

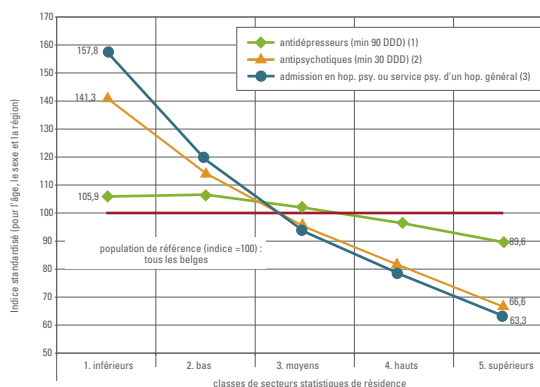
Inégalités en santé

Ceux qui se trouvent en bas de l'échelle sociale rencontrent davantage de problèmes de santé, aussi bien physiques que mentaux.

Médicaments contre la maladie d'Alzheimer

En 2018, l'assurance maladie a dépensé 5 millions d'euros pour un traitement anti-Alzheimer dont l'intérêt est limité et qui comporte de nombreux effets secondaires.

Figure 4 : Santé mentale (Belgique 2016)



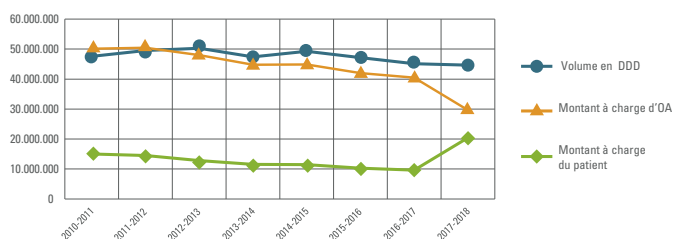
Source: Données de l'Agence InterMutualiste

L'octroi proactive de l'intervention majorée

Il n'y a pas de lien clair et univoque entre l'intervention majorée et les dépenses de soins de santé

Augmentation des prix des antibiotiques

Figure 2 : Antibiotiques remboursés (ATC J01) : Evolution du montant et du volume en DDD de 2010/2011 à 2017/2018



L'augmentation du prix pour le patient n'a pas engendré une diminution de la consommation d'antibiotiques.

Amputations chez les patients diabétiques

Une étude AIM montre qu'une meilleure approche du diabète et le suivi du « pied diabétique » mènent à une diminution des amputations.



Les inégalités sociales dans le secteur des soins de santé demeurent encore un problème. Ceux qui se trouvent en bas de l'échelle sociale rencontrent, selon l'étude présentée par l'AIM, davantage de problèmes de santé, aussi bien physiques que mentaux. On constate un taux de surmortalité atteignant 56%, plus d'incapacités de travail, moins de prévention, moins de soins dentaires,... et ce dès l'enfance. Les inégalités de santé résultent de diverses inégalités sociétales qui doivent toutes être abordées.

Le professeur Dr S. Engelborghs, neurologue à l'UZ Brussel, dénonce dans son ouvrage « *Komop tegen Alzheimer* » (« Luttons contre l'Alzheimer ») le manque de fonds pour la recherche dans le domaine de la démence. Une personne âgée sur trois décède en souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence. Cette maladie est plus meurtrière que les cancers du sein et de la prostate réunis. En Belgique, la maladie d'Alzheimer est la cause principale de démence, responsable d'environ 60 à 70% des cas. Cinquante millions de personnes dans le monde en souffrent. Il s'agit d'environ 200.000 personnes en Belgique. Avec la population vieillissante, ce chiffre devrait encore tripler d'ici 2050, car l'âge est le facteur de risque principal d'Alzheimer et de démence.

La démence constitue un problème socio-économique, sociétal, et sanitaire capital. Nous ne sommes malheureusement pas encore prêts à endiguer ce problème. Entre 2000 et 2017, le nombre de décès dus à des maladies cardio-vasculaires liées à l'âge a diminué de 9%, alors que pour Alzheimer, ils ont augmenté de 145%.

La cause de la maladie d'Alzheimer, un dépôt de protéines dans le cerveau, est déjà présente 10 à 20 ans avant les premiers symptômes. Si l'on pouvait développer des médicaments permettant de freiner et d'arrêter ce dépôt de protéines au stade préclinique, on pourrait alors retarder le moment d'apparition de ces symptômes et peut-être même les modifier. Pourtant, nous ne sommes pas encore parvenus à développer de tels traitements. Tous les essais cliniques de médicaments développés par l'industrie ont échoué. L'investissement relativement inférieur dans la recherche contre l'Alzheimer constitue une raison importante de cet échec. En effet, on investit 6 fois plus dans la recherche contre le sida et 12 fois plus dans la recherche contre le cancer. Des

progrès spectaculaires ont été accomplis pour ces deux maladies, mais presque aucun pour l'Alzheimer. Aux États-Unis, on dépense 400 fois plus pour les soins aux personnes atteintes d'Alzheimer que dans la recherche. Les professeurs actifs dans ce domaine consacrent environ 40 % de leur temps à la recherche de moyens et ce, avec un taux de réussite de 15 à 20%, car ils pêchent tous dans le même vivier. Nous avons besoin de recherche scientifique fondamentale pour comprendre la maladie d'Alzheimer. C'est avant tout une mission pour les universités et les centres de recherche, et non pour l'industrie, qui décroche dès que ce n'est pas rentable. Cela implique un financement structurel des autorités.

Nous révélons dans une étude présentée dans ce numéro qu'en 2018, l'assurance maladie a dépensé 5 millions d'euros pour un traitement anti-Alzheimer dont l'intérêt est limité à seulement quelques patients et qui comporte de nombreux effets secondaires. En France, ce traitement a cessé d'être remboursé. Nous devrions peut-être suivre cet exemple et investir cet argent dans l'amélioration de l'encadrement social et matériel, dans l'accueil, dans l'accompagnement et dans le soutien aux aidants proches. Mais pourquoi ne pas surmonter le cadre des silos et allouer une partie des économies à la recherche scientifique ?

Ce numéro présente également une étude de la MC qui constate que l'augmentation des prix des antibiotiques pour le patient n'a que peu d'impact sur le comportement prescriptif du médecin et de ce fait sur la surconsommation. Nous proposons quelques mesures structurelles plus contraignantes.

Une troisième étude MC montre que la recherche active et l'assurance de membres qui n'ont pas fait valoir leur droit à une intervention majorée ne mènent pas à une augmentation des dépenses de soins, excepté pour les visites à domicile du généraliste.

Nous terminons enfin sur une bonne note. Selon une étude AIM, une meilleure approche du diabète et le suivi du « pied diabétique » mènent à une diminution des amputations.

Michiel Callens

Directeur Studiedienst

Une santé égale pour tous ? Une étude de l'Agence InterMutualiste

Hervé Avalosse, Leila Maron, Murielle Lona, Joeri Guillaume, El Maâti Allaoui, Tonio Di Zinno



Résumé

A l'aide de ses bases de données, l'Agence InterMutualiste (AIM) a mesuré l'ampleur des inégalités sociales en santé dans notre pays. Comme l'AIM regroupe l'ensemble des organismes assureurs du pays, c'est bien l'ensemble de la population qui est, de façon systématique, prise en considération dans cette étude, dont le présent article fait une recension des principaux résultats.

En termes de méthode, pour étudier les inégalités sociales, deux types d'informations doivent être associées :

- *Une **échelle sociale** : via les statistiques fiscales relatives aux secteurs statistiques (ce sont de petites unités territoriales, issues de la subdivision des communes, de la taille d'un quartier) où résident les affiliés des organismes assureurs. L'échelle sociale est composée de cinq classes, allant des revenus fiscaux les plus faibles aux plus élevés (les revenus fiscaux médians sont utilisés comme indicateur de valeur) ;*
- *Un **indicateur relatif à la santé** : ce sont les informations administratives et de facturation de soins de santé dont l'AIM dispose qui sont utilisées. Ces données offrent un aperçu de différents événements en lien avec la santé : hospitalisation, consommation de certains types de soins ou de médicaments, décès, incapacité de travail ... Pour chaque classe, la fréquence de ces événements est mesurée à l'aide d'indices standardisés (pour l'âge, le sexe et la région).*

L'étude montre, par exemple, que la surmortalité est de 56% supérieure pour ceux qui vivent dans les quartiers les plus pauvres par rapport à ceux qui vivent dans les quartiers les plus riches. Outre la mortalité, les indicateurs produits portent sur la morbidité, les soins préventifs, les contacts avec la première ligne et les services hospitaliers.

Des résultats produits, des tendances générales se dégagent : plus on descend dans l'échelle sociale, plus l'état de santé se dégrade, produisant plus de maladies graves, chroniques, invalidantes. Les inégalités en santé se marquent dès l'enfance et ont trait à la fois à la santé physique et mentale. De plus, la prévention, même gratuite, est moins opérante, ne garantissant pas un accès effectif et égal pour tous. En ce qui concerne l'utilisation des soins, peu d'inégalités observées en médecine générale, mais un problème général d'accès aux soins dentaires et un recours plus accentué aux services d'urgence des hôpitaux par les personnes socialement moins favorisées.

***Mots-clés :** Agence Intermutualiste, inégalités en santé, mortalité, morbidité, prévention, revenus imposables, secteur statistique*

1. Introduction

La santé est vue par beaucoup comme un bien précieux. Pourtant, malgré les progrès de la médecine, malgré l'ampleur des dépenses publiques de santé (environ 30 milliards d'euros, tant pour la Sécurité sociale fédérale, que pour les Communautés et Régions), la 'bonne santé' est loin d'être une réalité égale pour tous. En fait, face à la mort et face à la maladie, nous ne sommes pas égaux, les indicateurs de santé se dégradant au fur et à mesure que l'on descend le long de l'échelle sociale.

C'est ce qu'a voulu montrer l'Agence InterMutualiste¹ (AIM) dans une récente étude² dont nous présentons, ici, les principaux résultats. Le but de cette étude est descriptif : il s'agit de mettre en évidence et de mesurer l'ampleur de ces inégalités au sein de la population belge en exploitant au mieux les données détenues par l'AIM.

Recourir aux bases de données de l'AIM présente des avantages certains : la méthode suivie est systématique car **on couvre l'ensemble des assurés sociaux en Belgique**, porte sur des données réelles, enregistrées et contrôlées dans le cadre du système de gestion de l'assurance soins de santé et indemnités. Elle peut également se répéter régulièrement.

2. Méthode

Pour pouvoir mesurer les inégalités sociales en santé, il faut pouvoir combiner une échelle sociale et des indicateurs de santé. Nous décrivons plus avant ces notions et le procédé de construction d'une échelle sociale en cinq classes de valeur croissante. Ensuite, nous indiquons quel genre d'indicateur de santé nous avons choisi.

2.1. Construction d'une échelle sociale

Généralement, l'échelle sociale doit refléter le niveau de revenus et/ou d'études de la population. Mais les organismes assureurs ne disposent que de données partielles sur les revenus de leurs membres (par ex. : via le Maximum à Facturer)

et rien en rapport avec les diplômes. Dès lors, l'échelle sociale est construite à l'aide de statistiques fiscales du Service Public Fédéral (SPF Économie) existantes au niveau des secteurs statistiques.

2.1.1. Secteurs statistiques et revenus fiscaux

Le secteur statistique constitue la plus petite unité géographique administrative³, de la taille d'un quartier, reprenant parfois de quelques rues. L'ensemble du territoire belge est découpé en 20.000 secteurs statistiques (qui se répartissent au sein des 600 communes du Royaume). Grâce à STATBEL⁴, nous disposons de séries statistiques sur les revenus fiscaux au niveau de ces secteurs. La notion fiscale utilisée est le revenu total net imposable⁵.

Les séries statistiques disponibles comprennent, outre le nombre de déclarations fiscales :

- 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 revenu total net imposable qui partage les observations en deux sous-groupes d'égale importance, 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. Comme dans le fichier de population de l'AIM figure le secteur statistique de résidence, on peut donc attribuer à tout un chacun un niveau de revenu : celui de son secteur statistique.

Pour la présente étude, c'est le **revenu médian** des secteurs statistiques qui a été choisi en guise d'indicateur de richesse (la médiane n'étant pas sensible aux valeurs extrêmes). La période de référence des données utilisées est l'année de revenus 2016, soit l'exercice fiscal 2017. Ces informations sont synthétisées en construisant cinq classes de secteurs statistiques, par ordre de valeur croissante des revenus fiscaux médians.

2.1.2. Échelle sociale en cinq classes

Au niveau de l'entité géographique considérée (en l'occurrence, ici, la Belgique), les limites des classes sont établies de façon à

1 L'Agence Intermutualiste est une association sans but lucratif qui regroupe tous les organismes assureurs (les 5 unions nationales de mutualités, la caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, la caisse des soins de santé de HR Rail). Elle a été créée en 2002 et a pour but de collecter et analyser les données administratives des organismes assureurs. Elle dispose d'une reconnaissance légale via la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 (art 278 et suivants).

2 https://aim-ima.be/IMG/pdf/inegalites_en_sante_-_rapport_ima_-_final_-_fr_-_20190508.pdf

3 <https://statbel.fgov.be/fr/propos-de-statbel/methodologie/classifications/secteurs-statistiques>

4 <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>

5 « Ces montants sont calculés à partir des déclarations à l'impôt des personnes physiques. Ils comprennent les revenus imposables au titre d'une profession, les revenus de remplacement, les pensions, les dividendes, le revenu cadastral et les rentes alimentaires de tous les habitants. Les revenus non imposables (comme les allocations familiales et le revenu d'intégration) ne font pas partie des revenus fiscaux. Les statistiques fiscales sont établies selon le lieu de résidence du contribuable. »

<https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux#news>

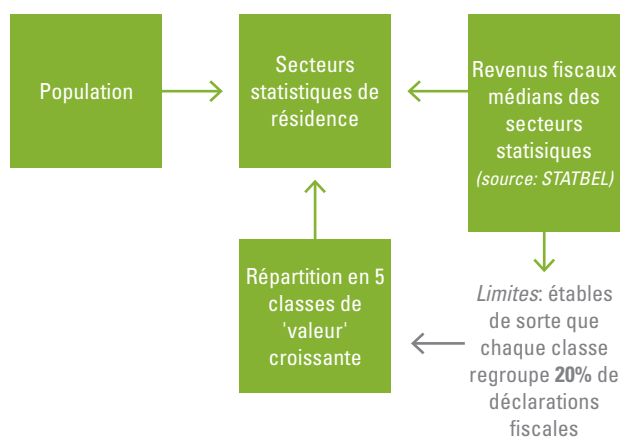
ce que chacune regroupe 20% des déclarations fiscales. La 1^{ère} classe correspond aux secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus faibles (notre interprétation : les quartiers où se concentre la population la moins favorisée), la 5^{ème} regroupe les secteurs statistique où les revenus médians sont les plus élevés (notre interprétation : les quartiers où se concentre la population la plus favorisée). On répartit alors la population dans les cinq classes, en fonction du secteur statistique de résidence mentionné dans le fichier de population de l'AIM. Dans la recension des résultats, la 1^{ère} et la 5^{ème} classe sont dénommées, respectivement, « la classe la plus faible, la plus basse, les quartiers les plus pauvres » et « la classe la plus élevée, les quartiers les plus riches ».

Dans le Tableau 1 ci-dessous, pour la Belgique, nous donnons le résultat de la répartition de la population au sein de l'échelle en 5 classes. Globalement, environ 0,3% des membres ne peuvent être répartis dans cette échelle sociale. Deux raisons : pas de secteur statistique connu ou bien il n'y a pas de revenu médian calculé pour le secteur statistique en cause (car pas assez de déclarations fiscales).

Tableau 1 : Répartition de la population dans les cinq classes de secteurs statistiques (Belgique) - Année de revenus 2016

Classe de secteurs statistiques	Limites des classes	Nombre de personnes	En %
0 Inconnus	/	32.027	0,3%
1 Inférieurs	]0 ; 20.348 €]	2.208.184	20,2%
2 Bas	]20.348 € ; 23.209 €]	2.084.276	19,1%
3 Moyens	]23.209 € ; 25.735 €]	2.124.365	19,4%
4 Hauts	]25.735 € ; 28.350 €]	2.199.142	20,1%
5 Supérieurs	]28.350 € ; ...	2.283.015	20,9%
Total =		10.931.009	100,0%

Schéma de la méthode pour la construction de l'échelle sociale



1^{ère} classe: regroupe la population qui réside dans les secteurs statistique où les revenus fiscaux médians sont **les plus faibles**.
5^{ème} classe: regroupe la population qui réside dans les secteurs statistique où les revenus fiscaux médians sont **les plus élevés**.

2.2. Indicateurs de santé : indice standardisé

Les organismes assureurs ne disposent pas de données diagnostics à propos de leurs affiliés. Toutefois, les données en possession de l'AIM permettent de mettre en évidence divers événements liés à la santé. Ces derniers sont :

- déduits directement des données administratives (par ex. : décès, incapacité primaire de travail, statut d'invalidité, etc.) ;
- construits sur la base de codes de prestations de soins de santé faisant l'objet d'un remboursement de la part de l'assurance obligatoire soins de santé (par ex. : avoir bénéficié de soins dentaires, avoir eu un contact avec un médecin généraliste, avoir consommé une certaine catégorie de médicaments⁶, etc.).

Disposant de cette échelle sociale en cinq classes, on peut alors 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 'décéder au cours de l'année 2016', 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 indirecte afin de tenir compte du 'profil', de la structure particulière de la population au sein de chacune des classes.

Quel est le but de la standardisation ? Grâce à elle, on élimine « l'effet des différences entre populations à comparer »⁷ par rapport à une certaine variable, par exemple l'âge. Dès lors, si l'indice standardisé de mortalité est plus élevé dans une classe spécifique (par rapport aux autres), alors cela ne sera pas dû à

⁶ Une classe précise de médicaments est identifiée à l'aide de la classification ATC (anatomique, thérapeutique et chimique).

⁷ http://www.pifo.uvsq.fr/epideo/esp/chap_2/standardisation.html

un effet d'âge, au fait que la population serait plus âgée dans cette classe spécifique (par rapport aux autres), car la standardisation élimine l'impact lié à la structure d'âge différenciée dans les différentes classes. Pour la présente étude, les paramètres pour la standardisation sont l'âge, le sexe et la région (Wallonie, Flandre, Bruxelles) où se situe le secteur statistique de résidence.

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 population de cette classe est confrontée à cet événement avec un risque accru de 30% quand on la compare à la population de référence. La population de référence peut varier d'un événement à l'autre : on se concentre, en effet, sur la population pertinente, celle susceptible d'être confrontée à l'événement de santé en cause (pe : inutile de considérer les hommes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus).

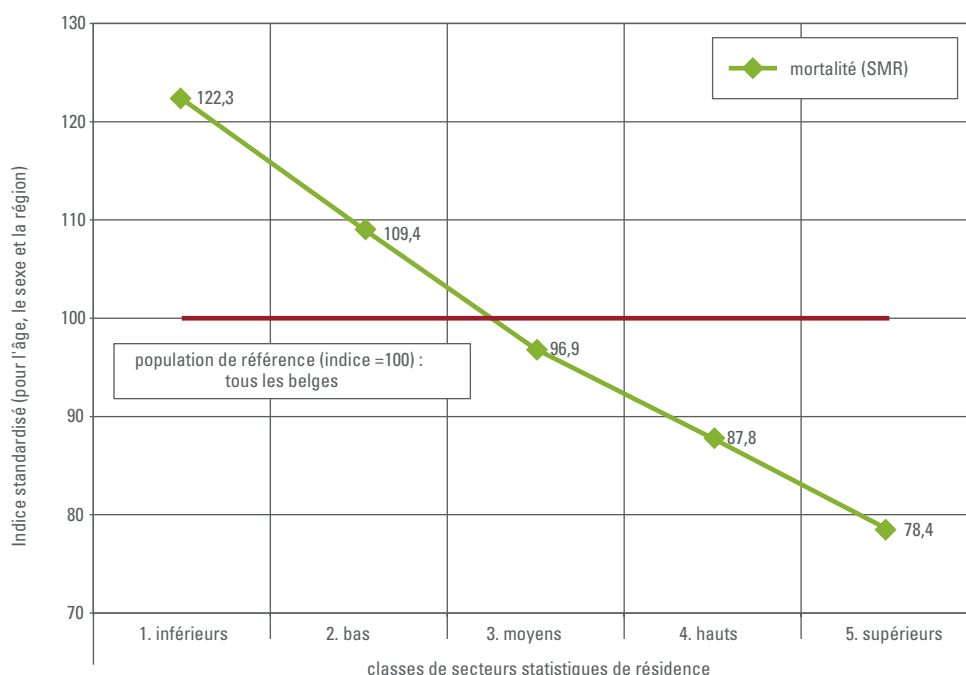
3. Principaux résultats

Divers indicateurs ont été produits et sont liés à quatre grands domaines : mortalité, morbidité, la prévention, l'utilisation du système de soins (recours aux soins de 1ère ligne et le recours aux structures hospitalières). Dans la suite, nous présentons graphiquement le gradient social observé pour la Belgique. Le rapport complet de l'étude reprend les résultats spécifiques aux 3 régions de notre pays.

3.1. Mortalité

L'évènement étudié est le fait de décéder au cours de l'année 2016, la population de référence considérée étant constituée par l'ensemble des Belges. Ici, l'indice correspond au classique *Standardized Mortality Ratio* (SMR). Graphiquement (Figure 1), on voit que les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un risque de mortalité de 22% supérieur à la population de référence. Par rapport à la classe la plus élevée (classe 5), la surmortalité est de 56% supérieur $(=[122,3/78,4]-1)$. Ce qui veut dire, en d'autres mots : les personnes vivant dans les quartiers les plus pauvres du Royaume ont un risque accru de 56% de décéder dans l'année par rapport à ceux qui vivent dans les quartiers les plus riches. Ce n'est en rien le fruit du hasard : de tels écarts reflètent un état de santé plus dégradé, dû aux conditions de vie, sociales et économiques plus dures lorsqu'on descend le long de l'échelle sociale.

Figure 1 : Mortalité (Belgique 2016)



Source: Données de l'Agence InterMutualiste

3.2. Morbidité

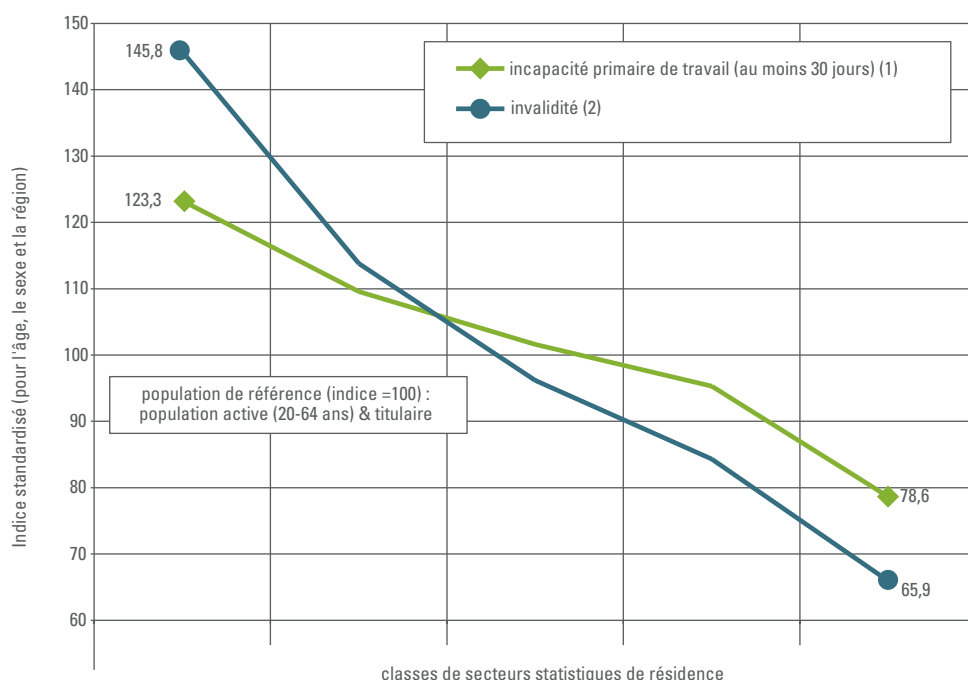
Bénéficier d'une indemnité en incapacité de travail est aussi une information relative à l'état de santé car les travailleurs ne sont plus en état d'exercer leurs activités professionnelles du fait d'une maladie ou d'un accident. Ici, deux indicateurs ont été construits, l'un relatif à l'incapacité primaire, l'autre à l'invalidité.

1. Pour l'**incapacité primaire**, on considère le fait d'être indemnisé au moins 30 jours (au-delà de la période de salaire garanti) au cours de 2016. La population de référence est restreinte aux titulaires actifs (chômeurs compris) du secteur privé, entre 20 et 64 ans, les personnes ayant déjà le statut d'invalidité cette année-là étant également exclues. On approche ainsi au mieux la population couverte par les organismes assureurs et susceptible d'être indemnisée pour une incapacité primaire de travail. Nous observons (Figure 2) un important gradient social : les travailleurs appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un surrisque de 57% ($= [123,3/78,6]-1$) d'être indemnisé (au moins durant 30 jours) par rapport aux travailleurs qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).
2. Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'une année,

alors le travailleur passe en **invalidité**. Pour cet indicateur, la population de référence étant restreinte aux titulaires actifs (chômeurs compris) du secteur privé, entre 20 et 64 ans. Par rapport à l'indicateur précédent, nous observons (Figure 2) un gradient social encore plus accentué : les travailleurs appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un surrisque de 121% ($= [145,8/65,9]-1$) d'être invalide par rapport aux travailleurs qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

A l'aide des données de facturation de soins de santé et de données administratives, on peut approcher les maladies chroniques. Par exemple : le diabète. Ici, la détection⁸ des patients diabétiques se fait à l'aide d'interventions spécifiques qui existent au sein de l'assurance obligatoire soins de santé (trajet de soins, conventions de revalidation, ...) ou bien à l'aide de la consommation de médicaments⁹. Comme on le voit à la Figure 3, les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un surrisque de 43% ($= [121,5/84,7]-1$) de souffrir du diabète par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5). Pour le diabète, dans la population de référence, nous excluons les femmes ayant accouché en cours d'année, afin de ne pas tenir compte du diabète gestationnel.

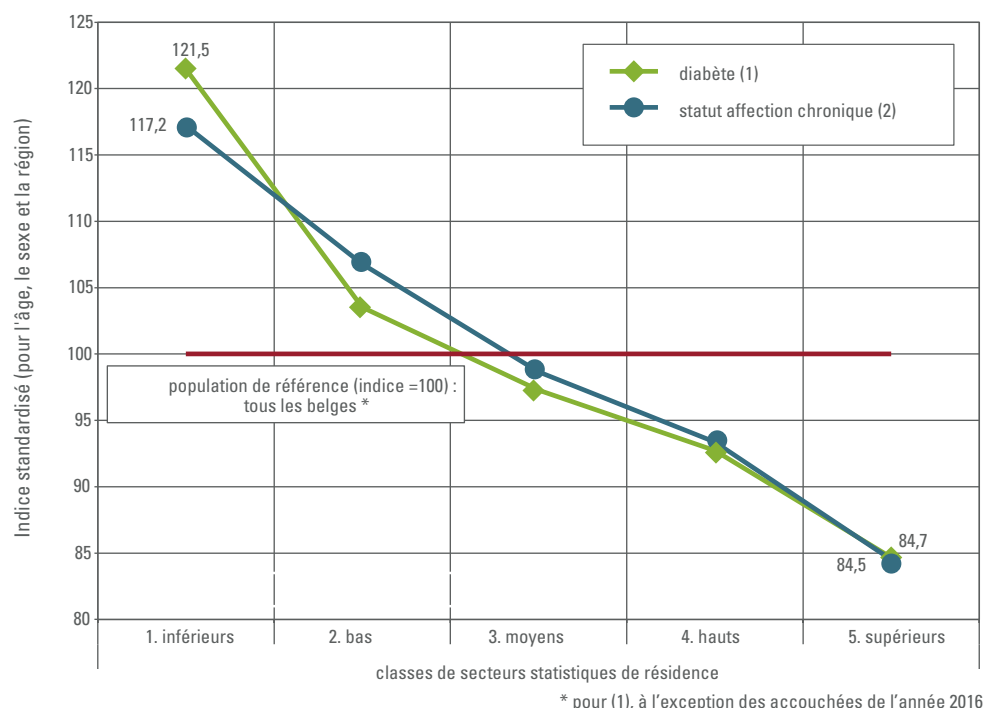
Figure 2 : Incapacité de travail (Belgique 2016)



Source: Données de l'Agence InterMutualiste

- 8 Attention, les données de facturation ne permettent pas de détecter toutes les situations de diabète : ceux pour lesquels un régime alimentaire, de l'activité physique suffit ne seront pas détectés.
- 9 classe ATC A10.

Figure 3 : Diabète – Statut affection chronique (Belgique 2016)



Source: Données de l'Agence InterMutualiste

On peut également détecter les malades chroniques à l'aide du statut 'affection chronique'¹⁰. Certes, ce statut ne couvre pas toutes les situations de maladie chronique mais pointe sûrement vers des situations où la consommation de soins est importante et régulière et où il y a une perte d'autonomie pour le patient. Bref, bénéficier de ce statut ne peut aller de pair qu'avec un état de santé durablement dégradé. A la Figure 3, on peut voir que les individus appartenant à la classe la plus faible présentent, en 2016, un surrisque de 39% ($= [117,2/84,5] - 1$) de bénéficier de ce statut par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

Les inégalités sociales se révèlent également en santé mentale. La tendance générale est identique aux indicateurs précédents : les indicateurs d'état de santé mentale se dégradent quand on descend le long de l'échelle sociale. C'est ce que l'on voit à l'aide des 3 indicateurs suivants (Figure 4).

1. *Le recours aux antidépresseurs*¹¹ (à raison de minimum 90 DDD¹² au cours de l'année 2016). Le gradient observé n'est

pas spectaculaire mais bien en défaveur de ceux qui appartiennent à la classe 1 : nous observons que les individus de cette classe présentent, en 2016, un surrisque de 18% ($= [105,9/89,6] - 1$) de recourir aux antidépresseurs par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

2. *Le recours aux antipsychotiques*¹³ (à raison de minimum 30 DDD au cours de l'année 2016). Le gradient observé est assez spectaculaire : les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un surrisque de 112% ($= [141,3/66,6] - 1$) de recourir aux antipsychotiques par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

3. *Les admissions psychiatriques* (en hôpital psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un hôpital général). A nouveau, on observe que les individus appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent un surrisque de 149% ($= [157,8/63,3] - 1$) d'avoir une hospitalisation psychiatrique par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

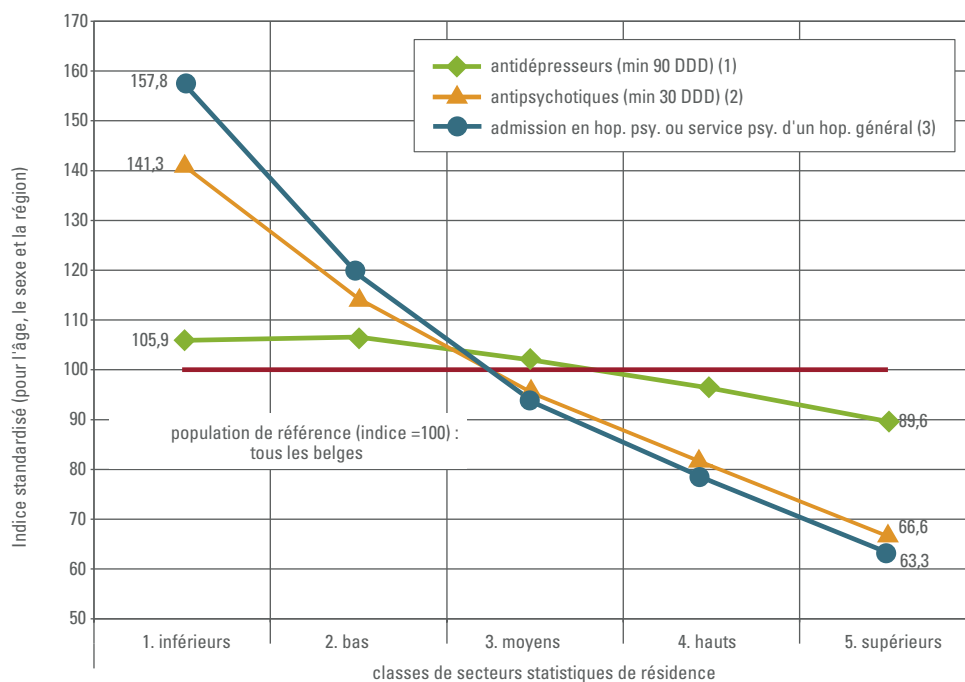
¹⁰ <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/chroniques/Pages/statut-personne-affection-chronique-acces-soins.aspx>

¹¹ Classe ATC N06A. On utilise cette limite de 90 DDD, qui correspond à un traitement de 3 mois, afin de bien identifier les patients recourant aux antidépresseurs pour raison de dépression. Cette classe de médicaments, à des niveaux de DDD plus faibles, peut également être utilisée à d'autres fins (par ex. migraine).

¹² DDD = Defined Daily Doses. C'est la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. Définition reprise de : https://www.who.int/medicines/regulation/medicines-safety/toolkit_ddd/en/

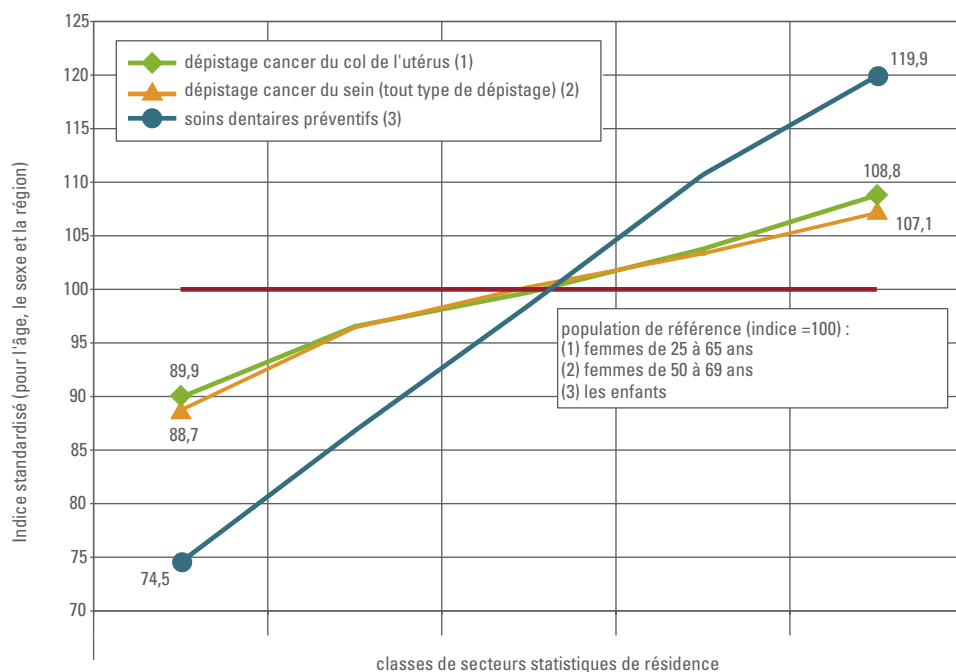
¹³ Classe ATC N05A

Figure 4 : Santé mentale (Belgique 2016)



Source: Données de l'Agence InterMutualiste

Figure 5 : Soins préventifs (Belgique 2016)



Source: Données de l'Agence InterMutualiste

3.3. Prévention

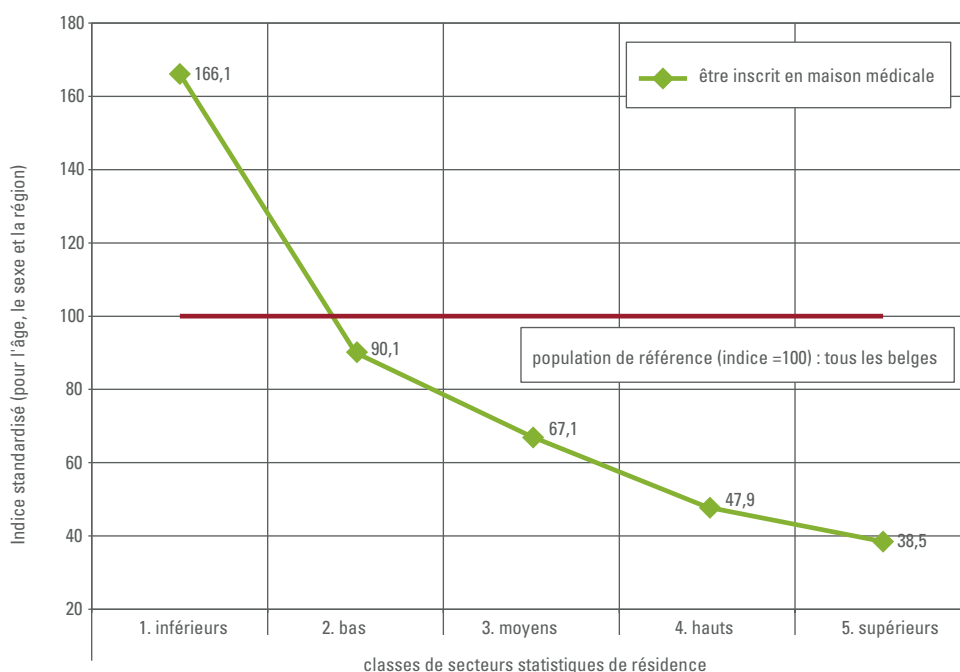
Quand on descend le long de l'échelle sociale, la prévention est moins opérante. On peut le voir grâce aux trois indicateurs suivants (Figure 5).

1. **Le dépistage du cancer du col de l'utérus.** Pour être précis, l'évènement en cause est le fait d'avoir été remboursé pour au moins un frottis au cours de la période 2014 à 2016, la population de référence étant constituée par les femmes de 25 à 65 ans. On trouve bien un gradient social significatif : les femmes issues de la classe 1 ont 17% ($= [89,9/108,8]-1$) de chances en moins que celles de la classe 5 à recourir à ce type de dépistage.
2. **Le dépistage du cancer du sein.** Il peut se faire de plusieurs façons : ou bien en procédant à un mammotest gratuit (dans le cadre du programme de dépistage financé par les Communautés) ou bien via une mammographie diagnostique dans le cadre des prestations remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé (mais alors ce n'est pas gratuit)¹⁴.

Ici, nous considérons ensemble toutes les possibilités de dépistage : le plus important est bien que le dépistage ait eu lieu (en 2015 ou en 2016), la population de référence étant limitée aux femmes de 50 à 69 ans). Mais ce n'est pas le cas pour toutes les femmes. On observe un gradient social : l'écart entre classes extrêmes est de 17% ($= [88,7/107,1]-1$) en défaveur des femmes appartenant à la classe la plus faible par rapport à celles qui appartiennent à la classe la plus élevée.

3. **Les soins dentaires préventifs pour les enfants.** Pour peu que le patient se fasse traiter¹⁵ par un dentiste conventionné, ou bien par un dentiste ne demandant pas de suppléments d'honoraires, les soins dentaires préventifs (par ex. : détartrage, examen buccal, etc.) sont gratuits pour les jeunes jusqu'à 18 ans (pas de ticket modérateur à payer). Mais, manifestement, cette mesure ne suffit pas à garantir l'égalité d'accès. Le gradient social est, ici, très important : les jeunes de la classe 1 ont une probabilité moindre de 38% ($= [74,5/119,9]-1$) de bénéficier de ce type de soins par rapport à ceux issus de la classe 5.

Figure 6 : Être inscrit en maison médicale (Belgique 2016)



Source: Données de l'Agence InterMutualiste

¹⁴ Notons qu'il y a de grandes différences régionales : la participation au programme communautaire gratuit est privilégiée en Région Flamande, tandis que les Bruxelloises et les Wallonnes ont de préférence recours aux mammographies diagnostiques. Voir les indicateurs de l'Atlas de l'AIM. <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>

¹⁵ Plus précisément, l'indicateur est construit de la façon suivante : au moins 2 contacts préventifs chez le dentiste dans 2 différentes années dans un délai de 3 années civiles (année 2014 à 2016).

3.4. Utilisation du système de soins

Divers indicateurs ont été construits autour des contacts ambulatoires avec le médecin généraliste, spécialiste et le dentiste.

1. Quelques traits se dégagent par rapport au médecin généraliste.
 - a. Globalement, tout type de contact confondu (consultation au cabinet du médecin ou visite de ce dernier au domicile du patient), on ne voit pas vraiment de différence d'une classe à l'autre (les écarts observés sont de maximum 1%).
 - b. Ceux qui sont issus de la classe la plus faible marquent toutefois une préférence pour les visites à domicile. En effet, la probabilité d'avoir une visite de son médecin généraliste est de 38% supérieure pour ceux appartenant à la classe la plus faible (classe 1) par rapport à ceux qui appartiennent à la plus élevée (classe 5).
 - c. Une autre façon de bénéficier de la médecine générale, sans devoir déboursier de l'argent de sa poche, c'est d'être affilié à une maison médicale (financée au forfait). Les maisons médicales sont, bien sûr, accessibles à tous. Mais il n'est pas étonnant que ce soient ceux et celles qui vivent dans les quartiers les moins favorisés (classe 1) qui s'y inscrivent bien davantage (Figure 6) : l'écart observé entre la classe 1 et 5 est de l'ordre de 332% ($= [166,1/38,5] - 1$).
2. Par rapport à la consultation d'un médecin spécialiste, là aussi pas de grande différence. On observe un écart de 6% entre classes extrêmes, en faveur de ceux appartenant à la classe la plus élevée. Ou pour le dire autrement : ces derniers ont une propension légèrement supérieure de 6% à entrer en contact avec un médecin spécialiste, tout type de spécialité confondu.
3. Pour les soins dentaires (Figure 7), on a encore regardé plus spécifiquement les traitements orthodontiques, commencés ou encore en cours, pour les enfants. On sait que ces traitements coûtent cher¹⁶, il n'est donc pas étonnant de voir, ici, un important gradient social. En effet, les enfants issus de la classe la plus faible (classe 1) ont une probabilité

diminuée de 35% ($= [76,2/117,2] - 1$) d'avoir eu un traitement orthodontique par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

On s'est aussi penché sur ceux et celles qui ne vont pas chez le dentiste. Mais y a-t-il là un gradient social à observer ? Oui, c'est bien le cas (Figure 7). Les personnes appartenant à la classe la plus faible (classe 1) ont une probabilité accrue de 47% ($= [117,8/80,4] - 1$) de ne pas avoir eu le moindre contact avec un dentiste, au cours de trois années consécutives, par rapport à celles qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).

Quelques indicateurs en rapport avec les soins hospitaliers ont également été construits (Figure 8).

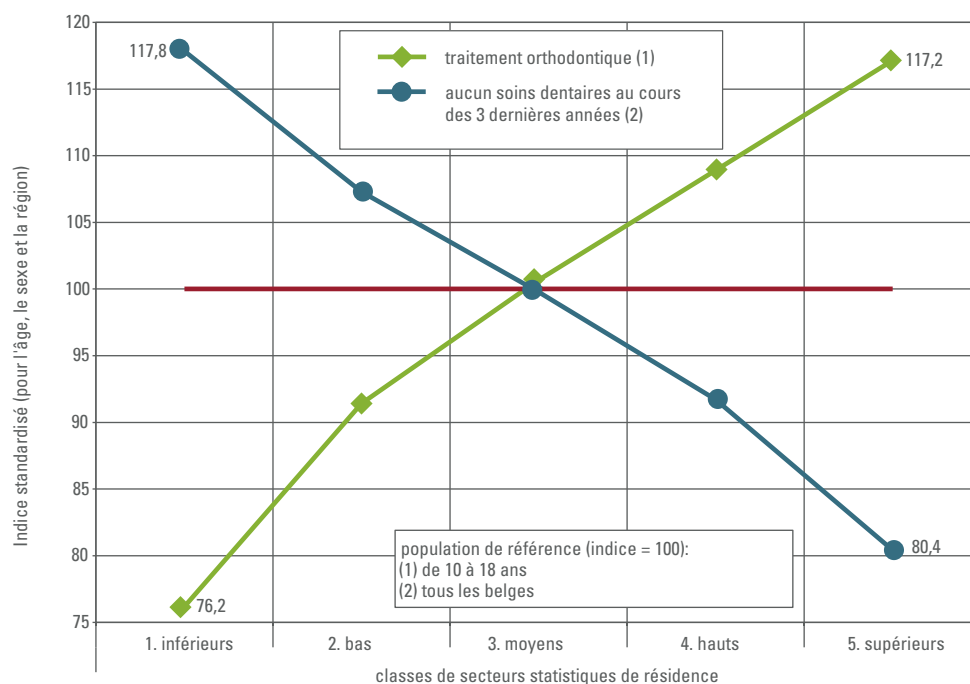
1. Avec les **admissions hospitalières 'classiques'** (au moins une nuitée), on reflète plutôt l'état de santé relatif des populations. Et, sans surprise, le gradient observé reflète bien un état de santé plus faible en défaveur de la classe 1 : les individus appartenant à la classe la plus faible présentent, en 2016, un risque accru de 19% ($= [109,0/91,3] - 1$) d'être admis à l'hôpital par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5).
2. Avec les **hospitalisations pédiatriques ou en service de néonatalogie**, c'est de la santé des enfants qu'il s'agit. Et, la conclusion est claire : le gradient social observé montre que l'état de santé des enfants se dégrade quand on descend le long de l'échelle sociale. On observe, en effet, que les enfants appartenant à la classe la plus faible (classe 1) présentent, en 2016, un surrisque de 19% ($= [107,1/89,6] - 1$) d'être admis en pédiatrie ou néonatalogie par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée (classe 5). Les inégalités sociales en santé se marquent donc dès l'enfance.
3. Enfin, recourir aux **urgences hospitalières** est plus fréquent quand on descend le long de l'échelle sociale. La population afférente à la classe la plus faible (classe 1) présente, en 2016, un risque accru de 33% ($= [114,9/86,5] - 1$) de se présenter aux urgences d'un hôpital par rapport à la population de la classe la plus élevée (classe 5).

16 KCE. 2008. Orthodontie chez les enfants et adolescents. Rapport KCE 77B.

Repris du site du KCE : « Quatre jeunes sur dix portent un appareil dentaire en Belgique. Dans une étude menée en collaboration avec l'Hôpital universitaire de Leuven (UZ Leuven/KU Leuven), le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) arrive à la conclusion que ces traitements ne sont pas toujours médicalement fondés. Les risques liés à l'orthodontie sont limités. **Un traitement coûte en moyenne 1000 EUR au patient, soit 50% du coût total. L'autre moitié est prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire et par les assurances complémentaires.** En matière de remboursement, l'assurance-maladie ne fait actuellement pas la distinction entre les anomalies légères (esthétiques), modérées ou sévères. Le KCE recommande un remboursement adapté en fonction de la sévérité de l'anomalie dentaire avec un meilleur remboursement en cas de troubles sérieux »

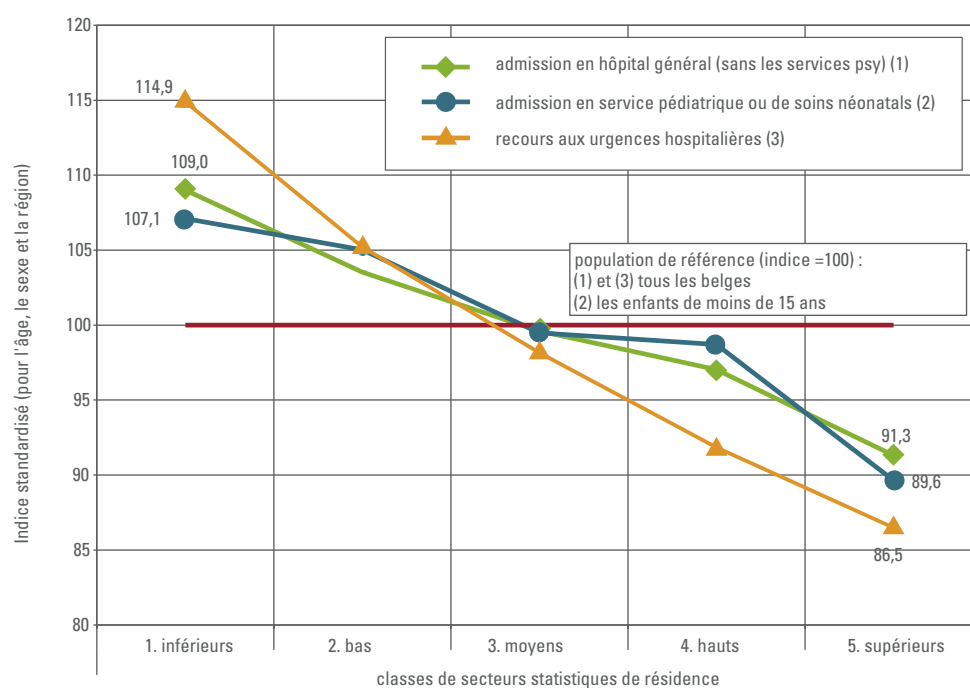
<https://kce.fgov.be/fr/orthodontie-chez-les-enfants-et-adolescents>

Figure 7 : Orthodontie, pas de soins dentaires (Belgique 2016)



Source: Données de l'Agence InterMutualiste

Figure 8 : Recours aux structures hospitalières (Belgique 2016)



Source: Données de l'Agence InterMutualiste

4. Conclusions

Les résultats produits à l'occasion de cette étude convergent vers la même conclusion : quand on descend le long de l'échelle sociale, l'état de santé se dégrade, la prévention est moins effective et on ne se soigne pas de la même façon (sans oublier qu'une partie de la population est contrainte de reporter des soins de santé pour des raisons financières¹⁷).

- Pour les populations moins favorisées, un état de santé qui se dégrade signifie que les chances de survie sont moindres, que la probabilité de tomber en incapacité de travail augmente (et donc que les revenus disponibles diminuent encore alors que les dépenses de santé augmentent), qu'on est davantage confronté à des maladies graves, chroniques, invalidantes. Tout cela reflète des conditions de vie, sociales et économiques plus dures avec moins d'opportunités de pouvoir se soigner correctement. Et cela commence dès l'enfance, comme le montrent les admissions hospitalières en pédiatrie et néonatalogie.

Il ne s'agit pas seulement de la santé 'physique'. Avec les hospitalisations psychiatriques, le recours aux antidépresseurs, aux antipsychotiques, on voit que les inégalités sociales se révèlent également en santé mentale. Ceci ne devrait guère étonner. Vivre (ou survivre) dans des conditions précaires génère des tensions et un stress permanents auxquels il n'y a pas beaucoup d'issue.

- La prévention est moins opérante quand on descend l'échelle sociale. Et même quand il y a la possibilité de soins préventifs gratuits (pe : mammothest, soins dentaires préventifs pour les enfants), cela ne garantit pas un accès effectif et égal pour tous. Mais comment s'en étonner ? Vu leur situation quotidienne difficile, la prévention n'est pas la première priorité des populations moins favorisées. On peut s'interroger également sur la compréhension des messages de prévention. Ce sont aussi ces populations qui ont le niveau le plus faible de 'littératie' en santé. En tout cas, cela nous oblige à nous questionner sur les représentations sociales et les valeurs que nous associons à la santé. Elles ne sont pas identiques dans tous les secteurs de la population.

- L'utilisation du système de soins montre bien qu'on ne se soigne pas de la même façon. Bonne nouvelle : du côté de la médecine générale, on n'a pas trouvé d'inégalités si ce n'est qu'on remarque une préférence pour les visites à domicile de la part des populations moins favorisées. Pourtant, une visite à domicile est plus chère qu'une consultation au cabinet du médecin généraliste. Quant à la maison médicale, elle apparaît comme privilégiée par ceux qui sont dans le bas de l'échelle sociale. Il y a, par contre, un très net problème général d'accès aux soins dentaires en défaveur des populations moins favorisées. On peut franchement s'inquiéter pour la santé bucco-dentaire de ces derniers.

On note également un recours plus accentué aux services d'urgence des hôpitaux quand on descend le long de l'échelle sociale. Le principal, c'est de se soigner. Mais, ce n'est pourtant pas la solution la moins chère, surtout quand la situation ne se révèle pas si urgente : le ticket modérateur est alors bien plus élevé que celui à payer auprès d'un médecin généraliste. 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.

- Encore un point d'attention : les inégalités sociales en santé concernent bien l'ensemble de la société. Dans la présentation des résultats, on insiste sur la 'tension' entre les classes 1 et 5 : en effet, plus le ratio des indices observés pour ces deux classes est élevé, plus le gradient se verticalise, ce qui montre des inégalités sociales accentuées. Mais il ne s'agit pas seulement d'apprécier la situation de ceux qui appartiennent à la classe la moins favorisée par rapport à ceux de la classe la plus favorisée. En effet, les personnes appartenant aux classes intermédiaires (les classes 2, 3 et 4 dans les graphiques présentés) ont aussi des indices (souvent) moins favorables à celui mesuré pour la classe 5, la classe la plus favorisée. Toutes ces personnes sont donc également concernées par les inégalités en santé.

17 KCE. 2019. Performance du système de santé belge. Rapport KCE 313B.

Avec ce rapport, le KCE présente et mesure les inégalités socioéconomiques pour une série d'indicateurs. Dans sa synthèse des résultats (page 58), le KCE précise : « Les inégalités présentées indiquent que les groupes plus défavorisés (faible niveau d'éducation, faible revenu, ou bénéficiant d'une intervention majorée) rapportent davantage de besoins non satisfaits pour des raisons financières au niveau de soins médicaux et dentaires. Malgré les mesures prises pour améliorer l'accessibilité financière des soins de santé, des inégalités socio-économiques importantes – et croissantes – sont observées. La fréquence des besoins non satisfaits est plus de 4 fois plus élevée au sein de la population à faible niveau d'éducation, par rapport à la population ayant un niveau d'éducation élevé, et les différences par quintile de revenus sont encore plus marquées. »

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf

Les inégalités en santé sont particulièrement injustes et les réduire devrait être l'objectif de tous. Cela passe certainement par l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins. Mais le système de santé n'est pas seul en cause. Les inégalités en santé sont la résultante de toutes les inégalités sociales présentes au sein de notre société. Il faut dès lors questionner les conditions générales de vie, de logement, de l'accueil de la petite enfance, l'accès à l'emploi, à l'éducation, l'environnement (matériel, social et culturel) ... Tous les niveaux de pouvoir de notre pays et tous les acteurs sociaux sont concernés. Si *'mesurer, c'est savoir'*, alors maintenant qu'on sait (la présente étude venant confirmer bien d'autres études en la matière), *'Health in all policies'* devrait être notre nouvelle maxime.

Tendances en matière d'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer

Dr. Kris Van haecht (direction médicale), Dr. Michiel Callens (directeur du service d'étude), Rose-Marie Ntahonganyira et Michèle Morel (service d'étude)

Résumé

La maladie d'Alzheimer est une forme fréquente de démence. Les médicaments contre la maladie d'Alzheimer qui sont remboursés en Belgique (inhibiteurs de la cholinestérase et mémantine) ont, d'une part, un effet positif modéré et, d'autre part, de nombreux effets indésirables. En France, les médicaments contre la maladie d'Alzheimer ne sont plus remboursés depuis août 2018 en raison de ce déséquilibre entre avantages et inconvénients. La MC a, dans ce contexte, décidé d'examiner de plus près l'évolution de l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer auprès de ses membres atteints de démence. Nous nous sommes penchés sur la période de 2010 à 2018. Nous avons d'abord analysé l'évolution globale de l'utilisation, ensuite l'utilisation par molécule, par tranche d'âge, par sexe, par statut social et par région et province. Le remboursement des médicaments contre la maladie d'Alzheimer dépend de l'approbation de la demande de remboursement par le médecin-conseil de la mutualité : nous avons analysé les disciplines médicales auxquelles les demandeurs de remboursement appartiennent. La durée du traitement a également fait l'objet d'une étude plus approfondie.

En 2018, 17% des membres atteints de démence prenaient des médicaments contre la maladie d'Alzheimer. Cette même année, sur l'ensemble des utilisateurs, 84% avaient plus de 75 ans. Sur toute la période, un traitement médicamenteux a été plus souvent demandé pour les hommes que pour les femmes. Nous avons enregistré une plus grande utilisation de ces médicaments chez les membres ne bénéficiant pas d'une intervention majorée que chez les membres qui en bénéficient. En Flandre, ces médicaments ont, au cours des dernières années, été bien plus souvent demandés qu'à Bruxelles, tandis qu'en Wallonie, une grande variation existe entre provinces. Dans la majorité des cas, c'est le neurologue qui a fait la demande de traitement (57%). Une large moitié des utilisateurs a suivi le traitement de manière continue pendant trois ans, tandis qu'une petite moitié a arrêté le traitement dans les trois ans suivant sa mise en place.

La principale conclusion que l'on peut tirer de cette étude est que les médecins belges introduisent de moins en moins de demandes pour les médicaments contre la maladie d'Alzheimer. Leur valeur est manifestement de plus en plus mise en doute. D'autre part, ces médicaments s'accompagnent également de coûts non négligeables. Les moyens financiers consacrés aujourd'hui au remboursement pourraient être éventuellement utilisés de manière plus utile, à savoir en vue d'un meilleur accompagnement et encadrement social et matériel des patients atteints de démence. En d'autres termes, ces moyens pourraient être utilisés pour rendre les soins plus humains et améliorer la qualité de vie de ces patients. Et pourquoi ne pas dépasser les silos et prévoir des moyens pour les universités et les centres qui effectuent des recherches scientifiques, tellement nécessaires ?

Mots-clés : Alzheimer, démence, médicaments contre la maladie d'Alzheimer, inhibiteurs de la cholinestérase, mémantine

1. Contexte

La maladie d'Alzheimer est une affection qui touche le cerveau et qui se traduit par des troubles progressifs de la mémoire et des facultés cognitives ; à un stade avancé, elle empêche d'effectuer même les tâches les plus simples. Les symptômes peuvent se déclarer de façon précoce (entre 30 et 65 ans environ) ou de façon tardive (à partir de 65 ans environ).

La maladie doit son nom au Dr. Alois Alzheimer qui, en 1906, étudia le cerveau d'une femme décédée à l'âge de 55 ans et ayant souffert, pendant de nombreuses années, de pertes de mémoire et de troubles du comportement. Il découvrit dans son cerveau de nombreux amas anormaux de protéines que l'on appelle aujourd'hui « plaques amyloïdes » et « glomérules

neurofibrillaires ». Ces amas anormaux ont pour effet d'interrompre les liaisons neuronales essentielles¹. Aucun traitement étiologique n'a été découvert à ce jour.

À l'heure actuelle, la maladie d'Alzheimer est considérée comme l'une des principales causes de démence. Bien qu'il soit difficile de déterminer le pourcentage exact, on estime à environ 60% à 70% les cas de démence imputables à cette maladie².

Outre la maladie d'Alzheimer, il existe d'autres formes de démence. Dans de nombreux cas, la démence est due, par exemple, à une mauvaise irrigation sanguine de certaines zones du cerveau à la suite d'un accident cérébro-vasculaire (c.-à-d. causé par une hémorragie ou une thrombose). Cette « démence vasculaire » n'est pas la cible des médicaments contre la maladie d'Alzheimer, mais il est possible de la prévenir grâce à un mode de vie sain (en raison du lien avec les risques cardiovasculaires, comme le tabagisme, l'hypertension et le diabète)³.

Une personne âgée sur trois décède en souffrant d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence. Cette maladie cause plus de décès que les cancers du sein et de la prostate réunis. Cinquante millions de personnes en sont affectées dans le monde. En Belgique, environ 200.000 personnes sont concernées. Comme l'âge est un facteur de risque important pour Alzheimer et la démence, et que nous vieillissons tous, ce nombre va tripler d'ici 2050.

Plusieurs médicaments sont utilisés contre la maladie d'Alzheimer : les inhibiteurs de la cholinestérase comme le donépézil, la galantamine et la rivastigmine, la mémantine et le ginkgo biloba⁴. D'après le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP), la place de ces médicaments est limitée : leur effet positif est modéré et ils présentent de nombreux effets indésirables (dans le cas des inhibiteurs de la cholinestérase, par exemple, nausées, vomissements et diarrhées figurent parmi les effets secondaires très fréquents).

(...) Il n'y a pas d'arguments en faveur d'un effet neuroprotecteur ou d'un effet préventif sur le développement de la maladie d'Alzheimer, que ce soit dans la population générale ou chez les personnes présentant de troubles cognitifs légers. (...) Il n'est pas clair dans quelle mesure les médicaments de la maladie d'Alzheimer améliorent la qualité de vie des patients et de leur entourage ; il n'est pas non plus démontré si ces médicaments peuvent postposer le placement dans une institution spécialisée. (...) L'extrait standardisé de Ginkgo biloba (EGb 761) n'a pas d'effet avéré chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les nombreux compléments

*alimentaires qui contiennent du Ginkgo biloba n'ont été que peu ou pas étudiés.*⁵

En France, les médicaments contre la maladie d'Alzheimer ne sont plus remboursés depuis le 1/8/2018 en raison de leurs avantages minimes par rapport aux inconvénients. Dans ce contexte, la MC a décidé **d'examiner de plus près l'évolution de l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer auprès de ses membres atteints de démence (période 2010–2018)**. À l'heure actuelle, seuls les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine sont disponibles sur le marché belge et encore remboursables, et ce depuis 2002. L'indemnisation des médicaments à base d'extrait de ginkgo biloba a été supprimée en 2011 en raison de l'absence d'effet démontré. Les médicaments contre la maladie d'Alzheimer sont remboursés en vertu des règles du « Chapitre IV » de la liste des médicaments remboursables. Le médecin traitant doit donc introduire une demande auprès du médecin-conseil de la mutualité.

2. Méthodologie de l'étude de la MC

Pour déterminer le nombre de membres de la MC atteints de démence, nous avons fait appel aux données de facturation de nos membres. Nous avons appliqué les deux critères suivants :

- octroi d'un forfait démence sur la base de l'échelle d'évaluation KATZ utilisée pour les soins à domicile, les maisons de soins et les centres pour soins de jour (codes appliqués : T9, D et Cd) ;
- remboursement d'au moins une boîte (par an) de médicament contre la maladie d'Alzheimer délivrée par une pharmacie publique.

Les membres répondant à au moins un de ces deux critères étaient considérés comme patients atteints de démence.

Les médicaments contre la maladie d'Alzheimer faisant l'objet de cette étude ont été identifiés sur la base des codes ATC suivants :

- N06DA02 (donépézil)
- N06DA03 (rivastigmine)
- N06DA04 (galantamine)
- N06DX01 (mémantine)

L'étude a analysé l'utilisation de ces médicaments par les membres de la MC atteints de démence au cours de la période 2010–2018.

1 Voir Dejaegere T. De Strooper B. Alzheimer's disease: fundamental research paves the way for therapeutics. Chapter in book Lectures for the XXIst Century 2008.

2 WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

3 Butler R, Radhakrishnan R. Dementia. BMJ Clin Evid 2012, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3437526/>

4 CBIP, <http://www.cbip.be/fr/chapters/11?frag=9357&matches=Alzheimer%7CAlzheimermiddelen>

5 CBIP, <http://www.cbip.be/fr/chapters/11?frag=9357&matches=Alzheimer%7CAlzheimermiddelen>

3. Résultats

Cette étude a examiné plusieurs aspects relatifs à l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer. Nous avons commencé par l'évolution générale de l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer au cours de la période 2010–2018. Nous avons ensuite examiné l'utilisation de ces médicaments par molécule (donépézil, galantamine, mémantine et rivastigmine) et avons pris en compte les différents modes d'administration de la molécule rivastigmine (comprimé par rapport au patch). Nous avons également analysé les résultats par tranche d'âge, par sexe, par statut social (avec ou sans intervention majorée), par région et par province. Par la suite, nous avons passé en revue les demandeurs de remboursement de ces médicaments (résultats par discipline médicale). Enfin, nous avons examiné la durée du traitement, ainsi que le pourcentage de patients ayant arrêté la thérapie après une période déterminée et le pourcentage de patients ayant suivi le traitement de manière continue depuis 2015.

3.1. Évolution générale de l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer

Lorsque nous examinons l'évolution générale de l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer au cours de la période 2010–2018 (tableau 1), nous constatons que le nombre de personnes atteintes de démence (parmi les membres de la MC) a augmenté de 29%, tandis que le nombre de personnes (parmi ces mêmes membres de la MC atteints de démence) ayant bénéficié du remboursement d'un médicament contre la maladie

d'Alzheimer (« utilisateurs ») a diminué de 19%. Nous pouvons donc conclure qu'au cours des dernières années, les médecins ont introduit de moins en moins de demandes pour des médicaments contre la maladie d'Alzheimer, sans doute parce qu'ils sont de plus en plus conscients de leur effet positif limité.

La figure 1 indique le pourcentage, par an, d'utilisateurs de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par rapport au nombre de personnes atteintes de démence. Alors qu'en 2011, près de 28% des personnes atteintes de démence recouraient à ces médicaments, ce chiffre est passé à 17% seulement en 2018. Comme nous l'avons déjà mentionné, il ne faut pas oublier que seule une partie (certes importante) des personnes atteintes de démence souffre de la maladie d'Alzheimer. Seules ces personnes entrent donc en ligne de compte pour les médicaments contre la maladie d'Alzheimer.

Nous constatons une forte diminution en 2012–2013. Cette baisse est sans doute liée à deux phénomènes. Premièrement, en 2011, le remboursement de la mémantine a été soumis à des restrictions supplémentaires qui ont, depuis, réduit le nombre de bénéficiaires. Deuxièmement, en 2012, un contrôle renforcé a été introduit au niveau du Chapitre IV relatif aux remboursements dans le cadre de mesures d'économie⁶. Après 2012–2013, cette diminution se poursuit mais de façon plus modérée.

3.2. Utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer par molécule

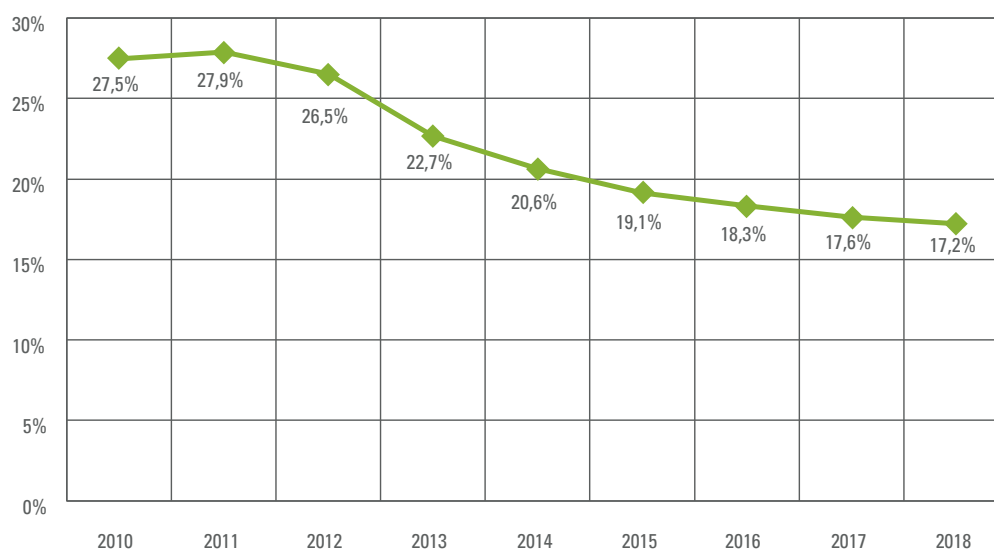
Si l'on considère l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer par molécule (donépézil, galantamine et

Tableau 1 : Évolution de l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer (2010–2018)

Année	Nombre d'utilisateurs de MMA (2)	Volume en DDD	Montant à charge de l'OA (3)	Montant à charge du patient (1)	Coût total (3)+(1)	Coût moyen par patient (1)/(2)	Nombre de membres avec démence (4)
2010	22.058	6.879.087	17.210.314	1.182.898	18.393.212	54	80.303
2011	23.614	7.432.769	18.333.254	1.281.751	19.615.005	54	84.700
2012	23.364	7.484.017	14.673.177	1.242.311	15.915.487	53	88.088
2013	20.460	6.697.876	9.602.962	990.915	10.593.877	48	90.219
2014	19.056	6.344.516	7.774.467	922.013	8.696.480	48	92.326
2015	18.747	6.077.475	4.135.771	976.777	5.112.548	52	98.057
2016	18.332	5.818.602	2.864.528	738.303	3.602.831	40	99.953
2017	18.031	5.715.585	2.618.495	661.484	3.279.979	37	102.345
2018	17.879	5.630.338	2.554.587	634.219	3.188.806	35	103.801
Taux d'évolution 2010-2018	-19%	-18%	-85%	-46%	-83%	-34%	29%

⁶ Mutualités Libres, Maladie d'Alzheimer – Impact des mesures de limitation de remboursement des médicaments (2013), p. 2.

Figure 1 : Évolution du % d'utilisateurs des médicaments contre la maladie d'Alzheimer parmi les membres de la MC atteints de démence (2010–2018)



rivastigmine, d'une part, c'est-à-dire les inhibiteurs de la cholinestérase, et la mémantine, d'autre part) (tableau 2 et figure 2), nous constatons que l'utilisation de la mémantine (déjà plus réduite en 2010 que celle des inhibiteurs de la cholinestérase) a enregistré la baisse la plus forte au cours de la période 2010–2018, à savoir une baisse de 71%.

Nous constatons une augmentation de l'utilisation de la molécule rivastigmine (+20%), qui a eu lieu principalement jusque 2012. Cette augmentation s'explique par l'utilisation accrue des patchs (+49%) qui n'existent que pour cette molécule, et ce depuis 2008 (tableau 3 et figure 3). Les patchs sont plus faciles à utiliser et entraînent moins d'effets indésirables.

Tableau 2 : Évolution du nombre d'utilisateurs de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par molécule (2010–2018)

Année	Donépézil	Galantamine	Mémantine	Rivastigmine
2010	9.883	5.817	2.306	4.926
2011	10.886	5.798	2.575	5.534
2012	11.411	5.288	2.185	5.892
2013	10.217	4.240	1.337	5.819
2014	9.618	3.567	1.037	5.955
2015	9.720	3.159	872	5.994
2016	9.627	2.793	760	6.066
2017	9.776	2.512	676	5.998
2018	9.949	2.245	669	5.897
Taux d'évolution 2010-2018	1%	-61%	-71%	20%

Figure 2 : Évolution du nombre d'utilisateurs de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par molécule (2010–2018)

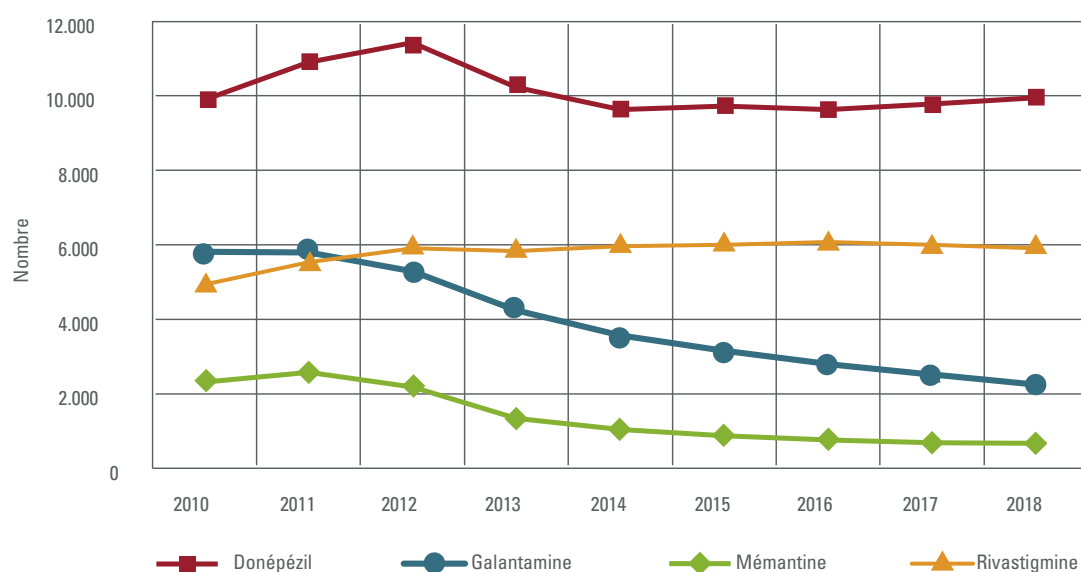
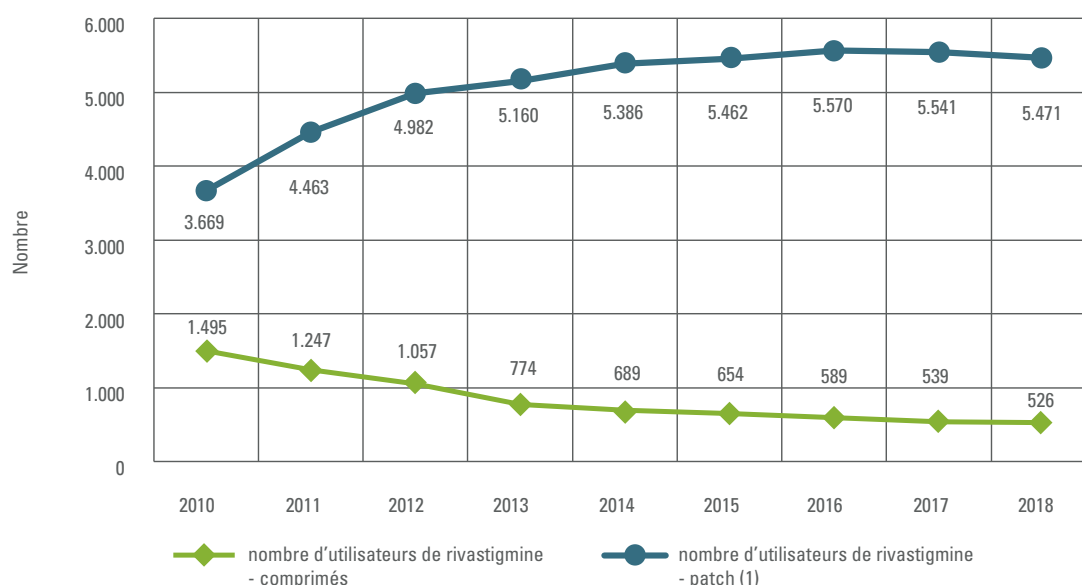


Tableau 3 : Évolution du nombre d'utilisateurs de la molécule rivastigmine par mode d'administration (2010–2018)

Année	Nombre d'utilisateurs de rivastigmine - comprimés	Nombre d'utilisateurs de rivastigmine - patch (1)	Nombre total d'utilisateurs de rivastigmine (2)	% d'utilisateurs de rivastigmine - patch (1)/(2)	% volume en DDD de rivastigmine - patch
2010	1.495	3.669	5.164	71,05%	68,13%
2011	1.247	4.463	5.710	78,16%	76,69%
2012	1.057	4.982	6.039	82,50%	81,84%
2013	774	5.160	5.934	86,96%	86,62%
2014	689	5.386	6.075	88,66%	88,87%
2015	654	5.462	6.116	89,31%	90,06%
2016	589	5.570	6.159	90,44%	90,98%
2017	539	5.541	6.080	91,13%	91,93%
2018	526	5.471	5.997	91,23%	92,21%
Taux d'évolution 2010-2018	-65%	49%			

Figure 3 : Évolution du nombre d'utilisateurs de la molécule rivastigmine par mode d'administration (2010–2018)



3.3. Utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer par tranche d'âge

Nous avons également examiné l'évolution de l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer dans les différentes tranches d'âge. La figure 4 indique le nombre d'utilisateurs en pourcentages (rapport entre le nombre d'utilisateurs et le nombre de personnes atteintes de démence) pour trois tranches d'âge : moins de 65 ans, entre 65 et 75 ans, et 76 ans ou plus. Nous constatons, pour chacun de ces groupes, une diminution assez semblable de l'utilisation depuis 2010.

Nous observons en outre que le nombre d'utilisateurs dans la plus jeune tranche d'âge est proportionnellement bien plus faible que dans les deux autres groupes. En d'autres termes, les plus jeunes personnes atteintes de démence semblent moins recourir à la médication contre la maladie d'Alzheimer. Ainsi, pour l'année 2018, par exemple, on compte 3% d'utilisateurs dans la catégorie des moins de 65 ans, contre respectivement 17% et 19% dans les deux autres groupes. Ce résultat est surprenant. Nous ne pouvons pas facilement expliquer pourquoi les médecins lancent moins rapidement le traitement chez ces plus jeunes patients, mais nous émettons

deux hypothèses. Une explication pourrait être que l'utilité du traitement est sans doute encore plus contestée chez les plus jeunes patients (avantages trop limités par rapport aux inconvénients). Une autre explication possible réside dans le fait que, chez ces personnes plus jeunes, le diagnostic d'Alzheimer est, à tort, moins souvent posé (à tort, car d'après les estimations, 25 à 35% des plus jeunes personnes atteintes de démence souffrent de la maladie d'Alzheimer)⁷, d'une part, parce que la maladie d'Alzheimer a, au fil des ans, été associée à des vieillards déments et, d'autre part, parce que la maladie se manifeste de manière plus atypique chez les plus jeunes patients (problèmes de mémoire moins nets tandis que les problèmes comportementaux font davantage penser à des troubles psychiatriques)⁸. Diagnostiquer correctement la maladie d'Alzheimer n'est en effet pas chose aisée, à la fois chez les plus jeunes (parfois trop tard ?) et chez les personnes âgées (parfois trop tôt ?).

Parmi l'ensemble des utilisateurs, 84% avaient plus de 75 ans et 2% moins de 65 ans (tableau 4). Ces chiffres ne nous surprennent pas, car plus on vieillit, plus on a de chances d'être atteint de démence et plus on consomme de médicaments.

⁷ Pasquier F, Rollin-Sillaire A, Lebouvier T, Lebert F (2015) Maladie d'Alzheimer du sujet jeune In Démences. DOIN, ed., pp. 259–72 (spécifiquement p. 260).

⁸ Ibidem (spécifiquement p. 261).

Figure 4 : Évolution du % d'utilisateurs de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par tranche d'âge (2010–2018)

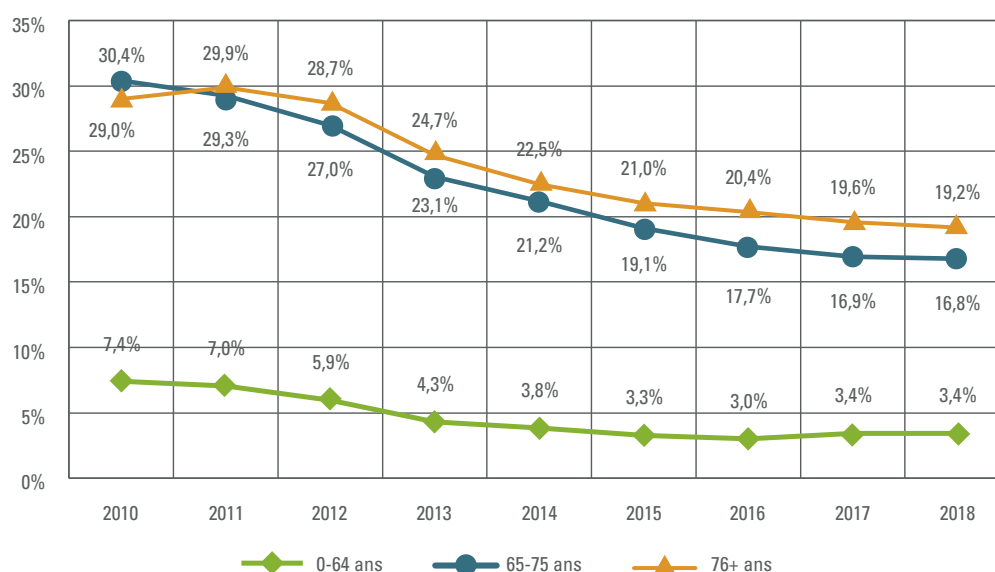


Tableau 4 : Nombre et % d'utilisateurs de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par tranche d'âge (2018)

Catégorie d'âge	Nombre d'utilisateurs de MMA en 2018 (1)	Nombre de déments en 2018 (2)	% d'utilisateurs en 2018 (1)/(2)	% d'utilisateurs par catégorie d'âge par rapport au total d'utilisateurs de MMA en 2018
0-64	361	10.485	3%	2%
65-75	2.576	15.353	17%	14%
76+	14.942	77.963	19%	84%
Total	17.879	103.801	17%	100%

3.4. Utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer par sexe

Si l'on examine l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer séparément chez les femmes et chez les hommes, on constate deux choses. Tout d'abord, un nombre plus important de femmes que d'hommes est confronté au problème de démence. En 2018 (tableau 5), on a enregistré au total deux fois plus de femmes que d'hommes atteintes de démence (plus de 69.000 contre plus de 34.000). Cette constatation vaut pour toutes les tranches d'âge, mais plus spécifiquement pour les personnes plus âgées (76 ans ou plus), où la différence

représente plus du double. L'âge et le sexe semblent, en effet, être les facteurs de risque les plus connus de la démence⁹. D'autre part, comme les femmes vivent plus longtemps, on compte plus de femmes que d'hommes parmi les personnes âgées, ce qui explique en partie les résultats.

Une autre constatation concerne l'utilisation des médicaments : proportionnellement (c'est-à-dire en tenant compte du nombre de personnes atteintes de démence en non en chiffres absolus), la consommation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer est plus importante chez les hommes que chez les femmes (figures 5 et 6 ; tableau 5). Cela vaut pour tous les

⁹ Burke et al. (2018), Sex differences in the development of mild cognitive impairment and probable Alzheimer's disease as predicted by hippocampal volume or white matter hyperintensities, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29319430>

groupes d'âge. En 2018, on a enregistré une différence de 3% indépendamment de l'âge (16% d'utilisatrices contre 19% d'utilisateurs).

Le tableau 5 associe les données relatives à l'âge et au sexe à quelques données concernant les différentes régions de notre pays. Nous examinons, plus loin, les différences entre les régions indépendamment du sexe et de l'âge, et nous penchons sur les évolutions depuis 2010 (voir 3.6). Pour l'année 2018, le tableau 5 indique que, pour toutes les tranches d'âge, tant pour les hommes que pour les femmes, l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer était plus faible à Bruxelles qu'en Wallonie et plus faible en Wallonie qu'en Flandre. La différence est la plus frappante au sein de la catégorie plus âgée (76 ans ou plus), tant chez les femmes que chez les

hommes : la Flandre enregistre proportionnellement (donc compte tenu du nombre de personnes atteintes de démence) près du double d'utilisateurs par rapport à Bruxelles (19% contre 10% chez les femmes ; 24% contre 13% chez les hommes). En Wallonie, les chiffres se situent entre ces deux valeurs.

Le nombre total d'utilisateurs et le nombre total de membres atteints de démence (tableau 5) diffèrent légèrement des données des tableaux 1, 4 et 6. Cette différence résulte du fait que la MC ne possède pas de données sur le domicile de certains de ses membres. Ces membres ne sont donc pas pris en compte lorsque le domicile joue un rôle (utilisation par région et par province), à savoir au tableau 5, au tableau 7 et au graphique 9.

Tableau 5 : Nombre et % d'utilisateurs de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par sexe (et par tranche d'âge et par région) (2018)

Catégorie d'âge	Région	Femme (2018)			Homme (2018)			Total (2018)		
		Nombre d'utilisateurs femmes de MMA	Nombre d'assurés femmes MC déments	% d'utilisateurs femmes	Nombre d'utilisateurs hommes de MMA	Nombre d'assurés hommes MC déments	% d'utilisateurs hommes	Nombre total d'utilisateurs de MMA	Nombre total d'assurés MC déments	% total d'utilisateurs
0-64	BRUXELLES	3	113	2,65%	0	114	0,00%	3	227	1,32%
	RÉGION WALLONNE	35	1.239	2,82%	26	1.054	2,47%	61	2.293	2,66%
	RÉGION FLAMANDE	150	4.462	3,36%	147	3.449	4,26%	297	7.911	3,75%
65-75	BRUXELLES	19	170	11,18%	22	152	14,47%	41	322	12,73%
	RÉGION WALLONNE	208	2.071	10,04%	178	1.317	13,52%	386	3.388	11,39%
	RÉGION FLAMANDE	1.149	6.744	17,04%	1.000	4.884	20,48%	2.149	11.628	18,48%
76+	BRUXELLES	126	1.265	9,96%	62	488	12,70%	188	1.753	10,72%
	RÉGION WALLONNE	1.505	10.988	13,70%	749	4.118	18,19%	2.254	15.106	14,92%
	RÉGION FLAMANDE	7.991	41.999	19,03%	4.504	19.048	23,65%	12.495	61.047	20,47%
Total		11.186	69.051	16,20%	6.688	34.510	19,38%	17.874	103.675	17,24%

Figure 5 : Évolution du % d'utilisateurs masculins de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par tranche d'âge (2010-2018)

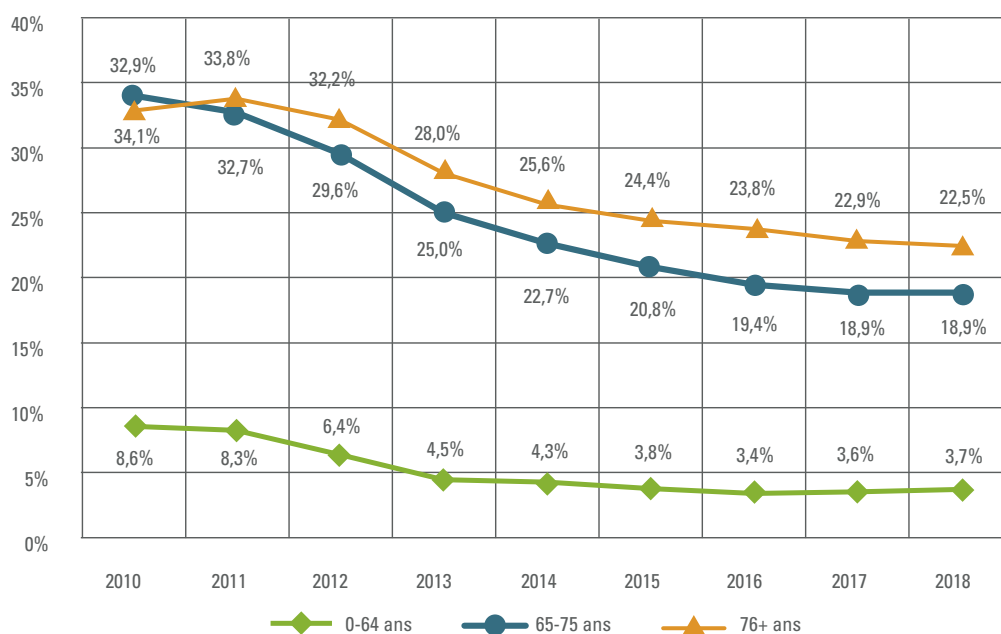
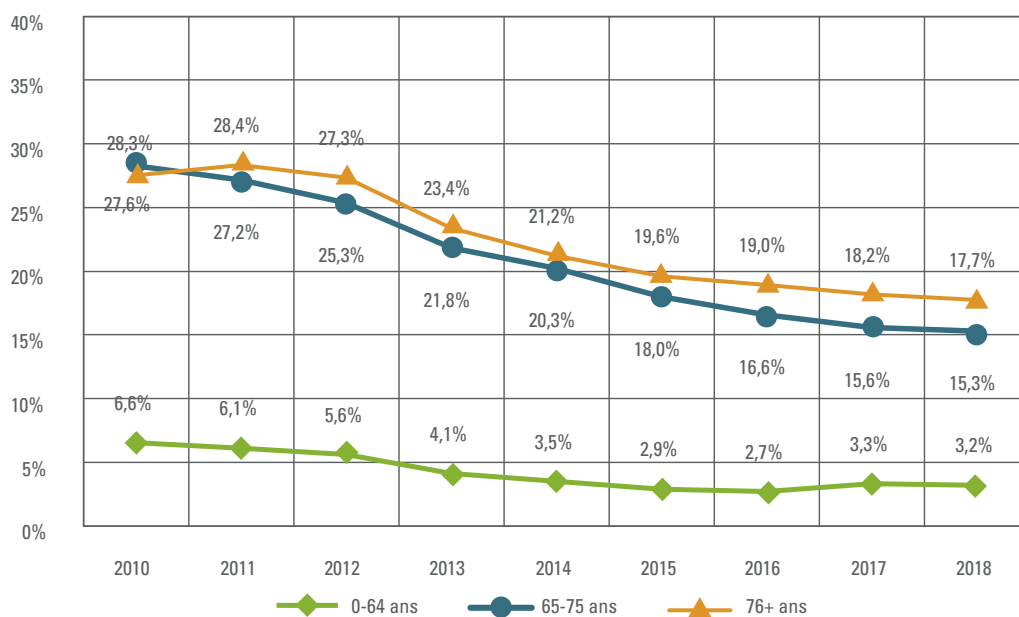


Figure 6 : Évolution du % d'utilisatrices de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par tranche d'âge (2010-2018)



3.5. Utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer par statut social (IM/sans IM)

Nous avons également examiné les différences au niveau de l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer entre les personnes bénéficiant ou non de l'intervention majorée (IM/sans IM).

On constate (tableau 6 et figure 7), pour chaque année entre 2010 et 2018, une augmentation systématique de l'utilisation de ces médicaments chez les membres ne bénéficiant pas de l'IM.

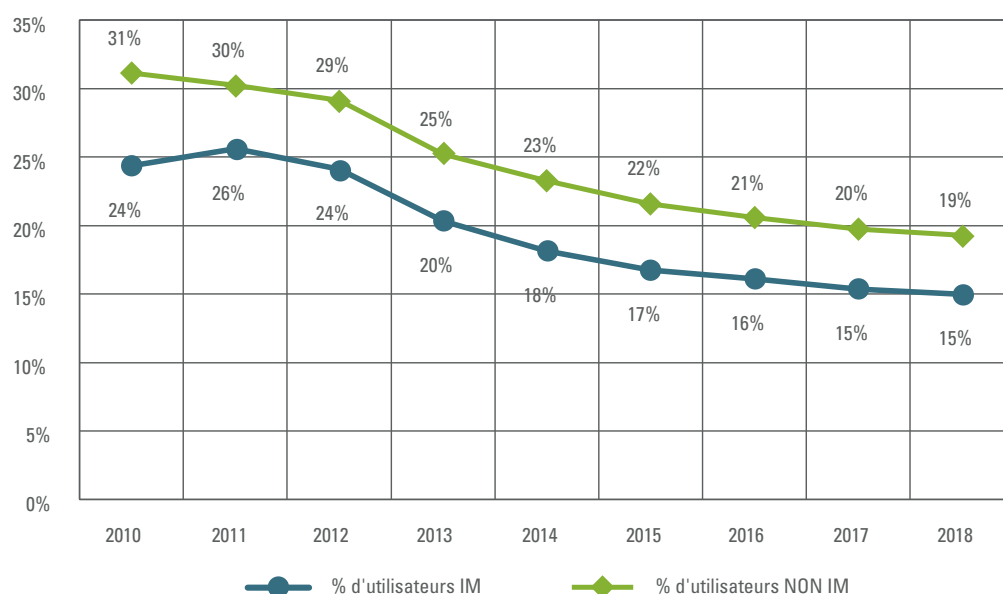
En 2018, on compte 19% (sans IM) contre 15% (IM) de consommateurs parmi les membres atteints de démence. Cette tendance peut s'expliquer par le fait que les personnes issues des couches socio-économiques inférieures font, en général, moins appel aux soins : les soins sont plus souvent délaissés pour des raisons financières¹⁰.

Nous constatons, en outre, une diminution identique de l'utilisation dans les deux groupes depuis 2011 (avant cette date, l'utilisation a encore légèrement augmenté uniquement chez les membres bénéficiant de l'IM).

Tableau 6 : Évolution du nombre et du % d'utilisateurs de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par statut social (IM/sans IM) (2010–2018)

Année	Intervention majorée (IM)			Pas d'intervention majorée (NON IM)			Total d'utilisateurs de MMA		
	Nombre d'utilisateurs IM	Nombre de membres déments IM	% d'utilisateurs IM	Nombre d'utilisateurs NON IM	Nombre de membres déments NON IM	% d'utilisateurs NON IM	Nombre total d'utilisateurs	Nombre total de membres déments	% total d'utilisateurs
2010	10.617	43.550	24%	11.441	36.753	31%	22.058	80.303	27%
2011	11.125	43.405	26%	12.489	41.295	30%	23.614	84.700	28%
2012	11.101	45.988	24%	12.263	42.100	29%	23.364	88.088	27%
2013	9.506	46.742	20%	10.954	43.477	25%	20.460	90.219	23%
2014	8.590	47.383	18%	10.466	44.943	23%	19.056	92.326	21%
2015	8.363	49.985	17%	10.384	48.072	22%	18.747	98.057	19%
2016	8.054	49.964	16%	10.278	49.989	21%	18.332	99.953	18%
2017	7.679	49.969	15%	10.352	52.376	20%	18.031	102.345	18%
2018	7.456	49.780	15%	10.423	54.021	19%	17.879	103.801	17%
Taux d'évolution 2010-2018	-30%	14%		-9%	47%		-19%	29%	

Figure 7 : Évolution du % d'utilisateurs de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par statut social (IM/sans IM) (2010–2018)



¹⁰ Sciensano Enquête de santé 2013, Rapport 3 : utilisation des services de santé et des services sociaux, chapitre 12 'Accessibilité financière aux soins de santé', p.804.

3.6. Utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer par région

Une autre analyse concerne les différences d'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer entre les trois régions de Belgique. La constatation la plus frappante a déjà été évoquée plus haut (pour 2018) et ressort également au tableau 7 et à la figure 8 : on enregistre des différences significatives entre régions au cours des dernières années

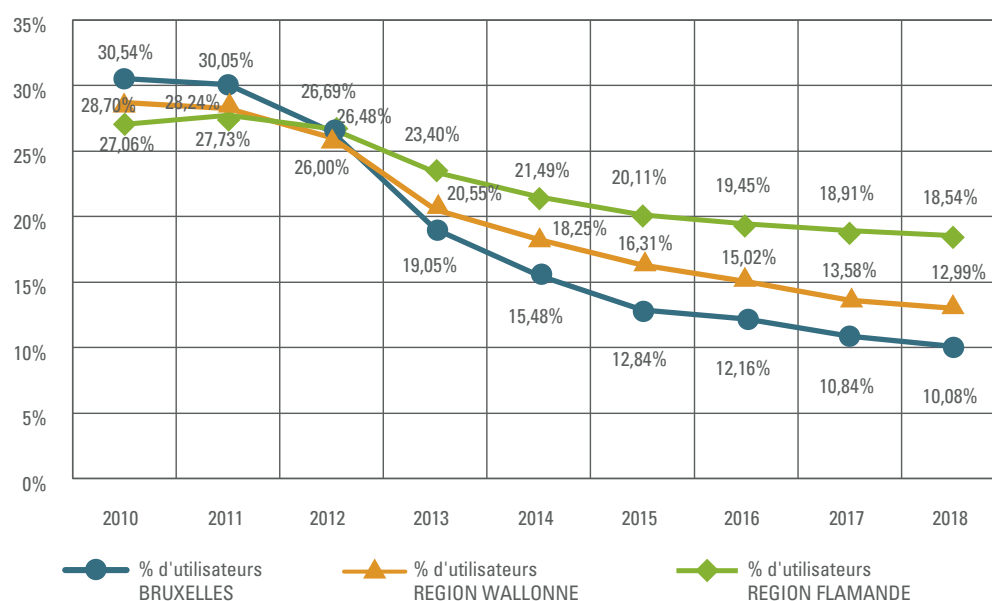
(surtout depuis 2013). Pour tous les utilisateurs confondus (donc indépendamment de l'âge et du sexe), on compte 10% d'utilisateurs à Bruxelles, 13% en Wallonie et 18% en Flandre. Nous constatons, pour chacune des régions, une diminution de l'utilisation au cours des dernières années.

Remarque : ces différences importantes, de plus en plus marquées d'année en année, n'apparaissent qu'à partir de 2013. Avant cette date, une autre situation se présente : en 2012,

Tableau 7 : Évolution du nombre et du % d'utilisateurs de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par région (2010–2018)

Année	BRUXELLES			REGION WALLONNE			REGION FLAMANDE			Total		
	Nombre d'utilisateurs	Nombre de membres avec démence	% d'utilisateurs BRUXELLES	Nombre d'utilisateurs	Nombre de membres avec démence	% d'utilisateurs REGION WALLONNE	Nombre d'utilisateurs	Nombre de membres avec démence	% d'utilisateurs REGION FLAMANDE	Nombre total d'utilisateurs	Nombre total de membres avec démence	% total d'utilisateurs
2010	602	1.971	30,54%	4.799	16.722	28,70%	16.649	61.525	27,06%	22.050	80.218	27,5%
2011	629	2.093	30,05%	5.002	17.710	28,24%	17.977	64.822	27,73%	23.608	84.625	27,9%
2012	586	2.213	26,48%	4.773	18.361	26,00%	17.994	67.418	26,69%	23.353	87.992	26,5%
2013	427	2.241	19,05%	3.872	18.846	20,55%	16.150	69.024	23,40%	20.449	90.111	22,7%
2014	353	2.280	15,48%	3.533	19.359	18,25%	15.164	70.570	21,49%	19.050	92.209	20,7%
2015	299	2.328	12,84%	3.361	20.603	16,31%	15.080	75.003	20,11%	18.740	97.934	19,1%
2016	284	2.335	12,16%	3.115	20.738	15,02%	14.923	76.727	19,45%	18.322	99.800	18,4%
2017	259	2.390	10,84%	2.839	20.906	13,58%	14.926	78.928	18,91%	18.024	102.224	17,6%
2018	232	2.302	10,08%	2.701	20.787	12,99%	14.941	80.586	18,54%	17.874	103.675	17,2%

Figure 8 : Évolution du % d'utilisateurs de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par région (2010–2018)



le pourcentage d'utilisateurs était très semblable, environ 26–27%. Avant (2010–2011), des différences étaient également présentes, mais inversement : l'utilisation la plus importante était enregistrée à Bruxelles et la moins importante en Flandre (la Wallonie se situant, à l'époque, aussi entre les deux). Pour l'ensemble de la période 2010–2018, c'est donc Bruxelles qui a connu la plus forte baisse et la Flandre la baisse la plus modérée.

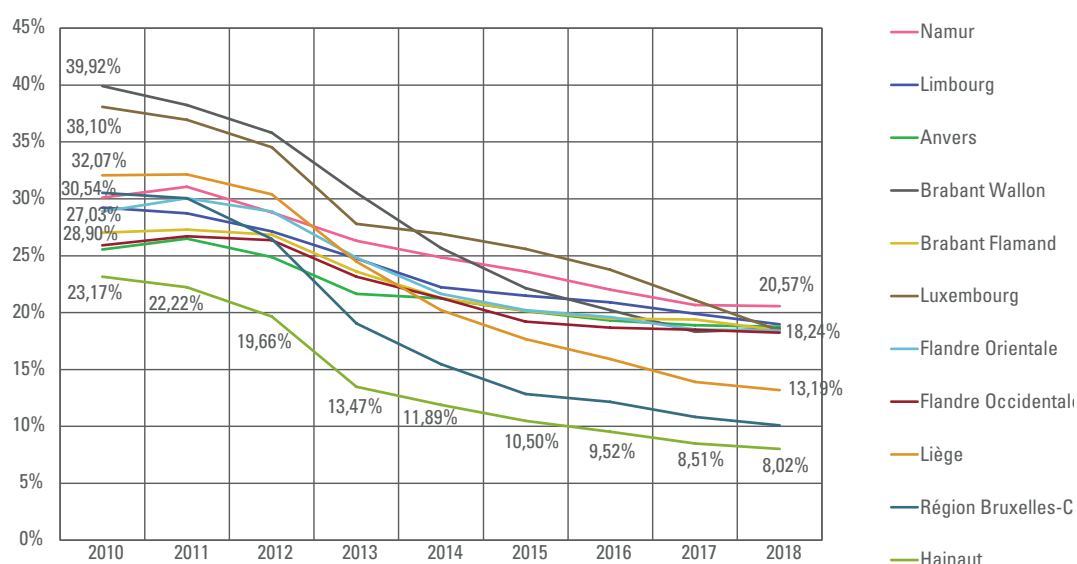
Comment expliquer ces différences entre régions ? D'une part, on pense à la médicalisation plus poussée en Flandre qu'à Bruxelles et, d'autre part, ici aussi, au recours aux soins moins important parmi les classes socio-économiques inférieures. Bruxelles compte, en effet, un nombre relativement plus élevé de personnes et familles défavorisées, la composition ethnique de la population pouvant ici jouer un rôle : le problème de pauvreté est plus marqué auprès de la population immigrante. D'autre part, les statistiques existantes sur l'évolution de la composition démographique¹¹ ne nous permettent pas d'expliquer l'évolution de l'utilisation dans le temps (2010–2018) par le biais de ce facteur ethnique. Pour une explication fondée des résultats de notre étude, il serait nécessaire de procéder à une étude socio-démographique approfondie.

3.7. Utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer par province

Outre les différences régionales, nous avons également analysé les éventuelles différences au niveau provincial (figure 9). Si l'on examine l'année 2018, on constate peu de différence entre les provinces flamandes. Celles-ci se situent toutes, comme attendu, en tête de classement (forte utilisation). Nous constatons, en revanche, une importante variation entre provinces wallonnes, avec Namur où la consommation est la plus élevée de toutes les provinces du pays (21% ; plus élevée que toute autre province flamande), et le Hainaut où la consommation est la plus basse (8% ; plus faible que la Région de Bruxelles). Ce résultat propre au Hainaut pourrait s'expliquer par une situation socio-économique moins favorable dans cette province¹². Les pourcentages d'utilisation pour les provinces du Brabant wallon et de Luxembourg sont comparables à ceux des provinces flamandes (18–19%).

Si l'on examine l'ensemble de la période 2010–2018, on enregistre une baisse similaire de l'utilisation dans toutes les provinces, avec de légères variations ici et là.

Figure 9 : Évolution du % d'utilisateurs de médicaments contre la maladie d'Alzheimer par province (2010–2018)



¹¹ Noppe, J., Vanweddigen, M., Doyen, G., Stuyck, K., Feys, Y., Buysschaert, P. (2018). Vlaamse Migratie- en Integratiemonitor 2018. Bruxelles : Agentschap Binnenlands Bestuur, <https://www.statistiekvlaanderen.be/sites/default/files/docs/VMIM-Vlaamse-Migratie-Integratiemonitor-2018.pdf>

¹² Voir les statistiques STATBEL : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>

3.8. Demandeurs de remboursement des médicaments contre la maladie d'Alzheimer par discipline médicale

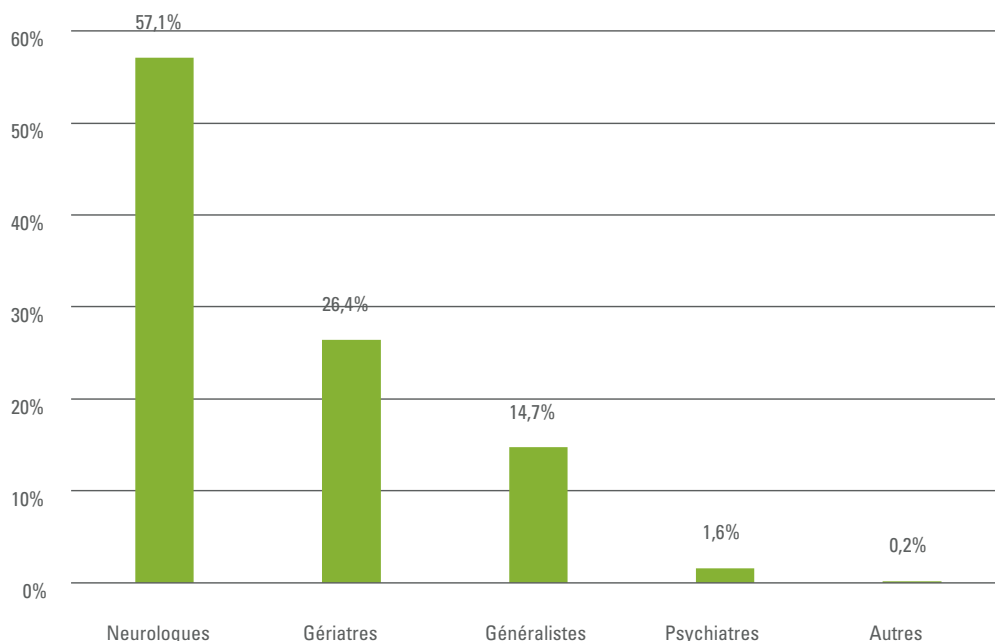
Nous avons tenté d'identifier les médecins qui ont introduit le plus de demandes de remboursement pour le lancement d'un traitement médicamenteux contre la maladie d'Alzheimer.

Alors que tout type de médecin (de toute discipline médicale) peut introduire une demande pour les médicaments contre la maladie d'Alzheimer (en vue du remboursement) et les prescrire, la réglementation relative au remboursement exige qu'à chaque demande de lancement de ce type de traitement, un médecin exerçant l'une des disciplines suivantes soit impliqué : neurologie, médecine interne-gériatrie ou (neuro-) psychiatrie. Si le médecin demandeur n'exerce pas dans l'une de ces disciplines (par ex. médecin généraliste), il doit obtenir l'accord d'un de ces spécialistes.

La figure 10 indique que la majorité des demandes en 2018 ont été introduites par un neurologue (57%). Suivent ensuite le gériatre (26,4%), le généraliste (14,7%) et, dans une moins grande mesure, le psychiatre (1,6%).

Si l'on considère l'analyse des demandes par discipline médicale non pas du point de vue du *nombre de demandes* mais du point de vue du *nombre de médecins demandeurs* (où chaque médecin introduisant une ou plusieurs demandes n'est compté qu'une seule fois, indépendamment du nombre de demandes), notre étude indique alors que les 2/3 des médecins sont généralistes, 18% neurologues, 9% gériatres et 2% psychiatres. En d'autres termes, on compte en 2018 un bien plus grand nombre de médecins généralistes ayant introduit une demande que de neurologues et de gériatres, mais par généraliste, le nombre de demandes est nettement plus faible que par neurologue et par gériatre.

Figure 10 : % des membres de la MC ayant obtenu l'autorisation de remboursement de médicaments contre la maladie d'Alzheimer, par discipline médicale (2018)



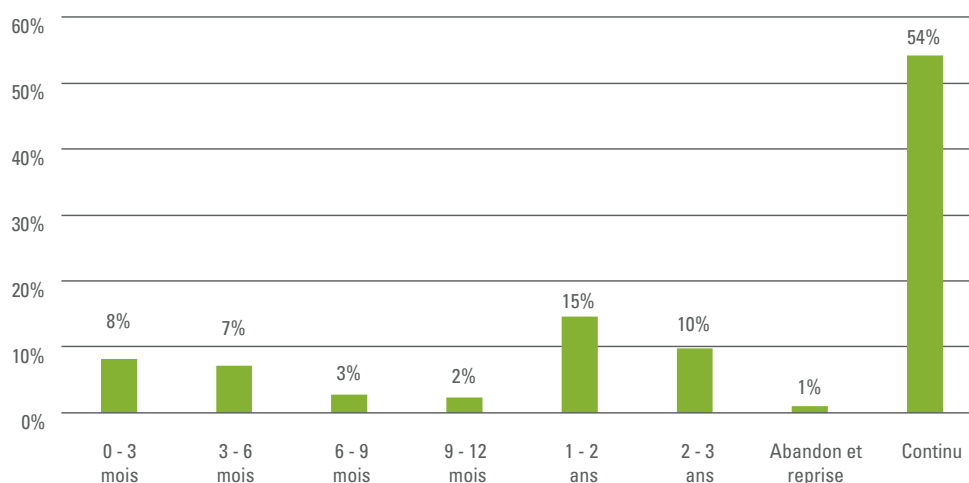
3.9. Durée du traitement par médicaments contre la maladie d'Alzheimer

Pour avoir une idée de la durée habituelle du traitement, nous avons examiné le groupe de patients qui, en 2015, ont reçu une première boîte sur prescription. Au sein de ce groupe, 54% des patients ont suivi le traitement de façon continue, également en 2018, tandis qu'une petite moitié des utilisateurs (45%) a arrêté le traitement dans les trois ans suivant sa mise en place (figure 11).

Au sein de ce dernier groupe (ayant arrêté le traitement dans les trois ans), 8% ont arrêté (de manière cumulative) dans les trois mois suivant le début du traitement, 15% dans les six mois, 18% dans les neuf mois et 20% dans l'année.

Nous ignorons les raisons pour lesquelles les patients ont arrêté leur traitement (et donc pourquoi les médecins n'ont plus introduit de demandes). Les effets indésirables éventuels cités plus haut ou (la prise de conscience de) l'effet positif limité peuvent jouer un rôle à cet égard.

Figure 11 : % de personnes ayant commencé un traitement médicamenteux contre la maladie d'Alzheimer en 2015 et qui, après une période donnée, l'ont arrêté, par rapport au nombre total d'utilisateurs en 2015 (à l'exclusion des patients en maison de soins)



4. Conclusions

Cette étude examine plusieurs aspects de l'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer (inhibiteurs de la cholinestérase et mémantine) au cours de la période 2010 à 2018. En 2018, 17% des membres atteints de démence prenaient des médicaments contre la maladie d'Alzheimer. Cette même année, sur l'ensemble des utilisateurs, 84% avaient plus de 75 ans. Sur toute la période, un traitement médicamenteux a été plus souvent demandé pour les hommes que pour les femmes. Nous enregistrons une plus grande utilisation des médicaments chez les membres ne bénéficiant pas d'une intervention majorée que chez les membres qui en bénéficient. En Flandre, les demandes de médicaments ont, au cours des dernières années, été bien plus élevées qu'à Bruxelles tandis qu'en Wallonie, une grande variation existe entre provinces. Dans la majorité des cas (57%), c'est le neurologue qui a fait la demande de traitement. Une bonne moitié des utilisateurs a suivi le traitement de manière continue pendant trois ans, tandis qu'une petite moitié a arrêté le traitement dans les trois ans suivant sa mise en place.

La principale conclusion que l'on peut tirer de notre étude est que les médecins belges introduisent de moins en moins de demandes de remboursement pour les médicaments contre la

maladie d'Alzheimer. Leur valeur est manifestement de plus en plus mise en doute. D'ailleurs, lors de leur introduction déjà (2002), leur utilité avait fait l'objet de discussions. Le jury de la réunion de consensus relative à l'utilisation adéquate des médicaments pour le traitement de la démence chez les personnes âgées organisée par l'INAMI le 24 novembre 2005, avait lui aussi conclu que les avantages du traitement médicamenteux étaient plutôt limités¹³. Les inhibiteurs de la cholinestérase n'agissent en effet pas sur la pathologie sous-jacente. Dans le meilleur des cas, ils permettent de différer l'aggravation de quelques mois.

Ces conclusions de 2005 sont toujours valables. Comme nous l'avons signalé plus haut, le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) souligne que les médicaments contre la maladie d'Alzheimer présentent, outre leurs avantages modérés et provisoires, de nombreux effets indésirables¹⁴. En effet, ils entraînent très fréquemment (à savoir au moins 1/10 cas) des troubles gastro-intestinaux tels que nausée, vomissement et diarrhée, et fréquemment (à savoir 1/100 cas) une incontinence urinaire. Des effets généraux (ex. céphalées et vertiges) et une transpiration abondante se produisent fréquemment. Le Formulaire de soins aux Personnes Agées ne propose donc aucune thérapie médicamenteuse pour le traitement des troubles cognitifs chez les personnes souffrant de démence¹⁵.

¹³ Rapport du jury de la réunion de consensus du 24 novembre 2005, Utilisation adéquate des médicaments pour le traitement de la démence chez les personnes âgées, INAMI, Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments : https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_korte_tekst_20051124.pdf

¹⁴ CBIP, <https://www.cbip.be/fr/chapters/11?frag=9357&matches=Alzheimer%7CAlzheimermiddelen>

¹⁵ Formulaire de soins aux personnes âgées : https://farmaka.bcfi.be/nl/formulaire-p-a/210?search_term=alzheimer

Ces affirmations sont étayées par les récentes revues Cochrane sur la rivastigmine en 2015¹⁶ et sur la mémantine en 2019¹⁷. Par rapport au placebo, les médicaments contre la maladie d'Alzheimer n'apportent qu'une légère amélioration de la fonction cognitive, de 2 à 3 points sur un maximum de 70 points sur l'échelle ADAS-Cog, alors qu'une valeur minimum de 4, voire 7, peut être considérée comme pertinente sur le plan clinique. Les médicaments contre la maladie d'Alzheimer actuellement disponibles exercent donc un effet symptomatique limité et peu significatif sur la progression de la maladie¹⁸.

Les scientifiques recherchent désespérément des pistes efficaces, basées notamment sur des médicaments biologiques (anticorps monoclonaux, par ex.), pour lutter contre la maladie d'Alzheimer. Malheureusement, une série de nouveaux produits issus de la recherche (aducanumab ; crénézumab) n'ont pas franchi la ligne d'arrivée et quelques sociétés pharmaceutiques ont interrompu leurs travaux de recherche dans ce domaine. Cette situation (déplorable) résulte du fait que l'industrie pharmaceutique travaille sur la base d'un modèle économique où les investisseurs attendent un retour sur investissement dans de brefs délais.

Sous le titre « Luttons contre Alzheimer », le professeur S. Engelborghs, neurologue à l'UZ Brussel, a récemment pointé le manque de fonds pour la recherche dans le secteur de la démence.

La démence est un problème de santé très important sur le plan socio-économique, sociétal et de la santé. Nous ne sommes malheureusement pas prêts pour le résoudre. Entre 2000 et 2017, le nombre de décès liés aux maladies cardio-vasculaires, également liées à l'âge, a baissé de 9%, tandis que les décès liés à Alzheimer ont progressé de 145%.

Les mouvements de protéines dans le cerveau, à l'origine de la maladie d'Alzheimer, commencent déjà de 10 à 20 ans avant les premiers symptômes de la maladie. Si nous pouvions développer des médicaments qui freinent et arrêtent ces mouvements de protéines à un stade préclinique, il serait peut-être possible de retarder le moment d'apparition de ces symptômes, voire les empêcher. Et pourtant, nous ne sommes pas encore parvenus à mettre au point de tels médicaments. Tous les essais cliniques

des produits développés par l'industrie ont échoué, notamment parce que l'on investit relativement moins d'argent dans la recherche liée à Alzheimer. Ainsi, la recherche sur le SIDA attire 6 fois plus d'investissements et la recherche sur le cancer 12 fois plus. Des progrès spectaculaires ont été enregistrés dans le cadre de ces deux maladies, alors que c'est très peu le cas pour la maladie d'Alzheimer. Aux États-Unis, les dépenses effectuées pour les patients Alzheimer sont 400 fois plus élevées que le montant consacré à la recherche. En Belgique, le financement est principalement affecté aux soins de la démence et à la création d'une société attentive à celle-ci. Les professeurs actifs dans ce secteur doivent consacrer environ 40% de leur temps à la recherche de moyens, avec un taux de réussite de 15 à 20%, parce que leur vivier est trop restreint. Nous avons besoin de la recherche fondamentale pour comprendre la maladie d'Alzheimer. C'est en priorité une mission pour les universités et les centres de recherche, et non pour l'industrie, qui décroche lorsque ce n'est pas rentable. Ce besoin nécessite un financement structurel des autorités.

Au cours de la période 2010–2018, le volume total de médicaments remboursés contre la maladie d'Alzheimer (en doses journalières définies, ou DDD) a baissé de 18% (cf. tableau 1). L'extrapolation des données de la MC nous apprend qu'en 2018, l'INAMI a encore dépensé près de 5 millions d'euros pour les médicaments contre la maladie d'Alzheimer (ANMC : 2.554.587 euros). Les contributions personnelles des patients s'élevaient à 20% du coût total (634.219 euros/3.188.806 euros).

On peut se demander si les dépenses qui sont encore actuellement consenties pour les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine sont justifiées dans le contexte décrit ci-avant. Si ces médicaments ne sont plus remboursés, les moyens financiers qui y sont consacrés pourraient être investis dans l'amélioration de l'encadrement social et matériel, l'accueil, l'accompagnement et les soins de proximité des patients atteints de démence (quelle que soit l'origine). En d'autres termes, nous pourrions davantage miser sur des soins humains et la qualité de vie. Entretemps, la recherche scientifique doit se poursuivre afin de trouver des alternatives aux médicaments actuellement disponibles. Et pourquoi ne pas dépasser le cadre des silos et prévoir une partie des moyens économisés pour la recherche scientifique ?

16 Cochrane Library, Rivastigmine for Alzheimer's disease (2015): <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001191.pub3/abstract>

17 Cochrane Library, Memantine for dementia (2019): <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003154.pub6/full>

18 Voir Firas H. Bazzari, Dalaal M. Abdallah, Hanan S. El-Abhar. Pharmacological Interventions to Attenuate Alzheimer's Disease Progression: The Story So Far. *Current Alzheimer Research* 2019; 16(3), et Dick Bijl. *Het Pillenprobleem*. AUP, Amsterdam 2018 (pp. 149-151).

Augmentation des prix des antibiotiques : aucun effet sur la surconsommation

*Dr Kris Van haecht, Direction médicale
Dr Michiel Callens, Directeur Service d'étude
Rose-Marie Ntahonganyira, Service d'étude
Michèle Morel, Service d'étude*

Résumé

La consommation belge d'antibiotiques est supérieure à la moyenne européenne. La surconsommation de ces médicaments entraîne la résistance des bactéries, empêchant le traitement de certaines maladies. La ministre de la Santé publique a décidé de rendre plus cher ces médicaments pour les patients à travers une augmentation du ticket modérateur et ce, dans l'objectif de limiter les prescriptions injustifiées et la consommation d'antibiotiques.

La MC a vérifié si l'objectif de cette mesure politique avait été atteint en comparant la consommation et les dépenses de ses membres en matière d'antibiotiques, avant et après l'année d'introduction de la mesure.

Les résultats de l'étude montrent que l'augmentation du prix pour le patient n'a pas engendré une diminution de la consommation d'antibiotiques. La mesure entraîne bel et bien une économie pour l'assurance obligatoire soins de santé (AO), étant donné que la facture est reportée sur les patients, particulièrement les plus vulnérables, qui bénéficient de l'intervention majorée. Une hausse des prix ne peut pas être considérée comme la bonne approche.

D'autres mesures structurelles s'imposent pour lutter contre la surconsommation d'antibiotiques. Une meilleure sensibilisation des médecins et des patients est nécessaire et utile, mais ne suffit pas.

***Mots-clés :** Antibiotiques, surconsommation, consommation injustifiée, comportement prescriptif, augmentation des prix, directives evidence-based, responsabilité financière, sensibilisation*

1. Introduction

On dit souvent que les Belges sont accros aux médicaments. La surconsommation de médicaments n'est pas un sujet à prendre à la légère. La consommation excessive d'antibiotiques, par exemple, est problématique, car elle entraîne un développement de la résistance des bactéries aux médicaments. Certaines maladies deviennent de ce fait peu ou plus du tout traitables. Les bienfaits des antibiotiques pour notre santé – ils ont sauvé de nombreuses vies depuis leur découverte – se retrouvent diminués et menacent même de disparaître complètement.

Le dernier rapport sur la performance du système belge de soins de santé, réalisé par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en collaboration avec Sciensano, l'INAMI et le SPF Santé publique, constate que la manière de prescrire les antibiotiques dans notre pays ne correspond pas à la définition de « soins adéquats ».¹ Les directives cliniques pertinentes ne sont pas suffisamment respectées. En comparaison avec la moyenne européenne, notre consommation d'antibiotiques (dans le secteur ambulatoire, dans les centres de soins résidentiels et également dans l'élevage) est plus élevée.² Les Belges consomment 2,5 fois plus de médicaments que leurs voisins du nord,³ les Pays-Bas, dont « l'approche One Health » peut être considérée comme une bonne pratique et une source d'inspiration pour la politique belge.⁴

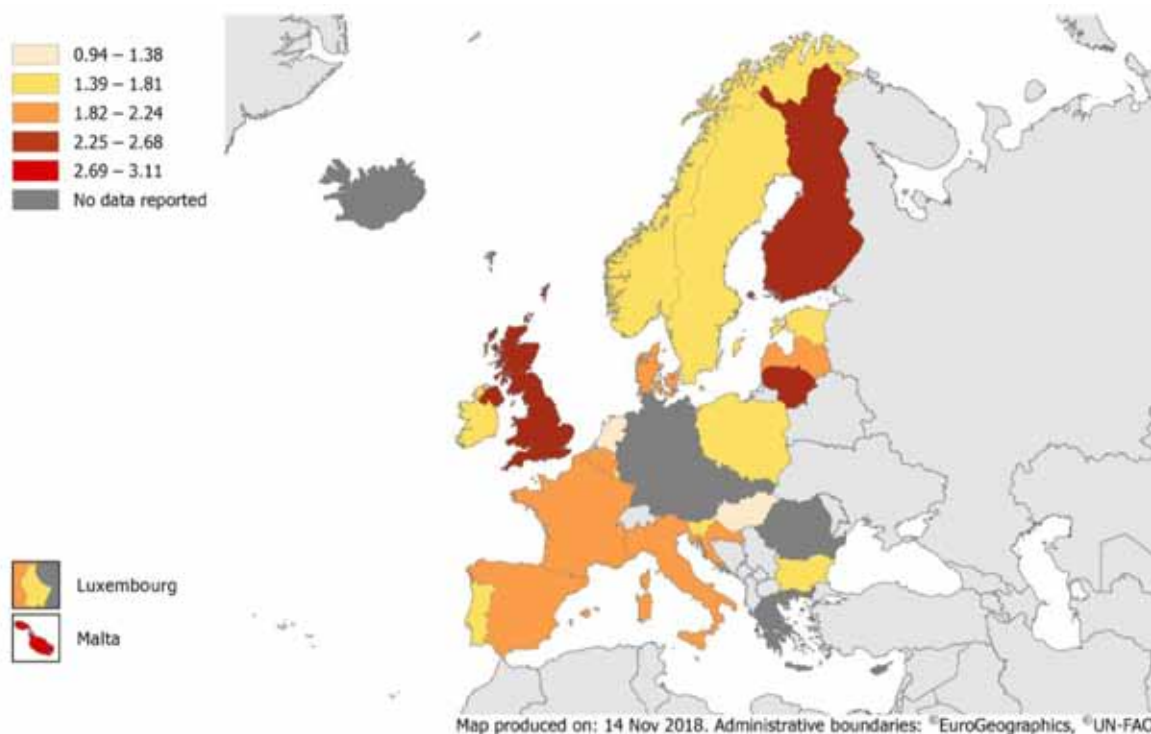
¹ Rapport KCE 313A (2019), Performance du système de santé belge, p. 20-21 et 24.

² Rapport KCE 311A (2019), Propositions pour une politique Antibiotique plus efficace en Belgique, p. 13-15.

³ Rapport KCE 313A (2019), Performance du système de santé belge, p. 20.

⁴ Cette approche One Health veut que le gouvernement prenne des mesures sur les différents terrains sur lesquels la santé publique est menacée par des bactéries résistantes. Voir : <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/antibioticaresistentie/aanpak-antibioticaresistentie>.

Figure 1 : Consommation d'antibiotiques en ambulatoire à usage systémique (groupe ATC J01) (= en dehors des hôpitaux), pays UE/EEE, 2017, exprimée en DDD par 1 000 habitants par jour (Source: ECDC Surveillance Report)⁵



Notre pays a reçu dans le rapport de performance précité un carton rouge pour la consommation d'antibiotiques, tout comme dans le rapport de performance précédent,⁶ bien qu'une légère amélioration ait été constatée depuis.

Pour diminuer la consommation injustifiée d'antibiotiques, la ministre de la Santé publique Maggie De Block a décidé d'augmenter dès le 1^{er} mai 2017 le ticket modérateur pour ces médicaments (antibiotiques délivrés dans les pharmacies publiques et dont l'administration se fait par voie orale) en les transférant de la catégorie de remboursement B à la catégorie C. Depuis, le patient débourse davantage de sa poche. Cette décision s'intègre aux mesures d'économies dans le secteur des soins de santé.⁷

La MC a vérifié quelle était l'évolution de cette consommation et les dépenses en antibiotiques de ses membres l'année suivant d'introduction de la mesure, en d'autres termes, si l'objectif de la mesure avait été atteint : une baisse de la consommation due à la hausse des prix des médicaments.

2. Méthodologie étude MC

Pour évaluer les retombées économiques et le comportement des consommateurs d'antibiotiques, suite à la mesure de la ministre De Block, nous avons analysé les données de facturation de tous les membres de la MC ayant été remboursés d'au moins un conditionnement d'antibiotiques délivré en officine publique du 01/05/2010 au 30/04/2018. Ensuite, nous procédons à une comparaison année par année.

La mesure de la ministre ayant commencé 1^{er} mai 2017, nous avons défini le 1^{er} mai comme de début de l'année et le 30 avril comme la date de fin de l'année. De cette manière nous pouvons comparer les résultats par année complète.

Les antibiotiques qui ont fait l'objet de cette étude ont été identifiés en utilisant le code ATC J01 (*Antibacterials for Systemic Use*).

⁵ ECDC Surveillance Report (2018), Antimicrobial consumption, Annual epidemiological report for 2017, p. 5.

⁶ Rapport KCE 259A (2015), Performance du système de santé belge, p. 26 et 28.

⁷ Voir le site web INAMI, <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/adaptations/Pages/antibiotiques-20170501.aspx#.XVfdsugzblU>

3. Résultats

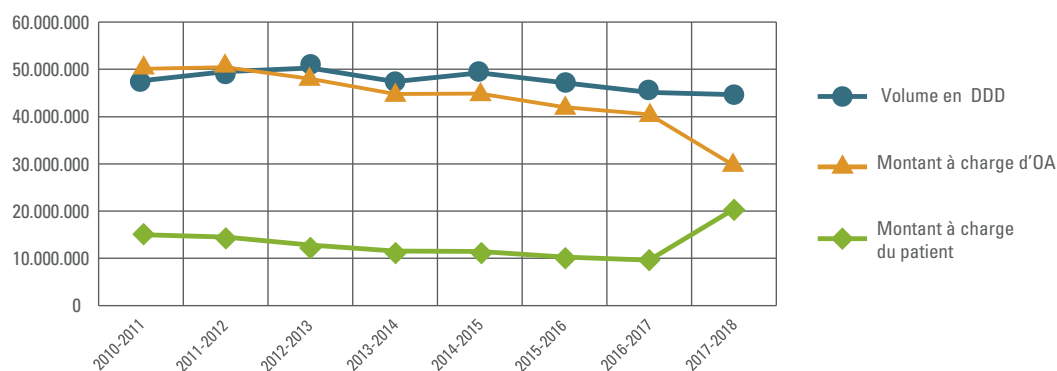
Aussi bien le nombre de membres qui ont perçu un remboursement d'antibiotiques dans l'année suivant la mesure politique (du 1^{er} mai 2017 au 30 avril 2018) que le volume d'antibiotiques remboursés (en DDD [*defined daily dose*], la dose journalière définie⁸) ont diminué d'à peine 1% par rapport

à l'année précédente (1^{er} mai 2016 au 30 avril 2017) (tableau 1). Il faut remarquer que le pourcentage de différence dans les années précédentes variait aux alentours des 3%. **Une différence de 1% ne peut donc pas être considérée comme une conséquence de la mesure politique.**

Tableau 1 : Evolution de la consommation des antibiotiques (ATC J01) de 2010/2011 à 2017/2018

Année (01/05/yyyy-30/04/yyyy+1)	Nombre d'utilisateurs	Volume en DDD	Montant à charge de l'AO	Montant à charge du patient	Taux de progression du nombre d'utilisateurs tous les deux ans
2010-2011	1.889.702	47.618.719,70	50.098.476,76	15.061.732,69	
2011-2012	1.908.828	49.523.091,84	50.469.596,45	14.511.171,87	1,01%
2012-2013	1.932.808	50.316.075,16	48.023.495,64	12.853.801,73	1,26%
2013-2014	1.827.386	47.399.844,77	44.775.335,62	11.515.723,35	-5,45%
2014-2015	1.879.744	49.265.435,31	44.851.824,40	11.439.298,14	2,87%
2015-2016	1.822.259	47.133.050,84	42.008.935,49	10.318.754,11	-3,06%
2016-2017	1.776.341	45.159.221,59	40.492.421,93	9.627.932,12	-2,52%
2017-2018	1.759.045	44.655.486,65	29.644.022,40	20.391.696,21	-0,97%
Taux de progression 2010/2011 - 2017/2018	-6,91%	-6,22%	-40,83%	35,39%	
Taux de progression 2016/2017 - 2017/2018	-0,97%	-1,12%	-26,79%	111,80%	
Montant épargné de mai 2017 à avril 2018			10.848.399,53	-10.763.764,09	

Figure 2 : Antibiotiques remboursés (ATC J01) : Evolution du montant et du volume en DDD de 2010/2011 à 2017/2018



8 La DDD est « définie comme la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte ». https://www.ipheb.be/wa_files/457-458.pdf

Les coûts pour l'AO ont diminué de 27% grâce à la mesure (figure 2). L'INAMI a pu économiser environ 11 millions d'euros (10.818.399 euros) pour tous les membres MC réunis. Le montant total des tickets modérateurs pour nos membres a augmenté de 112%, **de sorte que l'économie du gouvernement est compensée et payée presque totalement par l'augmentation des montants à charge des patients** (10.763.764). Si l'on extrapole ces montants au niveau de la Belgique, il s'agit **d'environ 24 millions d'euros d'économies reportés sur la population**.

45% de nos membres ayant droit à l'intervention majorée (IM) se sont vu prescrire des antibiotiques aussi bien dans l'année précédant la mesure que dans l'année suivante (tableau 2). Pour les autres membres, ce pourcentage ne s'élève « qu'à » 37%. La mesure a fait **augmenter les coûts moyens annuels (ticket modérateur) pour les membres avec intervention majorée de 4,66 euros à 14,10 euros (multiplié par 3) alors que pour les autres membres, ce chiffre est passé de 5,58 euros à 11,06 euros (multiplié par 2)**. On constate donc que 27% des montants propres croissants se retrouvent à charge des personnes avec intervention majorée alors qu'elles ne représentent que 15% de nos membres (tableau 3).

Tableau 2: Montant épargné de 2017 à 2018 par statut social

Statut social (BIM/NON BIM)	Année (01/05/yyyy - 30/04/yyyy+1)	Nombre d'utilisateurs (1)	Volume en DDD	Montant à charge de l'AO	Montant à charge du patient (3)	Nombre de membres MC (2)	% par statut social (1)/(2)	Coût moyen à charge du patient (3)/(1)
BIM	2016-2017	305.763	9.618.020,30	10.013.355,32	1.425.737,97	683.583	44,73%	4,66
	2017-2018	307.055	9.476.591,97	7.366.275,36	4.330.734,34	690.083	44,50%	14,10
	Taux de progression 2016/2017 - 2017/2018	0,42%	-1,47%	-26,44%	203,75%	0,95%		
	Montant épargné de mai 2017 à avril 2018 - BIM			2.647.079,96	-2.904.996,37			
NON BIM	2016-2017	1.470.578	35.541.201,30	30.479.066,61	8.202.194,15	3.902.691	37,68%	5,58
	2017-2018	1.451.990	35.178.894,68	22.277.747,04	16.060.961,87	3.896.105	37,27%	11,06
	Taux de progression 2016/2017 - 2017/2018	-1,26%	-1,02%	-26,91%	95,81%	-0,17%		
	Montant épargné de mai 2017 à avril 2018 - NON BIM			8.201.319,57	-7.858.767,72			

Tableau 3: Proportion du montant à charge du patient par statut social (BIM / NON BIM)

Statut social (BIM/NON BIM)	Nombre de membres MC 2017-2018 (1)	% par statut social (1)/(total 1)	Montant perdu par les utilisateurs par statut social (2)	% montant à charge du patient perdu par statut social (2)/total 2)
BIM	690.083	15%	2.904.996,37	27%
NON BIM	3.896.105	85%	7.858.767,72	73%
Total	4.586.188	100%	10.763.764,09	100%

Ces dernières constatations requièrent des explications. Il existe sept catégories de remboursement des spécialités pharmaceutiques. La catégorie à laquelle appartient une spécialité pharmaceutique dépend de l'intérêt médico-thérapeutique et du caractère « nécessaire » de la spécialité. Ce que le patient paie lui-même (le ticket modérateur) dépend

donc de la catégorie de remboursement. Nous présentons au Tableau 4 un aperçu des règles d'application pour les spécialités délivrées en pharmacie publique (ce sont les seules qui importent pour cet article étant donné que la mesure politique abordée ne s'applique qu'aux antibiotiques vendus en pharmacie publique).⁹

⁹ D'autres règles sont d'application concernant les spécialités pharmaceutiques délivrées dans un hôpital (à un patient ambulatoire ou hospitalisé) : voir site web INAMI, <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/Pages/liste-specialites-pharmaceutiques-remboursables-categories-remboursement.aspx#.XVffw-gzblU>

Tableau 4 : Catégories de remboursement pour les spécialités pharmaceutiques délivrées en pharmacie publique (Source : site INAMI)¹⁰

Catégorie	A/Fa	B/Fb		C	Cs	Cx
		Assurés avec intervention majorée	Assurés ordinaires			
BR _{ex fact} < 14.38 EUR	0 % de la BR _{ex fact}	26,52 % de la BR _{ex fact}	44,20 % de la BR _{ex fact}	88,39 % de la BR _{ex fact}	106,07 % de la BR _{ex fact}	141,43 % de la BR _{ex fact}
≥ 14.38 EUR	0 EUR + 0% de la BR _{ex fact}	1,50 EUR + 16% de la BR _{ex fact}	2,50 EUR + 27% de la BR _{ex fact}	5,00 EUR + 54% de la BR _{ex fact}	6,00 EUR + 65% de la BR _{ex fact}	8,00 EUR + 86% de la BR _{ex fact}

(BR_{ex fact} = base de remboursement du conditionnement au niveau ex-usine)

Les pourcentages et montants mentionnés constituent le ticket modérateur du patient. La catégorie A représente les « spécialités vitales ». Le patient ne paie ici donc rien de sa propre poche. Pour cet article, nous nous concentrons sur les catégories B et C (étant donné que la mesure politique implique que les antibiotiques concernés ont été transférés de la catégorie B à la catégorie C). La catégorie B inclut les « spécialités thérapeutiques importantes », la catégorie C comprend les « médicaments destinés aux traitements symptomatiques ». Les médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu (par exemple les somnifères) ne font pas partie de ces catégories de remboursement. Ils sont souvent désignés comme la « catégorie D ».¹¹

Dans la catégorie B, le ticket modérateur varie en fonction du statut du patient/membre (intervention majorée ou non). Ce n'est pas le cas pour la catégorie C : les mêmes pourcentages/montants valent pour ces médicaments. Cela implique que le coût supplémentaire pour le patient à la suite du transfert des antibiotiques vers la catégorie C est plus élevé pour les personnes avec intervention majorée que pour celles qui ne l'ont pas. Les personnes vulnérables sont les plus touchées par l'effet du transfert (comme les chiffres de notre étude le montrent : deux fois plus cher pour les personnes sans IM, trois fois plus cher pour les personnes avec IM).

En plus des règles de remboursement, il existe d'autres raisons qui peuvent expliquer pourquoi les montants à charge sont proportionnellement plus élevés pour les personnes avec intervention majorée comparés aux montants pour les personnes sans intervention majorée. D'un côté les membres avec intervention majorée se trouvent en bas de l'échelle sociale et ont généralement une moins bonne santé avec plus d'infections¹², avec à la clé une plus grande consommation d'antibiotiques. D'un autre côté, nous savons que ceux qui se trouvent en haut de l'échelle sociale (avec de meilleures conditions matérielles et souvent un meilleur niveau d'éducation) disposent également d'un meilleur niveau de compétences en matière de santé (*health literacy*).¹³ Cela pourrait signifier qu'ils sont plus critiques vis-à-vis de la consommation d'antibiotiques.¹⁴

4. Conclusions et recommandations

L'objectif de la mesure politique de la ministre de la Santé publique Maggie De Block, à savoir lutter contre la surconsommation d'antibiotiques et restreindre le développement des résistances qui s'en suit, n'a pas été atteint.

¹⁰ Site INAMI, <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/Pages/liste-specialites-pharmaceutiques-remboursables-categories-remboursement.aspx>

¹¹ Site web INAMI, https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/Pages/liste-specialites-pharmaceutiques-remboursables-categories-remboursement.aspx#XVff_ugzblU

¹² Voir rapport AIM "Inégalités de santé" (mai 2019), https://ima-aim.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf

¹³ MC-Information (mars 2017), Compétences en matière de santé et sources d'information, p. 39.

¹⁴ Voir NIVEL en Zorginstituut Nederland (2016), Le rôle des patients dans la dérogation aux directives par les médecins - Une enquête sur la prescription d'antibiotiques, p. 32 : « Les personnes plus qualifiées semblent plus critiques et donc plus dans la retenue » (médecin interviewé).

Aucune réduction de la consommation d'antibiotiques n'a été constatée suite à l'augmentation des prix (remboursement réduit) pour le patient. Il est cependant clair que la mesure a engendré une économie pour l'assurance obligatoire soins de santé, bien que ce soit aux dépens des patients, particulièrement les plus vulnérables.

Est-ce bizarre qu'une augmentation des prix des médicaments n'entraîne pas automatiquement une diminution de la consommation ? Pas vraiment. En fin de compte, c'est le médecin qui détermine la consommation d'antibiotiques à travers la prescription (même s'il peut parfois ressentir une certaine pression de la part d'un patient insistant), alors que les conséquences financières ne sont ressenties que par le patient.

De plus, au niveau médical, il faut remarquer que les antibiotiques passent du jour au lendemain de « spécialités thérapeutiques importantes » (catégorie B) à « spécialités destinées aux traitements symptomatiques » (catégorie C).

La MC en tant que mutualité santé apprécie que la ministre cherche des solutions pour lutter contre la surconsommation. Mais si une hausse de prix n'apporte pas l'effet escompté, quelles mesures peuvent alors aider à contrer la consommation injustifiée d'antibiotiques ? Il faut sensibiliser les patients : ils ne doivent pas insister pour que le médecin leur prescrive ces médicaments si ce n'est pas strictement nécessaire. Mais finalement, c'est au médecin lui-même à prendre ses

responsabilités et à adopter un comportement prescriptif responsable conformément aux directives evidence-based. Si la sensibilisation se révèle insuffisante, peut-être faut-il oser réfléchir à la mise en place d'une responsabilité financière au niveau des médecins. Les grands prescripteurs d'indications injustifiées devraient ainsi prendre une partie des dépenses à leur charge.

Une autre mesure structurelle serait de mettre en place une obligation de prescription électronique pour les antibiotiques, qui mentionnerait l'indication, afin que leur bon usage puisse être mieux contrôlé.¹⁵ Nous pourrions également instaurer un système de remboursement conditionnel conformément au « Chapitre IV » de la liste des médicaments remboursables (médicaments pour lesquels le remboursement est soumis à des conditions pour des raisons médicales et/ou budgétaires, limitant leur usage à des conditions bien déterminées - indication médicale, groupe cible, âge). C'est déjà le cas (depuis mai 2018) pour les (fluoro)quinolones, un sous-groupe d'antibiotiques.¹⁶ L'impact de cette mesure doit encore être évalué.

Il est important de bien comprendre les causes de la surconsommation d'antibiotiques pour pouvoir avancer des solutions efficaces. Nous nous référons dans ce cadre au récent rapport du KCE « Propositions pour une politique Antibiotique plus efficace en Belgique »,¹⁷ qui s'intéresse aux causes du problème et établit 21 recommandations pour améliorer les choses.

¹⁵ Rapport KCE 311A (2019), Propositions pour une politique Antibiotique plus efficace en Belgique, p. 25.

¹⁶ Voir le site web INAMI, https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/adaptations/Pages/antibiotiques-fluoro-quinolones.aspx#.XVfg_ugzblU

¹⁷ Rapport KCE 311A (2019), Propositions pour une politique Antibiotique plus efficace en Belgique.

L'impact du flux proactif et de l'intervention majorée sur les dépenses de soins de santé

Raf Van Gestel (Erasmus Universiteit Rotterdam, Universiteit Antwerpen), Tim Goedemé (University of Oxford, Universiteit Antwerpen), Diana De Graeve (Universiteit Antwerpen) et Hervé Avalosse (Service d'étude MC)

Résumé

En 2015, une grande campagne nationale d'information a été lancée, le flux proactif, pour améliorer l'octroi de l'intervention majorée (IM) pour les ménages à faible revenu. Le flux proactif est un processus par lequel la MC a contacté ses membres de façon proactive pour les inciter à introduire une demande d'intervention majorée. En collaboration avec l'Université d'Anvers, la MC a mené une expérience de terrain pour mesurer l'effet de ces efforts. Dans un précédent numéro de MC-Information (n° 270, pages 19-25), nous avons indiqué que cette campagne a engendré une forte hausse de l'octroi de l'IM chez les membres MC contactés au cours de cette action. Dans le présent article, nous examinons l'impact généré sur les dépenses de soins suite au flux proactif. Après des analyses poussées, nous constatons que les dépenses de soins de santé n'augmentent que pour les visites chez le généraliste.

Mots-clés : Intervention majorée, expérimentation sur le terrain, flux proactif, soins de santé accessibles, dépenses de soins de santé

1. Introduction

L'intervention majorée (IM) est un régime spécifique qui fait en sorte que les soins de santé deviennent plus accessibles pour les ménages¹ à faible revenu. Les ménages qui bénéficient de ce régime paient un ticket modérateur moindre pour une large palette de soins de santé, tout en ayant droit à d'autres avantages qui ne sont pas liés à la santé.² Par exemple, pour une visite chez un généraliste conventionné, le ticket modérateur ne s'élève qu'à 1 euro au lieu de 4 (avec un dossier médical global). Parmi les avantages qui ne sont pas liés à la santé, citons notamment un tarif réduit pour les transports en commun, une cotisation réduite à la Protection sociale flamande et, sous certaines conditions, le droit à un tarif téléphonique social et à une prime chauffage. Outre l'intervention majorée, le maximum à facturer³, le régime tiers payant⁴ et le statut de maladie chronique contribuent également à rendre les soins de santé plus accessibles. Un avantage complémentaire et important de l'IM est que le régime tiers payant s'applique automatiquement en cas de consultation d'un généraliste. Cela

signifie qu'il ne reste à payer sur place que le ticket modérateur et que le reste des honoraires (environ 25,5 euros pour un médecin conventionné en 2018) est directement facturé entre le généraliste et la mutualité d'affiliation. Pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, le plafond du maximum à facturer est également inférieur. Dès que ce plafond est atteint, les tickets modérateurs sont entièrement et automatiquement remboursés. L'intervention majorée est octroyée aux ménages avec un faible revenu, aux individus qui perçoivent une indemnité spécifique, aux orphelins et aux mineurs étrangers non-accompagnés. L'intervention majorée est octroyée automatiquement, sauf aux ménages à faible revenu. Comme une enquête de revenus est nécessaire pour accorder le droit sur la base des revenus, on a estimé il y a quelques années que de nombreux bénéficiaires potentiels ne demandaient pas l'intervention majorée. Ce constat a mené à la mise en place du flux proactif, par lequel toutes les mutualités ont contacté proactivement leurs membres à faible revenu en leur suggérant de solliciter

1 Dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, un ménage peut être composée d'une ou de plusieurs personnes.

2 Voir <https://www.mc.be/la-mc/reduire-facture/intervention-majoree/avantages> pour un aperçu des soins de santé avec des tickets modérateurs inférieurs.

3 Voir [https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-facturer-\(maf\)-limite-depenses-soins-sante.aspx](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-facturer-(maf)-limite-depenses-soins-sante.aspx) pour plus d'informations sur le maximum à facturer.

4 Voir <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/tiers-payant.aspx> pour plus d'informations sur le tiers payant.

l'intervention majorée. Dans l'édition de décembre 2017 du MC-Information⁵, nous avons signalé que la prise de contact avec environ 128.000 ménages belges a mené à une forte hausse de la couverture de l'intervention majorée. Les résultats de l'étude expérimentale montrent que celle-ci a progressé de 5 à 20% après la prise de contact proactive. Cette forte hausse a été confirmée par une évaluation nationale de l'INAMI (2018).

Dans cet article, nous expliquons comment le flux proactif et l'intervention majorée ont influencé les dépenses de soins de santé. Les tickets modérateurs moindres associés à l'intervention majorée, et donc à un tarif inférieur pour les soins de santé, exercent potentiellement un double effet sur les ménages bénéficiaires. D'une part, les soins deviennent plus accessibles : ils deviennent moins chers et, pour une visite chez le généraliste, il ne reste à payer que le ticket modérateur (réduit), ce qui peut potentiellement mener à un moindre report de soins ou à une plus grande consommation. D'autre part, un tarif inférieur peut faire baisser les dépenses de soins totales d'un ménage. Ce faisant, l'intervention majorée exerce un effet positif sur le budget familial.

La charge financière moindre pour les ménages mène également à des dépenses de santé plus élevées pour les pouvoirs publics. En effet, en raison du ticket modérateur réduit, les autorités supportent une plus grande part du coût des prestations de soins de santé. Mais, la question est plutôt de savoir dans quelle mesure les ménages modifient leur utilisation des soins en bénéficiant de l'intervention majorée. Le présent article aborde donc l'évolution des dépenses des ménages, mais aussi de celles des autorités suite à la mise en place du flux proactif. Outre sa pertinence pour la politique de santé nationale, cette enquête est également intéressante dans une perspective internationale. Nous manquons encore d'informations fiables concernant l'effet du coût des soins de santé sur le recours aux soins.⁶ On ne peut en effet pas estimer l'effet tarifaire en examinant simplement les différences de recours aux soins entre les individus qui paient un prix réduit (par exemple, les bénéficiaires de l'intervention majorée) et les autres individus. Les personnes qui ont droit à l'intervention majorée sont en moyenne aussi en moins bonne santé, ce qui influence également leur consommation de soins. C'est précisément pour cela que la réalisation d'une étude expérimentale est importante.

2. Mise sur pied de l'étude : une conception expérimentale⁷

Les 19 mutualités régionales de la MC faisaient partie du flux proactif et 10 d'entre elles ont décidé de participer à cette étude expérimentale. Tous les ménages faisant partie du flux proactif dans ces 10 mutualités ont reçu un courrier identique, accompagné d'un flyer. La lettre comportait des informations formelles sur le droit potentiel à l'intervention majorée, tandis que le flyer pointait les avantages du statut et expliquait la procédure de demande de l'IM. Plusieurs mutualités ont également organisé des appels téléphoniques et envoyé un e-mail aux personnes avec une adresse électronique connue (environ 17% de la totalité des membres).

Sur une base arbitraire, les ménages ont été répartis en 6 groupes, qui ont été contactés sur une période d'un an et demi. Le tableau 1 montre que le premier groupe a été contacté en novembre 2015 et le dernier en mai 2017. Au total, plus de 55.000 ménages ont été contactés par les mutualités qui ont participé à l'étude expérimentale.

Dans cette étude, nous mettons l'accent sur les groupes 1 et 6, parce qu'ils se situent aux extrémités de la période examinée. Comme l'usage des soins de santé (qui est influencé par l'IM) ne suit pas immédiatement l'octroi de l'intervention majorée, une période de suivi d'au moins un an est souhaitable. Cette condition n'est pas remplie pour tous les groupes, nous ne les reprenons donc pas tous dans la comparaison. Vu que le classement des ménages en groupe s'est fait au gré du hasard (random sample), nous pouvons raisonnablement nous attendre à ce que les groupes 1 et 6 présentent entre eux plusieurs similitudes. Elles sont visibles à la Figure 1. Entre novembre 2015 et avril 2016, la seule différence entre les groupes est le fait que le groupe 1 a déjà reçu le courrier et le flyer. Après mai 2017, tout le monde a été contacté et il n'y a à nouveau plus de différence entre les groupes, hormis les différences liées aux différents moments du contact.

5 Le flux proactif : une méthode fructueuse pour améliorer l'octroi de l'intervention majorée Tim Goedemé, Raf Van Gestel, Julie Janssens et Eva Lefevère (Université d'Anvers) Rik Lemkens, Tom Spiegeleer (ANMC – Assurabilité) https://www.mc.be/media/MC-INFO-FR-270_tcm49-44108.pdf

6 L'un des rares articles à fournir un commentaire approfondi à ce sujet est celui de Finkelstein et al. (2012)

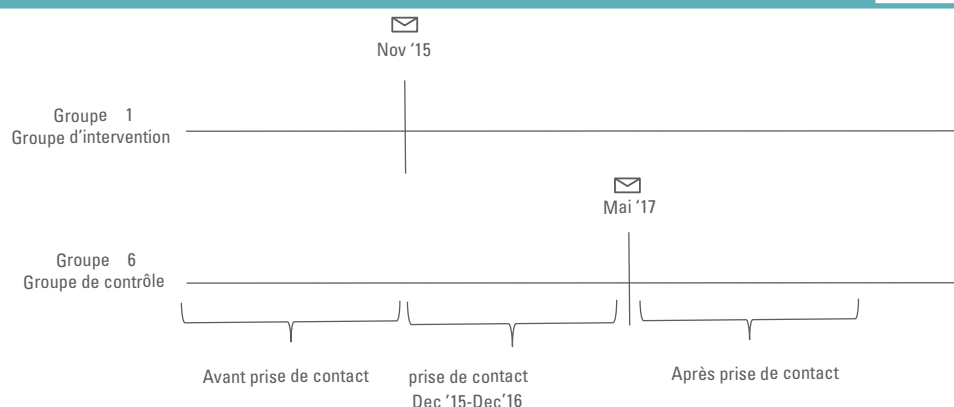
7 Pour plus de détails, l'article MC-Information de décembre 2017 peut être consulté (Goedemé et al., MC-Information 270, p.19-25)

Tableau 1 : Ménages et individus dans le flux proactif

Groupe et date du contact	Nombre de ménages	Pourcentage	Nombre d'individus	Pourcentage
1 – Nov. '15	4.986	9,00	8.365	9,06
2 – Avr. '16	10.016	18,08	16.664	18,05
3 – Mai '16	14.926	26,94	24.731	26,79
4 – Nov. '16	5.307	9,58	8.874	9,61
5 – Mars '17	12.569	22,68	20.944	22,69
6 – Mai '17	7.603	13,72	12.734	13,79
Total	55.407	100,00	92.312	100,00

Note : ce tableau a été repris de Van Gestel et al. (2017) et Goedemé et al. (2017)

Figure 1 : Représentation graphique de la structure de l'étude



Le tableau 2 confirme le fait que l'attribution des individus aux groupes s'est faite de manière arbitraire. Aucune des valeurs des variables de contrôle disponibles ne présente de différence significative entre le groupe 6 et le groupe 1. Il y a pourtant une exception (qui ne figure pas dans le tableau) : le groupe 1 a (par

hasard) des dépenses de santé plus faibles et statistiquement significatives ($p = 0,008$) l'année précédant l'intervention. C'est pourquoi nous contrôlons toujours le niveau de départ des dépenses de santé lors des analyses.

Tableau 2 : Similitudes entre le groupe 6 et le groupe 1

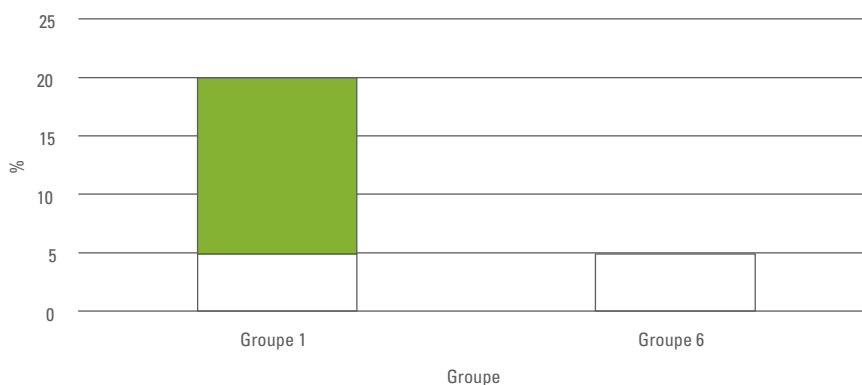
Variables	Groupe 6	Groupe 1-Groupe 6	Valeur P
Année de naissance	1.959,27	-0,02	0,96
Homme	0,58	-0,01	0,27
Dépassement plafond MâF	0,18	-0,01	0,30
Langue communication MC allemand	0,01	0,00	0,26
Langue communication MC français	0,13	0,00	0,79
Étranger	0,14	0,00	0,71
Nombre de membres du ménage	1,67	0,01	0,75
Jours de chômage	29,12	0,03	0,99
Jours de maladie	4,55	0,05	0,93
Jours d'invalidité	8,72	1,21	0,22

Pour les variables binaires, une similitude des proportions a été testée, tandis qu'un t-test a été utilisé pour la moyenne des variables continues.

La Figure 2 indique l'effet du flux proactif sur l'octroi de l'intervention majorée. Dans le groupe 1, après le contact en novembre 2015, l'octroi de l'IM atteint environ 20%, alors qu'elle n'est que de 5% dans le groupe 6 qui n'a pas encore été contacté (Goedemé et al, 2017). Cela signifie que, si nous comparons le recours moyen aux soins de santé des ménages des groupes 1 et 6, la différence observée pourra être attribuable au groupe d'individus qui a eu recours à l'intervention majorée

suite au flux proactif, autrement dit au groupe de ménages qui n'auraient pas bénéficié de l'IM sans le courrier envoyé (c'est le groupe d'individus et de ménages de la zone surlignée en gris sur la Figure 2). À l'aide de techniques statistiques, nous pouvons déterminer comment l'utilisation des soins de santé pour le groupe marqué change après octroi de l'IM (et pas en raison d'autres facteurs).

Figure 2 : Octroi de l'intervention majorée (en %) par prise de contact



3. Existe-t-il un effet sur les dépenses totales ?

Nous avons examiné l'effet de l'octroi de l'IM sur différentes catégories de dépenses de soins pendant les 12 mois suivant le flux proactif. Il est important de souligner que l'effet de l'IM sur les dépenses concerne les ménages qui ont obtenu l'IM à l'occasion du flux proactif. Il s'agit d'une population spécifique. Par rapport aux ménages qui, malgré le contact, n'ont pas intégré le droit à l'IM, il s'agit de ménages un peu plus petits, avec des dépenses de santé plus élevées, moins de jours de maladie et d'invalidité, et dont le chef de ménage est un peu moins souvent un homme (Goedemé et al., MC-Information 270, p. 23). Nous ne pouvons donc pas extrapoler les constatations à l'ensemble de la population belge, au groupe complet des personnes contactées ou aux personnes qui avaient déjà droit à l'IM. Néanmoins, cela permet de comprendre l'effet de l'IM sur les dépenses de santé pour les personnes qui n'en auraient pas bénéficié sans cette prise de contact.

Les figures 3A et 3B présentent la moyenne des dépenses supplémentaires sur 12 mois, par ménage qui ont bénéficié de l'IM en raison du flux proactif. Les bâtonnets surlignés indiquent la taille de l'effet tandis que les lignes montrent l'intervalle de confiance de cet effet. Les résultats sont un résumé de différentes analyses à plusieurs variables, avec un contrôle pour certaines caractéristiques. Nous examinons à chaque fois la somme des dépenses payées par les familles (tickets modérateurs et éventuels suppléments enregistrés) et par l'assurance maladie (remboursements)⁸.

Pour les prestations du généraliste, du kiné, les admissions d'un jour et les hospitalisations classiques, l'effet sur les dépenses est positif ; pour les prestations aux urgences et chez le dentiste, l'effet est négatif. Les effets n'ont toutefois pu être mesurés que de manière imprécise. C'est seulement pour les dépenses chez le médecin généraliste, qui ont progressé de 41 euros, que l'effet statistiquement significatif est différent de 0 car 0 n'appartient pas à l'intervalle de confiance.

⁸ Autrement dit, il s'agit des honoraires totaux ou des frais totaux.

L'effet moyen sur les dépenses totales, c'est-à-dire toutes les dépenses de santé pour les assurés et les assureurs ensemble, est à première vue fortement positif. En moyenne, les dépenses par ménage augmentent de 1.500 euros sur l'année étudiée. Cet effet est cependant mesuré de manière très imprécise car il existe une grande variation entre les ménages, de sorte que l'on ne peut pas dire avec certitude que l'effet est positif. Nous trouvons ainsi de très nombreux ménages avec de très faibles dépenses, et les dépenses moyennes de chaque groupe sont fortement influencées par une série de ménages avec des dépenses relativement élevées (par exemple en lien avec une

longue hospitalisation). Pour plus de clarté, et pour vérifier la présence d'un éventuel effet positif, nous avons aussi fait appel aux groupes 2 et 5 dans le flux proactif (voir Tableau 1). Pour ces groupes, l'effet moyen sur les dépenses totales est moins prononcé et a varié entre -382 et 889 euros. Cela montre une nouvelle fois que la variation est importante et qu'il n'existe pas de différence significativement différente de zéro. Les résultats sont repris au tableau 3. Les constatations pour les dépenses chez le généraliste résistent toutefois à l'analyse de robustesse et sont significativement positives.

Figure 3A : Effet de l'intervention majorée (EUR) sur les dépenses de soins (avec un intervalle de confiance de 95 %)

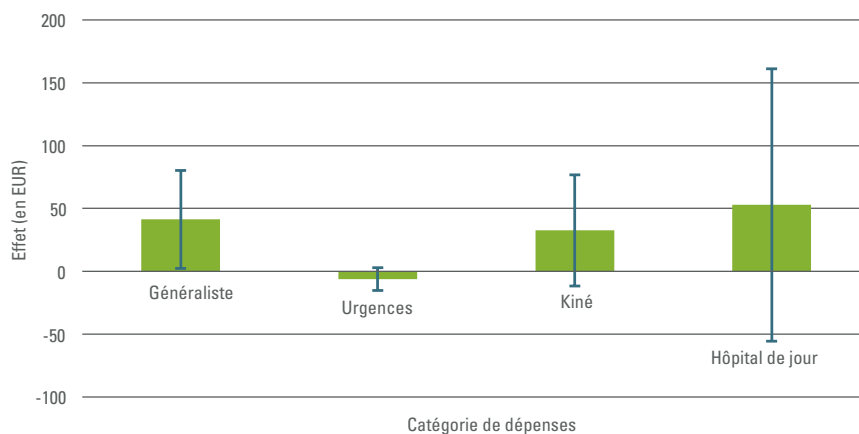


Figure 3B : Effet de l'intervention majorée (EUR) sur les dépenses de soins

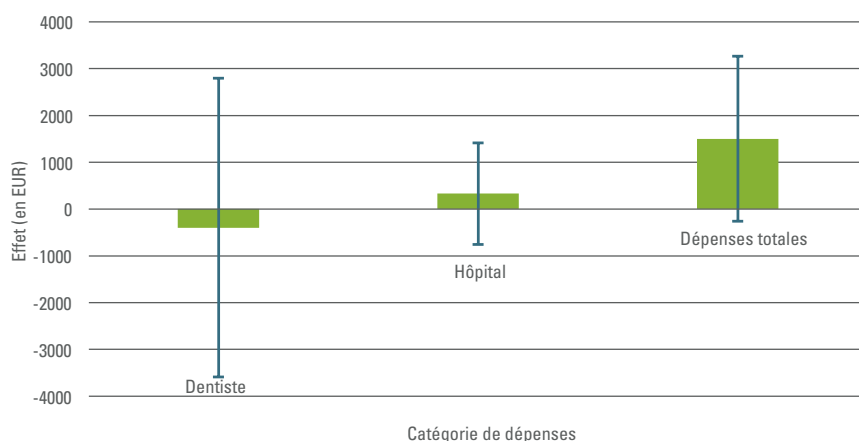


Tableau 3 : Effet de l'intervention majorée (EUR) sur les dépenses de soins : analyse de robustesse

Comparaison	Différence entre dépenses totales par ménage sur 12 mois	Valeur P
vague 1 – vague 6	1.502	<0,10
vague 1 – vague 5	-380	non significatif
vague 2 – vague 6	889	non significatif
vague 2 – vague 5	328	non significatif

Tableau 4 : Dépenses par personne qui paie et par type

Qui paie ?	Dépenses sur 12 mois	Pourcentage
Mutualité	3.528,56	88,77%
Ménage - suppléments	202,06	5,08%
Ménage - ticket modérateur	244,31	6,15%
Total	3.974,93	100%

Via des analyses supplémentaires, nous avons examiné l'impact de l'octroi de l'intervention majorée lié au flux proactif sur la consommation de soins. Ici aussi, aucun effet significatif n'a pu être trouvé. Sur une période de 12 mois, il y a seulement un recours un peu plus élevé aux consultations chez un dentiste.

4. Quelle différence sur les dépenses du ménage ?

Le tableau 4 classe les dépenses de soins de santé selon la personne qui paie les soins et le type de paiement. Ces chiffres concernent tous les ménages des groupes 1 et 6 du flux proactif. Les dépenses moyennes totales de soins de santé par ménage s'élèvent annuellement autours de 4.000 euros. La grande majorité de ces dépenses (88%) est payée par la mutualité. Les dépenses moyennes annuelles de notre échantillon s'élèvent par ménage à 446 euros⁹, dont environ la moitié sont des suppléments et l'autre moitié des tickets modérateurs. Nous avons calculé que grâce à l'intervention majorée et en tenant compte du maximum à facturer, les tickets modérateurs moyens par ménage ont baissé de 36 euros. Ce montant est assez faible et, statistiquement, il n'est pas non plus différent de 0. Nous pouvons donc en conclure que l'intervention majorée, prise de façon moyenne, n'exerce pas un impact majeur sur les dépenses de soins de santé des ménages. C'est une constatation importante, même s'il faut souligner que pour les ménages individuels confrontés à des dépenses de santé élevées, le seuil abaissé du MAF peut faire une différence majeure. Si nous ne tenons pas compte du maximum à facturer, les tickets modérateurs baissent de 155 euros et la différence est significative ($p < 0,10$).

5. Conclusion

Au cours de cette étude, nous n'avons pas relevé de lien clair et univoque entre l'intervention majorée et les dépenses de soins de santé. Cette constatation va à l'encontre de nos attentes. Nous nous attendions à ce que celui qui doit payer moins cher ses soins soit plus vite incité à y avoir recours. C'est aussi le résultat d'études expérimentales menées aux États-Unis. Une raison potentielle à cela est le fait que, pour le groupe étudié, la protection de base est déjà élevée. Par ailleurs, une étude étrangère montre que la consommation de soins ne réagit que de manière limitée aux changements de prix ; une baisse du prix de 10% n'entraîne une hausse de consommation que de l'ordre de 2 à 4%.

En outre, l'effet est mesuré de manière imprécise. Bien que l'échantillon de cette étude se composait de plus de 10.000 ménages, il est possible que ce ne soit pas suffisant pour mesurer l'effet de façon fiable.

Si nous prenons en compte le maximum à facturer, nous observons là aussi que les dépenses totales des ménages ne baissent que de manière minime après octroi de l'intervention majorée.

On ne peut toutefois pas conclure trop rapidement qu'il n'est pas nécessaire de répéter le flux proactif. On observe par exemple un effet clair sur les dépenses chez le généraliste. Les tickets modérateurs moindres, combinés au tiers payant social, conduisent à une meilleure accessibilité des soins chez le généraliste. Par ailleurs, le flux proactif permet une meilleure prise en charge, de sorte que les citoyens les mieux informés ne sont pas les seuls à faire valoir leurs droits. C'est surtout important pour l'intervention majorée car ce statut est assorti de droits complémentaires.

⁹ Les dépenses de suppléments sont enregistrées de manière moins précise par la mutualité, de sorte qu'elles peuvent être plus élevées en réalité.

La grande incertitude concernant les estimations statistiques requiert une certaine prudence dans l'interprétation des résultats. En outre, cela signifie qu'il est peut-être intéressant de réaliser à l'avenir une telle évaluation sur un plus grand échantillon. Cela pourrait venir étayer les constatations actuelles et/ou renforcer la fiabilité statistique.

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à la présente étude, notamment les collaborateurs des mutualités et de l'Alliance. Nous remercions en particulier Tom Despiegeleer, Werner Cremer, Rik Lemkens et Bram Peters. Cette étude a été en partie financée par la Politique scientifique fédérale (Belspo, TAKE project – Contrat BR/154/A4/TAKE) et la Banque nationale de Belgique (UA/ADOC/LVP/15-065). Tous les avis exprimés dans cet article sont ceux des auteurs et ils ne correspondent pas forcément à ceux de l'organisation pour laquelle ils travaillent ou des parties ayant financé l'étude.

Une discussion plus approfondie de l'étude se trouve dans le document suivant (disponible sur demande : vangestel@ese.eur.nl) : Van Gestel, R., Goedemé, T., De Graeve, D., Avalosse, H., Peters, B. (2019) *Subsidized Health Insurance and Healthcare Utilization: new evidence from a large-scale field experiment*, Mimeo.

Références

Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J.P., Allen, H., Baicker, K., The Oregon Health Study Group. 2012. The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the first year. *The Quarterly Journal of Economics* 127(3):1057-1106.

Goedemé et al., De proactieve flux: Een succesvolle manier om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren. In: CM-Informatie 270, december 2017, p.19-25

Riziv. 2018. Evaluatie proactieve flux V.T.: Integrale evaluatie van het mechanisme van de proactieve opsporing van potentiële rechthebbenden op de Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming in 2015 als maatregel tegen de non take-up van rechten binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Van Gestel, R., Goedemé, T., Janssens, J., Lefever, E., Lemkens, R. 2017. A Reminder to Pay Less for Healthcare: take-up of Increased Reimbursement in a large-scale randomized field experiment. Mimeo.

Les amputations sont en baisse chez les patients diabétiques

Hervé Avalosse – ANMC et Agence InterMutualiste

Patrick Lauwers - chirurgien vasculaire à la clinique du pied de l'hôpital universitaire d'Anvers

Frank Nobels - endocrinologue à la clinique du pied de l'hôpital Notre-Dame d'Alost

Johan Vanoverloop – UNMS et Agence InterMutualiste

Kristien Van Acker - endocrinologue à la clinique du pied du Centre de Santé des Fagnes de Chimay, présidente de D-Foot International

Résumé

Il y a dix ans, on pratiquait sept fois plus d'amputations totales du pied chez les patients diabétiques que dans le reste de la population. Depuis lors, le nombre d'amputations a heureusement connu une diminution significative d'environ un tiers. La tendance est similaire pour les amputations 'mineures' (comme un orteil), mais la baisse observée est, ici, moins rapide. Telles sont les conclusions principales d'une étude menée à l'échelle nationale, grâce aux données de l'Agence InterMutualiste (AIM), en collaboration avec des spécialistes du « pied diabétique » et des chercheurs de l'université de Düsseldorf. Ces résultats sont positifs et vont dans la bonne direction, même si les patients diabétiques restent bien plus exposés au risque d'amputation des membres inférieurs que le reste de la population.

Les données rassemblées et étudiées sont relatives à la période de 2009 à 2013 et portent sur l'ensemble de la population belge. Avec les données de facturation issues de l'assurance obligatoire soins de santé, on détecte les amputations sur base de codes de prestation. Idem pour déterminer si une personne souffre du diabète : on recourt aux prestations qui ont un lien direct avec le diabète (trajet de soins, par exemple), la consommation de médicaments spécifiques (l'insuline), la répétition du test d'hémoglobine glyquée. Avec toutes ces informations, on peut alors estimer et suivre l'évolution du risque d'amputation au sein de la population avec ou sans diabète, ainsi que selon le type d'amputation.

Mots-clés : Amputation, diabète, agence intermutualiste, pied diabétique

1. Introduction

Pour la première fois en Belgique, une étude à l'échelle nationale a été menée afin d'évaluer le risque d'amputation des membres inférieurs, parmi la population qui souffre du diabète ainsi que parmi celle qui n'en souffre pas. Cette étude originale est le fruit d'une collaboration étroite entre des mutualistes (regroupés au sein de l'Agence InterMutualiste¹), des médecins, des chercheurs universitaires (Université de

Düsseldorf) et des associations de patients (Diabetes Liga et Association Belge du Diabète). Elle a fait l'objet d'une publication² dans *Diabetologia*, une revue médicale de référence sur la diabétologie et qui est également journal officiel de l'EASD (European Association for the Study of Diabetes). Ce sont les principaux résultats de cette étude que nous présentons dans le cadre du présent article.

1 L'AIM est une association sans but lucratif qui regroupe tous les organismes assureurs (les 5 unions nationales de mutualités, la caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, la caisse des soins de santé de HR Rail). Elle a été créée en 2002 et a pour but de collecter et analyser les données administratives des organismes assureurs. Elle dispose d'une reconnaissance légale via la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 (art. 278 et suivants).

2 Claessen H, Avalosse H, Guillaume J, Narres M, Kvitkina T, Arend W, Morbach S, Lauwers P, Nobels F, Boly J, Van Hul C, Doggen K, Dumont I, Felix P, Van Acker K, Icks A. 2018. Decreasing rates of major lower-extremity amputation in people with diabetes but not in those without : a nationwide study in Belgium. *Diabetologia*. 61:1966–1977 (<https://doi.org/10.1007/s00125-018-4655-6>)

2. Contexte

Le diabète est une affection fréquente pouvant engendrer diverses complications au cœur et aux vaisseaux sanguins, aux yeux, aux reins et aux pieds. Les patients diabétiques souffrant de plaies au pied ont un risque plus élevé d'amputation d'une partie du pied ou du membre inférieur. Pourtant, grâce à une prise en charge multidisciplinaire en matière de prévention et de traitement du pied diabétique, bien des amputations pourraient être évitées. Étant donné l'impact qu'une amputation peut avoir sur la vie d'une personne, de ses proches ainsi que sur sa place dans la société, ce problème est loin d'être négligeable.

Dans notre pays, un programme national du pied diabétique s'est mis en place en 2005 et 35 cliniques du pied diabétique³ sont aujourd'hui actives. L'objectif de ces cliniques est de soigner les plaies au pied, éviter les amputations et prévenir l'apparition de nouvelles plaies. Au sein de ces cliniques, le patient bénéficie d'une prise en charge multidisciplinaire conforme à des directives internationales établies par le Groupe de Travail international sur le Pied Diabétique.

Il y a peu d'études qui estiment l'évolution du risque d'amputation parmi une population 'à risque', comparant les patients diabétiques avec ceux qui n'en souffrent pas. Pour notre pays, la présente étude vient combler ce manque. Elle permet de voir dans quelle mesure nous allons ou pas dans la bonne direction.

3. Méthode – données

Les données analysées ont été rassemblées par l'AIM, portent sur la période 2009 à 2013 et couvrent l'ensemble de la population belge.

- Pour déterminer si une personne souffre du diabète, la détection s'est faite en exploitant les données de facturation disponibles : sur base de prestations liées directement au diabète (p. ex. : trajet de soins, conventions spécifiques de rééducation...), de la consommation de médicaments (p. ex. : insuline), en considérant la répétition de la mesure de l'hémoglobine glyquée (test remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé). Approchée de cette façon, la prévalence du diabète au sein de la population belge est estimée à 6,2% en 2009 et augmente jusqu'à atteindre 8,0% en 2013.
- Les amputations sont également détectées et classifiées (mineure, majeure) sur base de codes de prestation figurant dans la nomenclature des soins de santé remboursés. L'amputation est dite 'mineure' si elle a lieu avant la cheville

(un orteil, l'avant pied), 'majeure' après. On différencie l'amputation majeure selon qu'elle a lieu en-dessous ou au-dessus du genou.

- A l'aide de ces données, on peut alors estimer annuellement le taux d'amputation (standardisation par âge et sexe, on considère la première amputation de l'année) au sein de la population avec ou sans diabète, selon le type d'amputation (mineure/majeure). On peut également calculer les 'risques relatifs' (RR) qui y correspondent.

4. Résultats principaux

Au cours de la période étudiée de cinq ans, un total de 5.438 amputations majeures et 8.811 amputations mineures ont été recensées dont une légère majorité chez des personnes atteintes du diabète.

4.1. Tout type d'amputation confondu (Figure 1)

Tout type d'amputation confondu, c'est bien une diminution significative du taux annuel d'amputations qu'on observe, sur la période étudiée, pour les patients diabétiques : de 122,2 pour 100.000 personnes (en 2009) à 100,4 pour 100.000 personnes (en 2013). Cela correspond à une réduction du risque d'amputation à raison de 5% par an.

Pour les personnes ne souffrant pas du diabète, il en va de même : le taux annuel d'amputations diminue de 14,1 pour 100.000 personnes (en 2009) à 13,0 pour 100.000 personnes (en 2013). Ici, la réduction du risque d'amputation est toutefois moins rapide : à raison de 2% par an.

4.2. Amputation majeure (Figures 1 et 2)

En 2009, le nombre d'amputations majeures était sept fois plus élevé chez les patients diabétiques que dans le reste de la population. Nous avons constaté au cours de la période étudiée de cinq ans une nette diminution de ces amputations chez les patients diabétiques : de 42,3 pour 100.000 personnes (en 2009) à 29,9 pour 100.000 (en 2013). Cela correspond à une réduction du risque d'amputation à raison de 8% par an.

Si on différencie l'amputations selon qu'elle a été effectuée au-dessus ou en-dessous du genou (voir la Figure 2), les taux d'amputations diminuent parmi les diabétiques. Pour ces derniers, la diminution observée du risque est plus accentuée pour les amputations au-dessus du genou (à raison de 10% par an) que pour les amputations en-dessous du genou (7% de diminution par an).

3 <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/endocriniennes-metaboliques/Pages/diabete-intervention-centre-plaies-pied.aspx>

Figure 1 : Taux annuel standardisé d'amputations – majeures versus mineures

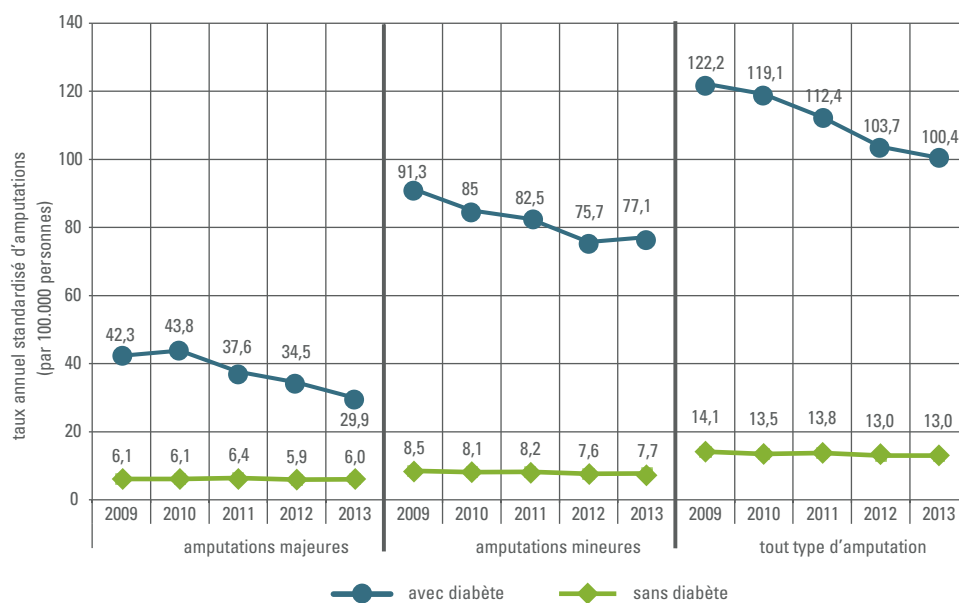
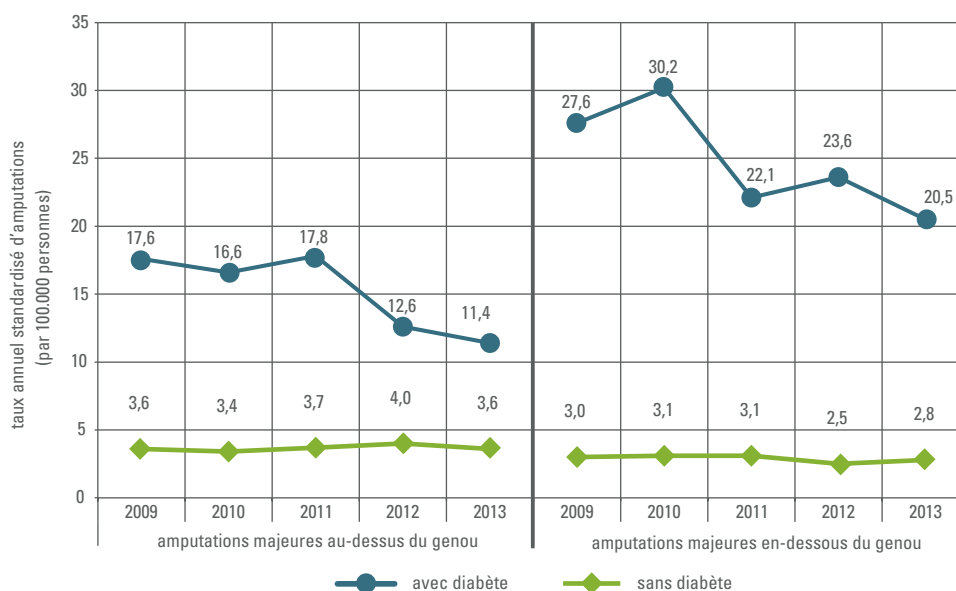


Figure 2 : Taux annuel standardisé d'amputations – amputations majeures : au-dessus versus en-dessous du genou



4.3. Amputation mineure (Figure 1)

Parmi les personnes qui souffrent de diabète, le taux annuel d'amputation mineure décroît de façon significative : on passe de 91,3 pour 100.000 personnes (en 2009) à 77,1 pour 100.000 personnes (en 2013). Cela correspond à une réduction du risque à raison de 5% par an.

Idem pour la population ne souffrant pas de diabète : le taux annuel d'amputations mineures décroît légèrement mais de façon significative de 8,5 pour 100.000 personnes (en 2009) à 7,7 pour 100.000 personnes (en 2013). La réduction du risque est de l'ordre de 3% par an.

4.4. Facteurs de risque d'amputation

A l'aide de la notion de risque relatif (RR), on peut estimer jusqu'à quel point certains sont davantage exposés au risque d'amputation que d'autres. On peut mettre en évidence ainsi certains facteurs de risque (le RR est alors significativement supérieur à 1 ; par contre avec un RR inférieur à 1, on a plutôt alors affaire à un facteur de protection).

- D'une façon générale (voir Figure 3), pour une amputation majeure, en considérant à la fois les patients diabétiques et non diabétiques, tout au long de la période étudiée, être un homme est un facteur de risque. Cela signifie que les hommes sont davantage exposés ($RR=2,3$) au risque d'avoir une amputation majeure que les femmes.
- De la même façon, on voit à nouveau que **le diabète constitue bien un facteur de risque considérable** : pour une amputation majeure, tout au long de la période étudiée, le RR pour les diabétiques est égal à 6,1. Ce qui signifie que les patients diabétiques ont, globalement, un risque six fois plus élevé d'avoir une amputation majeure que les personnes non diabétiques.
- **L'âge est également un facteur de risque important** : le RR ne fait que croître avec l'âge (la population de référence étant celle appartenant à la tranche 0-39 ans).
- On retrouve ces mêmes facteurs de risque (avec des niveaux de RR différents) selon le type d'amputation, selon que l'on examine les diabétiques et les non diabétiques séparément (voir Figures 3 à 6).

Figure 3 : Risque relatif (RR) – amputation majeure (période 2009-2013)

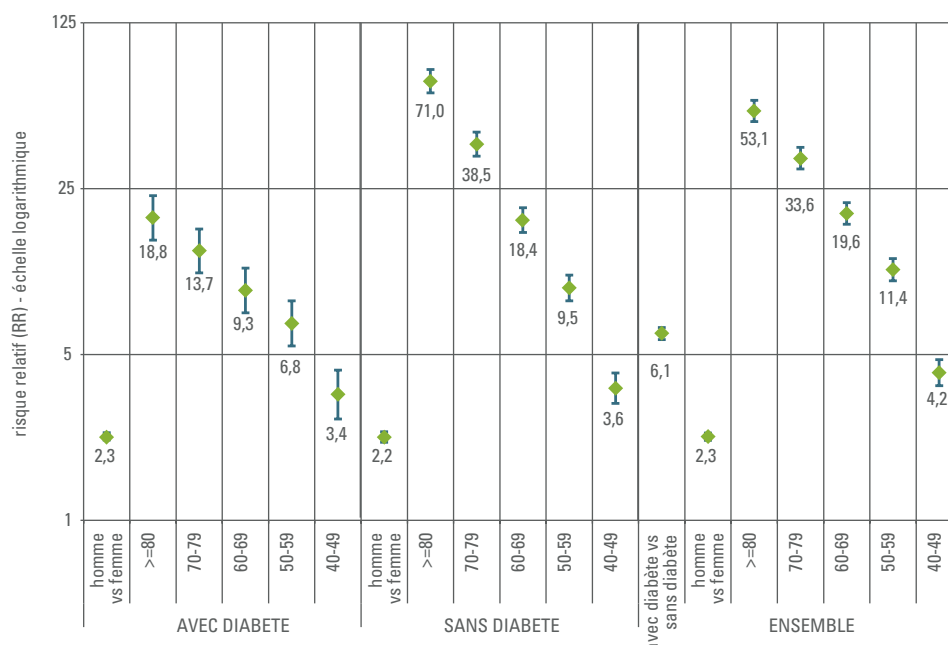


Figure 4 : Risque relatif (RR) – amputation majeure au-dessus du genou (période 2009-2013)

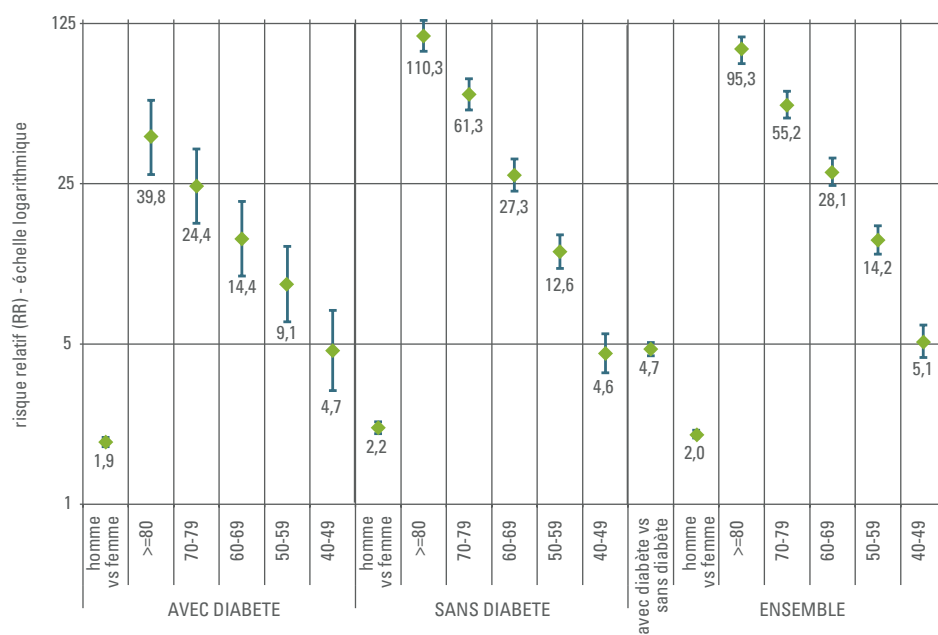


Figure 5 : Risque relatif (RR) – amputation majeure en-dessous du genou (période 2009-2013)

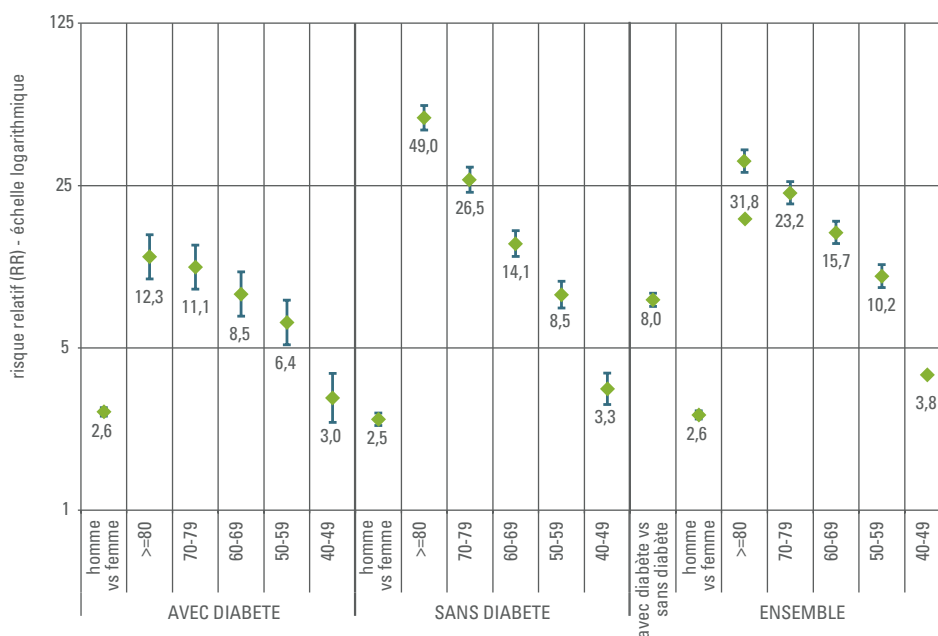
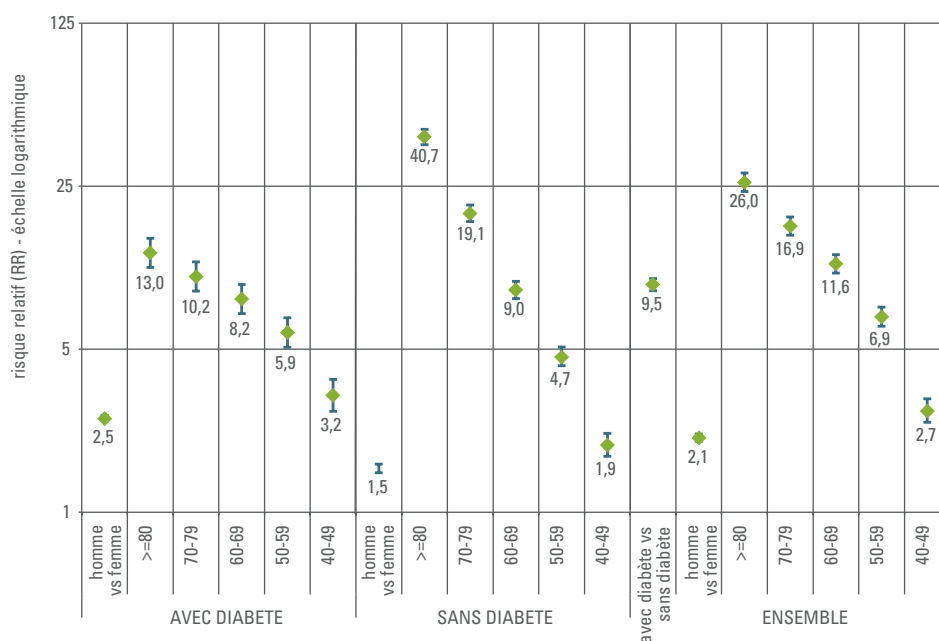


Figure 6 : Risque relatif (RR) – amputation mineure (période 2009-2013)



5. Discussion : les limites de l'étude

Le point faible de l'étude est qu'elle ne recourt pas à une information diagnostique pour la détection des patients diabétiques. On a utilisé le mieux possible, de façon prudente, les données de facturation liées à la prise en charge du diabète. Dans certains cas, il n'y a pas de doute possible, par exemple : participer au trajet de soins 'diabète sucré'. Pour d'autres données de facturation, comme l'utilisation de certains médicaments, il peut y avoir de l'imprécision (c'est la raison pour laquelle les cas où ces médicaments étaient utilisés durant une grossesse ou provenaient d'une officine hospitalière ont été éliminés ; un seuil minimum de consommation est également appliqué : 90 DDD par an). Tenir compte de la facturation du test mesurant l'hémoglobine glyquée peut également être discuté, c'est pourquoi, sont retenus les cas où cette mesure a lieu de façon répétée (au moins trois fois sur deux années consécutives).

Le point fort de l'étude est qu'elle est exhaustive : elle couvre la population belge dans son ensemble. C'est probablement la seule étude existante en la matière qui soit d'ampleur nationale et sur cinq années consécutives.

6. Conclusions

Le principal résultat obtenu par l'étude est que le taux d'amputations majeures est en diminution importante parmi les personnes qui souffrent du diabète. Cette diminution est même un peu plus accentuée pour les amputations majeures au-dessus du genou. Ces tendances sont confirmées par d'autres études menées en Europe. C'est également le cas pour les amputations mineures, tant pour les personnes souffrant du diabète que celles qui n'en souffrent pas, mais la diminution observée est, ici, moins rapide. Un bémol : pour les patients non diabétiques, le taux d'amputations majeures reste stable. Ceci n'est pas confirmé par d'autres études européennes.

Vis-à-vis des patients diabétiques, les résultats sont positifs et vont dans la bonne direction : les efforts déployés sur le terrain, par les cliniques du pied diabétique notamment, mais aussi par les prestataires de première ligne et les centres spécialisés du diabète⁴, portent leur fruit. Il n'en reste pas moins que les patients diabétiques continuent à être bien plus exposés au risque d'une amputation, qu'elle soit majeure (le RR passe de 6,9 en 2009 à 5,0 en 2013) ou mineure (le RR passe de 10,7 en 2009 à 10,1 en 2013), que les patients non diabétiques.

4 <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/endocriniennes-metaboliques/Pages/default.aspx>

Il y a encore de nombreux efforts à faire dans la prévention des amputations. Du point de vue de la santé publique, un suivi, des soins et un accompagnement du patient diabétique optimaux, accompagnés d'un contrôle régulier des pieds et de mesures préventives prises en temps utiles en cas de risque podologique élevé, sont donc d'une importance capitale.

Il faut en outre miser sur la prévention du diabète proprement dit. Malheureusement, cela n'est actuellement pas possible pour le diabète de type 1, qui survient principalement à partir d'un âge plus précoce. Prévenir le diabète de type 2, observé la plupart du temps chez les adultes, est en revanche largement faisable. Outre les prédispositions et l'âge, les principaux facteurs de risques de celui-ci sont connus : surpoids et mode de vie défavorable à la santé. Tant les mutualités que les associations de patients⁵ communiquent à leurs membres des informations exhaustives sur cette affection et, à cet effet, soulignent l'importance d'un mode de vie sain (activité physique régulière, alimentation saine et équilibrée).

⁵ Voir les sites suivants :

- Association Belge du Diabète (ABD) : <https://www.diabete-abd.be>
- Diabetes Liga : <https://www.diabetes.be>

Rapport annuel 2018

Dans son dernier rapport annuel, la MC dresse le bilan de l'exercice 2018. Le rapport se compose de quatre parties.

La partie 1 aborde une série de développements majeurs dans les différents domaines des soins de santé en 2018. Après une rapide description des mesures et des évolutions, nous nous arrêtons sur le rôle de la MC dans ce contexte. Via des études, des propositions politiques, des actions ciblées, sa représentation dans de multiples conseils et commissions, la Mutualité chrétienne veut participer activement au modèle de soins de santé d'aujourd'hui et de demain. Poussée par sa conviction fondamentale en l'importance de la solidarité et de la justice sociale, la MC plaide pour des soins de santé aisément accessibles et de qualité.

La partie 2 donne un aperçu général de « NOVA », la grande transformation du modèle organisationnel et décisionnel actuel de la Mutualité Chrétienne dont les fondements ont été posés en 2018.

La partie 3 livre un aperçu des études et des campagnes nationales, ayant parfois des incidences dans les mutualités régionales, et des activités des mutualités régionales qui sont liés aux besoins et intérêts des membres. Cette partie expose aussi la collaboration mise en place entre la MC et les divers mouvements en 2018, ainsi que les actions organisées par ces mouvements. Finalement, cette partie se concentre également sur le rôle de la MC à l'échelon international. À l'aide de ces exemples concrets, la MC veut montrer qu'elle est bien plus qu'un simple assureur contre les risques liés à la maladie et à l'incapacité de travail. En tant que « mutualité santé », la MC prend diverses initiatives visant à garantir des soins de santé accessibles et de qualité, tout en essayant d'orienter les gens dans le domaine de la santé et des soins de santé. Elle organise aussi des campagnes et des actions pour aider les gens à vivre plus sainement, ainsi que des activités au travers desquelles les volontaires peuvent s'affirmer.

La partie 4, enfin, avance une série de chiffres de la MC, en lien avec le paysage des mutualités et le profil de ses membres. Le rapport financier se trouve lui aussi dans cette partie.

Le rapport annuel 2018 est disponible sous forme numérique et peut être consulté sur le site web de la MC : <https://www.mc.be/la-mc/rapport-annuel>



MC-informations est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être. Tout le monde peut s'abonner à cette revue. Elle peut également être diffusée aux personnes qui, dans le cadre de leur fonction ou de leurs missions au sein de la société, souhaitent rester au courant de ces informations (collaborateurs MC, administrateurs de la MC et des organisations apparentées, autres services d'études, responsables presse, élus politiques, ...). Bien évidemment, le fichier d'adresses est utilisé exclusivement dans le cadre de la revue.

Si vous ne souhaitez plus recevoir MC-Informations, vous pouvez nous le faire savoir par écrit à

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes - R&D
Mieke Hofman
Chaussée de Haecht 579
1031 Schaerbeek

Ou encore par mail à mcinfos@mc.be

Sommaire

Édito 3

Inégalités sociales en santé 4

Une santé égale pour tous ? Une étude de l'Agence InterMutualiste

Médicaments 16

Tendances en matière d'utilisation des médicaments contre la maladie d'Alzheimer

Médicaments 31

Augmentation des prix des antibiotiques : aucun effet sur la surconsommation

Accessibilité des soins 37

L'impact du flux proactif et de l'intervention majorée sur les dépenses de soins de santé

Soins de santé 44

Les amputations sont en baisse chez les patients diabétiques

MC-Information

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

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

Colophon

Editeur responsable

Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen

Rédacteur en chef

Michiel Callens

Secrétariat de rédaction

Rebekka Verniest et Mieke Hofman

Layout Service

cellule graphique

Impression

Antilope De Bie

Adresse de retour

ANMC-R&D Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579,
BP 40, 1031 Bruxelles