRO – ABRO, VBS – GBS radiothérapie oncologie).

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Karin De Ridder (Belgian Food Consumption Survey 2014, Exposure risk assessments), Stefaan Desmarest (HealthInterview Survey), David Hercot (study on the health system in Brussels).

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Karin De Ridder (EFSA).

Layout :

Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

12 octobre 2017

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Health Policy, Delivery of Health Care, Health Services Accessibility, Quality of Health Care, Efficiency, Health Promotion, Healthcare Disparities

Classification NLM :

W84

Langue :

Français



Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal : D/2017/10.273/60

ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Obyn C, Cordon A, Devos C, Kohn L, Léonard C. Étapes exploratoires vers la formulation d'objectifs pour le systÈme de santé belge – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2017. KCE Reports 292Bs. D/2017/10.273/60.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.