

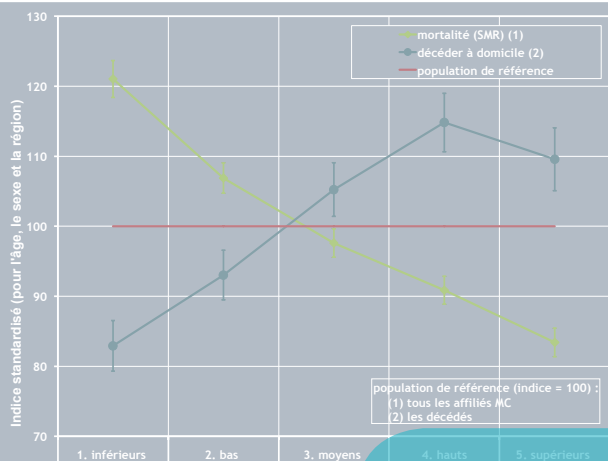
MC-Information

Analyses et points de vue

Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

233

septembre 2008

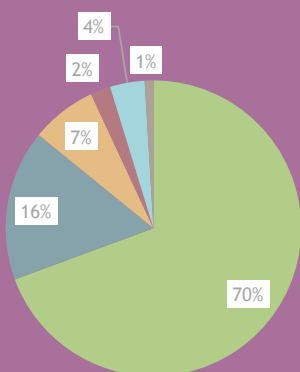


Afin de réduire ces inégalités, tous les pouvoirs publics et les partenaires sociaux doivent se mobiliser et faire de cette problématique leur priorité. En effet, pour y arriver, il faudra mener des actions sur plusieurs dimensions : les revenus, l'emploi, le logement, l'éducation, l'environnement (matériel, social et culturel) et la santé.

Plus d'inégalités,
moins de bonheur

Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes

Ainsi, par rapport à la population de référence, la classe la plus faible présente un risque accru de 25 % d'avoir au moins 30 jours d'incapacité, ainsi qu'un risque plus élevé de 33 % de devenir invalide.



- EN DEHORS DE L'HOPITAL
- HOPITAL DE JOUR
- SPECIALITES FORFAITARISEES: FORFAIT (75%)
- SPECIALITES FORFAITARISEES: PAR PRESTATION (25%)
- SPECIALITES HORS FORFAIT
- HOPITAUX PSYCHIATRIQUES, CENTRES SPECIALISES

La MC propose de « mutualiser » les dépenses pour les médicaments non remboursables à charge du patient par le biais d'une cotisation forfaitaire (modique) par admission.

Tableau 2 : Dépenses (euros) pour les spécialités pharmaceutiques (forfaitarisées et hors forfait) à charge du patient hospitalisé

	2005	2007
Spécialités non remboursables (« véritable » catégorie D)	19.056.429	
Chapitre 4 (*), dans le forfait, hors indication	1.532.222	
Chapitre 4 (*), hors forfait, hors indication		



La solidarité, c'est bon pour la santé.

Plus d'inégalités, moins de bonheur

Dans leur récent ouvrage intitulé « Het grootste Geluk » (Le plus grand bonheur) (Lannoo Campus, 2007), Mark Elchardus et Wendy Smits plaident en faveur d'une politique axée sur la maximisation du « bonheur national brut » (BNB). Contrairement à l'adage qui dit que « l'argent ne fait pas le bonheur », il semble qu'une corrélation positive existe entre le bien-être subjectif et le revenu et ce, tant sur le plan individuel qu'au niveau d'un pays. Mais à partir d'un certain niveau de revenu, cette corrélation s'aplanit fortement. Il n'y a certainement rien d'étonnant non plus à ce qu'une bonne santé contribue de manière significative au bien-être individuel.

Une étude récente a cependant démontré que dans nos pays riches, le degré d'inégalité en matière de revenus, plutôt que le niveau global des revenus du pays, a une incidence négative sur le BNB. Plus la tension entre les groupes de revenus les plus élevés et les plus bas est grande, plus le BNB est faible. En effet, les individus vont mesurer leur propre revenu et, donc, leur satisfaction à l'aune du groupe dans lequel ils vivent, et plus les écarts seront importants, plus les individus à faible revenu se sentiront lésés.

Ainsi, l'inégalité sociale peut conduire de manière complexe et polymorphe à une diminution du bien-être. Car, outre l'inégalité en termes de revenu, et le malaise qu'elle entraîne, il y a également l'inégalité sur le plan de la santé proprement dite. Une étude internationale a démontré l'effet de l'inégalité des revenus tant sur le bien-être des enfants que sur le bien-être mental des seniors. L'article principal de ce numéro nous force à regarder la réalité en face pour notre pays. Sur la base de données objectives de 4,5 millions de membres de la MC, il est indéniablement démontré que les inégalités de santé sont bel et bien réelles dans notre pays, et ceci aussi au sein du groupe de nos propres membres. Et elles ne sont pas négligeables : près de 50 % de risque de décès en plus dans le groupe des plus faibles revenus par rapport au groupe des revenus les plus élevés, et 66 % de risque en plus de tomber en invalidité. Et il ne s'agit là que d'un aperçu des nombreux résultats qui vont tous dans la même direction.

Comme illustré dans le numéro précédent, une approche efficace des inégalités de santé est complexe et pluridimensionnelle. A cet égard, des soins de santé accessibles constituent un maillon indispensable mais ne suffisent certainement pas. En notre qualité d'assureur solidaire de soins de santé, nous ne cessons de nous poser des questions lorsque nous constatons des inégalités en la matière : pourquoi la facture moyenne de médicaments pour le patient dans tel hôpital est-elle cinq fois plus élevée que dans tel autre, comme nous le démontrons dans un autre article de ce numéro ?

De manière plus générale, nous devons considérer d'un œil critique les différences de pratiques qui ne sont pas justifiées par des différences dans la population de patients. En effet, lorsqu'aux inégalités de santé constatées s'ajoute encore une inégalité de traitement, que ce soit sur le plan financier ou en matière de qualité des soins, les injustices s'accroissent encore.

Aussi voulons-nous, en tant que mutualité, continuer à nous inscrire dans la recherche du plus grand bien-être possible pour tous. A cet effet, une bonne solidarité redistributive demeure un fondement essentiel.

Raf Mertens

Responsable du Département Recherche et Développement

Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes

Hervé Avalosse, Olivier Gillis, Koen Cornelis, Raf Mertens
Département Recherche et Développement

Juillet 2008

Résumé

OBJECTIF

Les inégalités sociales de santé sont un phénomène bien connu. En Belgique, les **enquêtes de santé par interview** les ont mises en évidence grâce aux informations **auto-déclarées** (état de santé subjectif, style de vie, recours aux soins) obtenues auprès d'un **échantillon** de la population belge (± 10.000 personnes).

Avec la présente étude, nous voulons **attester et mesurer ces inégalités sur la base de données objectives et à l'échelle d'une population de 4,5 millions de personnes** affiliées à la Mutualité chrétienne. Bien que les données mutualistes ne contiennent ni les diagnostics en tant que tels, ni les revenus ou le niveau d'études des affiliés, nous pouvons atteindre cet objectif en exploitant les données de facturation, ainsi que des statistiques fiscales de l'Institut National de Statistique (INS).

METHODE

Pour les indicateurs relatifs à la santé, nous exploitons les **données administratives et les prestations de soins de santé remboursées par l'assurance maladie-invalidité**. A l'aide de cette source, nous pouvons faire état de divers événements liés à la santé : être admis à l'hôpital, avoir consommé tels types de soins ou de médicaments, décéder, être en incapacité de travail, etc. La fréquence de ces événements est mesurée à l'aide d'indices standardisés (du type SMR).

La construction d'une échelle sociale passe par l'emploi de **statistiques fiscales afférentes aux secteurs statistiques** (unité géographique de la taille d'un quartier). Connaissant l'adresse de résidence de nos membres, nous pouvons construire une échelle sociale consistant en cinq classes de secteurs statistiques, par ordre croissant de valeur des revenus fiscaux qui y sont déclarés (en suivant la médiane calculée par secteur statistique). Les limites de ces cinq classes ont été établies de sorte qu'elles correspondent à la répartition en quintiles de la population belge (ayant déclaré des revenus).

Toutes les données traitées sont relatives à l'année 2006 et à la cohorte des membres de la MC au cours de cette période.

RESULTATS

Notre étude confirme bien l'existence d'inégalités prononcées. Ainsi, le risque de décéder dans l'année est de 45 % supérieur pour la classe la plus faible par rapport à la classe la plus élevée, tandis que la probabilité de décéder à son domicile y est de 24 % inférieure. Le tableau ci-après reprend d'autres résultats frappants.

Événements au cours de 2006	Indice standardisé pour la classe		Ratio (1) / (2)
	la plus faible (1)	la plus élevée (2)	
Mortalité	121,0	83,4	1,45
Décéder à domicile	82,9	109,6	0,76
Incapacité de travail (au moins 30 jours)	124,7	80,6	1,55
Devenir invalide	132,8	80	1,66
Admission en hôpital psych. ou en service (neuro)psych. d'un hôpital général	158,5	72,4	2,19
Soins dentaires préventifs	72,4	113,6	0,64
Facturation d'un forfait pour soins d'urgence	143,4	87,5	1,64

CONCLUSION

Ces résultats objectifs sont importants : ils démontrent de manière irréfutable l'existence d'inégalités sociales de santé au sein de la population belge. Grâce à l'exploitation des données mutualistes, nous avons la possibilité de suivre et d'évaluer régulièrement ces inégalités, ainsi que l'impact des mesures éventuelles prises en la matière.

Mots-clés : inégalités sociales, état de santé, mortalité, morbidité, soins de santé, secteurs statistiques, revenus fiscaux.

1. Introduction

Quand on parle d'inégalités sociales de santé, on fait référence au fait que la santé suit un gradient social : à position socio-économique décroissante, la santé tend à se détériorer et l'espérance de vie à diminuer. Cette tendance a été mise en évidence dans de nombreuses études. Pour la Belgique, les résultats¹ des différentes enquêtes de santé par interview (1997, 2001 et 2004) vont clairement dans ce sens. Comme la plupart des études en la matière, ces enquêtes de santé ont recours aux déclarations et informations recueillies auprès d'échantillons de la population.

La présente démarche a pour but de mettre en évidence et de mesurer ces inégalités au sein de la population de nos affiliés mutualistes en exploitant au mieux les données détenues par la Mutualité chrétienne (MC). Pour y arriver, deux types d'indicateur doivent être mis en relation :

- un indicateur relatif à la santé : ici, nous utilisons les informations administratives et de consommation de soins de santé ;
- une échelle de stratification sociale : via les statistiques fiscales relatives aux secteurs statistiques où résident nos affiliés.

Du fait de l'utilisation des bases de données de la MC, la méthode suivie est *systématique* (couvre l'ensemble des membres de la MC, des données administratives et de consommation de soins de santé), porte sur des données *réelles* enregistrées et contrôlées dans le cadre d'un système de gestion et peut se *répéter* chaque année. Dès lors, on peut suivre et évaluer au plus près les initiatives et mesures prises en vue de réduire ces inégalités. Ce sont des avantages réels par rapport aux enquêtes de santé menées sur la base d'échantillons (de l'ordre de 10.000 personnes), tous les trois à quatre ans et portant sur les déclarations des répondants.

Les gradients sociaux que nous avons mis en évidence ne sont pas tous spectaculaires. Mais ils témoignent tous de cette vérité troublante (au vu des moyens alloués à notre système de soins) : nous ne sommes pas égaux face à la santé, les classes sociales moins favorisées ayant trop souvent les 'scores' les plus défavorables.

Nous ne sommes pas égaux face à la santé, les classes sociales moins favorisées ayant trop souvent les 'scores' les plus défavorables.

¹ Disponibles sur : <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epifr/index4.htm>.

2. Méthode

La méthode doit combiner une échelle sociale et des indicateurs de santé. Nous décrivons plus avant ces notions et comment nous avons procédé pour construire une échelle sociale en cinq classes de valeur croissante. Ensuite nous indiquons quel type d'indicateur de santé nous avons choisi.

2.1. Construction d'une échelle sociale

Généralement, la stratification sociale doit refléter le niveau de revenus et/ou d'études de la population. Etant donné que les mutualités ne disposent pas de données exhaustives sur les revenus de leurs membres et d'aucune donnée sur leurs diplômes, il nous faut procéder autrement. Nous construisons une échelle sociale à l'aide de statistiques fiscales existantes au niveau des secteurs statistiques.

2.1.1. Secteurs statistiques et revenus fiscaux

Un secteur statistique est une petite unité géographique de la taille d'un quartier. L'ensemble du territoire belge est découpé en 20.000 secteurs statistiques (qui se répartissent au sein des 589 communes du Royaume). L'Institut National de Statistique (INS) dispose de séries statistiques sur les revenus fiscaux au niveau de ces secteurs statistiques. La notion fiscale utilisée est le **revenu total net imposable**².

Les séries statistiques disponibles comprennent :
1° le **revenu moyen** (= somme des revenus totaux nets imposables divisée par le nombre de déclarations fiscales prises en compte) ;
2° le **revenu médian** (= montant de la déclaration fiscale qui partage la série en deux, les déclarations étant classées par ordre croissant de valeur).

On a donc bien, pour chaque secteur statistique, une indication de la 'richesse' de ceux qui y habitent, dans la mesure du moins où ils remplissent une déclaration fiscale. Sur la base de l'adresse du domicile de nos membres, on peut retrouver le secteur statistique où ils résident. Enfin, via le secteur statistique, on attribue un niveau de revenu (moyen ou médian).

2.1.2. Échelle sociale en cinq classes

Pour la présente étude, nous privilégions le revenu médian des secteurs statistiques comme indicateur de richesse (la médiane d'une série n'étant pas sensible aux valeurs extrêmes). Les statistiques de l'INS utilisées correspondent aux déclarations fiscales de 2006 (portant donc sur les revenus de 2005). Nous synthétisons ces informations en construisant cinq classes de secteurs statistiques, par ordre de valeur croissante des revenus fiscaux médians.

Les limites des classes sont établies de façon à ce que chacune regroupe 20 % des déclarations fiscales au niveau du pays. **La 1ère classe correspond aux secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus faibles** (notre interprétation : les quartiers où se concentre la population la moins favorisée), **la 5ème regroupe les secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus élevés** (notre interprétation : les quartiers où se concentre la population la plus favorisée).

La population des membres de la MC (pour l'année 2006) est ensuite répartie en fonction de leur lieu de domicile, dans les cinq classes (Tableau 1). Environ 3,3 % des membres ne peuvent être répartis dans cette échelle. Deux raisons existent : l'adresse ne permet pas de retrouver le secteur statistique, ou il n'y a pas de revenu médian calculé pour le secteur statistique en cause³. Dans la recension des résultats, la 1ère et la 5ème classe sont dénommées, respectivement, « la classe la plus faible, la plus basse » et « la classe la plus élevée ».

Tableau 1 : Répartition des membres MC dans les cinq classes de secteurs statistiques

	Membres MC	
Pas de répartition	149.428	3,3 %
1. inférieurs	542.652	12,1 %
2. bas	775.179	17,3 %
3. moyens	924.381	20,6 %
4. hauts	1.025.168	22,8 %
5. supérieurs	1.073.867	23,9 %
ENSEMBLE =	4.490.675	100,0 %

L'inconvénient majeur est que l'on ne dispose pas d'une échelle sociale construite sur les revenus individuels mais bien d'une approximation via la 'valeur' des secteurs statistiques de résidence. Or, au sein d'un même secteur statistique, il peut y avoir de grandes variations de richesse entre les familles qui y résident.

2.2. Indicateurs de santé : indice standardisé

En tant qu'organe de gestion de l'assurance maladie, une mutualité ne dispose pas de données diagnostiques à propos de ses membres. Toutefois, les données en notre possession nous permettent de mettre en évidence divers événements liés à la santé. Ces derniers sont :

1° **déduits** directement des données administratives (p. ex. : décès, incapacité primaire, statut d'invalidité, admission à l'hôpital, Dossier Médical Global, etc) ;

² Selon le site de l'INS : « Le **revenu total net imposable** est constitué de tous les revenus nets, moins les dépenses déductibles. L'ensemble des revenus nets est la somme de tous les revenus nets appartenant aux catégories revenus des biens immobiliers, revenus et recettes de capitaux et biens mobiliers, revenus professionnels et revenus divers ». Disponible sur : <http://statbel.fgov.be/surveys/fisc.asp>.

³ Lorsque le nombre de déclarations fiscales est trop faible, il n'y a pas de calcul des revenus moyens ou médians. L'INS a mis la limite à 20 déclarations fiscales.

2° *construits* sur la base de codes de prestations de soins de santé faisant l'objet d'un remboursement de la part de l'assurance maladie (p. ex. : avoir bénéficié de soins dentaires, avoir eu un contact avec un médecin généraliste, avoir consommé une certaine catégorie de médicaments, ...).

Disposant de cette échelle sociale en cinq classes, nous pouvons voir dans quelle mesure ces événements liés à la santé suivent un gradient social. En guise d'indicateur, nous utilisons la notion d'*indice standardisé*. Par exemple, pour un événement comme 'décès au cours de l'année 2006', on calcule l'indice standardisé de mortalité (*Standardized Mortality Ratio – SMR*) pour les cinq classes décrites ci-dessus. L'indice standardisé s'obtient grâce à une standardisation indirecte⁴ afin de tenir compte du 'profil', de la structure particulière de la population au sein de chacune des classes. Sauf mention contraire, les paramètres pour la standardisation sont l'âge, le sexe et la région (Wallonie, Flandre, Bruxelles) où se situe le secteur statistique de domicile.

L'indice standardisé est calculé pour chaque classe de notre échelle sociale. Il exprime alors le rapport entre le nombre d'événements **observés** et le nombre d'événement **attendus** (d'après l'effectif, le profil spécifique de la population de la classe concernée et en appliquant les taux correspondants de la population de référence). La population de référence étant indicée à la valeur 100, si la valeur de l'indice standardisé est de 130 pour un certain événement et pour une certaine classe, alors cela signifie que la fréquence de cet événement est 30 % supérieure dans cette classe par rapport à la population de référence.

3. Résultats

Nos résultats d'analyses sont présentés graphiquement aux figures 1 à 10. Attention, l'échelle de l'indice standardisé change d'une figure à l'autre, la population de référence peut varier d'une courbe à l'autre. Dans la mesure où ils sont visibles, nous donnons également l'intervalle de confiance (à 95 %) autour de la valeur de l'indice standardisé.

3.1. Etat de santé

3.1.1. Mortalité et lieu de décès (Figure 1)

Concernant la mortalité, le gradient est particulièrement fort : nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible présentent un risque de mortalité de 21 % supérieur à la population de référence (ensemble des affiliés). Comparé à la classe la plus élevée, le risque de mortalité est de 45 % supérieur.

Des inégalités sociales s'observent également quant au lieu de décès. Plus on descend dans les classes sociales, plus la fréquence de décès en institution de soins (et non à domicile) est élevée. Par institution de soins, on entend notamment les hôpitaux, les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS). Ainsi, les individus appartenant à la classe la plus faible ont 17 % et 24 % de chance en moins de décéder à domicile, comparés respectivement à la population de référence (soit les décédés de 2006) et aux individus rattachés à la classe la plus élevée.

Ceci peut en partie être expliqué par le fait que les individus issus des classes moins favorisées peuvent moins se permettre des services d'aide et de soins à domicile. Un autre élément explicatif pouvant être avancé est lié au réseau social. De Boyser et Levecque (2007) ont mis en évidence le fait que les personnes issues des classes socio-économiques moins favorisées peuvent moins compter sur leur réseau social. On peut penser qu'à un certain âge, elles peuvent moins compter sur leur entourage pour les aider dans la gestion de leur vie quotidienne à domicile.

Les personnes issues des classes socio-économiques moins favorisées peuvent moins compter sur leur réseau social.

3.1.2. Morbidité

La morbidité peut être estimée par le nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné, en général une année, dans une population. Différents événements peuvent faire l'objet d'une telle approche. Dans le cadre de cet article, nous en proposons quatre : les maladies broncho-pulmonaires, les maladies cardiovasculaires, l'incapacité primaire de travail et le passage en invalidité.

a. Maladies broncho-pulmonaires et cardio-vasculaires (Figure 2)

Les affiliés MC concernés par ces pathologies ont été détectés à l'aide de leur volume (estimé en DDD⁵) de médicaments consommés, relatifs à certains codes ATC. A noter que les médicaments pris en compte concernent uniquement les spécialités pharmaceutiques remboursables et délivrées par des officines publiques (circuit pharmanet). Les personnes ayant consommé au moins 90 DDD pour les codes ATC sélectionnés ont été considérées comme souffrant de la maladie.

⁵ La DDD, "Defined Daily Dose" ou "Dose Journalière Moyenne", est un instrument de mesure lié à la classification ATC (classification établie par l'OMS). L'OMS définit la DDD comme la dose journalière moyenne supposée pour un médicament utilisé pour son indication principale chez un adulte (Source : INAMI).

La broncho-pneumopathie chronique obstructive ou BPCO est une maladie principalement causée par le tabagisme (dans 80 à 90 % des cas). Elle est caractérisée par une obstruction lente et progressive des voies respiratoires. Il s'agit d'une affection sérieuse (c'est une des principales causes de mortalité dans le monde) et très invalidante⁶.

Notre analyse montre que le risque d'être atteint de BPCO⁷ suit un gradient social. En effet, la prévalence observée pour la classe la plus faible est de 8 % supérieure à celle de la population de référence (personnes de plus de 50 ans) et de 15 % supérieure à celle de la classe la plus élevée. Le fait que les personnes issues de groupes sociaux moins favorisés fument davantage et depuis plus longtemps est un élément explicatif de ce gradient social⁸.

Le fait que les personnes issues de groupes sociaux moins favorisés fument davantage et depuis plus longtemps est un élément explicatif de ce gradient social.

Pour les maladies cardio-vasculaires, nous nous limitons au code C01 de la classification ATC. Les médicaments ainsi sélectionnés sont typiquement utilisés en cas de décompensation cardiaque, angine de poitrine et trouble du rythme cardiaque. Ils ne correspondent pas à l'ensemble de la problématique cardio-vasculaire, mais leur utilisation est un bon indicateur d'une atteinte cardiaque.

La population de référence étant ici constituée de tous les affiliés de la MC, nous observons des différences se marquant essentiellement entre les classes 'inférieure', 'basse' et 'moyenne', et la classe 'supérieure'. Par rapport à la classe la plus élevée, les individus appartenant aux trois premières classes présentent un risque accru de 13 % à 16 % d'avoir une atteinte cardiaque, traitée par cette catégorie de médicaments C01.

Les facteurs qui peuvent influencer l'apparition de maladies cardio-vasculaires sont l'alimentation, le tabac et une tension artérielle élevée. Outre les différences de consommation en matière tabagique, nous avons observé qu'en règle générale, les personnes moins qualifiées ont un style de vie moins sain (consommation de moins de légumes, de fruits, de poisson et de pain gris) et présentent davantage de surpoids et d'obésité⁹. Un régime alimentaire peu sain et une surcharge pondérale augmentent le risque d'avoir un taux de cholestérol élevé et une hypertension artérielle, et dès lors de souffrir de maladies cardio-vasculaires.

b. Incapacité primaire de travail et devenir invalide (Figure 3)

En guise d'épisode d'incapacité primaire de travail, nous utilisons le critère suivant : au moins 30 jours indemnisés au cours de l'année 2006. La population de référence est constituée par les titulaires affiliés à la MC entre 20 et 64 ans. Pour rappel, l'incapacité primaire correspond aux 12 premiers mois de l'incapacité de travail. Après 12 mois d'incapacité primaire, la personne passe alors en invalidité. Pour ce dernier événement, nous sélectionnons les titulaires entre 20 et 64 ans devenus invalides au cours de l'année 2006. Ces modalités administratives sont bien des marqueurs de morbidité : « pour être reconnu incapable de travailler, le titulaire doit avoir cessé toute activité et un lien de causalité doit exister entre la cessation de l'activité et le début ou l'aggravation des lésions. En outre, sa capacité de gain doit, en raison de lésions et de troubles fonctionnels, être réduite d'au moins 66 % par rapport à la profession habituelle ou au groupe de professions dans lequel se range l'activité habituelle »¹⁰.

Pour ces deux événements, le gradient social est relativement fort. Ainsi, par rapport à la population de référence (à savoir les titulaires affiliés à la MC entre 20 et 64 ans), la classe la plus faible présente un risque accru de 25 % d'avoir au moins 30 jours d'incapacité, ainsi qu'un risque plus élevé de 33 % de devenir invalide. Par rapport à la classe la plus élevée, ces mêmes pourcentages deviennent, respectivement, 55 % et 66 %.

Ainsi, par rapport à la population de référence, la classe la plus faible présente un risque accru de 25 % d'avoir au moins 30 jours d'incapacité, ainsi qu'un risque plus élevé de 33 % de devenir invalide.

D'après Willems et al. (2007), ces inégalités peuvent en partie être expliquées par le fait que « (...) les conditions matérielles de travail sont moins favorables aux groupes de faible statut socio-économique. Les personnes appartenant à ces groupes sont plus souvent soumises à un travail physique dur (...) ». Les conditions psycho-sociales de travail ont également un impact sur le risque d'incapacité et d'invalidité. Ainsi, l'étude britannique 'Whitehall II'¹¹ met en évidence que les travailleurs dans le bas de l'échelle professionnelle, de par leur manque de contrôle de la charge de travail et leur manque de reconnaissance, ont un risque d'infarctus et d'autres affections plus important. A noter que les conditions psycho-sociales de travail peuvent également avoir un impact sur la santé mentale de l'individu.

⁶ D'après http://www.fares.be/affections_respiratoires/bpco/theoriebpco.php.

⁷ Les codes ATC sélectionnés sont les suivants : R03A (adrénergiques et produits pour inhalations), R03BA (glucocorticoïdes), R03BB (anticholinergiques), R03DA04 (théophylline et théophylline sodium glycinate).

⁸⁻⁹ Enquête de santé 2004, voir Demarest et al. (2006)

¹⁰ <http://www.inami.fgov.be/secure/fr/allowances/informations/index.htm>.

¹¹ Gillis et Mertens (2008a), pp. 12-13.

3.1.3. Santé mentale (Figure 4)

Pour la Belgique, différents auteurs ont récemment mis en évidence le lien qui existe entre situation socio-économique et problèmes de santé mentale (dont les problèmes de dépression, d'anxiété et les troubles du sommeil)¹². Dans le cadre de la présente étude, nous avons sélectionné deux événements pour illustrer les inégalités sociales en matière de santé mentale : consommer des antidépresseurs¹³ (min 90 DDD au cours de l'année 2006) et être admis en hôpital psychiatrique ou en service (neuro) psychiatrique d'un hôpital général (au moins une admission en 2006). Dans les deux cas, la population de référence est constituée de l'ensemble des affiliés de la MC.

Concernant les antidépresseurs, il y a bien un gradient social : la classe la plus faible présente un risque de consommation d'antidépresseurs accru de 14 % par rapport à la classe la plus élevée. Le gradient social est beaucoup plus marqué pour les admissions en hôpital psychiatrique ou en service (neuro)

-psychiatrique d'un hôpital général. Ici, les personnes issues de la classe la plus faible ont un risque de près de 60 % plus élevé par rapport à la population de référence (ensemble des affiliés). Lorsqu'on les compare avec ceux appartenant à la classe la plus élevée, ce même risque est deux fois plus important.

Il est intéressant de faire le lien entre santé mentale et invalidité. Ainsi, on observe que le groupe de maladie pour lequel l'effectif des titulaires invalides est le plus important concerne les troubles mentaux (pour le régime général, +/- 33 % des titulaires invalides s'y retrouvent en 2005). A noter que « (...) le nombre de titulaires reconnus invalides pour troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité, etc.) a fortement augmenté entre 2001 et 2005¹⁴».

Le groupe de maladie pour lequel l'effectif des titulaires invalides est le plus important concerne les troubles mentaux.

Figure 1 : Mortalité – lieu du décès

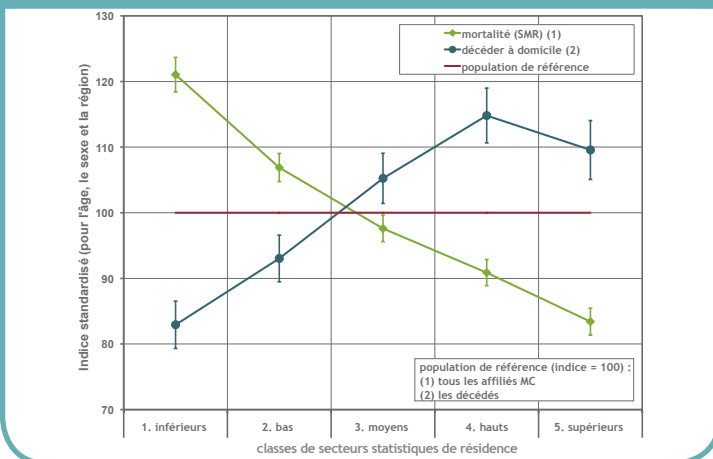


Figure 3 : Incapacité de travail

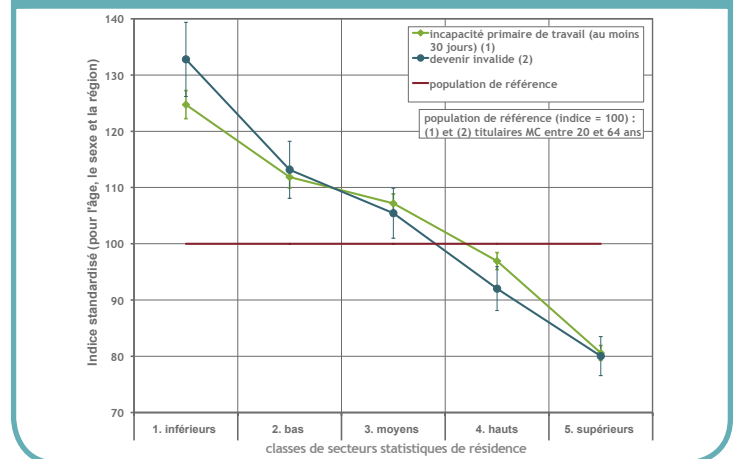


Figure 2 : Maladies broncho-pulmonaires et cardio-vasculaires (détection via pharmanet, min 90 DDD)

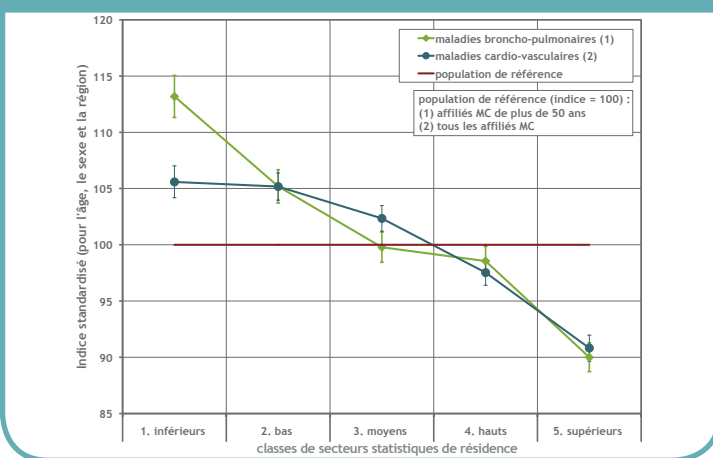
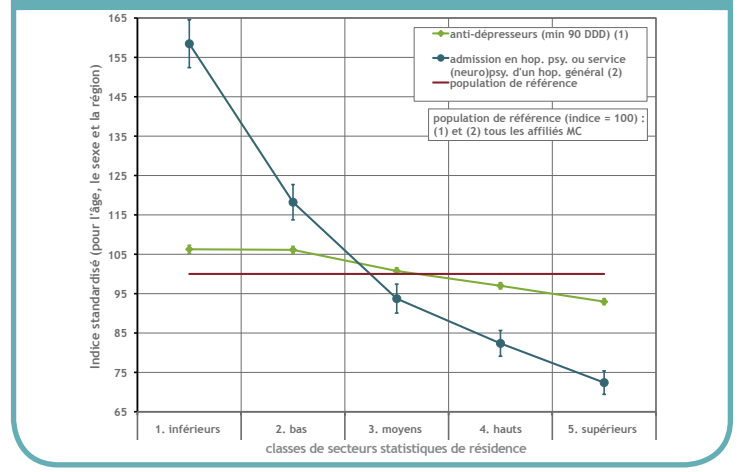


Figure 4 : Santé mentale



¹² De Boyser (2007).

¹³ Code ATC sélectionné : N06A (antidépresseurs).

¹⁴ INAMI (2006), p. 111.

3.2. Soins préventifs (Figure 5)

Nous nous intéressons, ici, aux vaccins antigrippes, au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

3.2.1. Vaccins antigrippe¹⁵

La grippe n'a rien d'une maladie insignifiante : elle peut entraîner des complications graves (et parfois mortelles), plus particulièrement chez les personnes âgées ou souffrant de certaines maladies chroniques. Un remboursement du vaccin contre la grippe est accordé pour certains groupes à risque, dont les personnes particulièrement à risque de complication.

Pour la présente analyse, nous nous sommes concentrés sur les affiliés MC de 65 ans et plus. Outre l'âge, le sexe et la région, la standardisation tient compte d'un éventuel séjour en institution entre septembre et décembre. Ce paramètre supplémentaire est à prendre en considération : en effet, Cornelis et Mertens (2007) ont montré qu'en maison de repos, le taux moyen de couverture est supérieur à 90 % pour les vaccins antigrippes.

Bien qu'il soit faible, nous observons bien un gradient social : plus on descend dans l'échelle sociale, plus le risque de ne pas avoir été vacciné en 2006 est important. Le différentiel entre les deux classes extrêmes est cependant relativement faible : de l'ordre de 7 %.

3.2.2. Dépistage du cancer du col de l'utérus : frottis cervical et vaginal¹⁶

Selon KCE (2006), « le dépistage par frottis classique permet d'éviter en Belgique environ 1.400 cancers du col par an. Malgré tout, chaque année, 700 femmes sont encore atteintes d'un cancer invasif du col, cancer qui n'avait pas été détecté à temps par dépistage. Ce cancer sera mortel pour plus d'un tiers d'entre elles. Seulement 59 % des femmes de 25 à 64 ans se présentent régulièrement chez leur gynécologue ou médecin traitant pour un frottis de dépistage du cancer du col. (...) La mortalité due au cancer du col diminuera d'abord par une plus large participation au dépistage et, dans une moindre mesure, par l'amélioration de la qualité des tests ».

Les cas de détection de ce cancer ne se répartissent pas équitablement entre les différentes classes. Pour les femmes MC considérées (entre 25 et 65 ans), notre analyse met en évidence un gradient social relativement fort : plus on descend dans l'échelle sociale, plus la chance de réaliser un frottis est faible. Ainsi, appartenir à la classe la plus faible entraîne 13 % de chance en moins de réaliser un frottis en 2006 par rapport à la population de référence, 21 % vis-à-vis de la classe la plus élevée.

A noter l'existence de deux vaccins contre le col de l'utérus, remboursés par l'assurance maladie (depuis le 1er novembre 2007) pour les filles de 12 à 15 ans. KCE (2007) considère que « ces vaccins protègent efficacement contre certains types du virus HPV¹⁷

et que, selon les estimations, jusqu'à 50 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités. Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis vaginal reste toutefois indispensable, même après vaccination ».

3.2.3. Dépistage du cancer du sein¹⁸

Selon AIM (2007), « en Belgique, durant la période 2004-2005, 57 % des femmes âgées de 50 à 69 ans ont réalisé une mammographie : 31 % par mammographie diagnostique et 25 % par mammothest dans le cadre du programme organisé. Après une forte progression lors du 1er tour du programme national, le nombre de femmes évolue lentement. Les écarts entre les groupes d'âge et entre les catégories socio-économiques se réduisent ».

Notre analyse des données 2006 (pour les femmes âgées de 50 à 69 ans affiliées à la MC) met encore en évidence un gradient social significatif. Ainsi, d'après notre échelle sociale, les femmes issues de la classe la plus basse ont 17 % de chance en moins de procéder à un dépistage par rapport à celles de la classe la plus élevée.

Selon Willems et al. (2007), un élément explicatif quant à ces différences socio-économiques en matière d'utilisation des soins préventifs est à chercher dans les inégalités sociales en matière d'information. Ces inégalités peuvent être en partie liées aux campagnes de prévention pas suffisamment axées sur les groupes socio-économiques défavorisés.

3.3. Contacts avec les prestataires et structures de soins

Malgré qu'elles soient relativement faibles, on observe des différences socio-économiques en matière de consultations et/ou visites des médecins généralistes et spécialistes. Les soins dentaires et les admissions hospitalières témoignent d'inégalités plus importantes.

Les cas de détection du cancer du col de l'utérus ne se répartissent pas équitablement entre les différentes classes.

¹⁵ Code ATC sélectionné : J07BB (vaccins antigrippes).

¹⁶ Détection à l'aide des codes de nomenclature suivants : 114030, 114041, 149612, 149623.

¹⁷ Le cancer du col de l'utérus est causé par un virus appelé papillomavirus humain (HPV).

¹⁸ En prenant en compte les codes nomenclatures sélectionnés par Fabri et al. (2007).

3.3.1. Médecins généralistes (Figure 6)

Concernant les contacts avec les médecins généralistes (art. 2 de la nomenclature, tous types de contacts confondus), il n'y a pas tellement de différences entre les classes, hormis la plus faible qui se démarque sensiblement des autres. Elle présente une propension légèrement plus faible d'entrer en contact (au moins une fois) avec un médecin généraliste au cours de l'année 2006. Cependant, lorsqu'il y a eu au moins un contact, la fréquentation des généralistes se révèle plus intense dans cette classe : le nombre médian de contacts pour 2006 est de 6,45 pour ceux appartenant à la classe la plus basse, tandis que ce même nombre est de 5,23 pour ceux de la classe la plus élevée.

Ces données confirment les résultats de l'enquête de santé de 2004 qui met en évidence que les personnes socio-économiquement défavorisées ont davantage de contacts avec le médecin généraliste. Elle met également en évidence que le nombre de visites à domicile est plus important chez les personnes socio-économiquement défavorisées, et que les contacts se font davantage sur l'initiative du médecin généraliste lui-même.

3.3.2. Médecins spécialistes (Figure 6)

Pour les contacts avec les médecins spécialistes (art. 2 de la nomenclature, tous types de contacts et de spécialistes confondus), le gradient social est progressif, même s'il est très faible. On observe que la classe la plus élevée se distingue quelque peu des autres (elle manifeste une préférence d'entrer en contact avec un médecin spécialiste au cours de l'année 2006).

En outre, l'enquête de santé de 2004 met en évidence que le nombre de contacts avec un médecin spécialiste est relativement moins important chez les personnes socio-économiquement défavorisées, et que celles-ci ont moins de contact sur leur propre initiative (41 % contre 73 % chez les personnes plus scolarisées)¹⁹.

3.3.3. Soins hospitaliers (Figure 7)

Les admissions à l'hôpital général que nous avons considérées sont essentiellement celles qui ont eu lieu dans des services de soins aigus²⁰. De façon générale, le risque d'avoir eu au moins une telle admission en hôpital général durant l'année 2006 augmente au fur et à mesure que l'on descend l'échelle sociale. Les personnes appartenant à la classe la plus faible présentent 20 % de risque supplémentaire d'être admis en hôpital général en 2006, par rapport à ceux appartenant à la classe la plus élevée. Cette tendance se confirme lorsqu'on examine les données en 2006 concernant l'hospitalisation en service de pédiatrie ou de soins néonataux (pour les enfants âgés de 15 ans et moins).

L'enquête de santé de 2004 apporte un complément d'information et d'explication par rapport à ces observations. « La proportion des admissions en hôpital de jour par rapport aux hospitalisations classiques augmente quand le niveau d'instruction est plus élevé. Ceci est sans doute dû au fait que l'on préfère garder de manière prolongée à l'hôpital des patients qui pourraient avoir des complications difficiles à reconnaître, ceci afin d'éviter des problèmes. Cela est peut-être lié au souhait du patient qui n'est pas sûr de pouvoir assumer à domicile les soins postopératoires²¹ ».

3.3.4. Soins dentaires (Figure 8)

Depuis trois ans, les prestations de dentisterie pour les enfants jusqu'au 12^{ème} anniversaire sont remboursées à 100 % des tarifs prévus à la convention. De plus, ces enfants bénéficient également de règles permettant une application plus large du tiers-payant. A partir du 1^{er} juillet 2008, ces mesures sont étendues aux jeunes jusqu'au 15^{ème} anniversaire. Elles permettent dès lors une meilleure accessibilité financière pour toutes les couches de la population, ce qui ne résout pas pour autant la problématique des inégalités de santé en la matière. En effet, le gradient social observé au niveau des soins dentaires préventifs²² (chez les affiliés MC de moins de 18 ans) est relativement fort : les jeunes issus de la classe la plus faible ont 28 % et 36 % moins d'opportunité de bénéficier de ces soins par rapport à, respectivement, l'ensemble des jeunes de moins de 18 ans et ceux provenant de la classe la plus élevée.

Le remboursement à 100 % des tarifs officiels jusqu'au 12^{ème} anniversaire (et jusqu'au 15^{ème} anniversaire à partir du 1^{er} juillet 2008) ne concerne pas les soins orthodontiques. Selon une étude KCE (2008), pour ces soins « le coût total se situe souvent au-delà de 2.000 euros. L'INAMI rembourse environ 30 % de ce montant si la demande est introduite avant le 15^{ème} anniversaire de l'enfant. Les organismes assureurs interviennent en outre pour près de 20 % via l'assurance complémentaire. Le jeune patient, ou plus exactement ses parents, doit donc déboursier environ 50 %, soit un peu plus de 1.000 euros ». L'ampleur de ces frais explique les inégalités sociales que nous observons en 2006. En effet, les affiliés MC âgés entre 10 et 16 ans issus de la classe la plus basse ont une opportunité plus faible à commencer un tel traitement (27 % par rapport à la population de référence, 33 % par rapport aux jeunes issus de la classe la plus élevée).

Les personnes appartenant à la classe la plus faible présentent 20 % de risque supplémentaire d'être admis en hôpital général en 2006, par rapport à ceux appartenant à la classe la plus élevée.

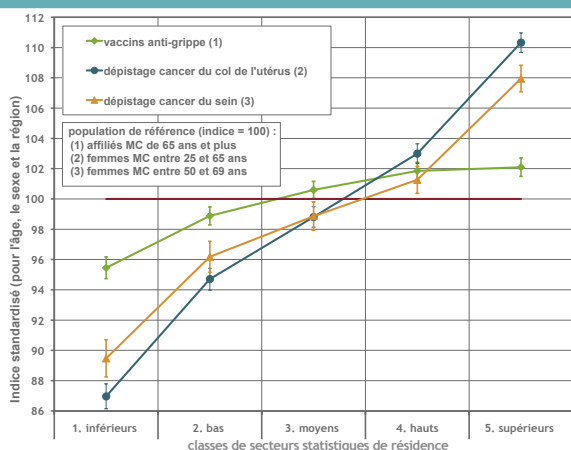
¹⁹ Demarest et al. (2006), p. 51.

²⁰ Nous n'avons pas considéré les séjours dans les services de gériatrie, de (neuro)psychiatrie, les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle.

²¹ Demarest et al. (2006), p. 60.

²² Codes de nomenclatures dénotant les examens, les scellements des fissures et puits, le nettoyage prophylactique et le détartrage.

Figure 5: Soins préventifs



NB :

- * Vaccins antigrippes - critère supplémentaire pour la standardisation : avoir résidé en institution durant la période de vaccination
- * Dépistages : standardisation pour l'âge et la région

Figure 6 : Contacts avec les médecins généralistes et spécialistes

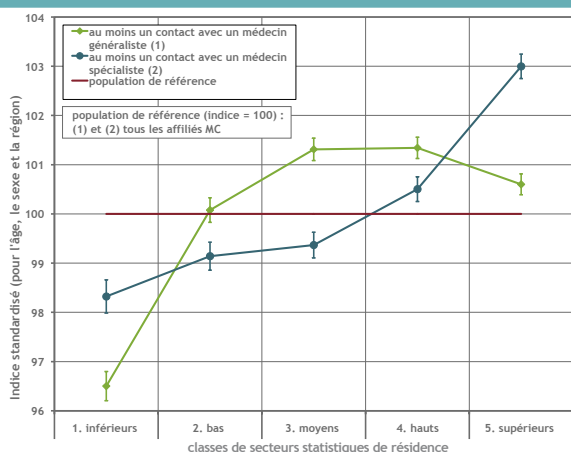


Figure 7 : Admission hospitalière

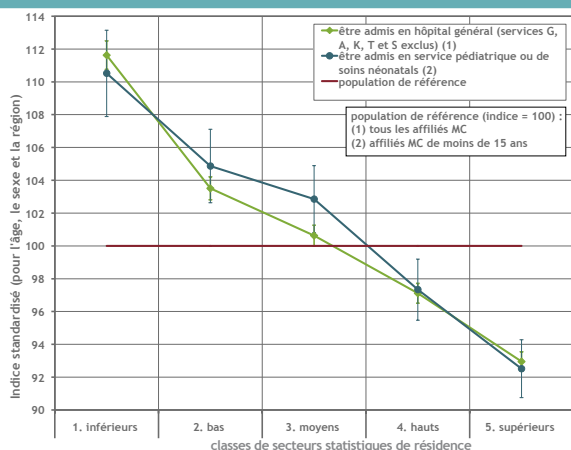
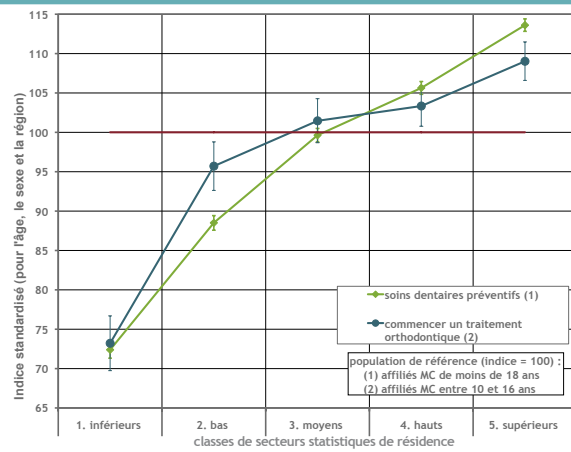


Figure 8 : Soins dentaires



3.4. Comportement adéquat par rapport au système de soins

Ces dernières années, différentes mesures ont été mises en place afin d'inciter à une utilisation plus rationnelle et efficace du système de soins, le but étant de mieux maîtriser la croissance des dépenses publiques de santé, tout en améliorant la qualité et l'accessibilité financière des soins pour le patient. L'introduction du Dossier Médical Global (DMG) et de mesures encourageant la consommation de médicaments moins chers et décourageant le recours aux services d'urgence, en font partie.

3.4.1. Facturation du forfait pour soins urgents (Figure 9)

Le forfait de soins d'urgence a été introduit le 1er mars 2003. L'objectif de cette mesure était de responsabiliser le patient par rapport à une utilisation appropriée du service des soins d'urgence à l'hôpital. L'idée était la suivante : lorsque le patient sollicite à tort le service

d'urgence d'un hôpital, un forfait restant à sa charge lui est facturé. Initialement fixé à 12,50 euros, le montant du forfait est ensuite passé à 9,5 euros (ou 4,75 euros pour les bénéficiaires de l'intervention majorée). Sur le terrain, l'application du forfait pour soins d'urgence a soulevé bien des critiques. Il a d'ailleurs été supprimé au 1er juillet 2007 et remplacé par de nouvelles dispositions.

Selon notre échelle sociale, que peut-on observer pour l'année 2006 ? C'est bien la classe la plus faible qui a été davantage exposée au risque de se voir facturer ce forfait (à raison de 43 % par rapport à l'ensemble des affiliés MC et de 64 % par rapport à la classe la plus élevée). Ceci doit nous faire réfléchir à l'organisation non seulement des services d'urgence (en tant que porte d'entrée vers les soins hospitaliers) mais aussi à la médecine de garde, à l'information du public par rapport à ces structures de soins.

3.4.2. Le Dossier Médical Global (DMG) (Figure 9)

Le DMG a été introduit le 1er mai 1999 afin d'améliorer la coordination des soins médicaux et la collaboration entre les prestataires de soins grâce à un meilleur échange de données. Il permet d'éviter des prescriptions contradictoires et/ou de refaire inutilement des examens identiques. L'ouverture ou la prolongation d'un DMG ne coûte rien aux patients. Au contraire, ces derniers bénéficient d'un réel avantage : réduction de 30 % du ticket modérateur sur les consultations. Sa diffusion est très inégale selon les régions : fin 2007, seulement 29 % des membres de la Mutualité chrétienne disposaient d'un DMG en Wallonie, 25 % à Bruxelles, et 63 % en Flandre. Au sein des autres unions nationales, la répartition géographique y est similaire. On peut estimer, d'après Laasman & Lange (2006), qu'un peu moins de la moitié de la population dispose d'un DMG.

C'est la classe la plus faible qui a été davantage exposée au risque de se voir facturer le forfait pour soins urgents.

Nous observons également en 2006 des inégalités entre classes sociales, essentiellement entre la classe la plus basse et les autres (au niveau desquelles on n'observe pas de différences significatives). Ainsi, pour les personnes appartenant à la classe la plus basse, ne pas disposer d'un DMG est plus fréquent de 8 % par rapport au reste de la population. On peut mettre ces résultats en parallèle avec ceux relatifs au fait d'avoir eu au moins un contact avec un médecin généraliste, ce qui peut constituer un élément explicatif.

3.4.3. Consommation de médicaments moins chers (Figure 10)

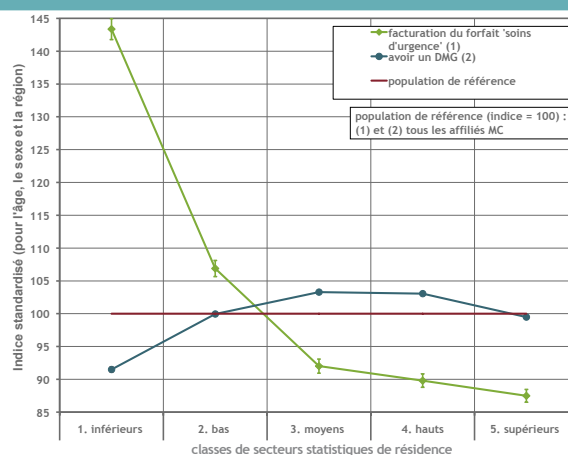
Diverses mesures, décrites dans Cornelis (2007), ont été prises dans le secteur des médicaments ambulatoires. Elles ont eu un impact considérable sur le volume de consommation des médicaments moins chers (génériques et médicaments dont le prix public a diminué jusqu'à celui des génériques correspondants). La part des médicaments moins chers, mesurée en DDD, est passée de 11 % au premier trimestre 2002 à 40 % au premier trimestre 2007.

La part des médicaments moins chers, mesurée en DDD, est passée de 11 % au premier trimestre 2002 à 40 % au premier trimestre 2007.

Qu'en est-il des différences de consommation entre classes sociales ? En 2006, le volume de médicaments moins chers représentait 37,8 % du volume total. A la figure 10, on voit que cette proportion ne varie que très peu en fonction de l'échelle sociale. Pour tenir compte de la structure par âge, sexe et région de domicile, nous avons procédé à une standardisation directe. Avec ce calcul, nous obtenons alors la proportion ajustée compte tenu de ces critères de stratification. Après ajustement, on observe que la proportion de médicaments moins chers est légèrement plus importante dans les classes défavorisées et intermédiaires, légèrement plus faible dans la classe la plus élevée, les variations restant toutefois de très faible ampleur.

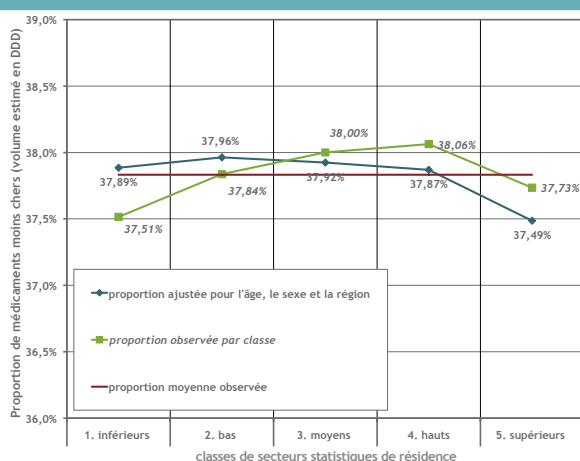
Ces résultats sont à mettre en perspective avec ceux d'une étude récente réalisée par le CRIOC d'après laquelle « les consommateurs issus des groupes sociaux inférieurs et moyens déclarent moins souvent connaître les médicaments génériques, à l'inverse des groupes sociaux supérieurs. En général, les consommateurs membres des groupes sociaux inférieurs perçoivent plus négativement que la population les médicaments génériques. Ils doutent de leur efficacité, de leur prix, de leur composition et de la facilité d'obtention et de prise²³ ». Malgré une moins bonne connaissance et une plus grande réticence par rapport aux médicaments génériques de la part des catégories sociales moins favorisées, nos résultats indiquent une propension un peu plus élevée de leur part à consommer des médicaments moins chers. Les obstacles identifiés par le CRIOC n'apparaissent donc pas dirimants, ce qui est plutôt une bonne nouvelle. Malgré tout, on aurait pu s'attendre à une plus grande pénétration des médicaments moins chers auprès des populations moins favorisées.

Figure 9 : Forfait 'soins d'urgence' - DMG



²³ Vandercammen (2008), pp. 66-67.

Figure 10 : Proportion de médicaments moins chers



4. Conclusion

À l'aide de données administratives et de prestations de soins de santé des affiliés à la MC, nous avons mis en rapport divers indicateurs de santé avec une échelle sociale. Cette dernière regroupe cinq classes de secteurs statistiques où résident nos affiliés, l'ordre des classes reflétant la 'valeur' relative de ces secteurs (mesurée par la médiane des revenus fiscaux qui y sont déclarés en 2006).

Cette méthode d'approche est différente de celle des enquêtes de santé, mais révèle les mêmes tendances, à savoir la présence de gradients sociaux à divers niveaux d'analyse : mortalité, morbidité, utilisation et comportement par rapport aux structures de soins (de 1^{ère} et 2^{ème} ligne, soins préventifs et curatifs). Rappelons quelques résultats frappants. Par rapport aux individus de la classe la plus élevée, nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible ont :

- un risque de mortalité accru de 45 % et 24 % de chance en moins de décéder à domicile ;
- un risque plus élevé, à raison de 55 %, d'avoir au moins 30 jours d'incapacité de travail et, à raison de 66 %, de devenir invalide ;
- 2 fois plus de chance d'être admis en hôpital psychiatrique ou en service (neuro)psychiatrique d'un hôpital général ;
- 36 % de propension en moins à bénéficier de soins dentaires préventifs (pour les mineurs d'âge) ;
- un risque plus élevé de 64 % de s'être vu facturé en 2006 un forfait pour soins urgents.

Ces inégalités ne s'expliquent pas uniquement par des difficultés quant à la disponibilité ou à l'accessibilité financière des services de santé. Elles renvoient également à d'autres déterminants liés à la position socio-économique d'un individu dans la société. Toute une série d'éléments explicatifs ont été mis en évidence par de nombreuses études, comme les comportements alimentaires, le tabagisme, les conditions de vie (matérielles et psycho-sociales, etc.). Ainsi, les individus issus des classes socio-économiques moins favorisées ont des pratiques alimentaires moins saines,

fument davantage et ont des conditions de vie matérielles et psycho-sociales moins bonnes.

Afin de réduire ces inégalités, tous les pouvoirs publics et les partenaires sociaux doivent se mobiliser et faire de cette problématique leur priorité. En effet, pour y arriver, il faudra mener des actions sur plusieurs dimensions : les revenus, l'emploi, le logement, l'éducation, l'environnement (matériel, social et culturel) et la santé. Plus spécifiquement pour les mutualités, les champs d'action sont nombreux : prévention et éducation à la santé, diffusion d'informations ciblées, optimisation des droits, efforts soutenus pour favoriser l'accessibilité aux soins de santé. Mais il est illusoire de croire que le système de santé est seul en cause : les inégalités sociales de santé ne sont finalement qu'un révélateur de toutes les autres inégalités et lignes de fracture sociale de notre société.

Les inégalités sociales de santé ne sont finalement qu'un révélateur de toutes les autres inégalités et lignes de fracture sociale de notre société.

Bibliographie :

* Résultats des enquêtes de santé par interview

Demarest S, Leurquin P, Tafforeau J, Tellier V, Van der Heyden J, Van Oyen H. 1998. *La santé de la population en Belgique. Enquête de Santé par Interview, Belgique 1997, Résumé des résultats*. Bruxelles. Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique.

<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his97fr/his.pdf>.

Buziarsist J, Demarest S, Gisle L, Miermans PJ, Sartor F, Tafforeau J, Van der Heyden J, Van Oyen H. 2002. *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2001. Synthèse*. Bruxelles. Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique. IPH/EPI reports **2002 – 25**.

<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his01fr/hisfr.pdf>.

Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. 2006. *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2004. Synthèse*. Bruxelles. Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique. IPH/EPI reports **2006 – 36**.

<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his04fr/hisfr.pdf>.

Vancorenland S. 2006. Tous les Belges ont-ils le même droit à la santé ? – Synthèse des résultats de l'enquête santé 2004. *MC-Informations*. **224** : 3-10.

http://www.mc.be/fr/128/info_et_actualite/mc_informations/mc_informations_224.jsp.

* Sur les inégalités sociales de santé

De Boyser K. 2007. Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers. In : Vranken J, de Boyser K, Dierckx D, Campaert G. (ed.) *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven. Acco : 153-166.

De Boyser K, Levecque K. 2007. Armoede en sociale gezondheid : een verhaal van povere netwerken ? In : Vranken J, de Boyser K, Dierckx D, Campaert G. (ed.) *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven. Acco : 167-178.

Gillis O, Mertens R. 2008a. Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé ? *MC-Informations*. **231** : 4-16.

http://www.mc.be/fr/128/info_et_actualite/mc_informations/mc_info_mars_2008/inegalite_sociale/.

Gillis O, Mertens R. 2008b. Mesures concrètes de réduction des inégalités de santé : quelques exemples européens. *MC-Informations*. **232** : 3-14.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/inegalites_de_sante_lres_tcm178-49240.pdf.

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*. **358** : 2468-81.

Willems S, Van de Geuchte I, Impens J, De Maeseneer J, Alaluf V, Van Nespén I, Maulet N, Michel Roland M. 2007. Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. *Santé conjugée*. **40** : 25-34.

* Sur les méthodes de standardisation

Groupe d'analyse du Programme spécial pour l'analyse de la santé. 2002. La standardisation : une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux. Organisation Panaméricaine de la Santé. *Bulletin Epidémiologique*. **Volume 23.3**.

Disponible sur : www.paho.org/french/dd/ais/EB_v23n3.pdf.

* Autres références

AIM. 2007. Programme national de dépistage du cancer du sein. Communiqué de presse de l'Agence Intermutualiste (AIM) du 02/10/2007.

Disponible sur : <http://www.nic-ima.be/library/documents/quality%20projects/MA%205%20FR%20communiqu%C3%A9%20de%20presse.pdf>.

Avalosse H, Cornelis K, Geurts K, Mertens R, Hermesse J. 2008. Les différences de consommation de soins de santé en Belgique. Où sont les vrais enjeux ? *MC-Informations*. **231** : 17-29.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/mc_info_231_diff_regionales_tcm178-45075.pdf.

Cornelis K. 2005. Analyse régionale des dépenses en soins de santé en 2003 : nuances quant aux différences brutes de consommation. *MC-Informations*. **218** : 3-10.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/analyse_regionale_soins_de_sante_tcm178-8348.pdf.

Cornelis K. 2007. L'influence des mesures prises dans le secteur des spécialités pharmaceutiques ambulatoires remboursables, sur l'évolution des dépenses et des volumes. *MC-Informations*. **230** : 3-11.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/reportage_tcm178-39180.pdf.

Cornelis K, Mertens R. 2007. De grandes différences dans la consommation de médicaments en maisons de repos. *MC-Informations*. **229** : 1-6.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/consommation_medicaments_mr_tcm178-37463.pdf.

Fabri V, Remacle A, Mertens R. 2007. *Programme de dépistage du cancer du sein – période 2002-2003 et 2004-2005*. Bruxelles. AIM. Rapport 5.

Disponible sur : http://www.nic-ima.be/library/documents/quality%20projects/MA%205%20FR%20Depistage_cancer_sein.pdf.

INAMI. 2006. Rapport annuel.

Disponible sur : <http://www.riziv.fgov.be/presentation/fr/publications/annual-report/2006/index.htm>.

KCE. 2006. Cancer du col de l'utérus : d'abord une question de dépistage méthodique. Communiqué de presse du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) du 11/10/2006.

Disponible sur : http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=8945&CREF=9983.

KCE. 2007. Le vaccin HPV offre une protection partielle contre le cancer du col de l'utérus, le dépistage reste néanmoins crucial. Communiqué de presse du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) du 17/10/2007.

Disponible sur : http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=8945&CREF=9983.

KCE. 2008. L'orthodontie chez les jeunes : parfois pour des raisons médicales, souvent pour l'esthétique. Communiqué de presse du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) du 07/04/2008.

Disponible sur : http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=10498&CREF=10912.

Laasman JM, Lange B. 2006. Dossier médical global. *Evolution et variation des taux de couverture de la population de septembre 2004 à octobre 2005*. Bruxelles. Union nationale des mutualités socialistes. Direction Etudes.

Disponible sur : <http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/8CB92AD0-0520-4F4D-9CC8-C31E15898643/0/DMG032006.pdf>.

Vandercammen 2008. *La consommation des ménages à revenu modeste*. CRIOC. Disponible sur : <http://www.oivo-crioc.org/files/fr/3218fr.pdf>.

La forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux

Koen Cornelis

Département Recherche et Développement

Juillet 2008

Résumé

Le présent article dresse le bilan de l'introduction de la forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux. Cette forfaitarisation est entrée en vigueur en juillet 2006. Une comparaison est établie entre les dépenses pour les médicaments en 2005 et 2007, donc entre l'année calendrier complète précédant et celle suivant l'introduction de la forfaitarisation. L'évolution des dépenses pour les médicaments dans les hôpitaux est retracée tant pour l'assurance maladie que pour le patient, et tant pour les patients hospitalisés que pour les patients en hôpital de jour. L'article expose également les changements de pratiques introduits dans les hôpitaux et avance quelques perspectives potentielles pour l'avenir.

La forfaitarisation peut être, d'une part, appréciée positivement. Les dépenses moyennes par admission sont restées stables, tant pour l'assurance maladie que pour le patient. L'utilisation de médicaments bon marché dans les hôpitaux a grimpé en flèche de 67 % en nombre de doses administrées, tandis que le nombre de doses administrées de médicaments plus coûteux a reculé de 7 %. D'autre part, quelques points négatifs sont à épingle. Certains hôpitaux présentent à leurs patients des factures astronomiques, principalement pour des médicaments prescrits hors indication. Pour ce poste de frais, nous constatons une multiplication par deux des dépenses à charge du patient. Par ailleurs, les dépenses en médicaments en hôpital de jour sont en forte augmentation et affichent une croissance de 18 % entre 2005 et 2007. Les hôpitaux ont pu réaliser en 2007 un large excédent de pas moins de 21 millions d'euros grâce au forfait qui était initialement largement dimensionné, et par des pratiques adaptées comme l'utilisation de médicaments bon marché.

***Mots-clés** : forfaitarisation, médicaments, hôpital, hôpital de jour, médicaments bon marché, médicaments chapitre 4, utilisation hors indication.*

1 Introduction

Depuis le 1er juillet 2006, une partie des médicaments dans les hôpitaux font l'objet d'un remboursement forfaitaire par l'assurance maladie. Concrètement, chaque hôpital reçoit, en fonction de son case-mix (c.-à-d. le total des différentes pathologies et leurs degrés de gravité, chaque fois avec le nombre de jours d'hospitalisation, considéré sur une année entière), un montant forfaitaire par admission de la part de l'assurance maladie, et ce pour le remboursement des médicaments remboursables administrés.

Cette mesure vise à promouvoir une utilisation plus efficace et plus efficace des médicaments.

Les médicaments ne sont pas tous repris dans la forfaitarisation. De manière générale, la forfaitarisation *ne vaut pas* pour chaque principe actif dont le coût pour un seul patient individuel est très élevé. L'intégration dans un forfait pourrait en freiner l'utilisation à tort. Par ailleurs, une série de produits spécifiques sont de toute manière exclus de plein droit de la forfaitarisation, notamment les médicaments orphelins, les cytostatiques, les immunoglobulines, l'albumine, les médicaments anti-SIDA et les radio-isotopes. Les médicaments non incorporés dans le système de la forfaitarisation ont été repris dans une « liste des exceptions ».

D'autres restrictions en matière de forfaitarisation concernent :

- le type d'hôpital : il ne s'agit que des hôpitaux aigus, et donc pas des hôpitaux psychiatriques ni des hôpitaux chroniques (services Sp et G isolés) ;
- le type de séjour : il ne s'agit que des hospitalisations classiques d'au moins 1 nuit ;
- le pourcentage de la forfaitarisation : 75 % sont remboursés sur une base forfaitaire par admission. La partie résiduelle (25 %) de la base de remboursement (= tarif à 100 %) est toujours remboursée par prestation.

Cet article dresse le bilan de l'introduction du forfait médicaments, en analysant et en comparant les dépenses pour les médicaments de 2005 et 2007 – l'année calendrier complète précédant et suivant l'introduction de la forfaitarisation. A cet égard, les questions suivantes sont abordées :

- quelles sont les conséquences pour les dépenses AMI ;
- quelles sont les conséquences pour les dépenses à charge du patient ;
- quels changements de pratiques les hôpitaux ont-ils ou non introduits ;
- quelles évolutions constatons-nous en hôpital de jour.

2 Matériel et méthode

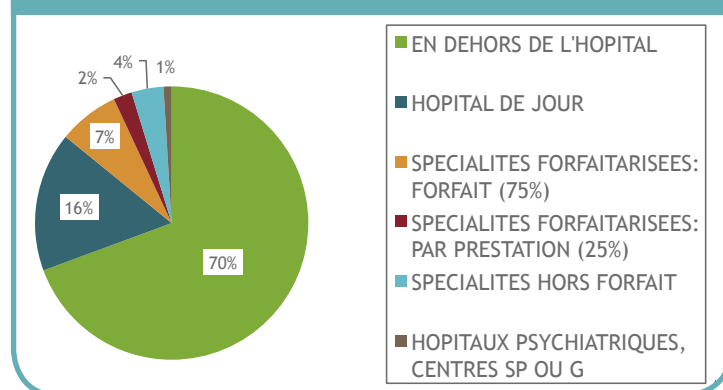
Le matériel de base se compose des données de facturation MC pour des prestations en 2005 et 2007, concernant des médicaments administrés à des membres MC hospitalisés dans 113 hôpitaux aigus en Belgique. Il s'agit de l'ensemble des hôpitaux pour lesquels la forfaitarisation est entrée en vigueur. Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux ou de « box-plots ».

3 Résultats

3.1 Place du forfait dans le budget global des médicaments

Comme indiqué dans l'introduction, le forfait ne concerne qu'une partie des médicaments, que les hôpitaux aigus et les admissions classiques d'au moins une nuit. Pour les médicaments repris dans la forfaitarisation, le forfait couvre 75 %, tandis que les 25 % restants sont toujours remboursés de la manière classique « par prestation ». La figure 1 reproduit la part du forfait (chiffres 2007) dans l'ensemble des dépenses AMI pour les spécialités pharmaceutiques, en ce compris les dépenses AMI dans le secteur ambulatoire et en hôpital de jour. Il est également tenu compte de la part des médicaments consommés dans les hôpitaux exclus de la forfaitarisation, à savoir les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux chroniques (services Sp et G isolés).

Figure 1 : Part des différents postes de frais dans les dépenses AMI totales pour les médicaments (spécialités pharmaceutiques) en 2007



Comme l'illustre la figure 1, les spécialités délivrées en dehors de l'hôpital représentent 70 % des dépenses AMI totales tandis que les 30 % restants proviennent du secteur hospitalier. En 2007, la part de l'hôpital de jour est, pour la première fois, plus importante que la part des patients hospitalisés (dans la figure, 16 % contre 13 %, soit un rapport de 55 % / 45 %).

Dans les dépenses AMI pour les patients hospitalisés (13 % du total, de l'unique pour cent provenant des hôpitaux non incorporés dans la forfaitarisation n'étant pas pris en compte), la part des médicaments qui ne font pas l'objet de la forfaitarisation s'élève à 31 % (4 % de 13 %). La part résiduelle se compose de médicaments forfaitarisés, où le forfait même représente une part de 78 % (7 % de 9 %). Nous pouvons en l'occurrence déjà constater que le forfait représente globalement une part plus importante que les 75 % (théoriques). Ceci s'explique d'une part par le fait que le forfait était initialement largement dimensionné. Le point de départ pour le calcul du forfait était en effet la base de remboursement à 100 %. D'autre part, les hôpitaux ont procédé à une série de changements de pratiques comme un accroissement de l'utilisation de médicaments bon marché (cf. infra).

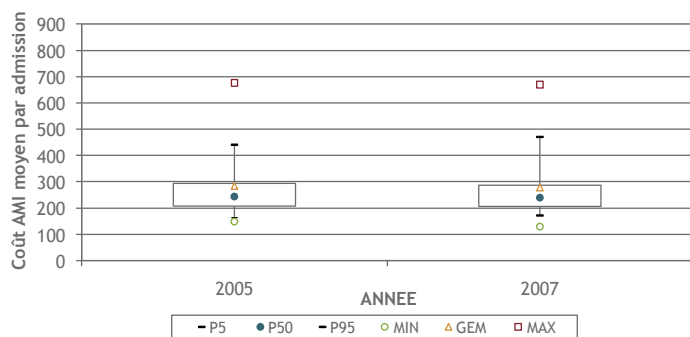
Dans l'ensemble, le forfait s'élève à 7 % des dépenses AMI totales pour les spécialités pharmaceutiques.

3.2 Evolution des dépenses AMI pour les spécialités pharmaceutiques

Tableau 1 : Dépenses AMI (euros) pour les spécialités pharmaceutiques (forfaitarisées et hors forfait) pour les patients hospitalisés

	2005	2007
Antibiotiques prophylactiques	1.889.898	(Supprimé)
Forfait Hôpitaux	(Pas encore en vigueur)	110.041.765
Spécialités Cat A	83.197.229	52.823.801
Spécialités Cat B	115.804.240	38.601.267
Spécialités Cat C	174.302	85.347
Spécialités Cat S	21.643	12.928
Spécialités Cat X	6.996	7.899
Total	201.094.308	201.573.006
Nombre d'admissions	694.431	710.077
Coût AMI moyen par admission en euros	290	284

Figure 2 : Répartition des hôpitaux suivant le coût AMI moyen par admission



Sur la base du tableau 1, nous constatons que le coût AMI moyen par admission pour les spécialités pharmaceutiques a légèrement diminué. Il s'agit là d'un premier constat important : l'introduction de la forfaitarisation n'a pas entraîné un accroissement des dépenses AMI par admission. Des différences notables sont cependant observées entre les différents hôpitaux (figure 2) : l'établissement avec le coût moyen le plus bas se situe à 129 euros en 2007 ; l'établissement avec le coût moyen le plus élevé se situe à 669 euros. La répartition des hôpitaux suivant le coût AMI moyen est restée pratiquement identique entre 2005 et 2007.

L'introduction de la forfaitarisation n'a pas entraîné un accroissement des dépenses AMI par admission.

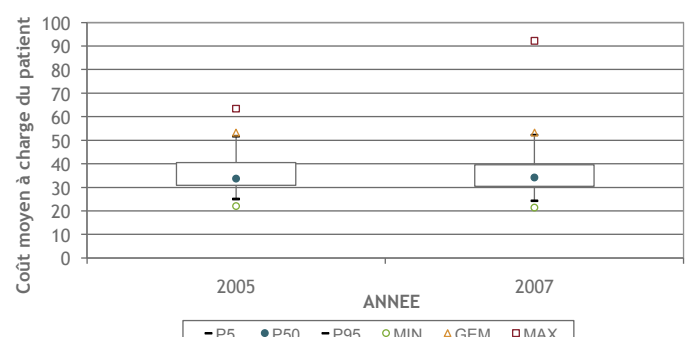
3.3 Evolution des dépenses pour les spécialités pharmaceutiques à charge du patient

Tableau 2 : Dépenses (euros) pour les spécialités pharmaceutiques (forfaitarisées et hors forfait) à charge du patient hospitalisé

	2005	2007
Spécialités non remboursables (« véritable » catégorie D)	19.056.429	20.731.288
Chapitre 4 (*), dans le forfait, hors indication	1.532.222	145.366
Chapitre 4 (*), hors forfait, hors indication	314.046	637.909
Intervention forfaitaire du patient (0,62 euro/jour)	3.525.847	3.556.867
Total	24.428.544	25.071.430
Nombre d'admissions	694.431	710.077
Total/admission en euros	35,2	35,3

(*) Chapitre 4 : médicaments dont le remboursement est soumis à une autorisation du médecin-conseil de la mutualité.

Figure 3 : Répartition des hôpitaux suivant le coût moyen par admission à charge du patient



Sur la base du tableau 2, nous constatons que le coût moyen total par admission à charge du patient pour les spécialités pharmaceutiques est resté identique. Il n'en va cependant pas de même pour les différents postes de frais pris séparément. Nous les abordons ci-dessous.

Analyse des différents postes de frais du tableau 2

- Spécialités non remboursables (« véritable » catégorie D) : des exemples en sont les analgésiques, somnifères, calmants, etc. Nous constatons que ce poste de frais a augmenté de 9 %.
- Chapitre 4, dans le forfait, hors indication : les spécialités « chapitre 4 » – c'est-à-dire les médicaments dont le remboursement requiert l'autorisation du médecin-conseil – reprises dans le forfait sont soumises, depuis la forfaitarisation, aux conditions suivantes :

- la « présomption irréversible » que le bénéficiaire concerné satisfait aux conditions de remboursement. L'autorisation du médecin-conseil n'est par conséquent plus requise. Depuis la forfaitarisation, ces médicaments sont donc **toujours** remboursés à 25 % de la base de remboursement, tandis que les 75 % restants sont couverts par le forfait.
- elles ne peuvent pour le moment **jamais** faire l'objet d'un montant facturé au patient.

Le montant pour ce poste de frais en 2007 ne peut en fait pas se présenter et devrait donc s'élever à 0 euro.

Les montants facturés au patient via ce poste de frais sont principalement répartis sur un nombre limité d'hôpitaux : 80 % du montant sont générés par 45 établissements. Il s'agit de médicaments coûteux dont le montant – qui est donc facturé à tort au patient – peut s'élever à plusieurs centaines d'euros par dose administrée.

- Chapitre 4, **hors** forfait, hors indication : il s'agit en l'occurrence des spécialités « chapitre 4 » non incorporées dans le forfait – et donc remboursées suivant les règles de tarification classiques – mais prescrites en dehors de l'indication remboursable. Dans ce cas, un médicament ne peut être facturé au patient que si le médecin-conseil a été informé de l'indication et que des preuves sont disponibles. Lors de l'introduction de la forfaitarisation, deux nouveaux numéros de nomenclature ont été créés pour cette situation : l'un avec information au médecin-conseil et l'autre sans. En pratique, nous constatons que, par ailleurs, le code habituel pour les médicaments de la catégorie D est également utilisé pour ces médicaments (voir tableau 3).

En fait, dans cette situation, l'utilisation du code 756626 n'est pas autorisée. Seuls les deux autres codes peuvent être utilisés. L'utilisation du code 757260 semble correcte en ce sens qu'aucun montant n'a été facturé au patient, ce qui n'est d'ailleurs pas autorisé en l'absence d'envoi d'une information au médecin-conseil. Le code 757245 peut être utilisé si une information a été envoyée au médecin-conseil. Dans ce cas, l'hôpital peut facturer le montant à charge du patient.

Les montants facturés au patient via ce poste de frais sont très concentrés : 80 % du montant sont générés par 15 établissements.

Il s'agit de médicaments très coûteux – principalement des médicaments contre le cancer – dont le coût peut s'élever à plusieurs milliers d'euros par dose administrée. Le tableau 2 révèle que ce poste de frais a plus que doublé entre 2005 et 2007.

- Intervention forfaitaire du patient (0,62 euro/jour) : il s'agit du montant que paie chaque patient par jour d'hospitalisation pour les médicaments remboursés.

Comme pour les dépenses AMI, nous constatons des différences notables entre hôpitaux concernant le coût moyen par admission (figure 3) : l'établissement avec le coût moyen le plus bas se situe à 21 euros en 2007 ; celui avec le coût moyen le plus élevé se situe à 92 euros. La répartition des hôpitaux suivant le coût moyen est restée pratiquement identique entre 2005 et 2007.

L'établissement avec le coût moyen le plus bas se situe à 21 euros en 2007 ; celui avec le coût moyen le plus élevé se situe à 92 euros.

3.4 Conséquences financières et changements de pratiques dans les hôpitaux

3.4.1 Excédent ou déficit par rapport au forfait

Pour avoir une idée de la façon dont les établissements réagissent à l'introduction du forfait, nous examinons les 10 établissements occupant la position la plus élevée (tableau 4) ou la plus basse (tableau 5) en termes d'écart entre les dépenses AMI 2005 pour les spécialités reprises dans le forfait et le forfait proprement dit (3-1). Nous comparons par ailleurs l'écart entre les dépenses AMI 2007 pour les spécialités reprises dans le forfait et le forfait proprement dit (3-2). Afin de permettre une comparaison correcte avec 2005, tant les dépenses de l'AMI en 2007, qui couvrent 25 % des dépenses, que le forfait, qui couvre 75 % des dépenses, sont portés à 100 %.

Tableau 3 : Ventilation suivant le code de prestation des montants et nombre d'unités facturées pour les médicaments chapitre 4 hors forfait, hors indication à des membres MC en 2007

Code de prestation	Libellé	Montant à charge du patient (euros)	Nombre d'unités (unidoses)
756626	Catégorie D	62.434	50.147
757245	Médicaments non remboursables chapitre 4 hors indication avec information au médecin-conseil	575.476	123.110
757260	Médicaments non remboursables chapitre 4 hors indication sans information au médecin-conseil	0	13.355
Total chapitre 4, hors forfait, hors indication		637.909	186.612

Tableau 4 : Les 10 établissements occupant la position la plus élevée en termes d'écart entre les dépenses AMI (euros) 2005 pour les spécialités reprises dans le forfait et le forfait proprement dit (3-1) = *établissements présentant le plus grand « déficit »*

Etablissement	1 Dépenses par admission 2005 (100%)	2 Dépenses par admission 2007 (25% ➔ 100%)	3 Forfait par admission 2007 (75% ➔ 100%)	3-1	3-2
1	384	314	262	-123	-52
2	400	322	294	-106	-29
3	273	195	201	-72	+6
4	258	194	192	-67	-2
5	215	157	157	-58	0
6	351	306	297	-54	-9
7	276	259	222	-54	-37
8	217	141	169	-48	+28
9	242	212	195	-47	-17
10	237	197	191	-47	-6

Tableau 5 : Les 10 établissements occupant la position la plus basse en termes d'écart entre les dépenses AMI (euros) 2005 pour les spécialités reprises dans le forfait et le forfait proprement dit (3-1) = *établissements présentant le plus grand « excédent »*

Etablissement	1 Dépenses par admission 2005 (100%)	2 Dépenses par admission 2007 (25% ➔ 100%)	3 Forfait par admission 2007 (75% ➔ 100%)	3-1	3-2
1	203	327	360	+157	+33
2	158	150	221	+63	+71
3	94	75	153	+59	+77
4	157	154	216	+59	+62
5	162	175	207	+46	+32
6	145	142	184	+38	+41
7	142	144	180	+38	+37
8	153	133	190	+37	+57
9	152	145	185	+33	+40
10	183	176	215	+32	+39

Nous constatons que les établissements qui, en 2005, se situaient « plus haut » que le forfait qui leur était attribué – et généreraient donc, sur la base de leur consommation en 2005, un « déficit » par rapport au forfait (tableau 4, colonne 3-1) – génèrent moins de dépenses en 2007 ; ils se rapprochent du forfait (tableau 4, colonne 3-2).

Les établissements qui, en 2005, se situaient « plus bas » que le forfait attribué – et présentaient donc, sur la base de leur consommation en 2005, un « excédent » par rapport au forfait (tableau 5, colonne 3-1) – vont souvent encore plus bas en 2007 ; ils génèrent donc un « excédent » encore plus important par rapport au forfait (tableau 5, colonne 3-2).

3.4.2 Excédent ou déficit par rapport au forfait : vue globale

Tableau 6 : Dépenses AMI (euros) pour le forfait et pour les spécialités forfaitarisées et hors forfait

			2005	2007
Dans le forfait	Forfait hôpitaux			110.041.765
	Spécialités	Cat. A	40.909.334	10.007.348
		Cat. B	100.934.278	23.579.572
		Cat. C	135.407	57.944
		Cat. S	21.643	12.928
		Cat. X	6.996	7.899
		Total	142.007.658	33.665.690
Total dans le forfait		142.007.658	143.707.455	
Hors forfait (liste des exceptions)	Spécialités	Cat. A	42.287.895	42.816.453
		Cat. B	14.869.962	15.021.696
		Cat. C	38.895	27.403
	Total hors forfait		57.196.751	57.865.551
Total général			199.204.410	201.573.006

Le tableau nous révèle que les dépenses pour les médicaments hors forfait ont à peine augmenté, ce qui nous permet de conclure qu'il n'y a pas eu de glissement vers cette catégorie de médicaments – souvent coûteux. Si nous jetons un coup d'œil sur 2007, nous pouvons faire le calcul suivant : le total des spécialités forfaitarisées correspond à la facturation par prestation de 25 %. Si nous multiplions ce montant par un facteur 3, nous le portons au même niveau que le forfait supposé couvrir 75 % des dépenses : 33.665.690 euros (25 %) x 3 = 100.997.071 euros (75 %). Soit une différence de 9.044.693 euros par rapport à 110.041.765 euros (75 %) pour 1 an pour la MC ou un excédent de quelque 21 millions d'euros pour les hôpitaux extrapolés sur l'ensemble des mutualités en 2007. Cette estimation se base en outre sur le prix de facturation officiel à l'assurance maladie et ne tient pas compte du coût réel pour l'hôpital, qui peut souvent obtenir des réductions significatives.

Au tableau 7, nous constatons que les hôpitaux utilisent davantage de génériques et médicaments meilleur marché (+ 67 % pour les génériques et les médicaments de marque bon marché confondus), et que l'utilisation de (coûteux) médicaments de marque est en recul (- 7 % pour les médicaments de marque coûteux et les médicaments qui sont encore sous brevet confondus). Ceci démontre que les hôpitaux adoptent une approche plus rationnelle à l'égard de l'utilisation de médicaments, ce qui explique en partie l'excédent réalisé en 2007.

Les hôpitaux adoptent une approche plus rationnelle à l'égard de l'utilisation de médicaments, ce qui explique en partie l'excédent réalisé en 2007.

3.4.3 Changements de pratiques dans les hôpitaux : accroissement de l'utilisation de médicaments meilleur marché

Tableau 7 : Evolution des spécialités bon marché et coûteuses en nombres d'unidoses pour les médicaments forfaitarisés

	2005	2007	% d'augmentation ou de diminution
Génériques	4.513.434	7.038.790	+ 56%
Marques bon marché	4.449.666	7.928.618	+ 78%
Marques chères	8.559.675	7.011.760	- 18%
Marques sous brevet	111.451.991	104.675.510	- 6%
Nombre total d'unidoses	128.974.766	126.654.678	- 2%

4 Evolution des dépenses pour les médicaments en hôpital de jour

Tableau 8 : Evolution des dépenses (euros) pour les spécialités pharmaceutiques : comparaison patients hospitalisés / hôpital de jour

		2005	2007	% 2005-2007
Patients hospitalisés	AMI	201.094.308	201.573.006	+ 0.24%
	Forfait patient 0,62 euro/jour	3.525.847	3.556.867	+ 0.88%
	Supplément médicaments D	20.902.697	21.514.563	+ 2.93%
	Total	225.522.852	226.644.436	+ 0.50%
	Nombre d'admissions	694.431	710.077	+ 2.25%
	Coût/admission	325	319	- 1.72%
Hôpital de jour <i>(salle de plâtre, mini-, maxi-, superforfait, hôpital de jour chirurgical, journée d'hospitalisation dialyse rénale)</i>	AMI	193.103.765	252.448.549	+ 30.73%
	Ticket modérateur	5.880.641	7.035.366	+ 19.64%
	Supplément médicaments D	10.385.151	12.995.118	+ 25.15%
	Total	209.369.557	272.479.032	+ 30.14%
	Nombre de jours	1.097.082	1.213.518	+ 10.61%
	Coût/jour	191	225	+ 17.66%

Une comparaison des dépenses en médicaments pour les patients hospitalisés et les patients en clinique de jour (tableau 8) fait apparaître des différences évidentes : les dépenses pour les patients hospitalisés sont restées stables, voire ont diminué (coût par admission). Par contre, les dépenses en hôpital de jour ont fortement augmenté : le coût par jour a augmenté de 18 % entre 2005 et 2007. A noter également qu'en 2007, le rapport entre l'hospitalisation classique et la clinique de jour s'est inversé pour la première fois en termes de dépenses en médicaments. En 2005, la part de l'hôpital de jour dans les dépenses totales s'élevait encore à 48 %. En 2007, elle est passée à 55 %. Cet accroissement est principalement lié aux nouveaux produits coûteux pour le traitement du cancer notamment (p.ex. Herceptine®) qui sont surtout administrés en hôpital de jour.

forfaitarisés pour les patients hospitalisés reste limité en hôpital de jour ; leur part a même diminué en 2007.

D'autre part, le tableau 9 nous permet de conclure que si la forfaitarisation devait également être introduite à l'hôpital de jour, elle n'aurait qu'une incidence très limitée si l'on pouvait travailler sur la base de la même liste d'exceptions. En effet, ce sont surtout les médicaments non forfaitarisés pour les patients hospitalisés qui connaissent une forte croissance en hôpital de jour. En font notamment partie les nouveaux produits coûteux dont question plus haut.

Tableau 9 : Evolution des dépenses AMI (euros) pour les médicaments en hôpital de jour suivant leur intégration ou non dans le forfait

	2005	% de part 2005	2007	% de part 2007	% de croissance 2005-2007
Dans le forfait	43.115.922	22%	46.819.032	19%	+9%
Hors forfait (sur liste d'exceptions)	149.987.843	78%	205.629.516	81%	+37%
Total	193.103.765	100%	252.448.549	100%	+31%

La question peut également être posée de savoir si les hôpitaux ne font pas des économies sur les médicaments qui figurent dans le forfait en « refoulant » leur utilisation vers l'hôpital de jour où la forfaitarisation n'est pas d'application. De la sorte, on pourrait passer deux fois à la caisse : une fois via le forfait et une fois à l'hôpital de jour. Nous pouvons déduire du tableau 9 que ce n'est provisoirement pas le cas. L'utilisation de médicaments

5 Perspectives d'avenir et propositions de politique à suivre

La MC souhaite avancer quelques propositions de politique à suivre en matière de forfaitarisation, qui doivent offrir des garanties pour la pérennité du système à long terme, tant pour le patient que pour les hôpitaux.

5.1 Le patient

Le coût par admission à charge du patient des médicaments non remboursables est resté stable et s'élève en moyenne à 35 euros par hospitalisation. Comme nous l'avons démontré, cette moyenne cache cependant de très grandes variations entre les différents hôpitaux. Tel est principalement le cas pour les médicaments du chapitre 4 non repris dans le forfait et prescrits hors indication : 15 hôpitaux sur les 113 génèrent en l'occurrence 80 % des coûts à charge du patient.

Proposition MC : Pour l'avenir, la MC propose de « mutualiser » les dépenses pour les médicaments non remboursables à charge du patient par le biais d'une cotisation forfaitaire (modique) par admission. Ceci éviterait que certains hôpitaux ne présentent des factures astronomiques à leurs patients.

La MC propose de « mutualiser » les dépenses pour les médicaments non remboursables à charge du patient par le biais d'une cotisation forfaitaire (modique) par admission.

5.2 Les hôpitaux

Les hôpitaux ont clairement introduit des adaptations de pratiques : le coût par admission des médicaments repris dans le forfait a diminué ; la part des médicaments génériques et bon marché a augmenté. Un forfait initialement largement dimensionné conjugué à des adaptations de pratiques des hôpitaux a permis de générer un excédent de quelque 21 millions d'euros au cours de la première année calendrier suivant l'introduction de la forfaitarisation.

Proposition MC : D'une part, il est plus que logique que ces facteurs soient en partie pris en compte lors du recalcul annuel des forfaits. En ce qui concerne la partie résiduelle, la MC tient à souligner que la forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux n'était (et n'est) pas une mesure d'économie et que les hôpitaux qui font un usage rationnel et efficace des médicaments peuvent en cueillir les fruits dans l'espoir que ceci sera profitable à la qualité des soins, par exemple en investissant dans du personnel supplémentaire.

5.3 Hôpital de jour

Nous constatons une forte croissance des dépenses en médicaments délivrés par une officine hospitalière à des patients non hospitalisés. Entre 2005 et 2007, le coût moyen par hospitalisation de jour a progressé de 18 %. L'augmentation des dépenses en médicaments en clinique de jour est notamment liée à l'utilisation d'une série de nouveaux produits coûteux, e.a. pour le traitement du cancer.

Proposition MC : L'évolution des dépenses en clinique de jour doit être suivie de près. Dans l'avenir, on doit s'interroger sur la question de savoir si une éventuelle forfaitarisation des médicaments utilisés en hôpital de jour ne serait pas souhaitable.

6 Conclusion

D'une part, nous pouvons évaluer positivement l'introduction de la forfaitarisation. Les dépenses moyennes par admission sont restées stables, tant pour l'assurance maladie que pour le patient. L'utilisation de médicaments bon marché dans les hôpitaux a grimpé en flèche. D'autre part, quelques points négatifs sont à épingle. Certains hôpitaux présentent à leurs patients des factures astronomiques, principalement pour les médicaments prescrits hors indication. On observe par ailleurs une augmentation considérable des dépenses des médicaments en hôpital de jour, phénomène qu'il convient de surveiller de près si nous voulons éviter que les dépenses dans ce secteur ne dérapent.

Les hôpitaux proprement dits ont pu réaliser un excédent significatif grâce au forfait qui était initialement largement dimensionné et par l'introduction d'adaptations de pratiques comme l'utilisation de médicaments bon marché. D'une part, il y a lieu de tenir compte de ce large excédent lors du recalcul des forfaits, et d'autre part, les hôpitaux qui font un usage rationnel et efficace des médicaments peuvent en cueillir les fruits.

Certains hôpitaux présentent à leurs patients des factures astronomiques, principalement pour les médicaments prescrits hors indication.

Bibliographie

Callewaert G., Franssen A., Ghysels A. 2008. Le financement et l'organisation des hôpitaux. *Fiche-info MC-Information 232*.

Franssen A. 2007. La forfaitarisation de l'intervention de l'AMI dans les médicaments remboursables délivrés aux patients hospitalisés. *Fiche-info MC-Information 228*.

INAMI 2006. Forfaitarisation spécialités pharmaceutiques en hôpital.

<http://www.inami.fgov.be/care/fr/hospitals/specific-information/forfaitarisation/ppt/20060530.ppt>.

<http://www.inami.fgov.be/care/fr/hospitals/specific-information/forfaitarisation/index.htm>.

Procédure de mise en demeure par la Commission européenne : état de la situation

Sandra Derieux

Département Recherche et Développement

Juillet 2008

1. La plainte et la mise en demeure

Le 12 décembre 2006, la Commission européenne a mis la Belgique en demeure pour la raison suivante : la législation belge qui régit les assurances complémentaires des mutualités n'est pas conforme aux Directives européennes d'assurances non-vie.

La mise en demeure est intervenue après une plainte des assureurs commerciaux qui estiment que les mutualités sont favorisées par des exigences financières moins strictes.

D'après la Commission, les assurances complémentaires des mutualités, ne faisant pas partie de la sécurité sociale obligatoire, sont des assurances qui font concurrence aux produits des entreprises d'assurances commerciales. Elles doivent dès lors répondre aux mêmes conditions que les assurances commerciales, reprises dans les Directives européennes d'assurances non-vie. Cette procédure de mise en demeure peut être lourde de conséquences pour le système belge d'assurances complémentaires des mutualités.

Cette procédure de mise en demeure peut être lourde de conséquences pour le système belge d'assurances complémentaires des mutualités.

Les Directives européennes d'assurances non-vie ont été créées dans le but de permettre aux compagnies d'assurances de s'établir librement et de déployer des activités dans différents Etats membres européens. L'Europe a taillé sur le même patron les garanties financières imposées aux assureurs afin de protéger le « client » contre le non-respect des obligations contractées. Ces exigences ne peuvent ainsi plus constituer un obstacle à la libre circulation des services en Europe.

Le gouvernement belge ne partage pas le point de vue de la Commission européenne.

Le 30 mars 2007 déjà, le Conseil des ministres formulait une réponse dans laquelle il défendait les activités des mutualités qui diffèrent fondamentalement des activités d'assurance sur le marché et requièrent dès lors un cadre légal adapté.

La Commission ne s'est pas satisfaite de cette défense et a envoyé le 6 mai 2008 un avis motivé dans lequel elle demande d'adapter la législation belge.

Dans son avis motivé, elle avance deux suggestions concrètes : soit la Belgique élargit son assurance maladie légale aux prestations des assurances hospitalisation complémentaires, soit les assurances hospitalisation complémentaires sont regroupées sous une personne morale distincte en application des Directives européennes en matière d'assurances.

Le gouvernement belge disposait de deux mois pour adapter sa législation.

2. Sur quels points la législation relative aux mutualités ne cadre-t-elle pas avec les Directives d'assurances non-vie

2.1. Garanties financières

Lorsque les mutualités offrent des services complémentaires sur le plan de l'hospitalisation, elles doivent respecter une série de garanties financières pour protéger les membres (réserves minimales, marge de solvabilité, ...). Ainsi, la législation relative aux mutualités contient-elle des exigences strictes en matière de marges de solvabilité et de provisions techniques.

Ces exigences légales sont adaptées à la nature spécifique de leur activité qui n'est pas la même que celle des assureurs. Cette spécificité découle du fait que les mutualités belges basent leurs activités sur le principe de la solidarité, sans aucune finalité lucrative et avec pour seul but de promouvoir le bien-être et la santé de leurs membres.

Les assurances complémentaires des mutualités ne peuvent pas être considérées indépendamment de l'assurance maladie légale et suivent la même logique.

Quelques exemples :

- Les mutualités travaillent suivant le système de répartition, c.-à-d. que les indemnités d'une année donnée sont financées par les cotisations des membres de l'année en question. Elles ne travaillent pas avec des calculs de risques individuels et une fixation de prix individuelle en fonction des indemnités que l'on s'attend à devoir payer pour cet individu. L'assemblée générale des mutualités peut revoir chaque année les cotisations des membres à la hausse ou à la baisse en fonction des besoins qui se présentent.
- Les mutualités sont des associations de membres sans but lucratif avec un statut propre et ont leur propre fonds de garantie.

Les assurances complémentaires des mutualités ne peuvent pas être considérées indépendamment de l'assurance maladie légale et suivent la même logique.

d'augmenter leur chiffre d'affaires et de dégager un maximum de bénéfices. A cet effet, il est important que le marché des assurances complémentaires croisse et que le terrain de l'assurance maladie légale soit limité. Ceci s'oppose diamétralement aux valeurs de base des mutualités, qui militent en faveur d'une assurance maladie obligatoire aussi large que possible, et des assurances complémentaires sont offertes pour les domaines où l'assurance maladie légale est insuffisante. Mais tout comme dans l'assurance maladie légale, la préoccupation première est de garantir l'accès à ces compléments pour quiconque en a besoin. Les mutualités sont encouragées via les organes de gestion composés de représentants des membres à continuer à exercer une pression et à encore améliorer la couverture de l'assurance maladie légale. Au travers de leurs assurances complémentaires, elles prennent en l'occurrence quelquefois les devants. On travaille ainsi pour l'instant à une intégration du transport urgent de malades dans l'assurance maladie légale et certaines vaccinations ont d'abord été remboursées dans l'assurance maladie complémentaire avant de l'être dans l'assurance maladie légale.

Enfin, la scission des différentes missions de la mutualité risque de remettre en question le rôle de la mutualité en tant qu'organisation représentant la société civile et soutenant divers mouvements sociaux en faveur des malades chroniques, des seniors ou des personnes handicapés.

2.2 Statut juridique

Les Directives d'assurances non-vie requièrent en outre que les assurances complémentaires soient regroupées sous une personne morale distincte, qui peut revêtir la forme d'une société coopérative, d'une SA ou d'une société mutualiste.

Appliquer ceci aux assurances complémentaires des mutualités serait porter atteinte aux fondements des mutualités, tels que nous les connaissons à présent.

Les mutualités sont aujourd'hui des associations de membres actives sur de nombreux fronts, mais tout cela, dans un esprit de prévoyance et de solidarité mutuelles et dans le domaine des soins de santé. Elles collaborent activement au développement de l'assurance maladie légale par leur représentation dans le modèle de concertation, mais en même temps, jouent un rôle important pour la cohésion sociale au travers de leur activité locale grâce à de nombreux volontaires. Les assurances complémentaires fonctionnent comme un complément et/ou une salle d'attente à l'égard de l'assurance maladie obligatoire. C'est pourquoi une partie importante de cette assurance maladie complémentaire fait également l'objet d'un financement solidaire via les cotisations de membres obligatoires et demeure ainsi accessible à ceux qui en ont le plus besoin.

De même, la séparation des services complémentaires pour les incorporer sous une personne morale distincte risque de remettre en question la logique mutualiste qui règne à présent au niveau des assurances légales et complémentaires. Dans une logique commerciale, les assureurs s'efforcent évidemment

2.3. Taxe sur les cotisations de 9,25 %

Bien que la procédure de mise en demeure de la Commission ne concerne que l'application et les directives en matière d'assurance, elle aura aussi indirectement des conséquences sur le plan fiscal. La taxe de 9,25 % sur les primes actuellement applicable aux assureurs commerciaux sera dès lors également réclamée pour les cotisations aux assurances hospitalisation des mutualités. Les assureurs commerciaux citent cette différence de traitement fiscal comme un exemple de conditions de concurrence déloyale.

3. La recherche d'un compromis

Pour les raisons précitées, les mutualités ne souhaitent pas accéder à une application concrète des Directives en matière d'assurances non-vie à leurs assurances complémentaires. Les mutualités n'ont en effet pas pour objectif de concurrencer les assureurs sur le marché européen et international.

Aussi, les mutualités ont-elles cherché un compromis possible avec les assureurs où le rôle qu'elles jouent les mutualités en matière d'assurances complémentaires est plus clairement délimité et où l'on répond partiellement aux exigences de la Commission, surtout en ce qui concerne les garanties financières.

Il est important, à cet égard, que les mutualités conservent leur spécificité et puissent offrir des services revêtant un caractère solidaire et sans but lucratif.

Les mutualités souhaitent dès lors conserver, pour l'assurance complémentaire, leur statut juridique distinct et, dans le cadre de ce statut, offrir à leurs propres membres des services complémentaires répondant à leurs besoins sur le plan du bien-être et de la santé.

Le 11 juillet, le Conseil des ministres a approuvé une proposition de compromis répondant, d'une part, à l'exigence d'égalité des conditions en matière de garanties financières, mais reconnaissant d'autre part la spécificité des opérations sociales et solidaires (avec obligation d'acceptation, sans but lucratif) par les mutualités. Ces dernières pourront dès lors continuer à offrir ces opérations dans leurs propres locaux au profit de leurs propres membres et il y a donc une reconnaissance et une définition des services qui ne seront pas subordonnés à la directive parce qu'ils répondent aux principes d'intérêt général. Les deux parties ont demandé au gouvernement un délai supplémentaire pour pouvoir élaborer en détail le compromis atteint et ce, pour fin septembre.

Les deux parties ont demandé au gouvernement un délai supplémentaire pour pouvoir élaborer en détail le compromis atteint et ce, pour fin septembre.

Si l'élaboration de ce compromis est effectivement menée à bien, le gouvernement belge le proposera à la Commission européenne, qui jugera alors si la Belgique répond ainsi suffisamment aux exigences qu'elle a posées. Bien que les perspectives ne soient pas défavorables, la Commission demeure toutefois libre d'intenter éventuellement une procédure devant la Cour européenne de Justice. L'issue d'une telle procédure est difficilement prévisible et se ferait encore attendre quelque temps.

4. Conclusion

La mise en demeure de la Commission européenne a brutalement réveillé le monde mutualiste. Le modèle belge des soins de santé, dans le cadre duquel les mutualités jouent un rôle important, est confronté aux règles de jeu européennes du marché unique. Les prochains mois nous apprendront si, après ce réveil pénible, un compromis acceptable pour chacun sera trouvé.

Table des matières

Editorial Plus d'inégalités, moins de bonheur	2
Inégalités de santé Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes	3
Médicaments La forfaitarisation des médicaments dans les hôpitaux	16
Mise en demeure Procédure de mise en demeure par la Commission européenne : état de la situation	25

MC-Informations

paraît quatre fois par an (mars, juin, septembre, décembre) en français et en néerlandais, et est consultable gratuitement sur : <http://www.mc.be/MC-Informations>.

A cette adresse, vous pouvez vous inscrire sur un « mail-alert » et serez ainsi averti lors de la parution d'un nouveau numéro.

Fiche-info

Systemes de santé en Europe / Assurance maladie et soins de santé en France
(en annexe à ce numéro)

Colophon

Editeur responsable	Jean Hermesse, Opberg 23 bte 11, 1970 Wezembeek-Oppem
Rédacteur en chef	Raf Mertens
Secrétariat de rédaction	Jean Demonty, jean.demonty@mc.be , 02 246 49 01, Birgit Gielen, birgit.gielen@cm.be , 02 246 49 60, Peter Hannes, peter.hannes@cm.be , 02 246 49 03, Leen Van Nieuwenhuyze, leen.vannieuwenhuyze@cm.be , 02 246 49 38 Département Recherche & Développement, ANMC
Traduction	Service traduction ANMC
Layout	Service comma ANMC
Impression	Poot (imprimé sur papier recyclé)
Adresse de retour	Rita Debruyne, ANMC – Logistique/WP, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles, rita.debruyne@cm.be , 02 246 43 04