

Université catholique de Louvain  
Ecole de santé publique  
*SESA – Socio-Economie de la Santé*

Groupe de travail interuniversitaire établi auprès  
du SPF « Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement »  
en appui scientifique à sa mission de régulation de l'offre

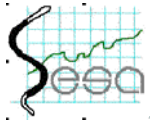
**Ressources humaines pour la santé**  
**Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir**  
*Phase 3 - Les besoins en médecins*

**La consommation de soins médicaux et les comportements  
de sous-consommation en Belgique et à l'étranger**

Rapport pour le SPF Santé publique

**Artoisenet Caroline, Delière Denise**

Bruxelles, 2006



**Université catholique de Louvain**  
**Ecole de santé publique**  
**SESA – Socio-Economie de la Santé**

Groupe de travail interuniversitaire établi auprès  
 du SPF « Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement »  
 en appui scientifique à sa mission de régulation de l'offre

## **Ressources humaines pour la santé**

### **Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir**

*Phase 3 - Les besoins en médecins*

Juillet 2005 - Janvier 2006

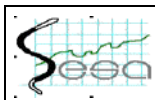
## **La consommation de soins médicaux et les comportements de sous-consommation en Belgique et à l'étranger**

ComPlan - N° de projet : 605/QG/N05-51 UCL - FR ComPlan 3\_2

*SPF DG Soins de Santé primaires & Gestion de crises*  
*UCL – Ecole de Santé publique – SESA*

**Artoisenet Caroline, Deliège Denise**

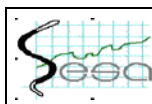
Bruxelles, 2006



UCL - SESA - Clos Chapelle-aux-Champs 30.41 - 1200 Bruxelles  
☐ EMail: caroline.artoisenet@sesa.ucl.ac.be

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1. METHODE.....	4
2. REVUE DE LA LITTERATURE .....	5
2.1. L'âge.....	5
2.2. Le genre.....	6
2.3. Le niveau d'instruction.....	6
2.4. Le revenu .....	7
2.5. Le régime d'assurance.....	7
2.6. Les différences régionales et l'urbanisation.....	8
2.7. L'état de santé subjectif et les limitations fonctionnelles .....	9
2.8. Le statut d'immigrant .....	9
2.9. La morbidité .....	10
Conclusions .....	12
3. RESULTATS .....	12
3.1. Les contacts-patients en Belgique : aspects globaux.....	13
3.2. Le nombre de maladies chroniques : aspects globaux .....	16
3.3. Nombre de maladies chroniques et fréquence des contacts .....	18
3.4. Maladies chroniques et probabilité de contact avec un médecin .....	22
3.5. Synthèse des facteurs associés aux probabilités de contact.....	26
3.6. Le type de maladie chronique et les contacts-patients .....	28
3.7. Perspectives d'avenir .....	33
4. DISCUSSION.....	35
5. CONCLUSIONS .....	36
5.1. Les « besoins » actuels .....	36
5.2. Les « besoins » à venir .....	37
BIBLIOGRAPHIE .....	39

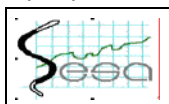


## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Personnes selon le nombre de maladies chroniques déclarées et le groupe d'âges (%).....	18
Tableau 2 - Nombre moyen de contacts avec le généraliste, selon le groupe d'âges et le nombre de maladies chroniques, 2001 - Belgique .....	19
Tableau 3 - Probabilité d'avoir un nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste à la moyenne.....	21
Tableau 4 - Probabilité d'avoir un nombre moyen de contacts avec le médecin spécialiste supérieur à la moyenne.....	22
Tableau 5 - Probabilité d'avoir un contact avec le médecin généraliste au cours de l'année écoulée.....	24
Tableau 6 - Probabilité d'avoir un contact avec le médecin spécialiste au cours de l'année écoulé.....	26
Tableau 7. Synthèse des facteurs associés aux probabilités de contact avec un médecin .....	27
Tableau 8 - Prévalence des maladies chroniques au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'année, Belgique, 1997- 2004.....	29
Tableau 9 - Personnes atteintes de maladie chronique n'ayant pas consulté le médecin généraliste ni le médecin spécialiste, depuis au moins un an pour leur maladie chronique, 2001 (%).....	30
Tableau 10 - Nombre supplémentaire de personnes atteintes d'affections chroniques, par rapport à 2000.....	34

## LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 - Le recours aux soins médicaux.....	3
Graphique 2 - Nombre moyen de contacts avec le généraliste, par groupe d'âges et sexe, 2001 .....	14
Graphique 3 - Profil du nombre de contacts avec le médecin généraliste (100 = 0-14 ans).....	15
Graphique 4 - Individus ayant eu au moins un contact avec le médecin spécialiste au cours de l'année écoulée : % selon l'âge, en 1997 et 2001 .....	16
Graphique 5 - Nombre moyen de contacts avec le spécialiste, par groupe d'âges et sexe, 2001 .....	16
Graphique 6 - Affections chroniques, par groupe d'âges.....	17

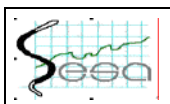


Graphique 7 - Nombre moyen de contacts avec le généraliste et le spécialiste, selon la zone urbaine et le nombre de maladies chroniques ..... 20

### **Remerciements**

*La présente étude a été réalisée pour le compte et grâce au soutien financier du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de crises (numéro de contrat : N05-51).*

*Nous tenons à remercier ce Service public de nous avoir confié cette tâche et de la large liberté académique dont nous avons bénéficié. Les résultats de l'étude présentée ci-dessous n'engagent que leurs auteurs et non le SPF.*

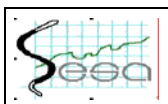


## INTRODUCTION

La consommation de soins est au cœur des débats concernant la maîtrise budgétaire et la régulation des ressources humaines en santé. Des préoccupations relatives à des pratiques inappropriées se sont fait jour, notamment de la part des mutualités chrétiennes (différences de production entre hôpitaux) et de la part du Président de la Commission de Planification (différences étonnantes de comportement pouvant faire craindre un abus de prescription dans certains cas - Dercq, Communication personnelle, 2005). Si ces pratiques sont avérées, les politiques de ressources humaines devraient en tenir compte : en provoquant des consensus autour de guides de bonnes pratique (« evidence based »), en incitant à les respecter et en évitant qu'une surmédicalisation y encourage. Inversement, des freins économiques à une consommation de soins appropriée ont aussi été mis en évidence (Mutualités chrétiennes et socialistes). Au vu de ces préoccupations, il nous a semblé opportun d'analyser en détails certains aspects de la consommation de soins médicaux : observe-t-on des pratiques de surconsommation ? dans quel cas/pathologie ? Inversement, constate-t-on une sous-consommation de soins de la part de certains groupes ou dans le cas de certaines pathologies ? Compte tenu du temps disponible, nous n'aborderons ici que ce dernier aspect : la sous-consommation éventuelle de soins de santé. Les pratiques de surconsommation seront analysées dans une phase ultérieure.

Un ensemble complexe de facteurs peut influencer la consommation de soins de santé et, en particulier, de soins médicaux. Tant la littérature internationale que nationale se sont déjà penchées sur cette problématique et ont tenté d'analyser quelques-uns des facteurs en cause. Ceux-ci peuvent être tant d'ordre individuel (âge, sexe, état de santé (subjectif, physique), revenu, statut d'assuré, etc.) que d'ordre collectif (densité de médecins, organisation du système de santé, etc.) (cf. graphique 1). Aussi, la consommation de soins est le résultat d'un ensemble de décisions collectives et de décisions individuelles (Polton, 2003). Elle ne résulte pas seulement d'arbitrages opérés par les individus sous contraintes financières. Elle résulte tant du système de financement (en grande partie collectif), que de décisions individuelles qui sont fonction du prix (pour ce qui n'est pas pris en charge par l'assurance maladie), du revenu, de la culture, de l'éducation, etc. (Polton, 2003). Comme le souligne cet auteur, les effets de ces facteurs sur les dépenses de soins peuvent être doubles : sur le volume global et sur la répartition des dépenses.

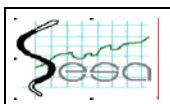
Une question sous-jacente à l'analyse de la consommation est celle du « besoin » de soins de santé : les dépenses et les recours sont-ils justifiés et aboutissent-ils aux résultats escomptés ? Ce « besoin » est difficilement mesurable. Parmi de nombreuses approches envisagées dans la littérature (Deliège et al, 2004), l'une consiste à se baser sur l'utilisation des services de santé, notamment pour en estimer l'ampleur à venir, toutes autres choses restant égales. Ce faisant, on ne peut oublier que certaines personnes, en manque de ressources, ont un accès réduit aux soins de santé et, qu'inversement, certaines consommations peuvent



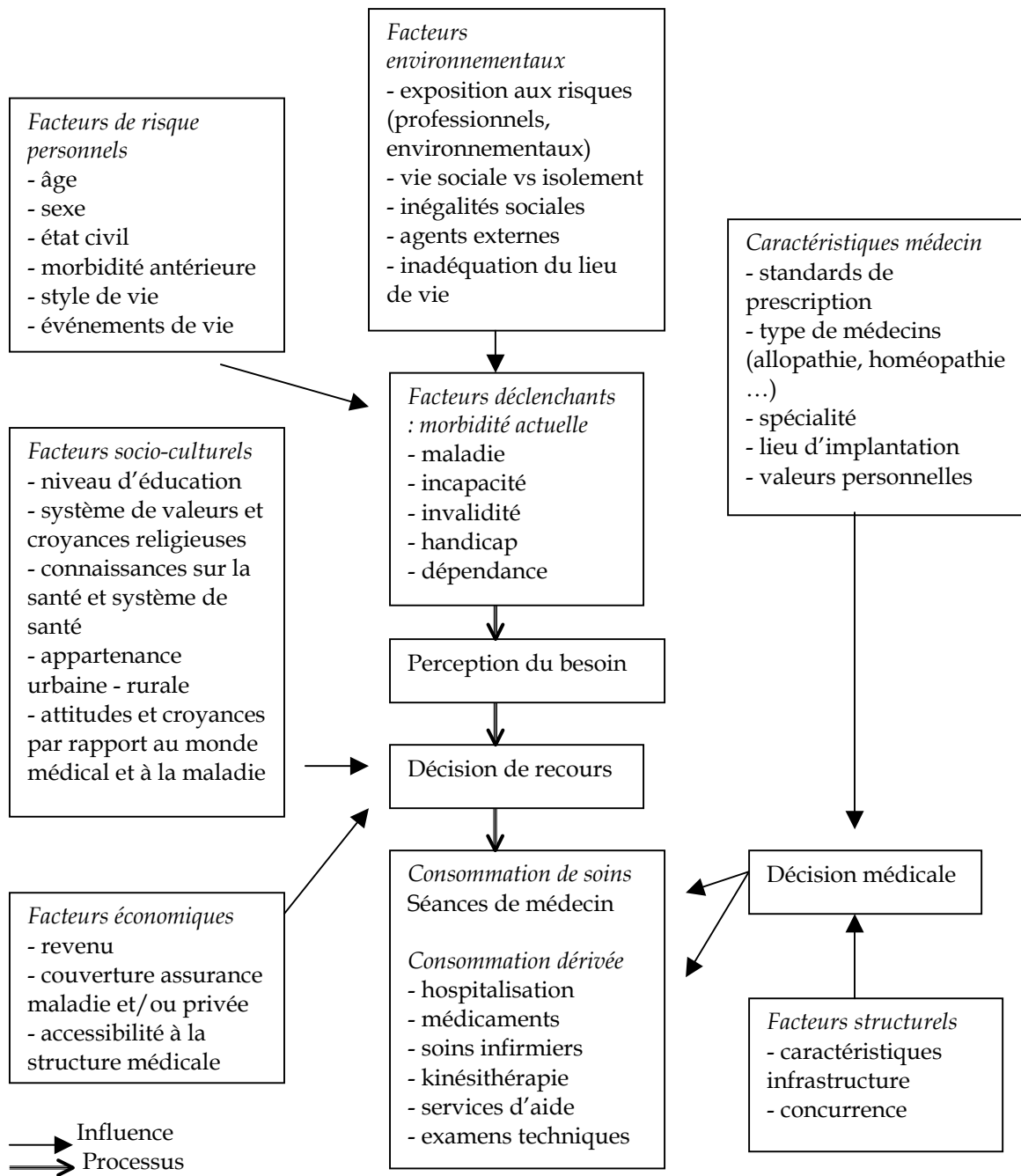
excéder les besoins réels. L'usage qui est fait des soins de santé par les personnes ne reflète donc pas parfaitement leurs besoins de santé, lesquels ne se limitent d'ailleurs pas aux soins. Les indicateurs de fréquence de recours ou de dépenses doivent donc être interprétés avec prudence pour orienter les politiques de santé.

Dans la présente étude, nous analyserons la consommation de soins médicaux, à partir des recours au médecin (généraliste et spécialiste) et de l'ampleur de ces contacts-patients, en les confrontant à des indicateurs de morbidité.

Après avoir explicité notre méthode, nous analyserons les principaux facteurs qui influencent ce type de consommation de soins et qui sont identifiés comme pouvant mener les individus à une sous-consommation ; nous le ferons grâce à une revue de la littérature et à des analyses statistiques portant sur des enquêtes de santé par interviews en Belgique.



Graphique 1 - Le recours aux soins médicaux



Source : Leroy et al (1992)



## 1. METHODE

L'objectif de ce rapport est d'évaluer s'il existe une sous-consommation de recours au médecin, généraliste ou spécialiste (pas de recours ou manque de recours), en attachant une attention particulière au facteur morbidité.

Grâce à une revue de la littérature relative à la sous-consommation de soins médicaux, nous avons répertorié un certain nombre de facteurs pouvant l'influencer. Les recherches bibliographiques ont été réalisées principalement grâce au moteur de recherche Medline/Pubmed ; nous les avons aussi complétées par la consultation de sites français et belges, tels que le Credes, Drees, l'INAMI et les Mutualités Chrétiennes. Plusieurs termes de recherche ont été utilisés, notamment : needs, physicians, doctor, inappropriate, practice, under use/consumption.

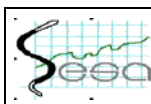
Au regard des résultats étayés dans cette revue de la littérature, nous avons analysé les données de deux Enquêtes de Santé par Interviews en Belgique (HIS). Celles-ci ont été organisées en 1997, 2001 et 2004<sup>a</sup> par l'Institut Scientifique de Santé publique, chaque fois auprès d'un échantillon de population de plus de 10 000 individus ; elles ont abordé les thèmes de la consommation de soins, de l'état de santé et des comportements de santé. L'objectif de notre étude est d'évaluer s'il existe actuellement une sous-consommation de soins en Belgique. La morbidité étant un des principaux facteurs de consommation de soins, nous attacherons, lors de cette analyse, une attention particulière aux maladies chroniques comme *proxy* des besoins.

Après avoir pondéré les données pour tenir compte de la structure de la population en Belgique, nous les avons analysées à l'aide du logiciel SAS, via diverses méthodes de statistiques uni- et bi-variées. Nous avons ensuite affiné l'analyse en tenant compte simultanément des contacts-patients, de la morbidité et d'autres facteurs potentiellement discriminant en matière de consommation de soins, préalablement identifiés grâce à la revue de la littérature. Nous avons eu recours à plusieurs tests statistiques : analyse de la variance (ANOVA) pour comparer les moyennes de plus de deux groupes et tests d'indépendance du khi-carré pour comparer plusieurs proportions et mesurer l'association entre deux variables qualitatives.

Nous avons aussi fait appel à des procédures statistiques multivariées, en particulier à des régressions logistiques. Pour ce faire, nous avons sélectionné des variables sur base scientifique (grâce à la revue de littérature qui a mis en évidence les facteurs associés à la consommation de soins), et aussi sur base statistique (en évitant que les variables d'un même modèle soient fortement corrélées entre elles par exemple). Le test non paramétrique de Spearman nous a permis de calculer les corrélations entre toutes les variables indépendantes

---

<sup>a</sup> Les rapports de l'Enquête Santé 2004 sont disponibles depuis janvier 2006 ([www.iph.fgov.be](http://www.iph.fgov.be)), mais pas encore les bases de données.



binaires ou ordinales, tandis que le coefficient de corrélation standard  $r$  de Pearson nous a permis d'estimer les corrélations entre les variables continues et les variables dichotomiques<sup>b</sup>.

Une deuxième sélection des variables s'est faite sur base des résultats de modèles de régression à une seule variable indépendante. Le modèle final a été construit en intégrant les variables indépendantes dont le khi-carré de Wald et le test du ratio de vraisemblance étaient significatifs. La statistique du maximum de vraisemblance a orienté le choix vers le modèle le plus puissant.

Les variables indépendantes les plus prédictives ont ensuite été sélectionnées par les méthodes pas à pas stepwise et backward. Le test du Goodness of fit, par la méthode de Hosmer & Lemeshow, nous permet de vérifier l'adéquation du modèle aux données.

La régression logistique a l'avantage de ne pas exiger une distribution normale des prédicteurs ni l'homogénéité des variances. Les prédicteurs et la variable dépendante peuvent ainsi être des variables dichotomiques. Grâce à des modèles de régression logistique, nous avons pu estimer la probabilité d'avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste (ou spécialiste) durant l'année écoulée, ainsi que la probabilité d'une fréquence de contacts supérieure à la moyenne nationale.

## 2. REVUE DE LA LITTERATURE

### 2.1. L'âge

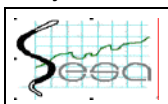
L'âge constitue un facteur explicatif important de la consommation de soins celle-ci augmente avec l'âge, mais avec certaines exceptions dans les classes les plus âgées. Ces deux phénomènes ont été vérifiés en Belgique (voir sections 3.1 à 3.4). En France : à partir de 65-70 ans, les soins de spécialiste, mais aussi de dentiste et de kinésithérapeute diminuent (Mizrahi et Mizrahi, 1997).

Une étude anglaise constate aussi des particularités de la consommation de soins parmi les personnes âgées : sous-utilisation de médicaments bénéfiques et problèmes de surconsommation de médicaments non nécessaires ou nuisibles, ainsi que faible monitoring des maladies chroniques, particulièrement chez les personnes âgées vivant en maison de repos et aussi chez celles vivant à domicile (Fahey et al, 2003).

En Suisse, Jenni et al (2001) ont aussi observé une sous-utilisation significative des tests de stress et des angiographies coronaires parmi les patients âgés de 75 ans et plus avec un syndrome coronaire aigu, une sous-utilisation des échocardiographies chez les patients de 75

---

<sup>b</sup> Le seuil choisi est un  $r$  égal à 0,5 : deux variables ayant une corrélation supérieure ou égale à 0,5 ne seront jamais introduites conjointement dans le modèle de régression (Gobert, 2003).



ans et plus ayant des arrêts du cœur congestifs et une sous-utilisation des statines chez les patients de 75 ans et plus atteints de syndrome coronaire aigu avec de l'hypercholestérolémie (parmi des patients hospitalisés pour ces pathologies). Ces auteurs en concluent qu'il y aurait un rationnement des soins chez les patients plus âgés.

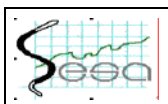
## 2.2. Le genre

D'après l'Enquête Santé (HIS 2001), les hommes consultent moins souvent le généraliste que les femmes : ils sont moins nombreux à déclarer avoir vu au moins une fois un médecin généraliste au cours de l'année écoulée (77% contre 84%) et ont un nombre moyen de contacts moins élevé (5.5 contre 7.5). Les hommes ont aussi moins souvent un contact avec un spécialiste que les femmes (HIS, 2001). En France également, les hommes consultent un peu moins que les femmes, même si l'on ignore les recours liés à la maternité ou à la contraception (Grandfils, 1998 ; Genier et al, 1997). Rappelons cependant que les femmes sont en moyenne plus âgées. Mais, même en tenant compte de l'âge et de la morbidité, les hommes se soignent toujours moins que les femmes (Polton, 2003).

## 2.3. Le niveau d'instruction

En Belgique, les personnes avec un niveau élevé d'instruction ont moins souvent consulté leur médecin généraliste au cours des douze derniers mois que celles avec un niveau d'instruction inférieur (Van der Heyden et al, 2003b). Même après standardisation pour le genre, l'âge et l'état de santé, la relation entre le niveau d'instruction et le nombre de consultations chez le généraliste reste significative : plus le niveau d'instruction est élevé, plus le nombre de consultations chez le généraliste diminue. En outre, le pourcentage de contacts à l'initiative du généraliste baisse lorsque le niveau d'instruction augmente (ibidem). Les auteurs rappellent que les personnes plus instruites bénéficient, en général, d'un meilleur état de santé que celles dont le niveau d'instruction est assez faible. D'où, l'importance de tenir compte de l'état de santé, et de l'utiliser comme facteur explicatif dans les analyses des relations entre consommation de soins et statut socio-économique.

Cependant, on peut soupçonner un phénomène de substitution avec le recours au spécialiste. Et, en effet, selon cette même étude, les individus avec un niveau d'instruction élevé vont plus souvent chez le spécialiste et plus souvent de leur propre initiative : ces différences sont indépendantes de l'état de santé des personnes interrogées. Ces personnes à haut niveau d'instruction consultent aussi plus souvent un praticien pratiquant des techniques non conventionnelles ; les différences étant significatives uniquement entre les personnes disposant seulement d'un diplôme d'enseignement primaire et celles ayant suivi un enseignement supérieur. Grandfils (1998) observe un phénomène de substitution analogue en France : les cadres supérieurs sont plus nombreux à recourir au spécialiste et moins au généraliste comparé aux ouvriers non qualifiés. Le volume de soins, comme la répartition des soins (entre généralistes et spécialistes), varient tous deux selon le niveau d'instruction.



## 2.4. Le revenu

En Belgique, 99% de la population est couverte par l'assurance maladie obligatoire ; le système belge d'accès aux soins est globalement bon et performant et il n'y a que peu de longues listes d'attente (Martin, 2002). Néanmoins, le même auteur constate des problèmes d'accessibilité pour certains groupes de population ; selon le baromètre social 2000 (Mutualités Socialistes in Martin, 2002), 43% des personnes dont le ménage inclut au moins un actif à faibles revenus ont déclaré renoncer ou reporter des soins de santé.

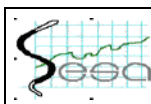
D'autres enquêtes belges confirment de tels reports pour raisons financières. Ainsi, selon une enquête des Mutualités Chrétiennes, un certain nombre de personnes atteintes de maladies chroniques ne peuvent pas faire appel à l'aide à domicile pour des raisons financières, alors que ce serait pourtant nécessaire : c'est le cas pour 7% des patients atteints de la maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse et de 40% des patients atteints de fibromyalgie (Martin, 2002). Dans l'Enquête de Santé (HIS, 2001), 9% des ménages belges déclarent avoir eu des problèmes financiers au cours des douze derniers mois, et ont ainsi été empêchés de bénéficier de soins de santé dont ils avaient besoin. Ce problème est plus fréquent dans les ménages où la personne de référence est une femme ; la différence étant significative après standardisation pour l'âge (Martin, 2002).

Une relation nette est ainsi observée entre le niveau de revenu et la nécessité de postposer des soins, en Belgique comme à l'étranger. Fatmi et al (2002) soulignent notamment que le statut économique des femmes est un facteur important de l'utilisation de soins ante-nataux et que l'amélioration de leur statut est nécessaire afin de l'améliorer.

## 2.5. Le régime d'assurance

L'influence du régime d'assurance sur la consommation de soins a été bien étayée en France : en testant l'hypothèse qu'une meilleure assurance, « en réduisant le prix apparent du recours, va inciter les assurés, toutes choses égales par ailleurs, à dépenser d'autant plus que le niveau de couverture est élevé » (Buchmueller et al, 2002). Ainsi, le régime d'assurance, avec le nombre de maladies, sont les deux facteurs expliquant le mieux les recours aux généralistes et aux spécialistes. La probabilité de déclarer un épisode de soins est plus élevé parmi ceux assurés auprès d'une assurance complémentaire, comparé à ceux n'en disposant point (Genier et al, 1997 ; Aligon et al, 2001).

Buchmueller et al (2002) et Grandfils (1998) arrivent aux mêmes conclusions ; les individus les mieux couverts dépensent plus et ont des recours plus fréquents : ils vont plus souvent chez le médecin et ils ont davantage recours à un spécialiste (effet de substitution). Mais leurs analyses plus fouillées nuancent ensuite ces résultats globaux, tenant compte de l'effet d'autres variables : les personnes en meilleur état de santé subjectif recourent moins que les autres ; les hommes recourent moins que les femmes ; le nombre de séances augmente avec le revenu ; à revenu donné, un niveau d'études élevé pousse à recourir davantage ; si la personne a renoncé



à des soins l'année précédente, la consommation de soins de spécialistes sera plus élevée ensuite.

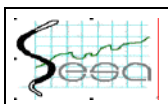
Une étude espagnole récente a, quant à elle, observé que les individus couverts par une assurance publique vont 2.8 fois chez le généraliste, mais seulement une fois chez le spécialiste ; alors que ceux disposant d'une assurance privée ont un ratio inverse : ils consultent moins souvent le généraliste que le spécialiste (Rodriguez et al, 2004). Ces résultats sont sans doute liés à un niveau de revenu différent.

## 2.6. Les différences régionales et l'urbanisation

Selon l'enquête de santé 2001, les habitants de Bruxelles vont moins souvent chez leur généraliste que ceux des autres grandes villes, mais les Bruxellois, ainsi que les habitants des grandes villes, consultent plus souvent un médecin de famille travaillant dans une pratique de groupe et ont davantage de contacts avec le spécialiste que les personnes habitant en zones rurales (HIS, 2001 ; Buchmueller et al, 2002).

De même en France (en Languedoc-Roussillon), le recours au pédiatre est nettement plus fréquent en milieu urbain : deux fois plus élevé par rapport au milieu rural (1.1 contre 0.6 - Fromentin, 2000). Néanmoins, les courbes de dépenses en soins de santé mettent en évidence un niveau de consommation par âge identique en milieu rural et en milieu urbain ; mais à une échelle plus fine, des écarts apparaissent et sont liés aux catégories socio-professionnelles : le secteur tertiaire recourt largement au spécialiste, tandis que le secteur industriel privilégie le généraliste. Autrement dit, si les ruraux consomment moins d'actes de certains spécialistes (pédiatres, dermatologues, gynécologues par exemple), en revanche, leur niveau de dépenses est le même que celui des urbains (ibidem).

Pour certains soins, les taux d'utilisation varient en fonction de la zone régionale. C'est le cas de l'hystérectomie (intervention gynécologique) : c'est une intervention fréquente dans tous les pays occidentaux et, partout, des différences interrégionales apparaissent (Diels et al, 1999). Après une standardisation pour l'âge, ces auteurs ont observé une incidence supérieure de l'hystérectomie de 10 à 15% en Flandre par rapport à la Wallonie et de près de 20% par rapport à Bruxelles. Ces variations sont néanmoins liées aux caractéristiques tant du médecin que des patients (conseillés par leur médecin). Ainsi, les ouvrières auraient en moyenne une probabilité de subir une hystérectomie supérieure de 27% par rapport aux employées ; au sein d'un même groupe d'âges et professionnel, le risque serait aussi de 27% supérieur chez les femmes disposant des plus faibles revenus (analyse multivariée avec prise en compte du revenu relatif, du statut du travailleur, de l'âge, de la nationalité et du statut d'assurance). L'effet région cachait ici des effets complexes liés à plusieurs variables.



## 2.7. L'état de santé subjectif et les limitations fonctionnelles

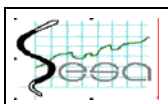
L'état de santé subjectif a été reconnu comme un *proxy* intéressant de l'état de santé objectif et il est intéressant d'en tenir compte dans les analyses de consommation. Selon l'Enquête de Santé (HIS, 2001), la santé subjective est un facteur important des contacts avec le généraliste : les personnes dont l'état de santé subjectif est mauvais déclarent plus souvent avoir eu au moins un contact avec le généraliste au cours des douze derniers mois que celles qui jugent leur état de santé comme bon (93% contre 76%). En France, on a constaté une augmentation de la consommation de soins de médecins lorsque la perception personnelle de l'état de santé se dégrade (Grandfils, 1998).

Lam et al (2002) ont quant à eux analysé les relations entre les taux d'utilisation des services de santé et les facteurs socio-démographiques, la morbidité chronique et le score SF-36. Ce dernier est une échelle générique validée internationalement qui mesure de façon synthétique le degré de fonctionnement physique pour l'exécution de dix activités spécifiques, telles que fournir un gros effort (courir, faire du sport) ou un effort modéré (déplacer une table, monter des escaliers). L'instrument comporte 36 items, explorant huit domaines : activités physiques, limitations liées à l'état physique, douleur physique, vie sociale et relationnelle, santé psychique, limitations liées à la santé psychique, vitalité et santé générale. Le score est de 100 pour un fonctionnement normal (indépendance totale) et de 0 pour une personne qui a des limitations dans toutes les activités. Dans leur étude, cinq des huit scores SF-36 se sont révélés liés aux taux de consultations.

## 2.8. Le statut d'immigrant

Stronks et al (2001) ont remarqué qu'aux Pays-Bas, l'utilisation de soins de santé plus spécialisés (c'est-à-dire hôpitaux versus médecin généraliste) est plus faible pour les groupes d'immigrants, particulièrement pour les Turcs et Marocains. Par contre, les groupes immigrant ont un recours élevé au médecin généraliste. Bien que ces différences d'utilisation s'expliquent en partie par un niveau socio-économique bas, on peut penser que les immigrants souffrent d'un accès limité aux soins, influençant dès lors l'utilisation de soins de santé plus spécialisés. Des problèmes de communication entre le médecin et le patient immigrant est une explication avancée par les auteurs (de par des problèmes de langage et des aspects culturels).

L'Enquête Santé (HIS, 2001) a, quant à elle, montré que les personnes de nationalité non européenne habitant à Bruxelles voient moins souvent le généraliste que les Belges : les non Européens sont ainsi 59% à avoir eu un contact avec leur médecin généraliste au cours des douze derniers mois contre 72% chez les Belges (différence significative après ajustement pour le sexe et l'âge). De même, les non-Européens habitant Bruxelles sont 47% à déclarer avoir eu un contact avec le spécialiste au cours de l'année écoulée, contre 59% des Belges (différence significative après ajustement pour le sexe, l'âge et l'état de santé).



## 2.9. La morbidité

La consommation dépend en grande partie des « besoins » de soins. Le concept de besoin est un concept multidimensionnel. Nous pouvons tout d'abord distinguer les besoins objectifs (évalués par des experts, circonscrits dans des « *guidelines* ») des besoins subjectifs (ressentis par le patient). Une distinction peut aussi être faite entre les besoins solvables et les besoins non solvables, selon les moyens disponibles et ce que la collectivité est prête à prendre en charge. Par ailleurs, la définition des besoins varie à travers le temps et l'espace, selon les évolutions culturelles et technologiques (Johansson 1992). Nous nous attacherons ici aux besoins via la morbidité déclarée.

La recherche belge interuniversitaire DEFI SANTE (Phase I, 1992) a ainsi mis en évidence que la consommation de soins des personnes âgées est expliquée par leur morbidité, cette dernière faisant disparaître l'effet de l'âge (Leroy et al, 1992). En 1985, déjà, une étude menée à la demande de l'INAMI (Deliège, Gommers, Leroy et al, 1985)<sup>c</sup>, révélait l'importance de la morbidité pour expliquer le recours aux soins plus élevé des assurés dits « préférentiels » (bénéficiant d'un meilleur remboursement en raison de leurs faibles revenus). L'influence de la morbidité supplantait celle d'autres facteurs explicatifs, tels que la condition de « préférentiel »<sup>d</sup>, l'offre médicale ou l'appartenance régionale.

Les besoins de soins médicaux varient selon le type de maladie. Ici encore, une sous-consommation peut être observée, comme exposé ci-dessous.

### 2.9.1. Diabète

Dans un échantillon de patients diabétiques néerlandais, El Fakiri et al (2003), notent un problème de sous-consommation générale, tout particulièrement du côté des patients diabétiques de type II. Karter et al (2004) observent aussi une sous-consommation parmi des patients diabétiques<sup>e</sup> : des rendez-vous fréquemment manqués sont associés à un contrôle glycémique plus pauvre et à des pratiques de management du diabète sous-optimales. Les auteurs constatent que les patients qui sous-utilisent les soins de santé manquent d'information pour mesurer le niveau de risque diabétique.

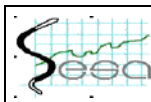
### 2.9.2. Asthme

Une enquête téléphonique auprès de parents d'enfants âgés de deux à seize ans, ayant de l'asthme et assurés par Medicaid, a révélé que, parmi ces enfants, la sous-consommation de médication de contrôle (« contrôler médicaments ») est très répandue. Les minorités raciales et

<sup>c</sup> L'échantillon comprenait 1 039 personnes âgées de 65 ans et plus, réparties dans l'arrondissement de Gent, la province du Limbourg, l'arrondissement de Charleroi, la province du Luxembourg; les données ont été recueillies en 1984-1985 au cours de trois entretiens au domicile, espacés de trois semaines.

<sup>d</sup> « Préférentiel » = statut des assurés bénéficiant de meilleurs remboursements de l'assurance soins de santé, en raison de leurs faibles revenus.

<sup>e</sup> Parmi 84 040 membres du Kaiser Permanente Northern California Diabetes Registry en 2000



les enfants dont les parents ont un niveau d'éducation plus bas ont un risque plus élevé de sous-consommation de soins (Finkelstein et al, 2002).

### 2.9.3. Rhumatismes

Jacobi et al (2004), notent une sous-consommation dans le chef des patients atteints de rhumatisme articulaire, de par une demande non rencontrée<sup>f</sup>.

### 2.9.4. Attaque ischémique et infarctus du myocarde

En ce qui concerne l'attaque ischémique passagère, des différences régionales sont observées en Grande-Bretagne par Gibbs et al (2001) : la gestion des soins de santé primaires, les taux de prescription et de référence varient en effet de façon significative entre les régions. Il existe en outre une sous-utilisation nette des agents anti-coagulants et des anti-plaquettaires ; les taux de référence pour solliciter l'avis des spécialistes sont aussi très bas.

Etudiant le traitement prophylactique de la prévention secondaire de l'infarctus du myocarde<sup>g</sup>, Broton et al (2003) ont constaté une sous-utilisation de la thérapie médicamenteuse prophylactique après un infarctus du myocarde. Dans leur étude sur 95 hôpitaux de patients Medicare hospitalisés pour un infarctus du myocarde aigu, Guadagnoli et al (2001) ont quant à eux observé des variations dans l'utilisation de l'angiographie selon les régions ; d'après eux, la cause première de ces variations serait due à l'utilisation de l'angiographie dans le cas d'indications appropriées mais non nécessaires ou incertaines ; les variations des taux restent importantes dans les cas de sous-utilisation lors de situations nécessaires ou de sur-utilisation lors de situations appropriées. Selon Garg et al (2002), une sous-consommation d'angiographie coronaire est courante parmi les patients avec des infarctus du myocarde aigu. D'après eux, les causes des variations régionales relatives à la sous-consommation ne semblent pas liées aux caractéristiques régionales des patients ou des hôpitaux.

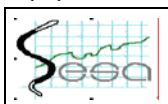
### 2.9.5. Cancers

En principe, une mammographie annuelle est recommandée pour les survivants de cancer du sein. Après analyse, Schapira et al (2000) remarquent néanmoins que la mammographie est sous-utilisée dans les soins de suivi des patientes de leur échantillon<sup>h</sup> ; c'est particulièrement le cas pour les femmes traitées avec une chirurgie conservatrice du sein sans radiothérapie, et il s'agit d'un comportement à risque, car le risque de récurrence de maladie locale est élevé. Elston Lafata et al (2005) constatent quant à eux une large variation dans l'utilisation de soins

<sup>f</sup> Echantillon de 679 patients atteints de rhumatisme articulaire, sélectionnés dans une base de données d'une clinique d'Amsterdam (âgés d'au moins seize ans et ayant reçu des soins en rhumatologie au cours des deux années précédentes).

<sup>g</sup> Patients présentant un diagnostic d'hôpital d'un premier infarctus du myocarde aigu en 1997 interviewés deux ans plus tard à leur centre de soins de santé primaires.

<sup>h</sup> La population de cette étude est une cohorte de 3885 survivantes de 65 ans et plus aux USA en 1991.





de surveillance dans les situations de cancer<sup>i</sup>, menant à la fois à des sous- et des sur-consommations par rapport aux recommandations des guides de bonne pratique.

#### 2.9.6. Symptômes gastro-intestinaux

Dans le cas de *colonoscopies*, il y aurait en Suisse une sous-utilisation de renvois appropriés chez le spécialiste (« referrals »), plus importante que la sur-consommation des soins de santé primaires<sup>j</sup> (Vader et al, 2000).

### Conclusions

Cette revue de la littérature a permis de rassembler un certain nombre de cas de sous-consommation de soins et de récolter des informations importantes quant à l'influence de certains facteurs en ce domaine. La consommation de soins, comme d'ailleurs la sous-consommation, résultent d'un ensemble de facteurs, tant du côté du patient que du médecin et du contexte. Ces facteurs sont en interactions complexes et, considérés isolément, aucun d'entre eux ne permet d'expliquer les comportements et les pratiques de consommation.

Dans nos analyses statistiques, il importera donc de tenir compte de ces différents facteurs. A la suite de Gillet (1997), nous pouvons regrouper ces divers facteurs explicatifs de la consommation en six domaines : démographie, statut de santé, niveau de revenu, niveau d'éducation, prix des services médicaux, effet environnemental.

Certains facteurs ont déjà été bien étudiés dans le contexte belge. Néanmoins, le facteur de morbidité reste encore trop peu exploré dans notre pays. Cette revue de la littérature nous suggère la nécessité d'aborder l'analyse des données sous l'angle suivant : peut-on observer des comportements de sous-consommation de la part de certains malades chroniques, toutes choses étant égales par ailleurs ?

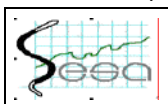
## 3. RESULTATS

L'analyse de la consommation de soins a été axée sur les recours aux médecins généralistes et spécialistes (durant l'année écoulée ou non) et sur la fréquence de ces contacts. Nous commencerons par en présenter quelques aspects globaux (section 3.1).

Pour en expliquer les variations, divers modèles ont été testés, en intégrant trois types de variables explicatives : des variables qui prédisposent l'individu à une utilisation de soins (par exemple, l'âge et le genre), des variables qui permettent une utilisation (revenu et éducation) et des variables qui génèrent une utilisation (les « besoins ») (Van der Heyden et al, 2003b). Pour

<sup>i</sup> Patients âgés de 30 ans et plus diagnostiqués pour un cancer du sein, colorectal, endometrial, poumon ou prostate, entre 1990 et 1995.

<sup>j</sup> Echantillon de patients avec des symptômes gastro-intestinaux de 22 médecins généralistes.



approcher les « besoins » de soins, nous utilisons trois *proxy* : la santé subjective, le score de limitations fonctionnelles SF-36 et les maladies chroniques déclarées par les individus (nombre et nature des maladies chroniques, sur base d'une liste de 32 maladies<sup>k</sup>).

Le score SF-36 est un score élaboré sur base de 10 questions autour des limitations fonctionnelles physiques modérées à graves dans certaines tâches spécifiques. Il peut prendre les valeurs de 0 à 100. Ici, un score de 0 dénote une absence de limitation. Le score augmente de +5 pour toute limitation modérée et de plus +10 pour toute limitation grave. Ainsi, un score de 10 signifie que l'individu a déclaré une limitation grave pour une fonction ou une limitation modérée pour deux fonctions.

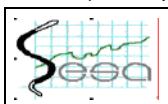
Les autres variables explicatives du recours au médecin seront presque toutes liées aux caractéristiques du patient, donc du côté de la demande et des « besoins ». Seule une variable pourrait être considérée comme une caractéristique de l'offre, à savoir le niveau d'urbanisation (Bruxelles, zones urbaines ou rurales), facteur lié à la densité médicale, mais pouvant aussi recouvrir des écarts de morbidité entre zones.

### 3.1. Les contacts-patients en Belgique : aspects globaux.

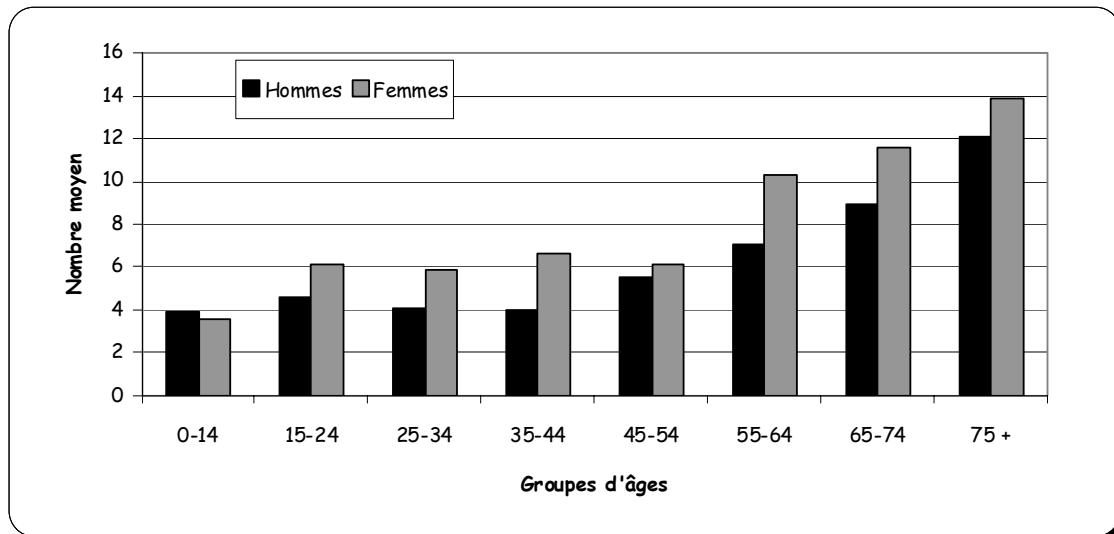
#### 3.1.1. Contacts avec le généraliste

Selon l'Enquête de Santé de 2001, 81% de la population déclarent avoir vu un médecin généraliste au moins une fois au cours de l'année écoulée (79% en 2004). Ce taux s'accroît à partir de 55 ans : 85% pour les 55-64 ans, 94% pour les 65-74 ans et 96% pour les 75 ans et plus. Le nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste (consultations, visites à domicile, avis par téléphone) déclarés en 2001, est de 6.5 en Belgique (5.0 en région bruxelloise, 6.9 en Flandre et 6.2 en Wallonie), soit au total plus qu'en 2004 (4,6).

<sup>k</sup> Les questions sur les fractures (fracture du poignet, fracture de la hanche et fracture de la colonne vertébrale) n'ont pas été incluses dans les analyses.



Graphique 2 - Nombre moyen de contacts avec le généraliste, par groupe d'âges et sexe, 2001

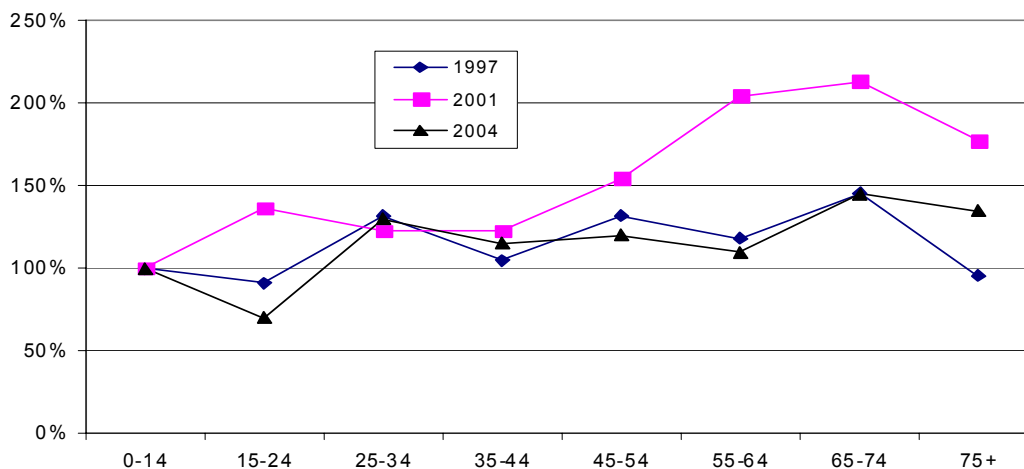


Source : Données Enquête Santé, 2001 ; Graphique UCL

La moyenne belge des contacts avec le généraliste augmente fortement avec l'âge : de 3.8 en 2001 pour les 0-14 ans, elle passe à 8.7 pour les 55-64 ans, à 10.4 pour les 65-74 ans et à 13.2 pour les 75 ans et plus (11.8 en Région bruxelloise). Les différences par âge sont significatives, même après ajustement pour le sexe et l'état de santé ( $p < 0.0001$ ). Excepté pour les 0-14 ans, les hommes déclarent moins de contacts avec leur généraliste que les femmes, particulièrement les 55-64 ans (Graphique 2). On ne peut exclure ici un effet culturel, les hommes pouvant être moins enclins à reconnaître la fréquentation d'un médecin.

Le nombre de contacts avec le généraliste augmente fort avec l'âge, de façon similaire pour les trois enquêtes, mais les écarts s'accroissent dans celle de 2004, laquelle a surpondéré la part des âgés, mais néglige encore la population vivant en institution (cf. Graphique 3) : en 1997 et en 2001, les 75 ans et plus y recourent 3.5 fois plus que les enfants, mais jusqu'à 5.5 fois plus en 2004.

Graphique 3 - Profil du nombre de contacts avec le médecin généraliste (100 = 0-14 ans)



Source : HIS, 1997-2001-2004 – Calculs et Graphique UCL

### 3.1.2. Contacts avec le spécialiste

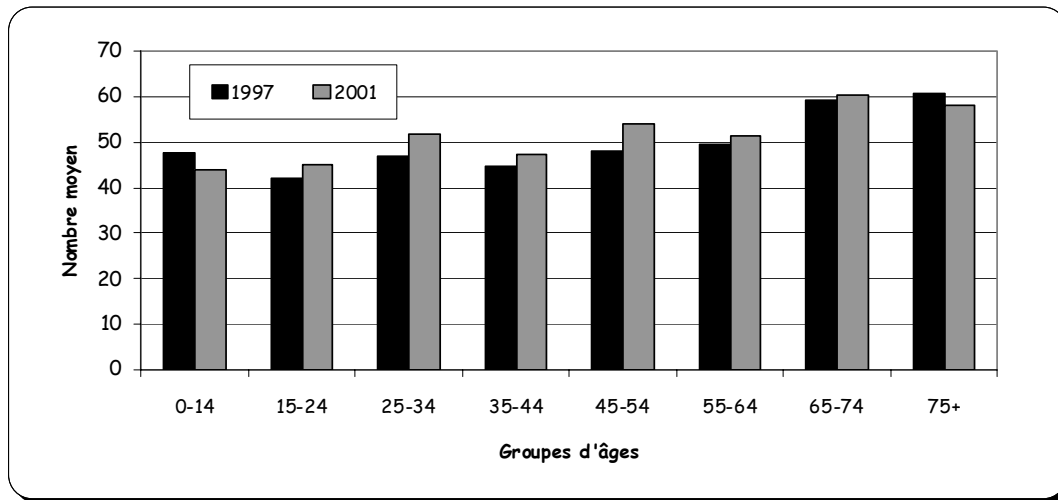
Selon les Enquêtes de Santé 2001 et 2004, la moitié de la population belge déclare avoir consulté un médecin spécialiste au cours de l'année écoulée<sup>l</sup>, les femmes un peu plus souvent que les hommes (57% contre 44%). Cet indicateur assez stable avant 65 ans (43-53%) est plus élevé pour les aînés (cf. Graphique 4) tant pour les femmes que pour les hommes (58-61% en moyenne). Le nombre annuel de contacts déclarés avec le spécialiste s'élève en moyenne à 2.3 en 2004 contre 3.2 en 2001 et 2.5 en 1997. Le profil par âge est plus irrégulier que pour le recours au généraliste<sup>m</sup> (Graphique 5) : en 2001, les taux sont plus élevés dès 25 ans pour les femmes, puis se stabilisent un peu au-delà de quatre contacts par personne. Par contre, les hommes doublent pratiquement leurs contacts avec le spécialiste entre 55 et 74 ans (autour de cinq contacts), pour retomber après 75 ans au niveau des femmes adultes (2 à 2.5 entre 25 et 45 ans)<sup>n</sup>.

<sup>l</sup> Les contacts avec le spécialiste incluent ceux à l'hôpital ou en privé, en urgence et par téléphone (« contacts ambulatoires »), mais pas les contacts lors du séjour à l'hôpital.

<sup>m</sup> La fiabilité des données faiblit à mesure que diminue le nombre de personnes interrogées dans chaque classe d'âges, ce qui affecte particulièrement les résultats relatifs aux personnes âgées, d'autant plus qu'un groupe est totalement absent : celui des personnes institutionnalisées.

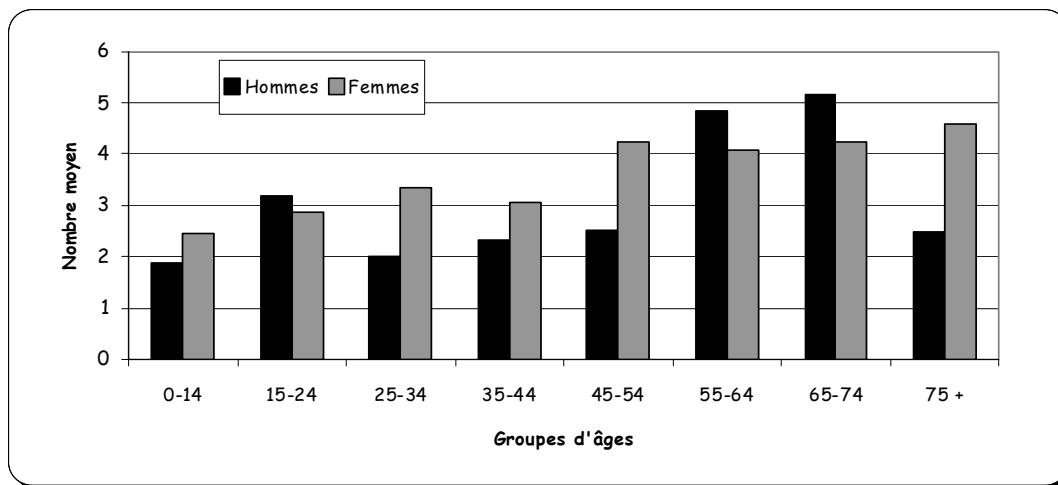
<sup>n</sup> Les données issues de l'Enquête de Santé (HIS) sont à prendre avec certaines précautions. Ainsi, en comparant des données de HIS-1997 avec celles de l'INAMI et des « *hospital discharge registration* » (Van der Heyden et al, 2003a), il semble que le nombre moyen de contacts annuels avec un médecin par individu dans l'Enquête de Santé corresponde globalement aux données des deux autres bases de données. Par contre, pour des informations plus spécifiques sur les contacts avec le médecin, les estimations de l'enquête de santé sont moins fiables : il semble y avoir une surestimation des consultations et une sous-estimation des visites à domicile. L'enquête de santé sous-estime en outre les taux d'admission en hôpital pour les plus âgés et les taux de recours des âgés. Enfin, en 2001, il semble y avoir eu une surestimation générale : en moyenne 6,5 contacts avec le généraliste et 3,2 avec le spécialiste, contre respectivement 5,2 et 2,4 pour le Régime général (89% de la population en Belgique), moyennes calculées hors assurés ayant choisi le forfait (données INAMI).

**Graphique 4 - Individus ayant eu au moins un contact avec le médecin spécialiste au cours de l'année écoulée : % selon l'âge, en 1997 et 2001**



Source : Données Enquête de Santé, 2001, Graphique UCL

**Graphique 5 - Nombre moyen de contacts avec le spécialiste, par groupe d'âges et sexe, 2001**



Source : Données Enquête de Santé 2001, Graphique UCL

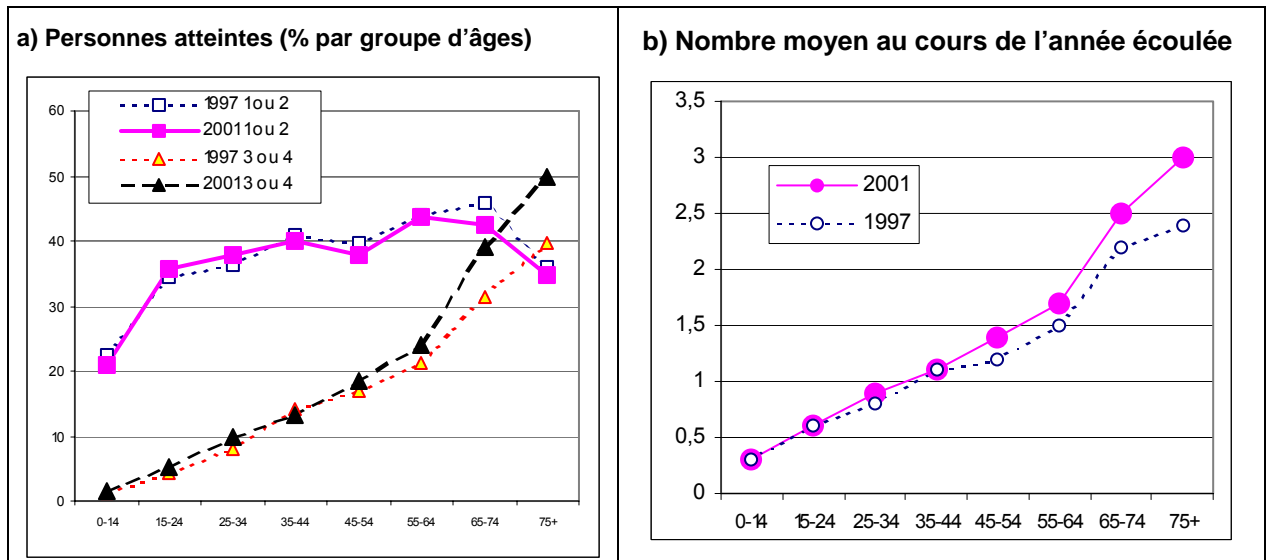
### 3.2. Le nombre de maladies chroniques : aspects globaux

La fraction de la population se déclarant affectée par une maladie chronique augmente avec l'âge, et ce dès le début de la vie<sup>o</sup> (cf. Tableau 1 et Graphique 6). Dès 35 ans environ, la moitié de la population dit en souffrir. L'augmentation s'accélère à partir de 55 ans et atteint

<sup>o</sup> Sur base d'une liste de 32 maladies (après regroupement des questions sur les fractures avec celle relative à l'ostéoporose) ; les démences ne sont pas comprises dans cette liste.

plus des trois quarts de la population à partir de 65 ans. Ce profil déjà fort pentu est cependant sousestimé, car les démences semblent sous-évaluées, sinon ignorées, dans les Enquêtes de Santé et la population vivant en institution n'est pas du tout prise en considération.

**Graphique 6 - Affections chroniques, par groupe d'âges**



Source : UCL, sur base des enquêtes de santé (HIS) 1997 et 2001. Hors démences, in Pacolet, Delière et al, 2005.

C'est surtout le fait d'être atteint de plusieurs affections qui s'accroît avec l'âge : 30 à 40% des personnes de 65-74 ans et 40-50% des 75 ans et plus souffrent de trois affections ou davantage. Parmi ces catégories âgées, plus de la moitié souffrent d'au moins deux maladies chroniques. Nous appellerons ce phénomène « polypathologie », à distinguer de la « co-morbidité », concept beaucoup plus strict introduit depuis 2006 par l'Institut scientifique de Santé publique pour désigner un phénomène analogue<sup>p</sup>.

<sup>p</sup> Co-morbidité : sur base de 13 maladies seulement, sélectionnées en raison de leur prévalence, du risque en matière de décès et/ou d'invalidité et de la consommation de soins qui y est potentiellement associée, la co-morbidité ne concerne que les individus souffrant de pathologies relevant de plus d'un des six groupes de pathologies distingués, à savoir : les maladies pulmonaires chroniques, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies neurologiques ou ostéomusculaires (site web : [www.iph.fgov.be](http://www.iph.fgov.be)).

Tableau 1 - Personnes selon le nombre de maladies chroniques déclarées et le groupe d'âges (%)

Age	1997				2001			
	Aucune	1	2 ou plus	3 ou plus	Aucune	1	2 ou plus	3 ou plus
0-14	76.2	18.6	5.3	1.3	77.4	16.8	5.8	1.6
15-24	61.2	22.6	16.2	4.3	59.3	26.5	14.2	5.1
25-34	55.4	24.6	19.9	8.1	52.6	26.1	21.3	9.7
35-44	44.8	27.5	27.8	14.3	46.8	27	26.2	13.3
45-54	43.2	25.6	31.1	17	43.4	23	33.6	18.6
55-64	34.8	26.2	39	21.2	32.2	27.3	40.4	24
65-74	22.5	23.7	53.7	31.5	18.4	22.9	58.8	39.1
75+	24.3	21.7	54.1	39.8	15.1	17.8	67	49.9
<b>Total</b>	<b>50.2</b>	<b>24</b>	<b>25.8</b>	<b>13.1</b>	<b>47.6</b>	<b>23.5</b>	<b>29</b>	<b>16.7</b>

Source : Données Enquête de Santé 1997 et 2001

Dans quelle mesure les affections chroniques, et en particulier la polyopathie, sont-elles liées à la fréquentation médicale ? Nous tenterons de l'évaluer grâce à deux indicateurs : d'une part, la fréquence de contacts et, d'autre part, la probabilité de faire appel à un médecin. Nous affinerons ensuite l'analyse selon le type de maladies. Nous terminerons par quelques perspectives d'avenir.

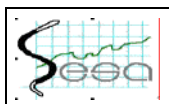
### 3.3. Nombre de maladies chroniques et fréquence des contacts <sup>q</sup>

#### 3.3.1. Nombre moyen de contacts avec le médecin

Quel que soit l'âge, les individus ne souffrant pas de maladie chronique ont en moyenne un moindre volume de contacts avec le médecin que ceux qui en sont atteints.

Compte tenu du nombre de maladies chroniques (0, 1, 2 ou au moins 3), le nombre moyen de contacts avec le généraliste, varie selon l'âge de manière significative (ANOVA, F : p<0.001) (Tableau 2), contrairement à la fréquence de contacts avec le spécialiste. En moyenne, la fréquence annuelle de contacts avec le généraliste est de 3.8 pour les enfants de moins de quinze ans, contre 13 pour les 75 ans et plus. Cette fréquence est assez étale avant quinze ans : de 3.5 à 4.8 selon le nombre de maladies chroniques. Pour les 75 ans et plus, le profil est nettement accentué : de 3.7 pour ceux qui ne souffrent d'aucune maladie chronique à 17.8 pour ceux qui en sont atteints de trois ou davantage ; pour cette classe d'âges, la fréquence des recours présente une particularité : les 75+ qui ne déclarent aucune ou une seule maladie chronique recourent moins souvent au médecin que ceux de 65-74 ans, témoignant sans doute de la robustesse des survivants en bonne santé.

<sup>q</sup> Sans autre indication de notre part, le seuil de signification est de 0,05.



**Tableau 2 - Nombre moyen de contacts avec le généraliste, selon le groupe d'âges et le nombre de maladies chroniques, 2001 - Belgique**

Groupes d'âges	Nombre de maladies ou affections				Total
	Pas de maladie	1 maladie	2 maladies	Trois maladies ou plus	
<b>0-14</b>	3.5	4.5	4.8	3.4	<b>3.7</b>
<b>15-24</b>	3.7	6.6	7.8	8.7	<b>5.2</b>
<b>25-34</b>	3.6	4.7	5.7	10.2	<b>4.7</b>
<b>35-44</b>	2.9	4.7	7.5	10.8	<b>5.1</b>
<b>45-54</b>	2.6	5.5	7.7	12.0	<b>5.9</b>
<b>55-64</b>	4.3	7.1	10.8	14.3	<b>8.6</b>
<b>65-74</b>	6.1	9.6	9.2	13.4	<b>10.4</b>
<b>75 +</b>	3.7	8.8	11.3	17.8	<b>13.0</b>
<b>Total</b>	<b>3.5</b>	<b>6.0</b>	<b>8.3</b>	<b>13.3</b>	<b>6.4</b>

Source : Données Enquête de Santé, 2001 ; calculs UCL

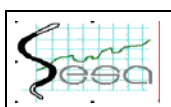
Compte tenu du nombre de maladies chroniques, la fréquence de contacts avec le généraliste varie aussi de façon significative selon le type de ménage (contrairement aux contacts avec le spécialiste). Ainsi, parmi les individus ayant trois maladies chroniques et plus (et aussi parmi ceux qui n'en souffrent pas), les célibataires et les couples sans enfants ont plus souvent recours au généraliste (ANOVA, F :  $p < 0.001$ ).

Il en va de même pour les individus vivant en zones semi-urbaines : 6.8 contacts avec le généraliste sans maladie chronique, 8.05 avec deux maladies chroniques et 14.45 avec trois maladies chroniques au moins ; contre respectivement 2.3, 6.2 et 10.6 pour les individus vivant à Bruxelles et 3.3, 6.9 et 13.6 pour les individus vivant en zones rurales (cf. Graphique 7, ANOVA, F :  $p < 0.001$ ).

Par contre, le rapport est inverse pour le nombre moyen de contacts avec le spécialiste : les Bruxellois ont en moyenne plus souvent recours au spécialiste que les habitants des zones rurales et ce quel que soit le nombre de maladies chroniques ; ceci concorde avec les résultats des régressions logistiques (probabilité de recours dans l'année et d'une fréquentation supérieure à la moyenne - cf. infra).

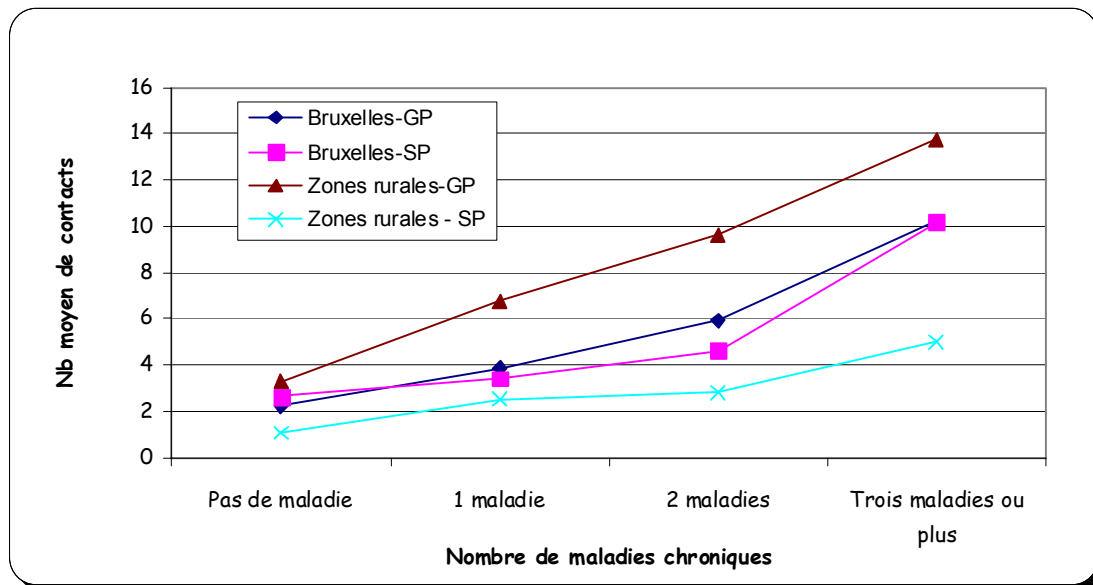
En outre, en tenant compte du nombre de maladies chroniques, la fréquentation du généraliste, varie de manière significative selon le niveau d'instruction et le revenu. Ainsi, compte tenu du nombre de maladies chroniques, les individus ayant un diplôme d'enseignement supérieur ont en moyenne moins souvent recours au généraliste, comparé à ceux qui n'ont pas de diplôme ou un diplôme d'enseignement primaire. De même, les personnes ayant des revenus plus importants (>1500 €) ont moins souvent recours au généraliste, que ceux ayant des revenus faibles (<750 €) (ANOVA, F :  $p < 0.001$ ).

Par contre, nous n'observons pas ces variations significatives selon le revenu et le niveau d'instruction pour la fréquence de contacts avec le spécialiste





**Graphique 7 - Nombre moyen de contacts avec le généraliste et le spécialiste, selon la zone urbaine et le nombre de maladies chroniques**



Source : Données Enquête de Santé 2001, calculs UCL.

### 3.3.2. Probabilité d'un nombre de contacts supérieur à la moyenne

La probabilité d'un nombre de contacts avec le généraliste supérieur à la moyenne a été analysée à l'aide de régressions logistiques, portant sur les personnes d'au moins quinze ans ayant déclaré au moins un contact avec un médecin. Le modèle multivarié le plus performant comprend les variables indépendantes suivantes : le nombre de maladies chroniques, les limitations fonctionnelles, l'âge, le genre, la santé subjective, le niveau d'instruction et le niveau d'urbanisation (Bruxelles, zones urbaines, zones sub-urbaines, zones rurales) ; les résultats sont présentés au Tableau 3 (sig<0.05).

Tous facteurs pris en considération, ce sont les indicateurs de santé/morbidité qui présentent le principal pouvoir explicatif. La probabilité de consulter un généraliste plus souvent que la moyenne augmente tout d'abord avec le nombre de maladies chroniques : de 1.1 pour ceux qui déclarent une maladie chronique (par rapport à ceux qui n'en déclarent aucune), à 1.7 et 2.0 pour ceux qui en déclarent deux ou au moins trois. Avoir au moins une limitation fonctionnelle est également lié à la probabilité d'un nombre de contacts avec le généraliste supérieur à la moyenne ; particulièrement pour les scores très élevés : au-delà d'un score de 79, les individus ont près de six fois plus de risque de consulter plus souvent un généraliste que la moyenne ! En outre, bien que deux indicateurs de morbidité aient déjà été pris en compte, ceux qui se déclarent en moins bonne santé subjective ont aussi une plus grande propension à recourir plus souvent au généraliste, par rapport à ceux qui s'estiment en bonne santé (1.7) ; tout comme ceux qui n'habitent pas Bruxelles et plus particulièrement les habitants des autres grandes villes (1.6).

Quant aux personnes ayant acquis un diplôme (au minimum d'enseignement secondaire inférieur), elles consultent moins souvent le généraliste que celles dépourvues de diplôme (0.5 en cas de diplôme d'enseignement supérieur). Enfin, les individus âgés entre 25 et 64 ans ont une moindre propension à consulter plus souvent le généraliste (entre 0.9 et 0.8) que les moins de 25 ans ou les plus de 65 ans (1).

**Tableau 3 - Probabilité d'avoir un nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste à la moyenne**

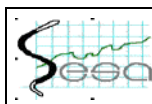
Variables	Valeurs*	Odds Ratio	Intervalle de confiance (95 %)
<b>Limitations (score SF-36)</b>	1-19	1.20	(1.19, 1.21)
	20-49	1.62	(1.61, 1.63)
	50-79	<b>2.40</b>	(2.37, 2.42)
	≥ 80	<b>5.91</b>	(5.83, 6.00)
<b>Maladie chronique</b>	1	1.07	(1.06, 1.08)
	2	1.73	(1.72, 1.74)
	3 et plus	<b>2.05</b>	(2.04, 2.07)
<b>Santé subjective</b>	Moyenne à mauvaise	1.66	(1.65, 1.67)
<b>Niveau de ruralité</b>	Villes hors Bruxelles	1.56	(1.54, 1.58)
	Sub-urbain	1.31	(1.30, 1.33)
	Rural	1.44	(1.43, 1.46)
<b>Niveau d'instruction</b>	Primaire	0.68	(0.67, 0.79)
	Secondaire inférieur	0.62	(0.61, 0.63)
	Secondaire supérieur	0.68	(0.67, 0.69)
	Enseignement supérieur	0.52	(0.51, 0.53)
<b>Age</b>	25-34	0.92	(0.91, 0.93)
	35-44	0.79	(0.79, 0.80)
	45-54	0.87	(0.86, 0.88)
	55-64	0.82	(0.81, 0.82)
	65-74	1.02	(1.00, 1.03)
	75+	1.01	(1.00, 1.03)

\* Légende - Valeurs de référence : pas de limitations fonctionnelles, pas de maladie chronique, bonne santé subjective, habiter Bruxelles, pas de diplôme, être âgé entre 15-24 ans,

Source : Données Enquête de Santé (HIS, 2001) ; Calculs UCL

Pour ce qui est de la probabilité d'un nombre de contacts avec le spécialiste supérieur à la moyenne, le meilleur modèle a retenu les variables suivantes : les limitations fonctionnelles, la santé subjective, le niveau d'urbanisation (cf. Tableau 4). L'âge, le sexe, mais aussi le nombre de maladies chroniques n'expliquent que trop peu ou pas la probabilité d'un nombre de contact avec le spécialiste supérieur à la moyenne ; ces variables altéreraient la qualité d'ajustement du modèle.

Comme pour le recours au généraliste, certains indicateurs de santé s'avèrent primordiaux : une moindre santé subjective accroît la probabilité de recourir au spécialiste au-delà de la moyenne (1.5), de même que le fait d'être atteint de plusieurs limitations fonctionnelles (de 1.3 à 2.1) ; curieusement, les individus avec un score SF-36 de 80 et plus ont



une moindre probabilité de recourir fréquemment au spécialiste que ceux dont le score atteint 50-79, alors que le rapport de cotes était maximal pour cette situation en ce qui concerne le recours au généraliste.

L'accessibilité géographique semble aussi jouer un rôle, car les habitants de zones rurales ont une moindre probabilité de consulter fréquemment un médecin spécialiste que ceux habitant Bruxelles (0.8).

Curieusement aussi, d'autres variables ne se révèlent pas significatives (alors qu'elles interviennent souvent dans les autres régressions) : ni les maladies chroniques (!), ni le niveau d'instruction, ni l'âge ne jouent de rôle en ce qui concerne la probabilité de la fréquence de contacts avec le spécialiste.

**Tableau 4 - Probabilité d'avoir un nombre moyen de contacts avec le médecin spécialiste supérieur à la moyenne**

Variables	Valeurs*	Odds ratio	Intervalle de confiance (95 %)
<b>Limitations (SF-36)</b>	1-9	1.30	(0.73, 0.77)
	20-49	1.42	(0.75, 0.79)
	50-79	<b>2.07</b>	(0.62, 0.65)
	≥ 80	1.43	(0.88, 0.92)
<b>Santé subjective</b>	Moyenne à mauvaise	1.53	(1.47, 1.49)
<b>Niveau de ruralité (*)</b>	Villes hors Bruxelles	0.88	(0.87, 0.89)
	Rural	0.78	(0.77, 0.78)

\* Légende - Valeurs de référence : pas de limitations fonctionnelles, bonne santé subjective, habiter Bruxelles. (\*) : Pas de différence significative pour les zones suburbaines

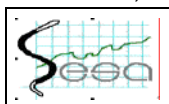
Source : Données Enquête de Santé, 2001 ; Calculs UCL

Ces relations entre fréquence de contacts avec le médecin et nombre de maladies chroniques déclarées ne nous donnent toutefois qu'une vue imprécise de la problématique : en effet, on ne connaît pas à ce stade le motif du recours. Le contact avec le médecin peut concerner tout autre chose que le traitement d'une maladie chronique. Nous affinerons plus loin ces analyses en examinant le suivi médical selon le type de maladie chronique (cf. section 3.5).

Par ailleurs, la présence de contacts est évidemment liée à la décision de l'individu d'entrer ou non dans le système de soins. C'est ce que nous analysons ci-dessous.

### 3.4. Maladies chroniques et probabilité de contact avec un médecin

Nous évaluons ici, parmi les individus de quinze ans et plus, la probabilité d'avoir eu recours au moins une fois à un médecin, généraliste ou spécialiste, au cours de l'année écoulée. Tout d'abord, nous tenons compte seulement des maladies chroniques, comme *proxy* des besoins, sans contrôler pour d'autres facteurs (modèle : recours au médecin *versus*



nombre de maladies chroniques ; sig <0.0001). Ceux déclarant une maladie chronique ont une probabilité plus élevée de consulter au moins une fois dans l'année un spécialiste (rapport de cotes de 1.7) et plus particulièrement un généraliste (2.9), par rapport à ceux qui n'en sont pas atteints. La propension à consulter est bien plus importante chez ceux qui déclarent au moins deux maladies chroniques : 4.5 et 12.7 chez ceux qui déclarent respectivement deux ou au moins trois maladies chroniques pour le recours au généraliste (2.3 et 3.8 pour le spécialiste). Se déclarer atteint d'une maladie chronique ou de polyopathie se révèlent être des facteurs importants et s'avèreront d'ailleurs les variables indépendantes qui expliquent globalement le mieux les différences de recours au médecin.

#### 3.4.1. Probabilité du recours au généraliste

Le modèle multivarié expliquant au mieux les différences de recours au généraliste comprend les variables indépendantes suivantes, outre le nombre de maladies chroniques : les limitations fonctionnelles, l'âge, le genre, la santé subjective, le niveau d'instruction, le niveau de ruralité/urbanisation (Bruxelles, zones urbaines, zones sub-urbaines, zones rurales) (cf. Tableau 5 – sig <0.05). Ces variables sont identiques à celles expliquant la fréquence des recours au généraliste (cf. Tableau 3) ; elles agissent pratiquement toujours dans le même sens, mais dans l'ensemble avec un impact nettement accentué.

Dans ce modèle multivarié, ce sont à nouveau les variables de morbidité qui s'avèrent cruciales : le fait de déclarer au moins une maladie chronique, et surtout une polyopathie, entraîne une probabilité nettement supérieure d'avoir recours au médecin généraliste, mais néanmoins de façon moins importante que dans l'analyse bivariée précédente. En contrôlant ici pour les autres variables, les individus déclarant au moins une maladie chronique ont une probabilité plus élevée de consulter un médecin généraliste que ceux qui n'en sont pas atteints (cf. Tableau 5) et ce de façon beaucoup plus nette que pour la fréquence élevée (Rappel : Tableau 3) : de 2.5 (si une maladie chronique) à 3.1 (si deux maladies) et à 5.8 fois plus (si trois maladies ou plus). En outre, les limitations physiques augmentent également la probabilité de recourir à un généraliste : 2.8 et 3.3 respectivement pour les scores compris entre 50 et 79 et de 80 ou davantage.

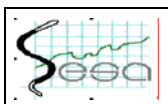


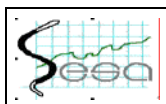
Tableau 5 - Probabilité d'avoir un contact avec le médecin généraliste au cours de l'année écoulée

Variables	Valeurs *	Odds Ratio	Intervalle de confiance (95%)
<b>Limitations (score SF-36)</b>	1-9	1.27	(1.26, 1.28)
	20-49	1.36	(1.35, 1.37)
	50-79	<b>2.82</b>	(2.77, 2.87)
	≥ 80	<b>3.29</b>	(3.21, 3.38)
<b>Maladie chronique</b>	1	<b>2.47</b>	(2.46, 2.48)
	2	<b>3.14</b>	(3.11, 3.16)
	3 et plus	<b>5.76</b>	(5.70, 5.82)
<b>Santé subjective</b>	Moyenne à mauvaise	1.84	(1.83, 1.86)
<b>Niveau de ruralité</b>	Villes hors Bruxelles	1.89	(1.87, 1.90)
	Sub-urbain	<b>2.20</b>	(2.19, 2.22)
	Rural	<b>2.18</b>	(2.16, 2.19)
<b>Niveau d'instruction</b>	Primaire	1.29	(1.26, 1.31)
	Secondaire inférieur	0.93	(0.91, 0.95)
	Secondaire supérieur	0.90	(0.88, 0.92)
	Enseignement supérieur	0.92	(0.90, 0.94)
<b>Age</b>	25-34	0.91	(0.90, 0.91)
	35-44	0.80	(0.80, 0.81)
	45-54	0.69	(0.68, 0.69)
	55-64	0.99	(0.98, 1.00)
	65-74	1.61	(1.60, 1.63)
	75+	1.53	(1.51, 1.56)
<b>Genre</b>	Femmes	1.55	(1.55, 1.56)

\* Légende - Valeurs de référence : pas de limitation physique, pas de maladie chronique, bonne santé subjective, habiter Bruxelles, pas de diplôme, être âgé entre 15-24 ans, être un homme

Source : Données Enquête de Santé, 2001 ; Calculs UCL

Ensuite, interviennent la piètre santé subjective par rapport à une santé estimée bonne (OR = 1.8) et le niveau de ruralité : de 1.9 (pour les citadins hors Bruxelles) à 2.2 pour ceux qui habitent en zones suburbaines ou rurales, deux constats qui avaient déjà caractérisé la fréquence élevée de recours au généraliste. L'âge aussi exerce une influence analogue à celle exercée sur la probabilité de fréquence de contacts : avant 55 ans, la probabilité de contact est inférieure à celle des 15-24 ans ; au-delà de 65 ans, elle est nettement supérieure (1.6 pour les 65-74 et 1.5 à partir de 75 ans). Il en va de même pour les femmes (1.5, soit bien plus que pour la fréquence des contacts). Par contre, comme pour la fréquence des recours, les individus dotés d'un niveau d'instruction supérieur à l'enseignement primaire ont une probabilité plus faible de consulter le médecin généraliste que ceux dépourvus de diplôme (ou limités à un diplôme d'études primaires) : rapport de cotes de 0.90 à 0.93 (les différences entre ces trois niveaux d'instruction ne sont pas statistiquement significatives).



Le revenu<sup>†</sup>, le type de ménage (isolé, couple, avec/sans enfants, ménage complexe), le bénéficiaire d'un ticket modérateur réduit ou le fait d'habiter la Wallonie plutôt que la Flandre n'expliquent que peu ou pas la probabilité de recours au médecin généraliste quand les autres variables sont prises en compte.

### 3.4.2. Probabilité du recours au spécialiste

Pour ce qui est du recours au spécialiste, les variables indépendantes du modèle sont : le nombre de maladies chroniques, l'âge, le genre, l'assurance hospitalisation, la santé subjective et le niveau d'instruction (cf. Tableau 6). Comparé au modèle relatif à la fréquence élevée de contacts (cf. Tableau 4), de nouvelles variables apparaissent : le genre, l'âge, le niveau d'instruction, le fait d'avoir une assurance hospitalisation et le nombre de maladies chroniques tandis que les zones urbaines ont disparu.

Le revenu, le type de ménage, le fait d'être Bruxellois ou de bénéficier d'une réduction du ticket modérateur n'expliquent que peu ou pas du tout la probabilité du recours au spécialiste.

Comme dans toutes les autres analyses, les variables de santé/morbidité jouent un rôle primordial. Ainsi, la polyopathie intervient comme facteur explicatif principal : le rapport de cotes atteint 2.8 pour ceux déclarant trois maladies chroniques ou davantage, soit nettement plus élevé que pour la fréquence de contacts (mais moins que pour la probabilité de contact avec le généraliste). La probabilité de recours à un médecin généraliste augmente aussi avec le nombre de limitations, avec une nuance pour les scores les plus élevés : de 1.4 à 2.0 pour les scores de moins de 79 et 1.6 pour les scores de plus de 80.

Il en va de même pour les femmes (1.8 par rapport aux hommes) et la santé subjective moyenne ou mauvaise : 1.7 par rapport à ceux qui la déclarent bonne.

Par contre, l'absence d'assurance hospitalisation diminue la probabilité de recourir au spécialiste (0.6) ; au-delà de 25 ans, toutes les classes d'âges affichent une probabilité de recours au spécialiste inférieure (ou quasi égale) à celle des jeunes de 15-24 ans (0.6 à 0.96).

Le revenu, le type de ménage, le fait de bénéficier d'une réduction du ticket modérateur, ou d'habiter Bruxelles ou une autre des deux régions du pays n'expliquent que peu ou pas du tout la probabilité du recours au spécialiste.

Ces résultats concordent globalement avec ceux de la revue de littérature et avec ceux de la régression expliquant la fréquence de contacts. S'en démarque l'impact du niveau d'instruction : dans ce cas-ci, les individus avec un niveau d'instruction supérieur ont la probabilité la plus élevée de consulter un spécialiste (2.2), alors que ce facteur n'intervient pas pour expliquer la fréquence de contacts (et intervient à l'inverse pour la probabilité de contacter un généraliste).

<sup>†</sup> Dans leur modèle, Van der Heyden et al (2003b) constatent également que le revenu est un prédicteur plus faible que le niveau d'instruction.

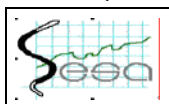


Tableau 6 - Probabilité d'avoir un contact avec le médecin spécialiste au cours de l'année écoulé

Variable	Valeur *	Odds Ratio	Intervalle de confiance
<b>Limitations (SF-36)</b>	1-9	1.42	(1.41, 1.43)
	20-49	1.67	(1.66, 1.68)
	50-79	<b>2.01</b>	(2.00, 2.03)
	≥ 80	1.56	(1.55, 1.58)
<b>Maladie chronique</b>	1	1.56	(1.55, 1.56)
	2	1.67	(1.66, 1.68)
	3 et plus	<b>2.76</b>	(2.74, 2.77)
<b>Santé subjective</b>	Moyenne à mauvaise	1.74	(1.73, 1.75)
<b>Niveau d'instruction</b>	Primaire	1.22	(1.20, 1.24)
	Secondaire inférieur	1.70	(1.68, 1.72)
	Secondaire supérieur	1.77	(1.75, 1.80)
	Enseignement supérieur	<b>2.25</b>	(2.22, 2.28)
<b>Age</b>	25-34	0.96	(0.96, 0.97)
	35-44	0.72	(0.71, 0.72)
	45-54	0.88	(0.87, 0.88)
	55-64	0.65	(0.64, 0.66)
	65-74	0.84	(0.83, 0.85)
	75+	0.56	(0.55, 0.57)
<b>Genre</b>	Femme	1.76	(1.76, 1.77)
<b>Assurance hospitalisation complémentaire</b>	Non	0.65	(0.647, 0.652)

\* Légende - Valeurs de référence : pas de limitation physique, pas de maladie chronique, bonne santé subjective, pas de diplôme, être âgé entre 15-24 ans, être un homme, avoir une assurance hospitalisation complémentaire.

Source : Données Enquête de Santé, 2001 ; Calculs UCL

### 3.5. Synthèse des facteurs associés aux probabilités de contact

Dans l'ensemble, les facteurs associés aux probabilités de contact avec un médecin sont assez semblables, qu'il s'agisse d'au moins une fois dans l'année ou de la fréquence (cf. Tableau 7), ou qu'il s'agisse des contacts avec le généraliste ou avec le spécialiste. Seule la fréquence des contacts avec le spécialiste se distingue par le petit nombre de facteurs impliqués, notamment en ce qui concerne l'absence d'influence du nombre de maladies chroniques, du niveau d'instruction ou du fait d'habiter Bruxelles. Le revenu, le type de ménage, le fait de bénéficier d'une réduction du ticket modérateur, la région (Flandre versus Wallonie) n'expliquent que peu ou pas du tout la probabilité du recours ou la fréquence des recours, que ce soit pour le généraliste ou pour le spécialiste.

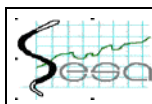


Tableau 7. Synthèse des facteurs associés aux probabilités de contact avec un médecin

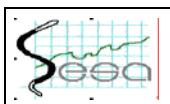
	Probabilité de contacts dans l'année	Probabilité d'une fréquence de contacts supérieure à la moyenne
<b>1. Contacts avec le Généraliste</b>		
Limitations : score SF-36 (de faibles à sévères)	+++	+++
Maladie chronique (de 1 à 3 ou +)	+++	++
Santé subjective (moyenne ou mauvaise)	+	+
Niveau de ruralité (villes hors Bruxelles, suburbain, rural)	++	+
Niveau d'instruction (de primaire à supérieur)	+ / -	-
Age (de jeune à vieux)	- / +	- / +
Genre (femmes)	+	0
<b>2. Contacts avec le Spécialiste</b>		
Limitations : score SF-36 (de faibles à sévères)	++	++
Maladie chronique (de 1 à 3 ou +)	++	0
Santé subjective (moyenne ou mauvaise)	+	+
Niveau d'instruction (de primaire à supérieur)	++	0
Niveau de ruralité (villes hors Bruxelles, suburbain, rural)	0	-
Age (de jeune à vieux)	-	0
Genre (femmes)	+	0
Pas d'assurance hospitalisation complémentaire	-	0

\* Légende - Valeurs de référence : pas de limitation physique, pas de maladie chronique, bonne santé subjective, pas de diplôme, habiter Bruxelles, être âgé entre 15-24 ans, être un homme, avoir une assurance hospitalisation complémentaire.

Influence positive Odds Ratio : + : > 1 à < 2 ; ++ : de 2 à <3 ; +++ : 3 ou +

Influence négative Odds Ratio : - : de 0.5 à <1

0 : pas d'influence





**Les trois variables de santé/morbidité** interviennent conjointement et dans presque toutes les analyses ; seule exception : l'absence d'influence du nombre de maladies chroniques sur la probabilité de fréquence des contacts avec le spécialiste. Le rôle des autres facteurs est moins systématique, dès lors que les variables de santé ont été prises en compte.

- **L'âge** : de 25 à 64 ans, les individus ont une probabilité moindre de consulter un généraliste que leurs cadets de 15 à 24 ans (et aussi de le consulter plus fréquemment que la moyenne) ; c'est l'inverse à partir de 65 ans. Pour les contacts avec les spécialistes, la probabilité d'une consultation annuelle est moindre pour toutes les catégories d'âges supérieures à 15 ans ; mais l'âge ne joue aucun rôle sur la probabilité de fréquence de ces contacts.

- Le **genre** : les femmes ont une probabilité supérieure de rencontrer annuellement le généraliste comme le spécialiste, ce qui n'est pas le cas pour la fréquence des contacts.

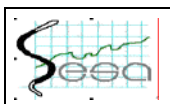
- La « **ruralité/urbanisation** » : hors de Bruxelles, la probabilité de consulter un généraliste est plus forte ainsi que la probabilité de le voir fréquemment ; pour les contacts avec le spécialiste, ce facteur intervient à l'inverse mais peu (sur la fréquence) ou pas du tout (sur le fait de le rencontrer une fois dans l'année).

- Le **niveau d'instruction** : une meilleure instruction influence positivement la probabilité de rencontrer un spécialiste et négativement celle d'une forte fréquentation du généraliste.

- Quant à la **disponibilité d'une assurance hospitalisation**, elle favorise seulement la probabilité de consulter un spécialiste (mais pas la fréquence des contacts).

### 3.6. Le type de maladie chronique et les contacts-patients

Le Tableau 8 présente la prévalence de 24 maladies chroniques prises en compte dans les Enquêtes de Santé 1997 et 2004, selon le genre et l'année. En 2004, la maladie la plus mentionnée par les hommes est l'allergie (12%), suivie de l'hypertension artérielle (11%), les problèmes au niveau du dos (10%) et l'arthrose (8%). Chez les femmes, l'allergie est aussi la maladie chronique la plus souvent rapportée (15%), suivie de l'hypertension artérielle (14%), l'arthrose (13%), la migraine (11%) et les problèmes de dos (10%). D'après Bayingana et al (2006), l'âge est un facteur plus important encore que le genre en termes de prévalence : la prévalence de la plupart des maladies chroniques augmente avec l'âge (sauf l'asthme, l'allergie, la dépression, la migraine et les maladies chroniques de peau).



**Tableau 8 - Prévalence des maladies chroniques au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'année, Belgique, 1997- 2004**

	Hommes			Femmes		
	1997	2004	Index brut 2004 pour 1997=100	1997	2004	Index brut 2004 pour 1997=100
Allergie	11.1	11.7	1.1	14.7	14.9	1.0
<b>Hypertension</b>	7.8	10.9	<b>1.4</b>	10.5	13.6	<b>1.3</b>
Affection persistante au dos	9.5	9.5	1.0	10.4	10.4	1.0
Arthrose	8	7.9	1.0	12.3	12.7	1.0
Bronchite chronique, BPCO	.	5.4		.	5.2	
Migraine	5.9	4.7	0.8	13.6	10.8	0.8
Affection cardiaque grave ou infarctus	3.8	4.3	1.1	2.9	3.1	1.1
Arthrite	3.7	4.3	1.2	7.4	7.3	1.0
Asthme	.	4.3		.	4.3	
Dépression	3.9	3.9	1.0	7	5.9	0.8
Troubles prostatiques	.	3.6				
Affection cutanée grave ou chronique	3.1	3.5	1.1	3.6	3.7	1.0
<b>Diabète</b>	2	3.4	<b>1.7</b>	2.5	3.6	<b>1.4</b>
Fatigue chronique	.	2.8		.	5.2	
Troubles intestinaux graves	2.4	2.6	1.1	3.8	3	0.8
Ulcère à l'estomac ou au duodénum	2.5	2.4	1.0	2.7	2.9	1.1
Autres formes de rhumatisme chronique	2.3	2.2	1.0	3.1	2.7	0.9
<b>Glaucome</b>	1	1.7	<b>1.7</b>	1.3	2.1	<b>1.6</b>
Vertiges avec chute	1.7	1.6	0.9	3.8	3.5	0.9
Cataracte	0.6	1.2	<b>2.0</b>	1.6	2.5	<b>1.6</b>
Troubles de la thyroïde	0.8	1.2	1.5	4.5	5.8	<b>1.3</b>
Inflammation chronique de la vessie	0.7	1	1.4	2.6	2.5	1.0
Ostéoporose	0.7	0.8	1.1	4	5.6	<b>1.4</b>
Cancer	0.6	0.7	1.2	1.4	1.3	0.9
AVC ou complications	0.5	0.5	1.0	0.9	0.6	0.7

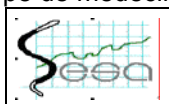
En gras : hausse significative – taux bruts (calculs des tests Bayingana et al, 2006)

En gras italiques : hausse significative taux standardisés pour l'âge (calculs des tests Bayingana et al, 2006).

Source : Données Enquête de Santé, 2004 (Bayingana et al).

Tentons à présent de rapprocher la présence d'au moins une maladie chronique (en tant que *proxy* de besoins de soins), du fait d'avoir ou non consulté un médecin au cours de l'année écoulée (HIS 2001).

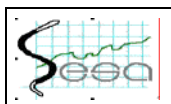
Bien qu'atteintes d'au moins une maladie chronique, nombre de personnes déclarent n'avoir jamais consulté de médecin pour leur maladie chronique ou du moins pas pendant l'année écoulée. Mais de grands écarts apparaissent selon la maladie chronique et selon le type de médecin contacté (cf. Tableau 9).



**Tableau 9 - Personnes atteintes de maladie chronique n'ayant pas consulté le médecin généraliste ni le médecin spécialiste, depuis au moins un an pour leur maladie chronique, 2001 (%)**

	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Ni médecin généraliste ni médecin spécialiste
Migraine	50.4	82.9	50.3
Descente de matrice	55.6	54.0	40.8
Allergies	46.1	66.9	39.1
Hépatite, cirrhose ou autre maladie de foie	38.1	45.1	31.7
Arthrose	36.2	59.4	29.6
Fatigue chronique	35.7	66.5	29.3
Vertiges avec chute	30.9	68.3	27.5
Sinusite	29.0	77.3	26.1
Rhumatisme inflammatoire	30.5	60.9	23.8
Troubles intestinaux graves	28.4	49.6	22.7
Affection persistante au dos	31.7	53.0	22.3
Autres formes de rhumatisme chronique	29.8	54.9	22.1
Calculs ou inflammation de la vésicule	32.4	41.8	18.2
Calculs rénaux	21.2	48.4	16.7
Maladie rénale grave exceptée calculs rénaux	37.3	31.3	15.6
Glaucome	58.1	17.4	15.4
Ostéoporose	24.7	45.4	15.3
Dépression	27.8	53.0	14.4
Affection cutanée grave ou chronique	42.0	38.9	14.3
Asthme	20.9	49.4	13.2
Troubles prostatiques	28.3	30.5	12.6
Bronchite chronique ou BPCO	14.5	65.5	11.7
Cataracte	65.7	14.5	10.7
Cystite chronique	16.6	45.3	10.7
Ulcère à l'estomac ou au duodénum	21.0	27.4	10.3
Troubles de la thyroïde	22.6	39.4	10.2
Accident vasculaire cérébral et/ou complication	16.0	22.2	7.6
Hypertension	9.4	70.7	7.0
Maladie de Parkinson	21.4	35.1	6.1
Affection cardiaque ou infarctus	12.6	15.5	4.0
Epilepsie	27.5	25.7	1.7
Tumeur maligne ou cancer	25.8	7.8	0.9
Diabète	8.4	55.7	0.7

Source : Données Enquête de Santé, 2001 ; Calculs UCL



Ainsi, au moins un tiers des personnes atteintes des maladies chroniques suivantes déclarent ne pas avoir consulté de médecin généraliste depuis au moins un an pour la maladie chronique en question : fatigue chronique (36%), arthrose (36%), maladie rénale exceptée calculs rénaux (37%), maladie du foie (38%), affection cutanée grave ou chronique (42%), allergies (46%), migraine, (50%), descente de matrice (56%), glaucome (58%) et cataracte (66%).

Néanmoins, on peut faire l'hypothèse que cette absence de contact avec le généraliste est compensée par un contact avec le spécialiste et que certaines maladies sont plus souvent traitées par un médecin spécialiste plutôt que par un généraliste. Effectivement, si 66% des personnes atteintes de cataracte n'ont pas consulté le médecin généraliste depuis un an pour ce motif, seules 14% n'ont pas consulté de spécialiste à ce sujet au cours de l'année écoulée ; 58% des personnes souffrant de glaucome n'ont pas consulté de médecin généraliste depuis un an, contre 17% pour le spécialiste. Il y a d'ailleurs une relation significative entre le fait de consulter un généraliste et le fait de consulter un spécialiste, pour toutes les maladies chroniques sauf la cataracte ( $\chi^2$ ,  $p < 0.001$ ).

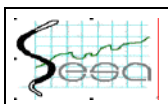
Pourtant, certaines maladies chroniques restent mal suivies, tant par le médecin généraliste que par le spécialiste. Dans le top cinq, nous trouvons la migraine : en 2001, 50% des personnes atteintes de migraine n'ont consulté ni le généraliste ni le spécialiste depuis au moins un an pour ce motif (moins de 60% en 2004 ; Bayingana et al, 2006) ; constat analogue pour la descente de matrice (41%), les allergies (39%), les maladies de foie (32%) et l'arthrose (30%).

Au contraire, plus de 90% des personnes atteintes des maladies chroniques suivantes ont consulté un médecin au cours de l'année pour leur maladie : diabète et cancer/tumeur (moins de 1% n'ont pas consulté de médecin), épilepsie (2%), affection cardiaque ou infarctus (4%), maladie de Parkinson (6%), hypertension (7%) et accident vasculaire cérébral (8%).

Certaines maladies sont plus souvent suivies par un médecin généraliste que par un spécialiste : c'est le cas du diabète et de l'hypertension. Contrairement aux études internationales, il ne semble pas à ce stade y avoir de sous-consommation de soins médicaux dans le chef des patients diabétiques ni des patients cancéreux.

Si l'on se réfère aux recommandations des guides de bonne pratique (« *guidelines* »), quand elles sont disponibles, les résultats ci-dessus conduisent à suspecter une sous-consommation de soins médicaux pour certaines maladies chroniques.

Ainsi, dans le cas de **migraine**, Silberstein (2000) indique qu'un traitement adéquat doit être suivi, de façon à ne pas augmenter les douleurs, les incapacités et l'impact de la migraine. La thérapie doit être réévaluée après trois à six mois (selon les résultats obtenus). Géraud et al (2004) constatent en outre que la migraine est largement sous-diagnostiquée. Dans des études françaises rapportées par ces auteurs, 30% à 45% des personnes atteintes de migraine n'ont jamais consulté de médecin pour ce motif et ne sont pas conscientes qu'elles en sont atteintes

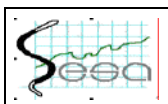


ni qu'un traitement approprié est disponible. Les auteurs insistent aussi sur le fait que l'efficacité d'un traitement prophylactique devrait être évaluée après trois mois de traitement ; si le traitement est efficace, il doit être prolongé de six mois à un an, en diminuant les doses. Or, selon nos résultats, quelque 50% des personnes se disant atteintes de migraine n'ont pas consulté pour ce motif au cours de l'année.

Pour ce qui est de l'**hépatite** A et B (si l'infection est aiguë pour la dernière), des visites de suivi à une à deux semaines d'intervalle sont recommandées par Brook (2002), jusqu'à ce que les niveaux de marqueurs hépatiques (aminotranspherase) soient normaux (habituellement, quatre à douze semaines). Dans le cas d'une hépatite B chronique, le patient devrait être vu régulièrement à intervalles de un an ou moins, idéalement par un médecin ayant une expertise dans le domaine (Brook, 2002). Selon Tuulonen et al (2003), les visites de suivi et les examens doivent avoir lieu de une à deux fois par an. Pour les patients à haut risque, des visites hebdomadaires ou mensuelles selon la progression de la maladie sont à prévoir. Les résultats de nos analyses sont loin de ces recommandations : 32% des individus atteints d'hépatite ou de maladie du foie disent ne pas avoir consulté de médecin au cours de l'année.

En Belgique, les personnes souffrant d'**asthme** sont 21% à ne pas avoir consulté de médecin généraliste depuis un an pour ce motif et 49% n'ont pas consulté de spécialiste. Néanmoins, seules 13% n'ont consulté ni un généraliste, ni un spécialiste pour l'asthme depuis au moins un an ; ce niveau d'abstention est trop élevé si l'on en croit les *guidelines* qui en ont largement analysé le traitement et le suivi. Ainsi, selon Williams et al (2003), après un premier épisode d'asthme, il convient de consulter un médecin généraliste pour poser le diagnostic et réaliser une série de tests, afin de prescrire un traitement. Référer à un spécialiste peut être nécessaire si le diagnostic est peu sûr. Les patients faisant de l'asthme risquent de faire face à un état grave et à des symptômes variant selon la nature de l'asthme, suite à l'exposition à un environnement allergène ou en raison d'une compliance insuffisante aux médicaments. Pour ces raisons, ces patients doivent être régulièrement suivis et leur thérapie peut requérir des ajustements. La première visite de suivi devrait être programmée dans le mois suivant le diagnostic initial. Des visites de routine seront ensuite programmées tous les un à six mois, selon la sévérité de l'asthme et les capacités du patient à maintenir un contrôle des symptômes. Dans certains cas (signes atypiques, diagnostic peu clair, asthme sévère, enfants jeunes avec asthme sévère ou modéré mais persistant, etc.), les auteurs recommandent de référer le patient à un spécialiste (pneumologue, allergologue, etc.). Roche et al (2005) estiment quant à eux que les visites auprès d'un spécialiste devraient se situer entre trois et douze mois, selon la thérapie envisagée et les doses médicamenteuses.

Enfin, les personnes souffrant de **rhumatisme inflammatoire** sont respectivement 30%, 61% et 24% à ne pas avoir consulté de médecin généraliste, de médecin spécialiste, ou aucun des deux depuis au moins un an pour ce motif. Pourtant, lorsque c'est le premier diagnostic, le patient devrait commencer une thérapie médicamenteuse dans les trois mois et l'état de la maladie chez le patient devrait être régulièrement évalué ; à chaque visite de suivi, le médecin



doit évaluer si la maladie est active ou non (selon l'American College of Rheumatology, 2002). Selon le même comité, une consultation avec un thérapeute physique devrait être envisagée très tôt et une évaluation par un rhumatologue est fortement recommandée si le médecin généraliste n'est pas certain des premières étapes d'évaluation de la maladie. Plus précisément, un rhumatologue devrait voir tous les patients avec un diagnostic probable d'arthrite rhumatoïde dans les douze semaines après que ceux-ci lui aient été référés avec une lettre du généraliste (Kennedy et al, 2005). Toutes les personnes atteintes d'arthrite devraient avoir une évaluation annuelle formelle de la maladie (ibidem). Une sous-consommation de la part des patients atteints de rhumatisme articulaire a d'ailleurs été constatée dans la littérature.

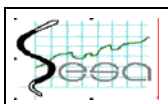
Ces résultats doivent néanmoins être nuancés : en effet, si l'on fait abstraction du motif de la consultation, plus de 85% des personnes atteintes de maladies chroniques ont vu un médecin, généraliste et/ou spécialiste, au cours de l'année. Ainsi, les malades chroniques les plus nombreux à ne pas avoir consulté le généraliste au cours de l'année écoulée, sont les individus atteints de maladies rénales graves, avec 13% (sans tenir compte du motif du recours). Si l'on considère les contacts avec le spécialiste, ils ne sont plus que 2,3% à ne pas avoir eu recours à un médecin au cours de l'année écoulée.

### 3.7. Perspectives d'avenir

En résumé, les résultats ci-dessus indiquent que les *proxy* des « besoins » (la polyopathie, les limitations fonctionnelles et une mauvaise santé subjective) accroissent de manière très importante la probabilité de recourir au médecin (tant généraliste que spécialiste) et d'avoir un nombre de contacts supérieur à la moyenne (particulièrement avec le généraliste) ; un niveau d'instruction plus élevé accroît la probabilité de recourir au spécialiste mais la diminue en ce qui concerne le recours au généraliste et le nombre moyen de contacts avec le généraliste ; par contre le grand âge est associé à une plus grande probabilité de recours au généraliste et une moindre probabilité de recours au spécialiste. Faut-il y observer un effet de substitution ? Le fait de vivre en zone rurale ou suburbaine accroît aussi la probabilité de recourir au généraliste ; le fait de disposer d'une assurance hospitalisation complémentaire en fait de même pour le recours au spécialiste. Ces résultats peuvent nous fournir des indications quant aux « besoins » de médecins à l'avenir.

L'effet mécanique du vieillissement, faible pour les recours au spécialiste, sera accru avec l'arrivée aux âges avancés de personnes plus instruites (c'est ce qu'on appelle l'effet générationnel). Par contre, tant l'effet mécanique que l'effet générationnel du vieillissement freineront la diminution globale des prestations de généraliste, due à la chute impressionnante des visites à domicile (Artoisenet et Delière, 2006). Enfin, la vogue des assurances complémentaires (et la publicité en leur faveur) accentuera la tendance à recourir au spécialiste.

Plus que le fait d'avoir une maladie chronique, c'est plus particulièrement l'effet « polyopathie » qui semble important. Or la prévalence globale de la polyopathie est



amenée à croître fortement, essentiellement sous la poussée du vieillissement et aussi, pour certaines affections, d'une augmentation significative de la prévalence à travers le temps (notamment l'hypertension et le diabète).

La polypathologie dépend évidemment du nombre de malades chroniques. Sans amélioration de la santé, le vieillissement pourrait entraîner une augmentation assez nette du nombre de personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Cet effet mécanique sera atténué du fait de la diminution de la population adulte ; au total, et à prévalence constante, la croissance, tous âges confondus, s'élèvera à :

- pour le nombre de personnes atteintes d'au moins une maladie chronique (hors démences) : + 9% en 2020, + 15% en 2050 ;
- pour le nombre de personnes atteintes de trois maladies chroniques ou davantage (hors démences) : + 16% en 2020, + 32% en 2050 (Pacolet, Delière et al, 2004).

Si cette évolution est plutôt rassurante en termes relatifs, elle représentera par contre un poids réel pour les finances publiques et les besoins en ressources humaines de santé, du fait de la très haute fréquence de ces affections : 450 000 personnes supplémentaires pourraient ainsi être atteintes d'au moins une maladie chronique (hors démences) en 2020, de 700 000 à 800 000 en 2050. S'y ajouteront des démences séniles, pouvant porter le nombre de cas supplémentaires à quelque 550 000 en 2020. Ces cas supplémentaires seront essentiellement âgés. Parmi l'ensemble des personnes atteintes, quelque 55 à 59% souffriront de plusieurs affections ; environ un tiers de la population en sera ainsi affectée.

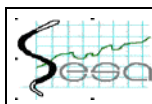
**Tableau 10 - Nombre supplémentaire de personnes atteintes d'affections chroniques, par rapport à 2000**

2020				2050		
Au moins une affection	Au moins deux	Trois ou plus	Démences	Au moins une affection	Au moins deux	Trois ou plus
± 450 000	± 360 000	± 70 000	± 550 000	700 à 800 000	± 650 000	± 100 000

Source : Données Enquête de Santé, 2001 ; Calculs UCL

Or, les personnes atteintes de plusieurs affections ont une probabilité plus élevée de recourir au médecin que celles qui en sont exemptes : de 3.1 à 5.8 plus élevée pour le généraliste (selon qu'elles ont deux affections ou davantage) ; de 1.7 à 2.8 pour le recours au spécialiste. En 2001, celles atteintes d'au moins trois affections consultent en moyenne 14 fois le généraliste et 6 fois le spécialiste (contre 6.5 et 3.2 en moyenne générale selon l'enquête de santé).

Le poids des maladies chroniques pourrait s'accroître encore davantage si la prévalence des affections croissait avec le temps. Entre 1997 et 2004, et en standardisant pour l'âge, cette



tendance à croître n'est avérée que pour deux maladies, et seulement pour les hommes : l'hypertension artérielle et le diabète (Bayingana et al, 2006). Pour les femmes, par contre, on a pu observer une diminution significative de la migraine. Autant que faire ce peut, il y aurait lieu de tenter de promouvoir une compression de la morbidité, grâce à la mise au point et à la diffusion de progrès scientifiques (vaccins par exemple), à un meilleur contrôle des facteurs de risque et à une amélioration des styles de vie.

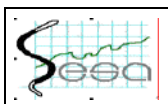
L'ensemble des « besoins » ne se traduit pas nécessairement en utilisation effective des services. En effet nous avons noté une sous-consommation dans le chef de certains malades chroniques : certains ne sont pas assez suivis, d'autres ne sont pas suivis du tout. Dès lors, l'ensemble des recours pourrait croître encore davantage si ces sous-consommations s'atténuaient

Il se produira aussi une évolution de la pratique des praticiens. Déjà, actuellement, les maladies chroniques occupent une grande partie du quotidien du médecin ; ainsi, en France, l'hypertension artérielle est le diagnostic le plus souvent signalé par les généralistes (17%) ; les recours les plus fréquents concernent le contrôle et le suivi des affections chroniques stables (42%) et 27% des contacts-patients ont lieu pour des patients avec une affection de longue durée reconnue et prise en charge à 100% par l'assurance maladie (plus d'une fois sur cinq pour de l'hypertension artérielle et du diabète insulino-dépendant) (Labarthe G, 2004). On peut subodorer une répartition analogue en Belgique et s'attendre à ce que ces pourcentages évoluent à la hausse à l'avenir. Rappelons ici la nécessité d'accentuer la formation de tous les professionnels de la santé dans les domaines gériatriques.

#### 4. DISCUSSION

La consommation de soins est une problématique complexe. En l'absence d'examen clinique, il est difficile de conclure de façon certaine à une sous-consommation sur la seule base des déclarations de personnes qui rapportent leur consommation de soins de mémoire. On ne peut pas exclure un certain artefact, les personnes plus collaborantes ou plus intéressées par leur santé, pouvant être plus enclines à rapporter à la fois plus d'affections et davantage de contacts. Enfin, les données de morbidité sont sous-estimées (les démences sont ignorées), surtout dans le chef des personnes âgées, car les personnes en institution n'ont pas pu être incluses dans l'enquête.

En outre, certains items peuvent être compris différemment selon les individus ; ce pourrait être le cas de « souffrir de migraine ». La définition médicale de cette maladie chronique est-elle la même que celle du sens commun ? Par ailleurs, le nombre de personnes interrogées diminue avec l'âge ; plus les catégories deviennent fines, plus le risque d'erreur aléatoire devient important.





Par ailleurs, les pratiques de sous-consommation de la part des médecins (prescriptions insuffisantes par exemple) sont plus difficilement identifiables que les comportements de sous-consommation dans le chef de la population. De plus, quand elle n'est pas étayée par des guides de bonne pratique, une sous-consommation apparente pour certains groupes par rapport à d'autres peut, au contraire, signifier une sur-consommation de ces groupes de référence. Reflète-t-elle dès lors un besoin réel de soins ou plutôt une consommation « normale » en regard des besoins objectifs de soins ? La question est loin d'être tranchée, d'autant plus qu'une consommation moyenne ne correspond pas nécessairement à des besoins réels de soins ; ce n'est qu'une demande réalisée par l'offre. D'ailleurs qu'est ce qu'un « besoin objectif de soins » ou une consommation « normale » ? Les progrès des connaissances, comme l'évolution des pratiques poussent à une extension des possibilités thérapeutiques, puis à un élargissement des indications, y compris au sein même des « *guidelines* » (Domenighetti, 2006).

En outre, une asymétrie d'information caractérise la relation entre médecins et patients et octroie aux médecins un pouvoir potentiel d'induction de la demande. Enfin, l'inadéquation des consommations aux besoins peut provenir d'une grande variabilité des pratiques professionnelles (diagnostic incertain, pertinence discutable, ...), ainsi que des défauts de l'organisation collective du système (manque de coordination, cloisonnement des interventions, etc.) (Choné et Polton, 2000).

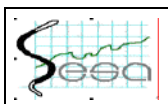
## 5. CONCLUSIONS

### 5.1. Les « besoins » actuels

La littérature actuelle souligne, d'une part, que les facteurs de consommation de soins médicaux sont nombreux et complexes et, d'autre part, que certaines maladies chroniques s'accompagnent d'une sous-consommation de soins.

L'état de santé a été maintes fois reconnu comme un des facteurs essentiels de la consommation de soins et nos résultats le confirment amplement ; mais ce facteur n'est pas seul en cause. D'où l'importance de tenir compte simultanément de plusieurs facteurs, afin d'identifier l'impact spécifique de chacun d'entre eux, ce qui a été possible grâce à des régressions logistiques.

Celles-ci ont confirmé à quel point la santé influence la consommation de soins. Les malades souffrant de limitations fonctionnelles, de maladie chronique (surtout de polyopathie) et se déclarant en piètre santé ont une probabilité plus élevée de recourir au médecin, au moins une fois au cours de l'année, que ceux qui n'en sont pas atteints. En outre, leur probabilité d'une fréquence élevée de contacts est aussi plus importante (sauf, et ceci est



paradoxal, en ce qui concerne le nombre de maladies chroniques quant à la fréquence des contacts avec le spécialiste).

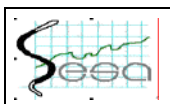
Par ailleurs, l'analyse des données, éclairée par les *guidelines* quand cela était possible, nous a permis de suspecter une sous-consommation pour certaines maladies chroniques : migraine, hépatite, asthme et rhumatisme inflammatoire ; même en l'absence de *guidelines*, on peut s'étonner de l'absence de contact avec tout médecin (faisant suspecter une sous-consommation de soins) pour les affections suivantes : descente de matrice, allergies, maladies du foie, arthrose et rhumatisme inflammatoire. Il s'est avéré en outre que certaines maladies sont à ce jour plus souvent suivies par un médecin généraliste que par un médecin spécialiste, telles que le diabète et l'hypertension ; contrairement au cancer, plus souvent suivi par un spécialiste.

Néanmoins, on ne peut pas traduire, telles quelles, les sous-consommations évoquées en « besoins » supplémentaires de médecins. En effet, les (sous-)consommations apparaissent aussi liées à certaines caractéristiques des patients. Il n'est dès lors pas certain que des problèmes de sous-consommation puissent se résoudre simplement par une offre médicale accrue. Faut-il dès lors renforcer le rôle de la prévention et de l'éducation sanitaire, voire replacer ces matières au niveau fédéral, comme le propose le Professeur Delpérée ?

D'autre part, les facteurs de consommation influencent non seulement l'ampleur globale des contacts, mais aussi la répartition des recours aux soins. Ainsi, un faible taux de recours au généraliste peut s'accompagner (par un effet de substitution) d'un recours important (voire inapproprié) au spécialiste. Faut-il dès lors réorienter le système dans une autre direction, par exemple par des rôles nouveaux conférés à la première ligne ?

## 5.2. Les « besoins » à venir

Les limitations fonctionnelles et les maladies chroniques (surtout la polyopathie) se sont révélées constituer des facteurs majeurs de recours au médecin (au moins un contact annuel fréquence des contacts). Suite au vieillissement de la population, le nombre de personnes atteintes de limitations fonctionnelles et de malades chroniques augmentera.. Cette évolution s'accroîtra si la prévalence des maladies chroniques s'aggrave (comme cela est avéré parmi les hommes pour le diabète et l'hypertension, Bayingana et al, 2006) ; elle pourrait par contre s'atténuer si la prévalence diminue (comme avéré pour la migraine chez les femmes, ibidem). Ces évolutions influenceront les dépenses de santé, car la polyopathie est chère (Grignon, 2003). La pression sur les dépenses sera aggravée si, pour certaines affections, le niveau de recours aux soins rejoint celui préconisé par les « *guidelines* » (par exemple pour l'asthme ou la migraine), et si l'on assiste à une extension des taux de recours sous la poussée d'autres facteurs révélés par nos régressions logistiques : meilleur niveau d'instruction, succès des assurances complémentaires.

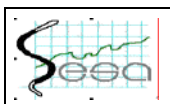


Si l'effet mécanique du vieillissement sur les recours aux médecins apparaît comme relativement faible, il pourrait être accentué du fait a) de l'effet générationnel (amélioration du niveau d'instruction), b) de l'aggravation de la morbidité pour certaines pathologies (diabète, hypertension) et c) d'une probable croissance générale des recours au médecin, en particulier du spécialiste.

Il importe de tenir compte de ces facteurs et des évolutions en cours. D'une part, en freinant autant que possible l'apparition des limitations fonctionnelles. Ceci est possible, à condition que soient mises en place une série de politiques, comme cela a été amplement détaillé par ailleurs (Pacolet J, Deliège D et al, 2005) : modes de vie sains, dépistage systématique du déclin fonctionnel (à l'hôpital et via le médecin généraliste), exercices de kiné en groupe, implication de l'ergothérapeute à domicile, etc.

D'autre part, dans un contexte de régulation de l'offre médicale, une réflexion s'impose quant au niveau d'offre souhaitable ; convient-il seulement de maintenir l'accessibilité aux soins ou faut-il en outre faire droit aux tendances montrant une propension croissante de recours aux soins ? Il s'agit là d'un choix politique, dans le cadre des moyens financiers qui seront disponibles.

Par ailleurs, le présent rapport a porté l'attention sur la sous-consommation. Or, même avérée, une sous-consommation peut coexister avec une sur-consommation, laquelle pourrait être liée à une surmédicalisation et/ou à d'autres facteurs. Ce type de liaison n'a pas été étudié ici et mériterait d'être investigué à son tour, dans une perspective de régulation de l'offre. Enfin, Si de telles liaisons sont avérées, encore faudrait-il découvrir les incitants adéquats en vue de les réduire (à niveau d'offre donné). Voici une piste de recherche intéressante, en vue de favoriser l'efficacité des soins, dans un contexte où les ressources disponibles pour la santé resteront toujours limitées.



## BIBLIOGRAPHIE

Aligon A, Com-Ruelle I, Dourgnon P, Dumesnil S, Grignon M, Retailleau A, *La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles*, CreDES, Questions d'économie de la santé, 2001, 36 :4

American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines, Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis, *Arthritis & Rheumatism*, 46(2), 2002: 328-346

Ankri J, Henrard JC, La consommation médicale des personnes âgées, *Gérontologie et Société*, 71, déc 1994 : 241 – 250

Artoisenet C, Delière D, *Offre et besoins de médecins, Perspectives d'avenir*, Rapport pour le SPF Santé publique, 2006 : 15

Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J, *Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004*, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 2006 (N° de Dépôt : D/2006/2505/3, IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 034)

Brook G, National Guidelines Clearinghouse, 2002, [http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc\\_id=3454&nbr=2680](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3454&nbr=2680)

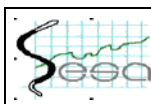
Brotons C, Permanyer G, Pacheco V, Moral I, Ribera A, Cascant P, Pinar J, Prophylactic treatment after myocardial infarction in primary care: how far can we go ?, *Fam Pract.* 2003 Feb;20(1):32-5

Buchmueller T, Couffinhal A, Grignon M, Perronnin M, Szwarzensztejn K, Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins, CreDES, *Questions d'économie de la santé*, 2002, 47 :8

Choné P, Polton D, Les interactions entre l'offre et la consommation de soins : que sait-on , quels enseignements pour l'analyse des besoins en médecine ?, in Collectif, *Démographie médicale, Peut-on évaluer les besoins en médecins ?* Actes du séminaire du 11 octobre 2000 organisé par le Conseil scientifique de la CNAMTS et le CREDES, Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, 2001 (1341) : 155.

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

Delière D, Pacolet J, Artoisenet C, Cattaert G, *Ressources humaines en santé. Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir – Manpowerplanning voor*



gezondheidsberoepen. Phase 1 – analyse de l'existant et paramètres pour la modélisation, SESA-HIVA, 2004 : 254, <http://www.sesa.ucl.ac.be>

Diels J, Cluyse L, Gaussin C, Mertens R, *L'hystérectomie en Belgique*, Mutualité chrétienne, 1, oct 1999, 25 p.

Domenighetti G, *La globalisation économique va-t-elle concerner les soins de santé*, Conférence au 41eme cycle des Sciences hospitalières, Bruxelles, UCL, 2006

El Fakiri F, Foets M, Rijken M, Health care use by diabetic patients in the Netherlands: patterns and predicting factors, *Diabetes Res Clin Pract.* 2003 Sep;61(3):199-209

Elston Lafata J, Simpkins J, Schultz L, Chase GA, Johnson CC, Yood MU, Lamerato L, Nathanson D, Cooper G, Routine surveillance care after cancer treatment with curative intent, *Med Care.* 2005 Jun;43(6):592-99

Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2001; Service d'Epidémiologie, 2002; Bruxelles Institut Scientifique de Santé Publique, IPH/EPI REPORTS N° 2002 - 22  
Gisle L, Buziarsist J, Van der Heyden J, Demarest S, Miermans PJ, Sartor F, Van Oyen H, Tafforeau J.

Fahey T, Montgomery AA, Barnes J, Protheroe J, Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study, *BMJ.* 2003 Mar 15;326(7389):580

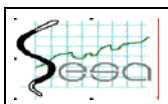
Fatmi Z, Avan BI, Demographic, socio-economic and environmental determinants of utilisation of antenatal care in a rural setting of Sindh, Pakistan, *J Pak Med Assoc.* 2002 Apr; 52(4): 138-42

Finkelstein JA, Lozano P, Farber HJ, Miroshnik I, Lieu TA, Underuse of controller medications among Medicaid-insured children with asthma, *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Jun; 156(6): 562-7

Fromentin R, Démographie médicale et accès aux soins : une démarche exploratoire en Aquitaine, Franche-Comté et Languedoc-Roussillon, in Collectif, *Démographie médicale, Peut-on évaluer les besoins en médecins ? Actes du séminaire du 11 octobre 2000* organisé par le Conseil scientifique de la CNAMTS et le CREDES, Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, 2001 (1341) : 155

Garg PP, Landrum MB, Normand SL, Ayanian JZ, Hauptman PJ, Ryan TJ, McNeil BJ, Guadagnoli E, Understanding individual and small area variation in the underuse of coronary angiography following acute myocardial infarction, *Med Care.* 2002 Jul; 40(7):614-26

Genier P, Rupprecht F, Harnois J, Khamlich M, Tomasini M, Wilthien F, Analyse empirique de la consommation de soins de ville au niveau micro-economique, *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicales*, 1997, 3-4 :277-310



Géraud G, Lantéri-Minet M, Lucas C, Valade D, French guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children, *Clinical Therapeutics*, 26 (8), 2004:1303-1318

Gibbs RG, Newson R, Lawrenson R, Greenhalgh RM, Davies AH, Diagnosis and initial management of stroke and transient ischemic attack across UK health regions from 1992 to 1996: experience of a national primary care database, *Stroke*. 2001 May;32(5):1085-90

Gillet P, *La production médicale. Les disparités dans l'utilisation des soins médicaux : vers une responsabilisation de l'offre*, Université de Liège, Union Nationale des Mutualistes Socialistes, 1997 : 283

Gobert M, *L'utilisation des protections physiques et des psychotropes chez les personnes âgées institutionnalisées au Québec et en Suisse romande – Etude épidémiologique*, Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en sciences de la santé publique, Promoteur : D'hoore W, UCL, 2003, 207+104

Grandfils N, Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 – les médecins, CreDES, *Questions d'économie de la santé*, 1998, 3:6

Grignon M, Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, *Questions d'économie de la santé*, 66, mars 2003 : 1-6

Guadagnoli E, Landrum MB, Normand SL, Ayanian JZ, Garg P, Hauptman PJ, Ryan TJ, McNeil BJ, Impact of underuse, overuse, and discretionary use on geographic variation in the use of coronary angiography after acute myocardial infarction, *Med Care*. 2001 May; 39(5):446-58

HIS : Health Interview Survey : voir ISP ci-dessous

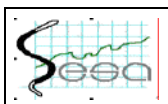
Institut scientifique de Santé publique, *Enquêtes de Santé par interview, 1997, 2001 et 2004*, CD (base de données) et rapports sur le web : <http://www.iph.fgov.be>

Jacobi CE, Rupp I, Boshuizen HC, Triemstra M, Dinant HJ, van den Bos GA, Unmet demands for health care among patients with rheumatoid arthritis: indications for underuse?, *Arthritis Rheum*. 2004 Jun 15;51(3):440-6

Jenni D, Osterwalder R, Osswald S, Buser P, Pfisterer M, Evidence for age-based rationing in a Swiss university hospital, *Swiss Med Wkly*. 2001 Nov 10; 131(43-44):630-4

Johansson SR, Measuring the cultural inflation of morbidity during the decline in mortality, *Health transition review*. 1992, vol. 2 (1): 78-89.

Karter AJ, Parker MM, Moffet HH, Ahmed AT, Ferrara A, Liu JY, Selby JV, Missed appointments and poor glycemic control: an opportunity to identify high-risk diabetic patients, *Med Care*. 2004 Feb; 42(2):110-5



Kennedy t, McCabe C, Struthers G, Sinclair H, Chakravaty K, Bax D, Shipley M, Abernethy R, Palferman T, Hull R, BSR guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis, *Rheumatology*, 44, 2005:553-556

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

Labarthe G, Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie, *Etudes et résultats*, 2004

Lam CL, Fong DY, Lauder IJ, Lam TP, The effect of health-related quality of life (HRQOL) on health service utilisation of a Chinese population, *Soc Sci Med*. 2002 Nov; 55(9):1635-46

Leroy X, Neiryck I, *DEFI-SANTE - Disparités régionales en soins de santé chez les personnes âgées*, UCL-SESA, 1992 : 72

Martin Pascale, *Accès à la santé : droits et réalités, Colloque du 16 décembre 2002, Solidarités Nouvelles Bruxelles*, Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française 20, pp. 13-15

Mizrahi A, Mizrahi A, Evolution de la consommation médicale des personnes âgées, *Gérontologie et Société*, n° 81, déc 1997 : 173 – 185

Pacolet J, Deliège D, Artoisenet C, Leroy X, Swine CH, Cattaert G, Peetermans A, Coudron V. *Vieillesse, aide et soins de santé*, Rapport pour le SPF Sécurité sociale, Direction générale Politique sociale, 2005 : 660

Polton D, *La consommation médicale et ses déterminants*, présentation ppt, 2003

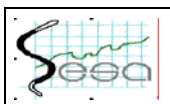
Roche N, Moret H, Martel H, *Medical follow-up of patients with asthma – adults and adolescents*, ANAES, 2005

Rodriguez M, Stoyanova A, The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain, *Health Econ*. 2004 Jul;13(7):689-703

Schapira MM, McAuliffe TL, Nattinger AB, Underutilization of mammography in older breast cancer survivors, *Med Care*. 2000 Mar;38(3):281-9

Silberstein SD, Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review) - Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of neurology, *Neurology*, 2000, 55, 754-763

Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA, Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?, *J Epidemiol Community Health*. 2001 Oct;55(10):701-7/Pays-Bas



Tuulonen A, Airaksinen PJ, Erola E, Forsman E, Friberg K, Kaila M, Klemetti A, Makela M, Oskala, P, et al, The Finnish evidence-based guidelines for open-angle glaucoma, *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 81, 2003 : 3-18

Vader JP, Pache I, Froehlich F, Burnand B, Schneider C, Dubois RW, Brook RH, Gonvers JJ, Overuse and underuse of colonoscopy in a European primary care setting, *Gastrointest Endosc.* 2000 Nov;52(5):593-99

Van der Heyden J, Tafforeau J, Van Oyen H, Demarest S, Measurement of the use of curative health services : health interview survey versus national registers, *Arch Public Health*, 61, 2003a : 177-190

Van der Heyden JHA, Demarest S, Tafforeau J, Van Oyen H, Socio-economic differences in the utilization of health services in Belgium, *Health policy*, 65, 2003b: 153-165

Williams SG, Schmidt DK, Redd SC; Storms W, Key Clinical Activities for Quality Asthma Care – Recommendations of the National Asthma Education and Prevention Program, *Recommendations and Reports*, 52, 2003: 1-8

