

ÉTUDE

Mutualités
Libres

Concentration des **dépenses** en soins de santé

Analyse des remboursements
de l'assurance maladie



Editeur responsable	Xavier Brenez
Coordination	Pascale Janssens (pascale.janssens@mloz.be)
Lay-out	Philippe Dieu

Table des matières

01	Introduction	4
02	Données et méthodologie	6
	Données	6
	A. Données de population	6
	B. Données de dépenses	7
	Méthodologie	8
	A. Création des populations d'utilisateurs de soins de santé	8
	B. Création d'indicateurs de maladies chroniques	8
03	Résultats	11
	Concentration des dépenses remboursées	11
	Profil de (sous-)populations	12
	Caractérisation des affections chroniques	17
	A. Prévalence des pathologies chroniques retenues	17
	B. Les dépenses liées aux malades chroniques	20
	C. Comparaison de la prévalence des affections chroniques et de leur part de dépenses	22
	D. Dépenses moyennes	24
	E. Caractéristiques des malades chroniques	26
	F. Analyse économétrique	35
	G. Les combinaisons de pathologies chroniques	40
04	Synthèse des résultats	44
05	Conclusion	50
06	Bibliographie	53
07	Annexes	55

01 Introduction

Dans le difficile contexte budgétaire actuel, les gestionnaires du système de soins de santé souhaitent plus que jamais maîtriser durablement l'évolution des dépenses de soins de santé et optimiser l'allocation des ressources, en parallèle avec une meilleure prise en charge des assurés.

En tant qu'organisme assureur, nous nous devons d'assurer une accessibilité optimale à nos affiliés, des soins de santé de qualité et développer des initiatives, créatives et innovantes, en matière de promotion de la santé.

Pour y parvenir, l'analyse de la consommation médicale et de ses déterminants est fondamentale. En particulier, l'étude de la concentration des dépenses médicales et de la composition du panier de soins en fonction du niveau de dépenses, ainsi que l'analyse du profil socioéconomique et pathologique des grands utilisateurs de soins, fournissent des éléments importants de compréhension des comportements de recours aux soins.

La présente étude s'inscrit dans cette perspective. Son objectif initial est double. **D'une part, elle cartographie la population des affiliés des Mutualités Libres en fonction d'un ensemble d'affections chroniques. D'autre part, suivant les résultats obtenus, elle propose des moyens d'actions en vue de contribuer au débat sur cette matière.** Ce deuxième volet fera l'objet d'études ultérieures.

La littérature nationale et internationale sur les soins de santé démontre que les affections chroniques ont un poids considérable et significatif sur les dépenses de soins de santé et peuvent dès lors expliquer une partie importante de la concentration de celles-ci.

La première phase de l'étude a consisté à identifier nos affiliés présentant une affection chronique. Cette information médicale n'est pas disponible en tant que telle dans nos données qui ont essentiellement un caractère administratif. Elle est définie sur base d'une vingtaine de syndromes chroniques provenant du rapport du groupe d'expertise "morbidité" de l'INAMI (basé sur les médicaments prescrits) utilisé dans le cadre de la responsabilité financière des organismes assureurs de soins de santé. La liste de syndromes est complétée par quelques pathologies chroniques issues de nos données de facturation.

Pour expliquer la concentration des dépenses, nos affiliés sont cartographiés en fonction des grandes affections chroniques définies.

La majorité des études relatives aux dépenses de soins de santé par pathologie chronique, dont la nôtre, explorent les dépenses des individus souffrant au moins de la pathologie ou des malades chroniques et non pas uniquement les dépenses liées à celle-ci. Il ne s'agit donc pas d'une étude liée au coût d'une pathologie particulière (ceci n'est pas une étude de type cost of illness).

Afin de nourrir la réflexion autour d'une meilleure compréhension de la répartition des dépenses de santé, outre la présentation des données et de la méthodologie employées, cette étude comporte plusieurs parties se rapportant aux résultats obtenus :

- une analyse de la concentration des dépenses remboursées en soins de santé pour les prestations de 2010;
- une analyse du profil de la population totale et des sous-populations de grands utilisateurs de soins (1%, 5% et 10% des plus grands utilisateurs de soins médicaux) : leurs caractéristiques socio-économiques (sexe, région, statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) ou non, chômage, type de profession, titulaire/personne à charge (PAC), situation familiale, régime, dépendance, maisons de repos et de soins (MRS)/maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), avec/sans assurance hospitalisation, % de décès);
- une analyse de la prévalence des pathologies chroniques et le poids relatifs des dépenses liées aux malades chroniques;
- une analyse des dépenses moyennes des assurés atteints d'une pathologie chronique;
- une analyse de quelques caractéristiques liées aux malades chroniques (décès, cancer) et de la composition du panier de soins en fonction du niveau de dépenses (hospitalisation classique, durée de séjour, consultation généraliste/spécialiste);
- une analyse par régression linéaire multivariée pour mettre en évidence les principaux facteurs explicatifs des dépenses de soins de santé remboursées;
- une analyse des combinaisons de pathologies chroniques (évolution des dépenses de soins de santé selon le nombre de maladies chroniques ; par combinaison de pathologies : prévalence et dépenses, âge moyen des affiliés, part des dépenses hospitalières);
- une synthèse des résultats;
- une conclusion.

Güngör Karakaya
Vanessa Vanrillaer
Rudy Van Tielen

Service Etudes des Mutualités Libres

02

Données et méthodologie

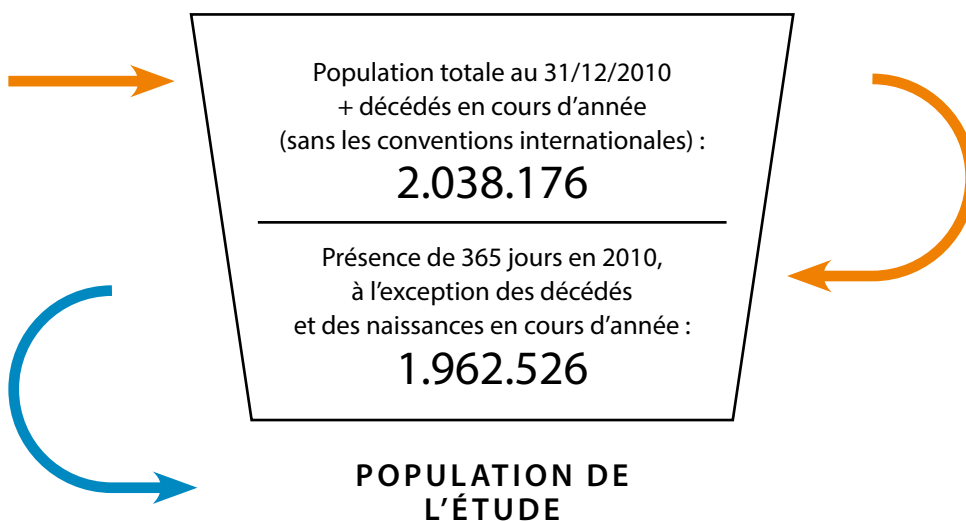
Données

Les données utilisées dans le cadre de cette étude sont de nature administrative et concernent les affiliés des Mutualités Libres (MLOZ) en 2010. D'une part, les données de population telles que définies dans le layout AIM (Agence Intermutualiste) contiennent une série d'informations générales sur les affiliés des Mutualités Libres dont le numéro du registre national, l'année de naissance, le sexe, la région/province/arrondissement du domicile, le statut social/professionnel, le droit ou non aux divers forfaits, le type de ménage, etc. D'autre part, les données de dépenses – relatives à la facturation – incluent l'ensemble des prestations de soins de santé réalisées entre le 1/1/2010 et le 31/12/2010 et remboursées par l'assurance maladie¹.

A. Données de population

Les personnes affiliées de manière ininterrompue aux Mutualités Libres entre le 1/1/2010 et le 31/12/2010 (soit 365 jours en 2010), y compris les décédés et les nouveau-nés en cours d'année, constituent la population de base de notre étude. Nous avons exclus les assurés qui mutent vers d'autres organismes assureurs ou qui s'affilient en cours d'année (excepté les nouveau-nés), mais aussi les affiliés avec convention internationale. Au total, nous nous retrouvons avec **une population de 1.962.526 affiliés, dont 172.143 n'ont eu aucune prestation remboursée par l'assurance maladie en 2010 (soit 8,8%)**.

Schématiquement, nous avons :



¹ Extraction des données de remboursements MLOZ en février 2012.

Le layout de l'Agence intermutualiste (AIM) relatif aux données de population nous permet d'extraire la plupart des caractéristiques de nos affiliés utiles pour cartographier notre population. Le numéro du registre national sert d'élément de base pour récupérer les prestations de chaque affilié remboursées par l'assurance maladie et les dépenses qui s'y rapportent. Dans un souci d'exhaustivité, les assurés n'ayant pas de prestations remboursées par l'assurance maladie sont également analysés. Toutes les données administratives ont été complétées ou corrigées lorsque cela s'est avéré nécessaire (exemples : prix de journée à 100%, codes CNK des médicaments, statut de social de l'affilié, ...).

Le layout AIM étant souvent trop détaillé, des regroupements ont été réalisés (voir plus bas l'analyse des données de population) pour faciliter la gestion des données et des variables.

B. Données de dépenses

Les données de dépenses employées dans cette étude sont des données administratives de facturation et portent sur les prestations de soins de santé remboursées et réalisées au cours de l'année 2010. Nos investigations se concentrent sur la partie à charge de l'assurance maladie. Les affiliés sans prestation remboursée ont naturellement une dépense en soins de santé nulle pour l'année 2010.

Comme les données de population, les données de dépenses ou de facturation telles que fournies ne sont pas parfaites et méritent par conséquent quelques corrections :

- Le coût hospitalier et plus précisément le montant par admission et le montant par jour tels que repris sur la facture du patient ne sont pas complets. En effet, depuis 2002, le paiement par les mutualités des frais de séjour et de soins aux hôpitaux comporte une partie fixe (environ 80% du BMF) payée par tranche mensuelle (douzièmes budgétaires) et une partie variable versée sur base des factures établies par les hôpitaux. Les montants repris sur ces factures nécessitent donc une correction pour refléter plus fidèlement la réalité du financement d'un séjour hospitalier.
- Pour ce faire, nous utilisons le prix d'une journée d'hospitalisation fourni par l'INAMI pour chaque hôpital et par semestre. Ce prix de journée est multiplié par la durée du séjour (facturée) à l'hôpital afin d'obtenir la dépense publique réelle à 100% du coût d'un séjour hospitalier.
- Après calcul, la dépense totale en soins de santé à charge des Mutualités Libres passe de 2,7 milliards à 3,6 milliards d'euros en 2010.
- Les données liées aux médicaments sont également incomplètes. Certains codes CNK (*Code National(e) Kode*), numéro d'identification unique pour chaque conditionnement d'un médicament en Belgique) n'ont pas de codes ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*), de DDD (*Defined Daily Dose*) et de DPP (*Doses Per Package*) dans nos bases de données. Nous les avons complétés voire corrigés à partir de données provenant de l'INAMI, du CBIP (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique) et de l'OMS.
- Comme nous le verrons par la suite, cet exercice est fondamental puisque les données sur les médicaments serviront de base à la construction de nos indicateurs de maladies chroniques (proxy).

Méthodologie

A. Création des populations d'utilisateurs de soins de santé

Quatre groupes d'utilisateurs de soins de santé ont été constitués à partir du niveau de leurs dépenses de soins de santé remboursées par l'Assurance maladie-invalidité (AMI) : 1%, 5%, 10% et 20% des utilisateurs qui consomment le plus en soins de santé.

Pour ce faire, on associe à chaque part de la population ordonnée par dépense AMI décroissante (dans notre cas : 1%, 5%, 10% et 20%), la part que représente ses dépenses AMI. Ce travail permet de connaître la part des dépenses AMI des quatre groupes d'utilisateurs de soins de santé appelés "grands utilisateurs de soins de santé", mais aussi le montant des dépenses AMI à atteindre (ou le seuil d'entrée) pour faire partie de ces groupes (voir tableau ci-dessous).

PART DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ REMBOURSÉES ET SEUIL D'ENTRÉE PAR GROUPE DE GRANDS UTILISATEURS DE SOINS DE SANTÉ		
Affiliés ("grands utilisateurs de soins de santé")	Dépenses de soins de santé remboursées	Seuil d'entrée (en euro)
20%	83,8%	1.484
10%	71,9%	3.425
5%	58,6%	7.682
1%	27,4%	27.610

Avec un seuil d'entrée si faible pour les "20%" (1.484 euros), toute personne hospitalisée suite à une quelconque intervention fait généralement partie de la sous-population des 20% qui consomme le plus en soins de santé. Par exemple, y sont notamment incluses les femmes ayant accouché, les personnes opérées d'une hernie, subissant une cholécystectomie, etc.

Nous nous concentrerons donc sur les 3 autres sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé (1%, 5% et 10%).

B. Création d'indicateurs de maladies chroniques

La littérature portant sur les soins de santé montre que les affections chroniques ont un poids significatif sur les dépenses de soins de santé et peuvent dès lors expliquer une partie non négligeable de la concentration de celles-ci². Il nous semble donc primordial d'identifier nos affiliés présentant une affection chronique.

Toutefois, cette information médicale n'est pas directement disponible comme telle dans nos données.

Pour y parvenir, nous avons repris le rapport du groupe d'expertise "morbidité" (composé d'experts médicaux et pharmaco-thérapeutiques) de l'INAMI utilisé dans le cadre de la responsabilisation financière des organismes assureurs (version du 26 avril 2004)³. Celui-ci se base sur les informations concernant les médicaments prescrits en ambulatoire (et remboursés par l'AMI) en vue d'établir des liens entre certaines maladies chroniques (21 au total) et un ou plusieurs médicaments ou groupes de médicaments (voir annexe tableau A.1). L'idée de base de ce rapport est que l'usage prolongé de certains médicaments peut valider la notion d'affection chronique.

² Voir notamment WHO (2002) et Bodenheimer (2005).

³ A l'heure actuelle, ce rapport est toujours utilisé par l'INAMI pour le calcul des dépenses normatives.

Dans le rapport INAMI, le point de départ est un usage de plus de 180 DDD par an pour définir l'usage chronique (ou une consommation du/des médicament/s pendant plus de 180 jours dans l'année sur base de la dose définie journalière). Néanmoins, une analyse de sensibilité réalisée par les équipes universitaires (ULB et KULeuven) chargées de l'accompagnement scientifique pour l'élaboration de ce rapport, montre qu'une limite ramenée à 90 DDD par an n'influence pas significativement les résultats.

Dans notre étude, nous avons retenu l'usage de plus de 90 DDD par an pour définir l'usage chronique (sauf pour les antidépresseurs et les maladies rares, voir plus bas). Par ailleurs, pour ce qui concerne le diabète, nous n'avons maintenu dans notre étude que les deux syndromes détaillés, à savoir le diabète avec insuline et celui sans insuline.

Toujours dans un souci de clarté, pour les affections cardiovasculaires (CV), nous avons distingué les affections CV détectées uniquement sur base des antihypertenseurs (codes ATC retenus : C02, C03, C07, C08 et C09) des autres affections CV (C01).

La liste des maladies chroniques reprise dans le rapport de l'INAMI est limitée. Nous l'avons donc complétée en introduisant la dépression (sur base de la consommation d'antidépresseurs⁴), l'insuffisance rénale chronique (sur base de codes de nomenclature), la maladie mentale (sur base d'une hospitalisation spécifique) et les maladies rares (sur base des médicaments orphelins et anti-hémophiliques). Le tableau 2 résume la manière dont ces quatre syndromes chroniques ont été définis.

DÉFINITION DES QUATRE SYNDROMES CHRONIQUES VENANT COMPLÉTER LA LISTE DES SYNDROMES DU RAPPORT DE L'INAMI		
Syndrome	Type de document/ code utilisé	Définition
Dépression	Codes ATC	Antidépresseurs (N06A) avec au moins 120 DDD par an
Maladie rare	Codes ATC (dénomination médicament)	Médicaments orphelins : L01XE10 (Afinitor), L01BB07 (Atriance), B02BD09 (Benefix), L01AB01 (Busilvex), L01XD04 (Gliolan), N03AX17 (Diacomit), A16AA06 (Cystadane), H01AC03 (Increlex), A16AX07 (Kuvan), L01XX23 (Lysodren), L03AX16 (Mozobil), A16AB09 (Elaprase), A16AB08 (Naglazyme), L01BB06 (Evoltra), L01XE05 (Nexavar), B02BX04 (Nplate), V03AC03 (Exjade), B01AC09 (Flolan), C01EB19 (Firazyr), B02BX05 (Revolade), B01AC11 (Ventavis), L04AX04 (Revlimid), L01BC07 (Vidaza), V03AF02 (Savene), C02KX02 (Volibris), L04AA25 (Soliris), N07XX04 (Xyrem), L01XE06 (Sprycel), L01CX01 (Yondelis), L01XE04 (Sutent), L01XE08 (Tasigna), C02KX03 (Thelin), L01XE09 (Torisel), A16AA05 (Carbaglu), A16AX04 (Orfadin), A16AX06 (Zavesca), A16AB07 (Myozyme), G04BE03 (Revatio), L01XX27 (Trisenox), N04BA02 (Duodopa), L01XE01 (Glivec), H01AX01 (Somavert), A16AB05 (Aldurazyme), A16AB04 (Fabrazyme), A16AB03 (Replagal), C02KX01 (Tracleer), L01XX35 (Xagrid)
		Anti-hémophiliques : B02BD
Insuffisance rénale chronique	Codes de nomenclature	Codes liés à une prestation de traitement d'une insuffisance rénale chronique (sont donc exclues les prestations de traitement d'une insuffisance rénale aiguë) : 107096, 107111, 107133, 107155, 754294, 757492, 757433, 761526, 761515, 761456, 761493, 761272, 761283, 761471, 761530, 761552, 761574, 761655, 761670, 470400, 470422, 470374, 470385, 470433, 470444, 470470, 470481, 474714, 474725, 787511, 787522, 318010, 318021
Maladie mentale	Groupe/détail de la table de référence de l'INAMI	Séjour dans un hôpital psychiatrique, une MSP (maison de soins psychiatrique) ou habitation protégée : groupes 26 (détail 767), 35, 36 et 37

⁴ Les médicaments retenus pour identifier la pathologie "dépression" sont également utilisés pour soigner d'autres troubles de l'humeur.

TABLEAU 2

Finalement, avec les modifications (légères) apportées à la liste de maladies chroniques telles que définies dans le rapport de l'INAMI et les ajouts de quatre groupes de maladies chroniques, nous nous retrouvons avec 23 affections chroniques dans notre étude (tableau 3).

MALADIES CHRONIQUES RETENUES DANS L'ÉTUDE	
1	Affection cardiovasculaire : hypertension
2	Affection cardiovasculaire : maladies cardiaques
3	Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
4	Asthme
5	Mucoviscidose
6	Diabète avec insuline
7	Diabète sans insuline
8	Maladies pancréatiques exocrines
9	Psoriasis
10	Arthrite rhumatoïde ou psoriasique, maladie de Crohn, colite ulcéreuse
11	Psychose (<=70 ans)
12	Psychose (>70 ans)
13	Maladie de Parkinson
14	Epilepsie
15	VIH
16	Hépatite B et C chronique
17	Sclérose en plaques
18	Transplantation d'organe
19	Maladie d'Alzheimer
20	Dépression (et autres troubles de l'humeur)
21	Maladie rare
22	Insuffisance rénale chronique
23	Maladie mentale

Une personne sera donc considérée comme malade chronique si elle présente au moins une des 23 affections chroniques retenues dans notre travail ⁵. Le cancer n'a pas été retenu comme une maladie chronique étant donné qu'il n'existe aucun consensus à ce sujet dans la littérature.

Néanmoins, sur base de nos données, nous avons créé un indicateur pour le cancer à partir de la COM (Consultation Oncologique Multidisciplinaire) attestée par le médecin-coordonateur conformément à des règles d'application bien précises à toute personne ayant une pathologie cancéreuse. Cet indicateur présente toutefois une limite puisque les personnes avec une COM attestée l'/les année(s) précédente(s) ne se verra pas automatiquement attribuer une nouvelle COM pour l'année étudiée, en l'occurrence l'année 2010.

5
D'autres pathologies chroniques sont envisageables. Toutefois, nous estimons que les affections chroniques retenues couvrent la grande majorité des maladies chroniques existantes.

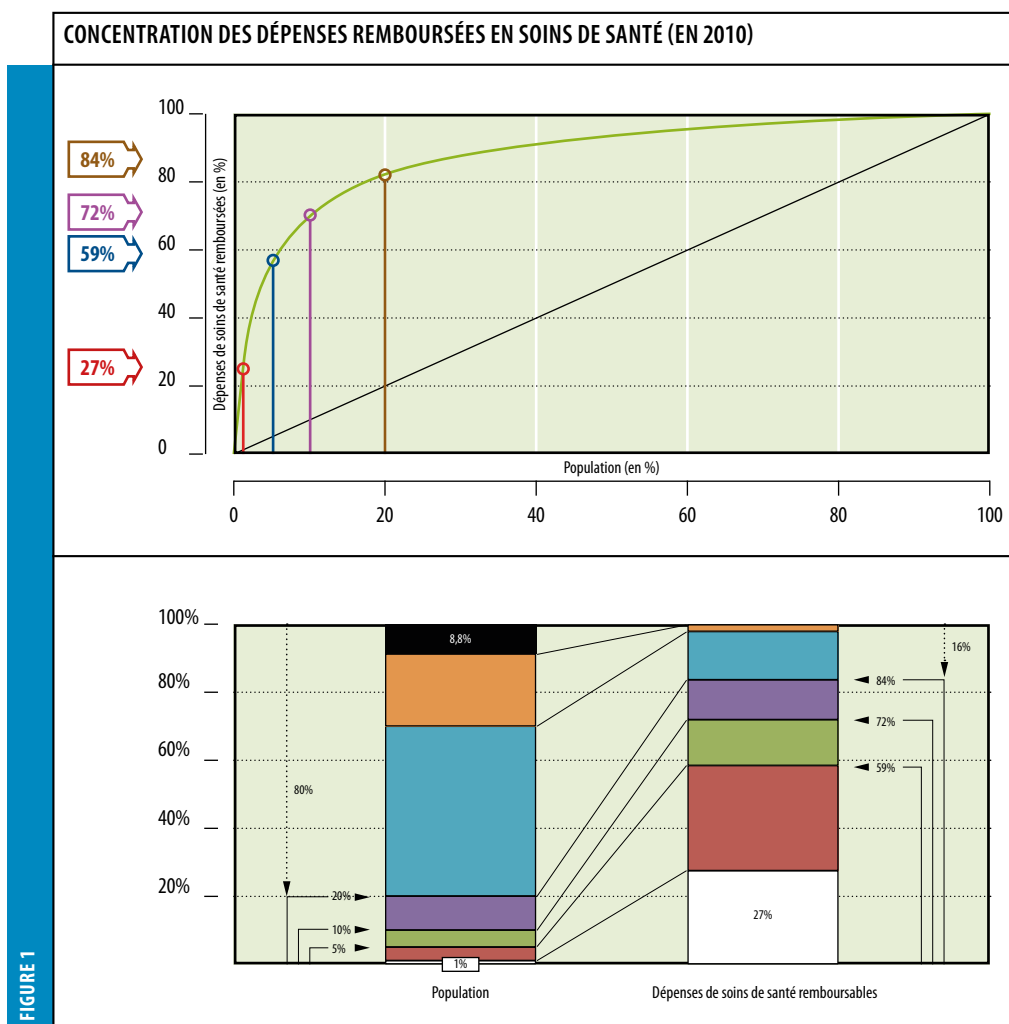


03 Résultats

Concentration des dépenses remboursées

Les deux graphiques ci-dessous, qui contiennent la même information, mettent en évidence qu'un faible nombre d'individus est responsable d'une grande partie des dépenses remboursées en soins de santé. Tout au long de l'étude, nous utiliserons la notion de "grands utilisateurs de soins de santé" lorsqu'il sera fait référence à ces individus.

Pour pouvoir apporter des éléments de réponse à cette concentration de dépenses, il est fondamental de les identifier afin de déterminer leurs principales caractéristiques et les pathologies qui les affectent.



La diagonale coupant le graphique du dessus en deux parties égales suppose une situation d'égalité parfaite dans la consommation de soins de santé remboursés en 2010. En d'autres termes, cela signifie que chaque affilié des Mutualités Libres se voit rembourser par l'AMI le même montant pour ses soins de santé de 2010. Pour le graphique du dessous, la situation d'égalité parfaite est atteinte si les droites reliant les barres sont simultanément parallèles à l'axe horizontal.

La réalité, représentée par la courbe (graphique du dessus) ou les droites reliant les barres (graphique du dessous), nous montre que nous sommes loin de cette situation. En effet, les 1% d'utilisateurs de soins qui consomment le plus en soins de santé concentrent à eux seuls plus de 27% des dépenses remboursées en soins de santé. Les 5%, 10% et 20% "grands utilisateurs de soins de santé" accumulent quant à eux respectivement 59%, 72% et 84% des montants remboursés par l'AMI. En outre, 8,8% de la population n'ont aucun soin remboursé par l'AMI.



1% des utilisateurs de soins concentrent à eux seuls plus de 27% des dépenses remboursées. Les 5%, 10% et 20% de "grands utilisateurs de soins de santé" accumulent quant à eux respectivement 59%, 72% et 84% des montants remboursés par l'AMI.



Profil de (sous-)populations

Les données statistiques présentées ont comme objectif de donner un aperçu des caractéristiques de la population MLOZ et des sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé.

La pyramide des âges présente la distribution des âges par sexe de la population totale de MLOZ et des sous-populations d'utilisateurs de soins de santé.

De manière générale, nous observons que les affiliés de MLOZ sont légèrement plus jeunes que la population belge (voir annexe tableau A.2). Proportionnellement, la part des individus de moins de 45 ans, hommes et femmes, est plus importante dans notre population et inversement après 45 ans. A partir de 80 ans, la répartition est identique entre ces deux populations.

Pour les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé, la figure 2 montre une part de femmes plus grande que d'hommes entre 25 et 35 ans (essentiellement pour les 10% grands utilisateurs de soins de santé) mais également plus de femmes âgées de plus de 80 ans (surtout valable pour les 5% et 10% grands utilisateurs de soins de santé). A priori, nous avons émis l'hypothèse que cela s'explique par la maternité des femmes⁶ et par leur espérance de vie supérieure à celle des hommes. L'hypothèse de la maternité entre 25 et 35 ans a été vérifiée comme le montre la figure 3.

Quel que soit le sexe, les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé sont caractérisées par une plus grande part d'individus âgés mais aussi par une part plus importante d'enfants en très bas âge (0-2 ans) par rapport à la population totale.

6

Cela s'observe principalement dans la sous-population des 10%.

PYRAMIDE DES ÂGES EN FONCTION DES SOUS-POPULATIONS

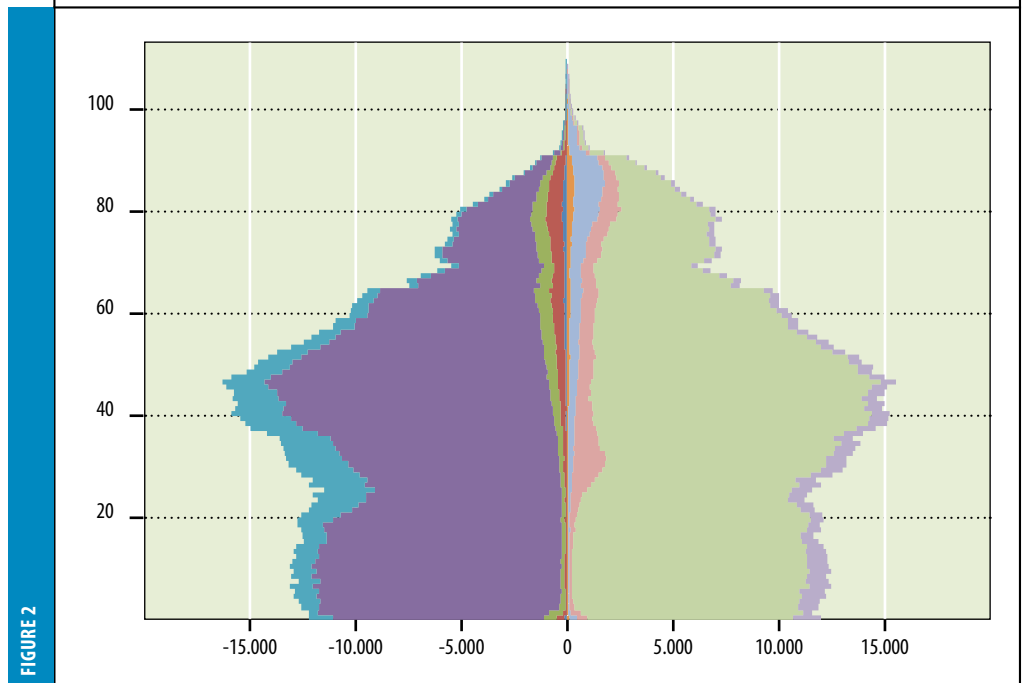


FIGURE 2

PYRAMIDE DES ÂGES EN FONCTION DES SOUS-POPULATIONS, AVEC ABSENCE DES FEMMES AYANT ACCOUCHÉ

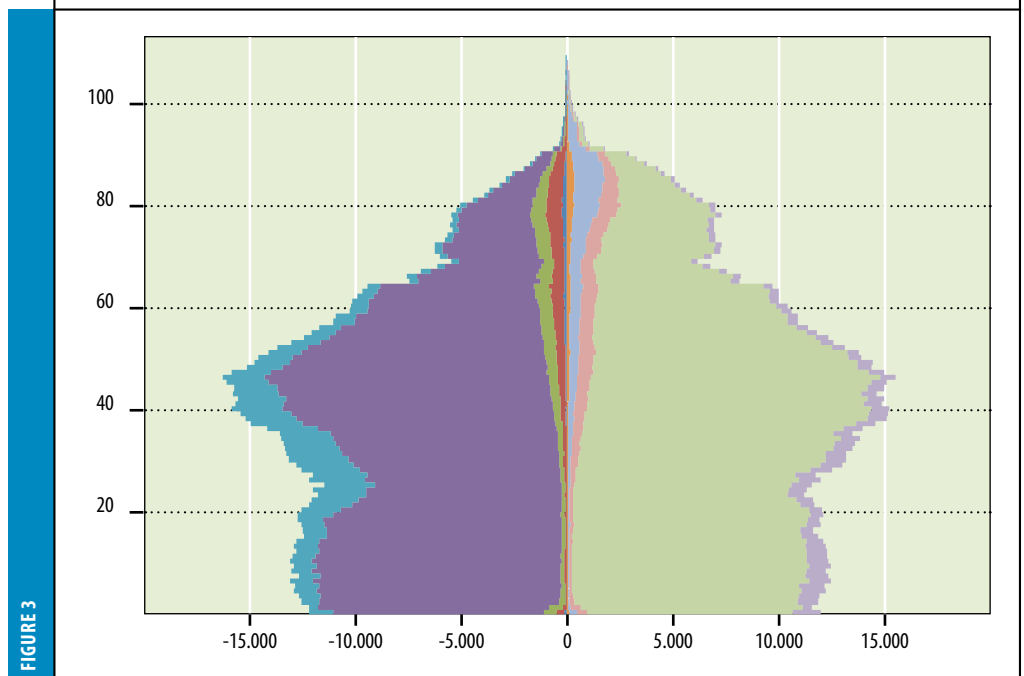


FIGURE 3

- Hommes 1
- Hommes 5
- Hommes 10
- Hommes Autres consommateurs
- Hommes Non conso
- Femmes 1
- Femmes 5
- Femmes 10
- Femmes Autres consommateurs
- Femmes Non conso

La figure 3 met en évidence que le pic présent chez les femmes dans la sous-population des 10% est bien dû aux accouchements. En effet, après exclusion des femmes ayant accouché en 2010, nous constatons que le pic entre 25 et 35 ans disparaît.

Les principales caractéristiques socio-économiques des sous-populations sont présentées dans le tableau 4.

		CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA POPULATION TOTALE ET DES SOUS-POPULATIONS							
		1%		5%		10%		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexe	Hommes	9 249	47,1%	41 867	42,7%	79 323	40,4%	973 301	49,6%
	Femmes	10 377	52,9%	56 261	57,3%	116 929	59,6%	989 225	50,4%
Région	Hors Belgique	47	0,2%	260	0,3%	609	0,3%	47 184	2,4%
	Bruxelles	4 879	24,9%	21 288	21,7%	41 647	21,2%	390 906	19,9%
	Flandre	7 128	36,3%	35 879	36,6%	73 109	37,3%	789 790	40,2%
	Wallonie	7 572	38,6%	40 701	41,5%	80 887	41,2%	734 646	37,4%
BIM (Bénéficiaire de l'intervention majorée)	BIM	8 014	40,8%	33 089	33,7%	54 428	27,7%	230 748	11,8%
	non BIM	11 612	59,2%	65 039	66,3%	141 824	72,3%	1 731 778	88,2%
Chômage	Chômage partiel ou complet	708	3,6%	4 412	4,5%	12 070	6,2%	159 173	8,1%
	Pas chômeur	5 568	28,4%	25 680	26,2%	63 547	32,4%	713 353	36,3%
	Pas concerné par chômage	13 350	68,0%	68 036	69,3%	120 635	61,5%	1 090 000	55,5%
Type profession	Autres	14 396	73,4%	70 967	72,3%	123 604	63,0%	1 015 843	51,8%
	Employé	2 014	10,3%	10 740	10,9%	31 172	15,9%	402 589	20,5%
	Fonctionnaire	344	1,8%	2 091	2,1%	5 909	3,0%	87 523	4,5%
	Indépendant	685	3,5%	3 819	3,9%	9 753	5,0%	167 588	8,5%
	Ouvrier	2 187	11,1%	10 511	10,7%	25 814	13,2%	288 983	14,7%
Titulaire/Personne à charge	Autres_PAC_etc	2 488	12,7%	12 874	13,1%	30 570	15,6%	676 391	34,5%
	Titulaire	17 138	87,3%	85 254	86,9%	165 682	84,4%	1 286 135	65,5%
Etat civil	Autre	24	0,1%	93	0,1%	234	0,1%	6 021	0,3%
	Célibataire	4 284	21,8%	18 496	18,8%	43 159	22,0%	921 525	47,0%
	Marié	7 515	38,3%	40 074	40,8%	89 865	45,8%	758 702	38,7%
	Veuf_veuve	5 039	25,7%	27 659	28,2%	40 416	20,6%	110 199	5,6%
	divorcé_séparé	2 764	14,1%	11 806	12,0%	22 578	11,5%	166 079	8,5%
Régime général/régime indépendant	Inconnu	5	0,0%	19 287	16,4%	30	0,0%	19 262	1,0%
	Régime général	17 792	90,7%	88 144	75,1%	174 765	89,1%	1 640 664	83,6%
	Régime indépendant	1 829	9,3%	9 954	8,5%	21 424	10,9%	302 570	15,4%
Taux de dépendance	Pas dépendant	11 237	57,3%	60 491	61,6%	150 657	76,8%	1 910 868	97,4%
	Dépendant	8 389	42,7%	37 637	38,4%	45 595	23,2%	51 658	2,6%
Maison de repos et de soins/Maison de repos pour personnes âgées	Non	15 528	79,1%	76 498	78,0%	173 027	88,2%	1 938 312	98,8%
	Oui	4 098	20,9%	21 630	22,0%	23 225	11,8%	24 214	1,2%
Assurance hospitalisation	Non	13 204	67,3%	64 250	65,5%	126 483	64,4%	1 345 005	68,5%
	Oui	6 422	32,7%	33 878	34,5%	69 769	35,6%	617 521	31,5%
% de décès dans l'année 2010	Non	16 739	85,3%	88 742	90,4%	184 696	94,1%	1 947 328	99,2%
	Oui	2 887	14,7%	9 386	9,6%	11 556	5,9%	15 198	0,8%

Ces quelques statistiques du tableau 4 donnent une meilleure idée des caractéristiques socio-économiques de notre population et surtout des sous-populations de grands utilisateurs de soins. Toutefois, si nous désirons trouver des leviers et/ou points d'actions, il est nécessaire d'aller plus loin et d'identifier les pathologies dont souffrent les grands utilisateurs.



Variables

LE SEXE

La variable "sexe" confirme les constatations faites à partir des pyramides d'âges. Nous retrouvons une plus grande proportion de femmes dans les sous-populations étudiées mais cette forte proportion tend à diminuer lorsque nous nous déplaçons vers les plus grands utilisateurs de soins de santé.

LA RÉGION

MLOZ a une répartition régionale de ses affiliés qui est différente de la répartition de la population belge. En effet, 20% de nos affiliés résident à Bruxelles (vs 10%), 40% en Flandre (vs 60%) et 37% en Wallonie (vs 30%). Cette répartition évolue au travers des sous-populations d'utilisateurs. La proportion de Bruxellois et de Wallons augmente légèrement tandis que les Flamands sont moins présents dans les sous-populations de grands utilisateurs.

LE BÉNÉFICIAIRE DE L'INTERVENTION MAJORÉE (BIM)

Les BIM sont faiblement représentés dans la population totale de MLOZ, ils ne représentent que 11,8% contre 15,9% pour la population nationale (INAMI). Cette proportion augmente fortement dans les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé. Les BIM représentent 27,7% des individus dans la sous-population des 10% et atteignent la représentation de 40,8% dans la sous-population des 1%. Etant donné que ces individus bénéficient d'une intervention financière plus importante, il n'est pas étonnant qu'ils soient plus représentés parmi les sous-populations de grands utilisateurs comparés à la population totale de MLOZ.

LE CHÔMAGE

La variable "chômage" a été créée à partir de 3 variables issues du layout de population défini par l'AIM et d'une variable liée à l'âge afin de tenir compte de toutes les spécificités de ce statut. Un chômeur (complet ou partiel) et un non chômeur ont en commun le fait qu'ils ont un statut de titulaire⁷, un âge compris entre 18 et 65 ans et font partie du régime général.

Une personne non concernée par le chômage ne remplit pas l'une ou l'autre de ces conditions (les pensionnés, les personnes à charge et les indépendants à titre principal).

Les personnes non concernées par le chômage représentent la plus grande partie de la population totale avec 55,5%, les non chômeurs de la population active constituent 36,3% et 8,1% de notre population sont des chômeurs partiels ou complets.

Nous observons que la proportion d'individus non concernés par le chômage augmente dans les sous-populations de grands utilisateurs (68% dans la sous-population des 10% et 1% dans la sous-population des 1%). Cela s'explique principalement par la condition d'âge (beaucoup de personnes âgées de plus de 65 ans parmi les grands utilisateurs de soins de santé).

LE TYPE DE PROFESSION

Cette variable permet de comparer la composition des sous-populations de grands utilisateurs et de la population MLOZ totale selon le type de profession. Le groupe «autres» prend en compte un ensemble hétéroclite de statuts dont les personnes à charge, les pensionnés, les étudiants du 3ème cycle, le conjoint aidant d'un travailleur indépendant, les handicapés,...

La proportion du groupe "autres" augmente dans les sous-populations des grands utilisateurs. Ce groupe est composé de 51,8% de la population totale contre 73,4% des individus dans la sous-population des 10% et 1% dans la sous-population des 1%. La tendance inverse est observée pour les autres professions (fonctionnaires, indépendants, ouvriers et employés). Leur proportion diminue de moitié quasiment entre la population totale de MLOZ et la sous-population des 10%, sauf les ouvriers qui voient leur proportion se réduire plus faiblement.

TITULAIRES/ PERSONNES À CHARGE (PAC)

Le pourcentage de titulaires augmente au fur et à mesure qu'on se rapproche des plus grands utilisateurs de soins de santé. Ils représentent 65,5% des individus de la population totale contre 87,3% dans la sous-population des 10% et 1% dans la sous-population des 1%. La part des PAC se réduit donc de manière significative lorsqu'on se déplace vers les grands utilisateurs de

⁷ Une personne à charge, par définition, ne peut être chômeur.

soins de santé. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les PAC sont en moyenne plus jeunes que les titulaires.

L'ÉTAT CIVIL

Les célibataires représentent quasiment la moitié de la population MLOZ (47%). Toutefois, ils ne sont plus que 21,8% dans la sous-population des 1%. Les célibataires sont donc relativement moins concernés par des dépenses de soins de santé élevées. Cela s'explique essentiellement par l'âge des individus. En effet, une des quatre conditions pour se marier en Belgique est d'avoir atteint l'âge de 18 ans. La proportion de veuf quadruple à partir de la sous-population des 10%. Ce constat n'est pas surprenant et est en lien avec l'âge avancé des individus dans les sous-populations de grands utilisateurs. La proportion d'individus mariés ne varie pas de manière significative lorsqu'on se déplace vers les sous-populations de grands utilisateurs.

LE RÉGIME

Dans la population totale, les individus du régime général (RG) représentent 83,6% contre 15,4% pour le régime indépendant (RI). Dans les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé, la part d'individus du RG augmente légèrement avec une représentation de 90% dans la sous-population des 1%. Alors que le RI est moins représenté dans les sous-populations de grands utilisateurs.

LE TAUX DE DÉPENDANCE

La dépendance a été évaluée sur base de critères spécifiques tels que : l'attestation d'un forfait dépendance ou toilettes à domicile ou d'une dépense dans des postes particuliers (sclérose en plaque avancée (SEP)/sclérose latérale amyotrophique (SLA)/Huntington (art. 10bis), maisons de repos (MRS), centre de soins de jour (CSJ), voiturette, rééducation fonctionnelle (ergothérapie) et concertations multidisciplinaires .

Le taux de dépendance augmente fortement en fonction de la concentration des sous-populations de grands utilisateurs. Les individus "dépendants" ne représentent que 2,6% de la population totale tandis qu'ils représentent 23,2% de la sous-population des 10% et 42,7% de la sous-population des 1%.

MAISON DE REPOS ET DE SOINS OU MAISON DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES

Sans trop de surprise, le pourcentage d'individus séjournant en MRS/MRPA fin 2010 augmente dans les sous-populations de grands utilisateurs. Nous comptons 1,2% d'individus en MRS/MRPA dans la population MLOZ. Ce pourcentage s'élève à plus de 20% dans les sous-populations de 1 et 5%.

ASSURANCE HOSPITALISATION

La variable "assurance hospitalisation" concerne les assurances hospitalisations des Mutualités Libres (Hospitalia). La proportion d'affiliés ayant souscrit à un de nos produits d'assurance hospitalisation est relativement stable à travers la population MLOZ et les sous-populations de grands utilisateurs.

LE POURCENTAGE DE DÉCÈS EN 2010

La proportion de décédés augmente dans les sous-populations de grands utilisateurs. Le pourcentage de personnes décédées en 2010 est de 0,8% dans la population MLOZ mais grimpe crescendo à partir de la sous-population des 10% (5,9%) pour atteindre 14,7% de décédés dans la sous-population des 1%. Une explication serait que les personnes en fin de vie enregistrent des dépenses en soins de santé considérables.. Ce fait est confirmé abondamment par la littérature ⁸.

⁸ Luce and Rubinfeld (2002) et Lubitz and Riley (1993).

Caractérisation des affections chroniques

Après avoir caractérisé la population totale et les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé d'un point de vue socio-économique, il est primordial de pouvoir identifier la morbidité sous-jacente dont ces populations souffrent.

Nos données et la méthodologie utilisée nous permettent d'identifier 23 pathologies considérées comme les plus fréquentes (voir chapitre 02). Leur prévalence et les dépenses liées aux individus atteints de ces pathologies sont décrites de manière détaillée dans les différents tableaux de ce rapport. Une analyse descriptive par pathologie chronique a également été réalisée.

Il est important de préciser que les dépenses calculées par affection chronique représentent les dépenses des individus souffrant au moins de la pathologie et non pas uniquement les dépenses liées à celle-ci. En d'autres termes, les dépenses de l'individu identifié, par exemple, hypertendu incluront aussi bien les dépenses liées au traitement de l'hypertension que toutes les autres dépenses de soins de santé de l'individu (par exemple : dépenses d'une appendicectomie, d'une consultation chez un généraliste, des autres médicaments que les antihypertenseurs,...).

Il ne s'agit donc pas d'une étude liée au coût d'une pathologie particulière (ce n'est pas une étude cost of illness).

A. Prévalence des pathologies chroniques retenues

La prévalence des pathologies chroniques est présentée en fonction des sous-groupes d'utilisateurs de soins de santé. Par définition, celle-ci correspond au nombre de personnes atteintes (N) d'une certaine maladie à un moment donné dans une population donnée. En nous référant à la méthodologie décrite plus haut, un individu peut se voir attribuer plusieurs pathologies chroniques. Par conséquent, celui-ci est susceptible d'être comptabilisé dans la prévalence de chacune d'elles.

Un affilié est qualifié de malade chronique s'il est atteint d'au moins une des pathologies chroniques du tableau 5.

NOMBRE ET PROPORTION DE PERSONNES TOUCHÉES PAR UNE MALADIE CHRONIQUE DANS CHACUNE DES SOUS-POPULATIONS ET LA POPULATION TOTALE								
	1%		5%		10%		Population totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dépression	4 798	24,4%	22 044	22,5%	35 027	17,8%	99 984	5,1%
Affection cardiovasculaire : maladie cardiaque	3 244	16,5%	14 430	14,7%	21 484	10,9%	40 352	2,1%
BPCO	2 331	11,9%	9 748	9,9%	16 288	8,3%	39 760	2,0%
Asthme	453	2,3%	2 337	2,4%	5 406	2,8%	33 170	1,7%
Mucoviscidose	37	0,2%	142	0,1%	165	0,1%	191	0,0%
Diabète avec insuline	1 293	6,6%	5 550	5,7%	10 900	5,6%	17 103	0,9%
Diabète sans insuline	1 344	6,8%	7 537	7,7%	14 446	7,4%	53 129	2,7%
Maladie pancréatique exoc.	52	0,3%	187	0,2%	298	0,2%	492	0,0%
Psoriasis	1	0,0%	10	0,0%	18	0,0%	50	0,0%
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	196	1,0%	2 037	2,1%	2 933	1,5%	6 549	0,3%
Psychose (<=70 ans)	1 378	7,0%	4 330	4,4%	6 769	3,4%	13 368	0,7%
Psychose (>70 ans)	403	2,1%	2 419	2,5%	2 785	1,4%	3 533	0,2%
Parkinson	653	3,3%	3 079	3,1%	4 296	2,2%	6 049	0,3%
Epilepsie	1 477	7,5%	5 473	5,6%	8 789	4,5%	18 045	0,9%
VIH	113	0,6%	1 097	1,1%	1 265	0,6%	1 300	0,1%
Hépatite B et C chron.	8	0,0%	65	0,1%	87	0,0%	88	0,0%
Sclérose en plaques	55	0,3%	884	0,9%	967	0,5%	973	0,0%
Transpl. d'organe	104	0,5%	562	0,6%	680	0,3%	681	0,0%
Alzheimer	522	2,7%	3 121	3,2%	4 102	2,1%	5 719	0,3%
Insuffisance rénale chron.	1 132	5,8%	1 546	1,6%	1 840	0,9%	2 233	0,1%
Santé mentale	2 810	14,3%	5 460	5,6%	6 251	3,2%	6 990	0,4%
Maladie rare	979	5,0%	1 504	1,5%	1 604	0,8%	1 640	0,1%
Affection cardiovasculaire : hypertension	10 361	52,8%	52 179	53,2%	89 828	45,8%	318 485	16,2%
Total : malades chroniques	16 159	82,3%	74 831	76,3%	127 708	65,1%	457 930	23,3%
Total : population	19 626	100,0%	98 128	100,0%	196 252	100,0%	1 962 526	100,0%

NOTE : La ligne "Total : malades chroniques" reprend le nombre de malades chroniques distincts (comptés une seule fois lorsque plusieurs pathologies les concernent) et ne représente pas la somme des valeurs individuelles de chaque affection chronique.

La population étudiée (1.962.526 personnes) est constituée de 23,3% de malades chroniques (c'est-à-dire atteints d'au moins une maladie chronique), **soit 457.930 personnes** (tableau 5). La représentation des patients chroniques augmente au travers des sous-groupes de grands utilisateurs. Dans les 10% d'individus consommant le plus de soins de santé, nous retrouvons 65% de malades chroniques (soit 127.708 personnes). Cette prévalence augmente pour atteindre 82% de patients chroniques (soit 16.159 personnes) dans la sous-population des 1% de grands utilisateurs (soit 19.626 personnes).

La part des malades chroniques obtenue (23,3%) est légèrement inférieure aux taux que l'on peut retrouver dans la littérature et au taux calculé à partir de l'enquête santé par interview

9
Cohen, 2006 (USA : 30%) ;
Ministère de la santé - République Française, 2007 (FR : 20%) ;
Van der Heyden, 2010 (BE : 27%).



de 2008⁹. Les pathologies prises en compte pour définir la "chronicité" sont différentes (et souvent plus nombreuses) que celles retenues dans notre étude.

Les affections cardiovasculaires de type hypertension et maladie cardiaque (après un premier incident avéré), la dépression (et autres troubles de l'humeur), le diabète sans insuline, la BPCO et l'asthme sont les pathologies chroniques les plus courantes.

La littérature confirme l'importance et le niveau de prévalence de ces pathologies¹⁰. A titre d'exemples, l'enquête santé présente des prévalences similaires pour l'asthme (4,2%), pour la dépression (4,9%), pour l'épilepsie (0,7%), pour le diabète (3,4%) et pour l'hypertension (12,7%).

La surreprésentation des maladies chroniques dans les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé est observée pour toutes les pathologies chroniques. Toutefois, la santé mentale, les psychoses, l'épilepsie et le diabète avec insuline sont des pathologies avec une prévalence nettement plus forte dans les sous-groupes des plus grands utilisateurs de soins de santé comparativement aux autres affections chroniques. Les maladies rares et l'insuffisance rénale chronique ne sont fortement marquées que dans la population des 1% des plus grands utilisateurs de soins de santé.

Outre le niveau des dépenses des individus, un facteur déterminant de la prévalence des maladies chroniques est l'âge. La figure 4 met bien en évidence l'augmentation importante de la prévalence des pathologies en fonction de l'âge des individus.

En général, quelle que soit la pathologie, la prévalence augmente avec l'âge des individus. Le niveau élevé de la prévalence des affections cardiovasculaires de type hypertension et son accroissement avec l'âge sont bien visibles sur le graphique. Néanmoins, la tendance est identique pour toutes les autres pathologies. Cette observation est également reprise dans l'enquête santé 2008.

10
Busse et al. (2010) et Ministère de la santé - République Française (2007).

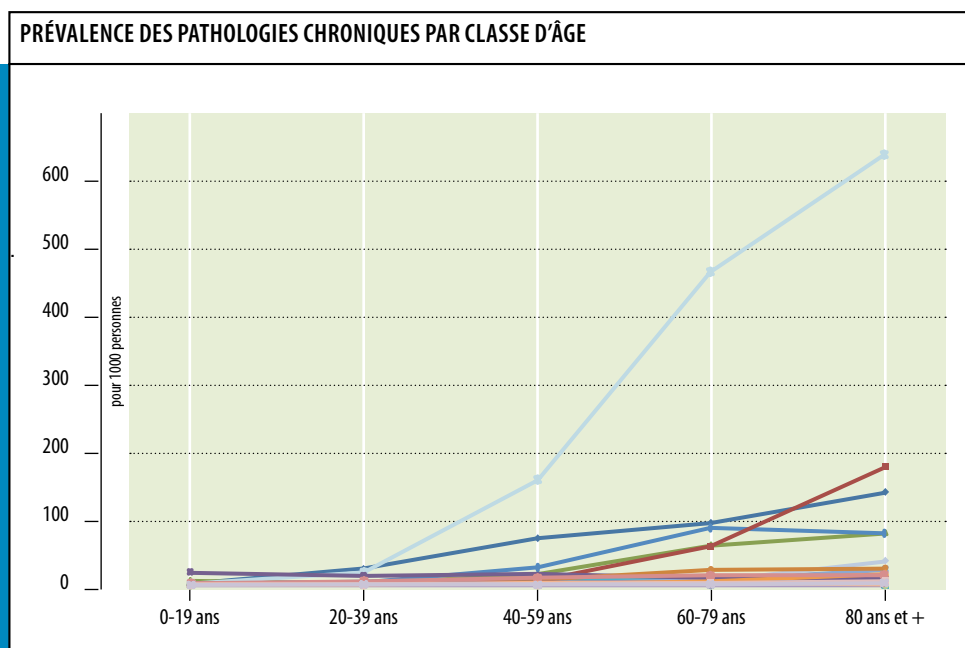


FIGURE 4

B. Les dépenses liées aux malades chroniques

Les dépenses de soins de santé des sous-groupes d'utilisateurs de soins de santé et des individus chroniques sont reprises dans le tableau 6 (en valeur absolue et en %).

Pour rappel, les dépenses attribuées aux pathologies chroniques ne concernent pas uniquement des soins relatifs à cette pathologie mais bien l'ensemble des dépenses des individus atteints par cette pathologie. Nous ne pouvons donc pas déduire de ce tableau le coût qu'engendre uniquement une pathologie spécifique.

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DES SOUS-GROUPES D'UTILISATEURS DE SOINS DE SANTÉ (ET LA POPULATION TOTALE) ET DES MALADES CHRONIQUES								
	Dépenses SS des 1%		Dépenses SS des 5%		Dépenses SS des 10%		Dépenses SS de la population totale	
	€ (millions)	%	€ (millions)	%	€ (millions)	%	€ (millions)	%
Dépression	218,2	22,9%	487,5	23,2%	553,3	21,4%	639,5	17,7%
Affection cardiovasculaire : maladie cardiaque	148,3	15,5%	321,6	15,3%	358,3	13,9%	389,3	10,8%
BPCO	107,5	11,3%	219,6	10,5%	253,0	9,8%	288,0	8,0%
Asthme	21,7	2,3%	48,1	2,3%	63,2	2,4%	92,8	2,6%
Mucoviscidose	2,1	0,2%	3,8	0,2%	3,9	0,2%	4,0	0,1%
Diabète avec insuline	66,7	7,0%	129,0	6,1%	156,0	6,0%	170,3	4,7%
Diabète sans insuline	60,6	6,3%	150,9	7,2%	185,6	7,2%	237,7	6,6%
Maladie pancréatique exoc.	2,6	0,3%	4,7	0,2%	5,3	0,2%	5,7	0,2%
Psoriasis	0,1	0,0%	0,3	0,0%	0,3	0,0%	0,4	0,0%
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	9,4	1,0%	36,4	1,7%	41,2	1,6%	46,4	1,3%
Psychose (<=70 ans)	66,0	6,9%	112,3	5,3%	124,7	4,8%	135,9	3,8%
Psychose (>70 ans)	16,5	1,7%	51,7	2,5%	53,6	2,1%	54,9	1,5%
Parkinson	28,2	3,0%	67,9	3,2%	74,2	2,9%	77,5	2,1%
Epilepsie	70,0	7,3%	132,1	6,3%	149,2	5,8%	163,1	4,5%
VIH	6,2	0,7%	19,2	0,9%	20,2	0,8%	20,3	0,6%
Hépatite B et C chron.	0,3	0,0%	1,2	0,1%	1,3	0,1%	1,3	0,0%
Sclérose en plaques	2,3	0,2%	13,2	0,6%	13,7	0,5%	13,8	0,4%
Transpl. d'organe	6,4	0,7%	12,7	0,6%	13,4	0,5%	13,4	0,4%
Alzheimer	21,2	2,2%	65,0	3,1%	70,1	2,7%	73,4	2,0%
Insuffisance rénale chron.	81,6	8,5%	87,9	4,2%	89,5	3,5%	90,3	2,5%
Santé mentale	150,9	15,8%	194,4	9,3%	198,8	7,7%	200,2	5,5%
Maladie rare	69,6	7,3%	78,9	3,8%	79,5	3,1%	79,5	2,2%
Affection cardiovasculaire : hypertension	484,7	50,8%	1 108,0	52,8%	1 299,5	50,3%	1 572,7	43,5%
Total : malades chroniques	789,2	82,7%	1 664,4	79,3%	1 932,6	74,7%	2 324,4	64,3%
Total : population	954,4	100,0%	2 099,5	100,0%	2 585,9	100,0%	3 616,4	100,0%

NOTE : La ligne "Total : malades chroniques" se réfère aux malades chroniques (comptés une seule fois lorsque plusieurs pathologies les concernent) et ne représente pas la somme des dépenses individuelles de chaque affection chronique.



Les malades chroniques induisent 64,3% de l'ensemble des dépenses de soins de santé remboursées par les Mutualités Libres (soit 2.324 millions d'euros sur une dépense totale de 3.616 millions d'euros).



Les malades chroniques induisent 64,3% de l'ensemble des dépenses de soins de santé remboursées par les Mutualités Libres (soit 2.324 millions d'euros sur une dépense totale de 3.616 millions d'euros). La part des dépenses des malades chroniques augmente en fonction des sous-groupes de grands utilisateurs de soins de santé.

Les personnes souffrant d'une des pathologies chroniques les plus courantes sont également celles qui engendrent les dépenses les plus importantes pour l'AMI. Au niveau de la population totale, le pourcentage de dépenses qu'entraînent ces pathologies est de 43,5% pour les affections cardiovasculaires de type hypertension, de 17,7% pour la dépression, de 6,6% pour le diabète sans insuline, de 10,8% pour les affections cardiovasculaires de type maladie cardiaque, de 8% pour la BPCO et de 2,6% pour l'asthme.

Toutefois, certaines pathologies avec une prévalence faible sont non négligeables du point de vue des dépenses telles que la santé mentale, l'épilepsie, l'insuffisance rénale et les maladies rares. Ces pathologies sont celles où l'augmentation de la part des dépenses est la plus grande lorsqu'on se déplace vers les sous-groupes qui consomment les plus en soins de santé. En effet, leur part des dépenses en soins de santé triple entre la population totale et la sous-population des 1%. Par exemple, les dépenses des individus identifiés avec un problème de santé mentale représentent 5,5% des dépenses de la population totale et quasi 16% des dépenses de la sous-population des 1%.

Les pathologies représentant une part importante des dépenses des plus grands utilisateurs de soins de santé, c'est-à-dire de la sous population des 1%, sont la dépression, les affections cardiovasculaires de type maladie cardiaque, la BPCO, le diabète avec ou sans insuline, la psychose (<= 70 ans), l'épilepsie, l'insuffisance rénale chronique, la santé mentale, les maladies rares et les affections cardiovasculaires de type hypertension.

C. Comparaison de la prévalence des affections chroniques et de leur part de dépenses

Le tableau 7 permet de comparer la prévalence d'une pathologie et la part de dépenses qu'engendrent les affiliés atteints par cette pathologie. Si la part des dépenses est supérieure à la prévalence de la pathologie, nous pouvons déduire que la personne atteinte de la pathologie induit des dépenses proportionnellement supérieures par rapport à leur poids relatif dans cette (sous) population étudiée.

PROPORTION DE PERSONNES TOUCHÉES PAR UNE MALADIE CHRONIQUE ET LEUR PART DE DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ DANS CHACUNE DES SOUS-POPULATIONS ET LA POPULATION TOTALE								
	1%		5%		10%		Population totale	
	Dépenses	N	Dépenses	N	Dépenses	N	Dépenses	N
Dépression	22,9%	24,4%	23,2%	22,5%	21,4%	17,8%	17,7%	5,1%
Affection cardiovasculaire : maladie cardiaque	15,5%	16,5%	15,3%	14,7%	13,9%	10,9%	10,8%	2,1%
BPCO	11,3%	11,9%	10,5%	9,9%	9,8%	8,3%	8,0%	2,0%
Asthme	2,3%	2,3%	2,3%	2,4%	2,4%	2,8%	2,6%	1,7%
Mucoviscidose	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
Diabète avec insuline	7,0%	6,6%	6,1%	5,7%	6,0%	5,6%	4,7%	0,9%
Diabète sans insuline	6,3%	6,8%	7,2%	7,7%	7,2%	7,4%	6,6%	2,7%
Maladie pancréatique exoc.	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%
Psoriasis	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	1,0%	1,0%	1,7%	2,1%	1,6%	1,5%	1,3%	0,3%
Psychose (<=70 ans)	6,9%	7,0%	5,3%	4,4%	4,8%	3,4%	3,8%	0,7%
Psychose (>70 ans)	1,7%	2,1%	2,5%	2,5%	2,1%	1,4%	1,5%	0,2%
Parkinson	3,0%	3,3%	3,2%	3,1%	2,9%	2,2%	2,1%	0,3%
Epilepsie	7,3%	7,5%	6,3%	5,6%	5,8%	4,5%	4,5%	0,9%
VIH	0,7%	0,6%	0,9%	1,1%	0,8%	0,6%	0,6%	0,1%
Hépatite B et C chron.	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Sclérose en plaques	0,2%	0,3%	0,6%	0,9%	0,5%	0,5%	0,4%	0,0%
Transpl. d'organe	0,7%	0,5%	0,6%	0,6%	0,5%	0,3%	0,4%	0,0%
Alzheimer	2,2%	2,7%	3,1%	3,2%	2,7%	2,1%	2,0%	0,3%
Insuffisance rénale chron.	8,5%	5,8%	4,2%	1,6%	3,5%	0,9%	2,5%	0,1%
Santé mentale	15,8%	14,3%	9,3%	5,6%	7,7%	3,2%	5,5%	0,4%
Maladie rare	7,3%	5,0%	3,8%	1,5%	3,1%	0,8%	2,2%	0,1%
Affection cardiovasculaire : hypertension	50,8%	52,8%	52,8%	53,2%	50,3%	45,8%	43,5%	16,2%
Total : malades chroniques	82,7%	82,3%	79,3%	76,3%	74,7%	65,1%	64,3%	23,3%

Les 23,3% de malades chroniques de notre population génèrent 64,3% des dépenses totales en soins de santé en 2010. Cette proportion entre prévalence et dépenses des malades chroniques a déjà été constatée dans d'autres études ¹¹. **Ce constat montre le poids considérable de la maladie chronique sur les dépenses en soins de santé et permet donc d'expliquer certainement une bonne partie de la concentration des dépenses en soins de santé.**

¹¹ WHO (2002), Cohen (2006), Ministère de la santé - République Française (2007) et Van der Heyden (2010).





Les pathologies les plus chères dans la population totale sont les maladies cardiaques, la dépression, l'hypertension, la BPCO, le diabète, l'arthrite rhumatoïde et psoriasique, la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, les psychoses, le Parkinson, l'épilepsie, l'Alzheimer, l'insuffisance rénale chronique, la santé mentale et les maladies rares.



Dans la population totale, nous observons un nombre important de pathologies pour lesquelles la part des dépenses est supérieure à leur prévalence. Les pathologies les plus chères dans la population totale sont les maladies cardiaques, la dépression, l'hypertension, la BPCO, le diabète, l'arthrite rhumatoïde et psoriasique, la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, les psychoses, le Parkinson, l'épilepsie, l'Alzheimer, l'insuffisance rénale chronique, la santé mentale et les maladies rares. La littérature nous renseigne que la plupart de ces pathologies chroniques sont bien les plus coûteuses pour la société ¹².

Cette supériorité de la part des dépenses s'amenuise dans les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé, à l'exception de l'insuffisance rénale, de la santé mentale et des maladies rares. Dans la sous-population des 1%, les malades chroniques représentent 82,3% des individus et ils consomment 82,7% des dépenses de cette sous-population. Les individus avec une affection chronique ne dépensent pas plus que les individus sans pathologie chronique dans cette sous-population.

Alors que les malades chroniques représentent plus de 80% de cette sous-population, leur dépense relative n'est absolument pas différente de celle constatée pour les grands utilisateurs de soins de santé (1%) non atteints d'une affection chronique. Par conséquent, l'effet de concentration des dépenses entre les malades chroniques et non chroniques disparaît lorsque ces individus font partie des grands utilisateurs de soins de santé.

¹² Stanton and Rutherford (2005).

D. Dépenses moyennes

Le tableau 8 présente les dépenses moyennes des individus atteints d'une pathologie chronique. Deux autres colonnes précisent également la part d'individus ne présentant que la pathologie chronique et leur dépense moyenne (flag unique – FU). Celle-ci nous permet de mieux approcher les dépenses relatives à une pathologie chronique précise.

Notons néanmoins que les prestations de soins de santé autres que celles liées à la pathologie chronique sont aussi prises en compte dans le calcul de la dépense moyenne en soins de santé pour toute l'année étudiée (exemples : hospitalisations suite à un accident, consultations chez le généraliste, le dentiste, le spécialiste, etc.).

DÉPENSES MOYENNES DES INDIVIDUS ATTEINTS D'UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE

	1%			5%			10%			Population totale		
	% N (flag unique)	Dép. moy.	Dép. moy. (FU)	% N (flag unique)	Dép. moy.	Dép. moy. (FU)	% N (flag unique)	Dép. moy.	Dép. moy. (FU)	% N (flag unique)	Dép. moy.	Dép. moy. (FU)
Dépression	12%	45 487	43 658	15%	22 115	19 629	19%	15 798	12 134	42%	6 396	2 872
Affection cardiovasculaire : maladie cardiaque	4%	45 715	45 969	6%	22 287	20 535	6%	16 678	14 536	10%	9 648	5 643
BPCO	9%	46 118	44 175	11%	22 528	19 588	14%	15 533	12 086	28%	7 243	3 415
Asthme	14%	47 903	47 753	18%	20 582	17 916	29%	11 691	8 305	67%	2 798	1 417
Mucoviscidose	19%	56 062	48 116	40%	26 699	19 617	39%	23 665	17 269	38%	20 700	15 341
Diabète avec insuline	5%	51 601	49 064	9%	23 234	17 873	16%	14 311	8 721	24%	9 959	4 891
Diabète sans insuline	6%	45 081	45 816	7%	20 021	18 332	9%	12 845	10 409	20%	4 474	2 140
Maladie pancréatique exoc.	19%	50 895	38 523	16%	25 170	23 768	15%	17 722	16 926	22%	11 488	8 204
Psoriasis	0%	111 551	0	10%	26 846	19 537	6%	17 154	19 537	34%	7 176	2 286
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	23%	48 078	48 052	49%	17 889	15 755	48%	14 030	12 712	56%	7 085	5 615
Psychose (<=70 ans)	6%	47 886	47 174	10%	25 927	21 321	13%	18 427	13 061	24%	10 168	4 598
Psychose (>70 ans)	9%	41 014	37 935	10%	21 366	20 048	10%	19 250	18 014	11%	15 544	12 939
Parkinson	13%	43 239	41 942	14%	22 057	20 869	17%	17 272	14 471	20%	12 812	9 103
Epilepsie	15%	47 374	46 618	18%	24 144	21 676	22%	16 981	13 842	38%	9 039	4 690
VIH	37%	55 261	44 058	66%	17 531	14 595	68%	15 990	13 280	68%	15 616	12 925
Hépatite B et C chron.	63%	40 347	36 027	45%	18 076	17 443	52%	14 864	13 137	51%	14 731	13 137
Sclérose en plaques	20%	42 460	34 990	55%	14 968	12 968	57%	14 212	12 178	57%	14 140	12 073
Transpl. d'organe	6%	61 859	55 975	11%	22 515	16 555	14%	19 659	13 343	14%	19 635	13 343
Alzheimer	7%	40 618	41 722	10%	20 827	19 133	11%	17 094	14 716	16%	12 840	8 459
Insuffisance rénale chron.	14%	72 087	70 311	14%	56 883	56 887	13%	48 627	50 761	13%	40 429	44 263
Santé mentale	47%	53 693	59 279	38%	35 610	43 003	39%	31 808	37 702	42%	28 643	31 379
Maladie rare	31%	71 093	84 864	30%	52 460	62 409	30%	49 564	58 090	31%	48 476	55 145
Affection cardiovasculaire : hypertension	23%	46 781	44 459	31%	21 235	18 748	35%	14 467	12 105	58%	4 938	2 895
Total : malades chroniques		48 839			22 242			15 133			5 076	
Total : sans affection chronique		47 665			18 675			9 532			859	
Total : population		48 632			21 395			13 177			1 843	

TABLEAU 8





Dans la population totale, l'insuffisance rénale chronique, la santé mentale et les maladies rares prises comme pathologie unique ont une dépense moyenne supérieure à 20.000€ alors que la dépense moyenne pour un malade chronique est de 5.076€. Les individus présentant l'une de ces trois pathologies chroniques sont également ceux qui coûtent le plus cher en soins de santé dans les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé.



Dans la population totale, la part d'individus ne présentant qu'une seule pathologie chronique est plus élevée que celle des sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé, excepté les cas de l'hépatite B et C chronique, de l'insuffisance rénale chronique, de la santé mentale et des maladies rares où la part d'identification unique est relativement stable au travers des sous-populations. Les individus atteints uniquement de dépression dans la population totale représentent 42% des individus tandis qu'ils ne représentent plus que 12% dans la sous-population des 1%. Cela tend à mettre en évidence que plus le niveau de consommation est grand, plus la fréquence de patient polypathologique est grande.

En règle générale, les dépenses moyennes des patients atteints d'une seule pathologie (FU) sont plus faibles que celles des individus atteints de plusieurs pathologies. A titre d'exemple, **une personne atteinte d'une dépression (ou d'un autre trouble de l'humeur), entre autres pathologies, coûte en moyenne 6.396€ mais ne coûte plus que 2.872€ si elle ne souffre que d'une dépression.**

Cette "règle" est cohérente avec la littérature qui soutient que le nombre de pathologies chroniques dont le patient souffre est un facteur d'augmentation des dépenses pour le patient chronique¹³.

Les individus atteints uniquement de problèmes de santé mentale ou de maladies rares ont des dépenses supérieures aux cas de morbidité multiple. Toutefois, ces écarts ne sont pas représentatifs. En effet, pour ces pathologies, certains individus engendrent des dépenses extrêmes influençant la moyenne.

Nous constatons que certaines dépenses moyennes peuvent être élevées. Dans la population totale, l'insuffisance rénale chronique, la santé mentale et les maladies rares prises comme pathologie unique ont une dépense moyenne supérieure à 20.000€ alors que la dépense moyenne pour un malade chronique est de 5.076€. Les individus présentant l'une de ces trois pathologies chroniques sont également ceux qui coûtent le plus cher en soins de santé dans les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé.

Le tableau 8 montre que l'écart en dépense moyenne entre un patient chronique et un affilié non chronique tend à s'amenuiser avec la concentration des utilisateurs de soins de santé. En effet, dans la sous-population des 1%, les malades chroniques coûtent 48.839€ à l'assurance maladie alors que les malades non-chroniques coûtent 47.665€.

¹³ Voir notamment Holly (2009) et Stanton and Rutherford (2005).

E. Caractéristiques des malades chroniques

LES PERSONNES DÉCÉDÉES

Le tableau 9 montre que près de 1,6% de la population totale étudiée est décédée entre le 1er janvier 2010 et le 30 juin 2012 (soit environ 31.000 décès pendant cette période). Pendant leur fin de vie, ces affiliés décédés ont dépensé 15,7% en soins de santé en 2010 (soit environ 570 millions d'euros¹⁴).

Nous constatons également que parmi les 23,3% de malades chroniques de notre population, 4,8% sont décédés pendant la même période. La part des personnes décédées est donc 3 fois plus importante parmi les malades chroniques comparée à la population totale. Ce constat est raisonnable puisque les malades chroniques sont en moyenne plus âgés et en plus mauvaise santé.

Les dépenses des malades chroniques en fin de vie représentaient 19,4% des dépenses totales des malades chroniques en soins de santé en 2010.

La part importante des dépenses attribuées aux personnes décédées (peu importe qu'elles soient malades chroniques ou non) semble confirmer la littérature selon laquelle les individus en fin de vie consomment beaucoup de ressources en soins de santé¹⁵.

NOMBRE DE PERSONNES DÉCÉDÉES (ENTRE 01/01/2010 ET 30/06/2012) ET LEUR PART DE DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ REMBOURSÉES									
TABLEAU 9		1%		5%		10%		Population totale	
		N (%)	Dépenses (%)	N (%)	Dépenses (%)	N (%)	Dépenses (%)	N (%)	Dépenses (%)
		Total : malades chroniques	31,5%	30,9%	21,7%	25,8%	15,1%	23,1%	4,8%
	Total : population	32,0%	31,5%	21,0%	25,6%	12,8%	21,7%	1,6%	15,7%

Toutefois, la forte part des dépenses des décédés (comparée aux non décédés) s'amenuise au fur et à mesure qu'on se rapproche des plus grands utilisateurs de soins de santé. Dans le sous-groupe des 5%, nous comptabilisons 21% de décédés et ceux-ci ont généré 25,6% des dépenses totales de ce groupe. Dans le sous-groupe des 1%, nous n'observons plus de différence : près de 32% de cette population est décédée et a généré 31,5% des dépenses totales. Dans la sous-population de grands utilisateurs de soins de santé (les 1%), nous ne pouvons donc pas dire que les décédés ou les personnes en fin de vie (peu importe qu'elles soient malades chroniques ou non) dépensent en moyenne plus que les autres.

¹⁴ Voir annexe tableau A.4.

¹⁵ Lubitz and Riley (1993).

Le tableau 10 indique le pourcentage de décès entre le 1^{er} janvier 2010 et la fin du premier semestre de 2012 parmi les affiliés atteints d'une des maladies chroniques étudiées. Quel que soit le (sous-)groupe retenu, les affiliés traités pour un cancer, les malades cardiaques, les affiliés atteints de BPCO, d'une maladie pancréatique exocrine, d'une psychose (>70 ans), de Parkinson, d'Alzheimer, d'insuffisance rénale chronique ou d'une maladie rare présentent un taux de décès élevé comparé à la moyenne du (sous-)groupe.

POURCENTAGE DE DÉCÈS ENTRE 01/01/2010 ET 30/06/2012, PAR PATHOLOGIE CHRONIQUE								
	1%		5%		10%		Population totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dépression	4 798	26,1%	22 044	19,1%	35 027	13,6%	99 984	5,2%
Affection cardiovasculaire : maladie cardiaque	3 244	44,1%	14 430	31,5%	21 484	25,1%	40 352	15,1%
BPCO	2 331	46,0%	9 748	30,8%	16 288	21,8%	39 760	10,1%
Asthme	453	23,4%	2 337	11,7%	5 406	6,2%	33 170	1,2%
Mucoviscidose	37	18,9%	142	8,5%	165	7,9%	191	6,8%
Diabète avec insuline	1 293	35,6%	5 550	21,0%	10 900	12,4%	17 103	8,6%
Diabète sans insuline	1 344	34,6%	7 537	20,6%	14 446	13,3%	53 129	4,3%
Maladie pancréatique exoc.	52	44,2%	187	28,3%	298	19,1%	492	12,4%
Psoriasis	1	0,0%	10	40,0%	18	22,2%	50	8,0%
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	196	26,0%	2 037	5,8%	2 933	4,8%	6 549	2,5%
Psychose (<=70 ans)	1 378	7,8%	4 330	6,4%	6 769	4,9%	13 368	2,9%
Psychose (>70 ans)	403	35,0%	2 419	32,2%	2 785	29,9%	3 533	24,3%
Parkinson	653	35,8%	3 079	31,6%	4 296	25,3%	6 049	18,8%
Epilepsie	1 477	28,7%	5 473	18,2%	8 789	12,5%	18 045	6,5%
VIH	113	17,7%	1 097	2,9%	1 265	2,6%	1 300	2,5%
Hépatite B et C chron.	8	37,5%	65	7,7%	87	5,7%	88	5,7%
Sclérose en plaques	55	1,8%	884	0,6%	967	0,5%	973	0,5%
Transpl. d'organe	104	12,5%	562	5,5%	680	5,1%	681	5,1%
Alzheimer	522	42,9%	3 121	32,4%	4 102	28,5%	5 719	22,5%
Insuffisance rénale chron.	1 132	34,1%	1 546	32,8%	1 840	29,1%	2 233	24,7%
Santé mentale	2 810	6,7%	5 460	6,1%	6 251	5,6%	6 990	5,1%
Maladie rare	979	36,8%	1 504	37,1%	1 604	36,8%	1 640	36,4%
Affection cardiovasculaire : hypertension	10 361	37,4%	52 179	24,1%	89 828	16,8%	318 485	5,5%
Cancer (COM)	2 840	53,6%	8 567	35,3%	10 694	30,4%	12 721	25,9%
Total : malades chroniques	16 159	31,5%	74 831	21,7%	127 708	15,1%	457 930	4,8%
Total : sans affection chronique	3 467	34,4%	23 297	19,0%	68 544	8,4%	1 504 596	0,6%
Total : population	19 626	32,0%	98 128	21,0%	196 252	12,8%	1 962 526	1,6%

NOTE : N = nombre de personnes concernées par la pathologie ; % = part des décès parmi les personnes concernées par la pathologie.

LES TAUX DE CANCER

La place du cancer parmi les pathologies chroniques pose question. Toutefois, en l'absence de consensus dans la littérature et parmi nos experts internes (médecins), nous avons décidé de ne pas considérer le cancer comme une pathologie chronique dans cette étude. En effet, certains cancers peuvent être guéris ou présentent une période de rémission assez longue. Néanmoins, nous pouvons évaluer la proportion de patients atteints d'un cancer parmi les malades chroniques. N'ayant aucun diagnostic médical à notre disposition, nous avons utilisé une donnée administrative spécifique qui nous a servi de proxy, à savoir la présence d'une consultation oncologique multidisciplinaire (COM) attestée par le médecin-coordonateur.

Cette manière de procéder présente toutefois une limite puisque les personnes avec une COM attestée l'/les année(s) précédente(s) ne se verra pas automatiquement attribuer une nouvelle COM pour l'année étudiée, en l'occurrence l'année 2010. De plus, tous les individus atteints du cancer n'ont pas nécessairement une COM. Ces limites laissent penser que les taux de cancer présentés sont sous-estimés.

PART DES INDIVIDUS ATTEINTS DU CANCER, PAR PATHOLOGIE CHRONIQUE ET (SOUS-)POPULATION								
	1%		5%		10%		Population totale	
	N	%COM	N	%COM	N	%COM	N	%COM
Dépression	4 798	9,1%	22 044	4,8%	35 027	3,6%	99 984	1,4%
Affection cardiovasculaire : maladie cardiaque	3 244	9,3%	14 430	5,2%	21 484	4,1%	40 352	2,4%
BPCO	2 331	13,8%	9 748	8,6%	16 288	6,0%	39 760	2,7%
Asthme	453	9,9%	2 337	5,4%	5 406	2,7%	33 170	0,5%
Mucoviscidose	37	8,1%	142	4,2%	165	4,2%	191	3,7%
Diabète avec insuline	1 293	9,6%	5 550	4,8%	10 900	2,8%	17 103	1,8%
Diabète sans insuline	1 344	13,5%	7 537	7,8%	14 446	5,0%	53 129	1,5%
Maladie pancréatique exoc.	52	26,9%	187	16,0%	298	10,4%	492	6,3%
Psoriasis	1	0,0%	10	10,0%	18	5,6%	50	4,0%
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	196	10,7%	2 037	2,4%	2 933	1,9%	6 549	0,9%
Psychose (<=70 ans)	1 378	2,6%	4 330	1,7%	6 769	1,3%	13 368	0,7%
Psychose (>70 ans)	403	4,5%	2 419	1,7%	2 785	1,7%	3 533	1,4%
Parkinson	653	4,1%	3 079	3,0%	4 296	2,4%	6 049	1,8%
Epilepsie	1 477	13,1%	5 473	7,0%	8 789	4,7%	18 045	2,4%
VIH	113	10,6%	1 097	1,5%	1 265	1,4%	1 300	1,4%
Hépatite B et C chron.	8	37,5%	65	9,2%	87	6,9%	88	6,8%
Sclérose en plaques	55	3,6%	884	0,7%	967	0,6%	973	0,6%
Transpl. d'organe	104	7,7%	562	3,4%	680	2,8%	681	2,8%
Alzheimer	522	3,8%	3 121	1,8%	4 102	1,9%	5 719	1,4%
Insuffisance rénale chron.	1 132	4,4%	1 546	4,7%	1 840	4,4%	2 233	3,8%
Santé mentale	2 810	1,7%	5 460	1,2%	6 251	1,1%	6 990	1,0%
Maladie rare	979	22,1%	1 504	19,3%	1 604	18,3%	1 640	18,0%
Affection cardiovasculaire : hypertension	10 361	13,3%	52 179	7,8%	89 828	5,6%	318 485	1,8%
Total : malades chroniques	16 159	12,1%	74 831	7,3%	127 708	5,2%	457 930	1,6%
Total : population	19 626	14,5%	98 128	8,7%	196 252	5,4%	1 962 526	0,6%

Dans la population totale illustrée dans le tableau 11, nous observons un taux de 0,6% d'individus qui souffrent d'un cancer. Parmi les malades chroniques, ce taux s'élève à 1,6%.





La proportion d'affiliés avec un cancer traité est 25 fois supérieure dans le groupe des 1% que dans la population totale (14% vs. 0,6%).



La présence d'un cancer est trois fois plus fréquente parmi les malades chroniques par rapport à la population globale. La prévalence du cancer augmente avec le gradient de concentration des sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé, et ce quelle que soit la pathologie observée.

En effet, dans la sous-population des 1%, la prévalence du cancer est de 14,5% et de 12,1% parmi les malades chroniques. Contrairement à ce qui a été observé pour la population totale, dans les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé, le risque d'être également atteint d'une pathologie cancéreuse n'augmente pas pour les malades chroniques.

Les taux de cancer sont les plus élevés pour les maladies pancréatiques exocrines, les hépatites B et C chroniques et les maladies rares. Dans la sous-population des 1%, 26,9% des individus atteints d'une maladie pancréatique exocrine ont également un cancer. Ce taux s'élève à 37,5% de cancéreux parmi les hépatites B et C chroniques et à 22,1% parmi les individus avec une maladie rare. A l'exception des maladies rares, ces derniers taux doivent être interprétés avec précaution car le nombre d'individus concernés est relativement faible.

Nous notons que la proportion d'affiliés avec un cancer traité est 25 fois supérieure dans le groupe des 1% que dans la population totale (14% vs. 0,6%).

LES HOSPITALISATIONS CLASSIQUES ¹⁶ ET LES CONSULTATIONS CHEZ LE GÉNÉRALISTE/ SPÉCIALISTE

Les dépenses liées aux hospitalisations classiques ¹⁷ constituent un poste important de dépenses pour les soins de santé. Il est intéressant d'analyser ces dépenses plus en détail.

Le tableau 12 présente les nombres totaux d'individus et d'admissions à l'hôpital ainsi que le nombre moyen d'hospitalisations par individu pour chaque affection chronique et par sous-population.

NOMBRE D'INDIVIDUS ET D'HOSPITALISATIONS (TOTAL ET MOYEN) PAR PATHOLOGIE CHRONIQUE ET (SOUS)POPULATION

	1%			5%			10%			Population totale		
	N	Hospit		N	Hospit		N	Hospit		N	Hospit	
		N	Moy.		N	Moy.		N	Moy.		N	Moy.
Dépression	4 798	12 973	2,7	22 044	30 410	1,4	35 027	37 829	1,1	99 984	40 771	0,4
Affection cardiovasculaire : maladie cardiaque	3 244	9 015	2,8	14 430	22 204	1,5	21 484	25 930	1,2	40 352	26 730	0,7
BPCO	2 331	6 986	3,0	9 748	16 400	1,7	16 288	19 834	1,2	39 760	20 944	0,5
Asthme	453	1 301	2,9	2 337	3 874	1,7	5 406	6 159	1,1	33 170	7 601	0,2
Mucoviscidose	37	84	2,3	142	148	1,0	165	151	0,9	191	151	0,8
Diabète avec insuline	1 293	3 817	3,0	5 550	8 508	1,5	10 900	10 068	0,9	17 103	10 187	0,6
Diabète sans insuline	1 344	3 580	2,7	7 537	10 896	1,4	14 446	14 789	1,0	53 129	15 910	0,3
Maladie pancréatique exoc.	52	157	3,0	187	326	1,7	298	358	1,2	492	366	0,7
Psoriasis	1	2	2,0	10	9	0,9	18	10	0,6	50	12	0,2
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	196	562	2,9	2 037	1 527	0,7	2 933	1 966	0,7	6 549	2 092	0,3
Psychose (<=70 ans)	1 378	4 063	2,9	4 330	7 780	1,8	6 769	8 844	1,3	13 368	9 126	0,7
Psychose (>70 ans)	403	835	2,1	2 419	1 794	0,7	2 785	1 911	0,7	3 533	1 921	0,5
Parkinson	653	1 461	2,2	3 079	3 137	1,0	4 296	3 409	0,8	6 049	3 450	0,6
Epilepsie	1 477	4 057	2,7	5 473	8 357	1,5	8 789	9 877	1,1	18 045	10 358	0,6
VIH	113	222	2,0	1 097	410	0,4	1 265	422	0,3	1 300	422	0,3
Hépatite B et C chron.	8	21	2,6	65	45	0,7	87	48	0,6	88	48	0,5
Sclérose en plaques	55	109	2,0	884	267	0,3	967	278	0,3	973	278	0,3
Transpl. d'organe	104	316	3,0	562	664	1,2	680	672	1,0	681	672	1,0
Alzheimer	522	1 155	2,2	3 121	2 784	0,9	4 102	3 077	0,8	5 719	3 124	0,5
Insuffisance rénale chron.	1 132	2 409	2,1	1 546	2 958	1,9	1 840	3 064	1,7	2 233	3 077	1,4
Santé mentale	2 810	7 789	2,8	5 460	12 949	2,4	6 251	14 036	2,2	6 990	14 548	2,1
Maladie rare	979	1 987	2,0	1 504	2 655	1,8	1 604	2 740	1,7	1 640	2 755	1,7
Affection cardiovasculaire : hypertension	10 361	27 521	2,7	52 179	74 575	1,4	89 828	96 001	1,1	318 485	103 767	0,3
Cancer (COM)	2 840	9 551	3,4	8 567	18 579	2,2	10 694	20 131	1,9	12 721	20 307	1,6
Total : malades chroniques	16 159	41 757	2,6	74 831	106 450	1,4	127 708	138 071	1,1	457 930	151 196	0,3
Total : population	19 626	50 893	2,6	98 128	140 141	1,4	196 252	216 130	1,1	1 962 526	279 396	0,1

¹⁶ Les hospitalisations classiques incluent les hospitalisations dans les hôpitaux généraux et psychiatriques.

¹⁷ Nous n'avons pas repris les hospitalisations de jour qui sont considérées comme de l'ambulatoire.





Les séjours hospitaliers induisent des dépenses de soins de santé très importantes pour la collectivité, il semble évident qu'ils soient relativement plus nombreux parmi les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé.



Nous constatons sans surprise que le nombre moyen d'hospitalisations augmente avec le degré de concentration des dépenses. Les séjours hospitaliers induisent des dépenses de soins de santé très importantes pour la collectivité, il semble évident qu'ils soient relativement plus nombreux parmi les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé. Dans la population totale, le nombre moyen d'hospitalisations est de 0,1¹⁸ tandis qu'il s'élève à 2,6 dans la sous-population des 1%. Dans la sous-population des 1% et quelle que soit la pathologie chronique, les individus se font hospitaliser plus de 2 fois en 2010.

Nous observons un nombre moyen d'hospitalisations plus important parmi les malades chroniques dans la population totale. En effet, ils sont hospitalisés en moyenne 3 fois plus que les non chroniques. Cet écart relatif disparaît lorsqu'on se déplace vers les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé. Dans les sous-groupes des 1%, 5% et 10%, le nombre moyen d'hospitalisations des malades chroniques est identique à celui des non chroniques.

Les individus atteints d'insuffisance rénale chronique, de problèmes de santé mentale, de cancer ou se faisant transplanter un organe sont plus hospitalisés que la moyenne de la population totale. Ces résultats ne sont pas réellement étonnants car ces pathologies nécessitent d'être traitées à l'hôpital. Les écarts relatifs entre pathologies chroniques tendent à se réduire lorsqu'on se déplace vers les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé.

La hausse du nombre moyen de séjours hospitaliers dans les différentes sous-populations est plus importante pour certaines pathologies telles que la BPCO, l'asthme, le diabète (avec ou sans insuline), les maladies pancréatiques, les psychoses (<=70 ans), les transplantations d'organe et les cancers.

18

Un nombre d'hospitalisation inférieur à 1 signifie nécessairement qu'une part de la population n'est pas concernée par l'hospitalisation.

Toutefois, le nombre d'hospitalisations n'est pas un élément suffisant. L'étude de la durée des hospitalisations est essentielle. Le tableau 13 reprend le nombre d'admissions, le nombre de jours d'hospitalisations total et moyen pour chaque pathologie.

NOMBRE D'ADMISSIONS ET NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATIONS (TOTAL ET MOYEN), PAR PATHOLOGIE CHRONIQUE ET (SOUS-)POPULATION

	1%			5%			10%			Population totale		
	Hospitalisation			Hospitalisation			Hospitalisation			Hospitalisation		
	N	Jour	Moy.	N	Jour	Moy.	N	Jour	Moy.	N	Jour	Moy.
Dépression	12 973	336 065	25,9	30 410	539 968	17,8	37 829	570 328	15,1	40 771	575 596	14,1
Affection cardiovasculaire : maladie cardiaque	9 015	183 281	20,3	22 204	300 721	13,5	25 930	314 215	12,1	26 730	315 553	11,8
BPCO	6 986	131 132	18,8	16 400	214 226	13,1	19 834	227 199	11,5	20 944	229 333	10,9
Asthme	1 301	28 655	22,0	3 874	49 013	12,7	6 159	56 832	9,2	7 601	59 628	7,8
Mucoviscidose	84	1 141	13,6	148	1 571	10,6	151	1 585	10,5	151	1 585	10,5
Diabète avec insuline	3 817	68 497	17,9	8 508	106 391	12,5	10 068	111 681	11,1	10 187	111 921	11,0
Diabète sans insuline	3 580	78 775	22,0	10 896	142 532	13,1	14 789	156 624	10,6	15 910	158 484	10,0
Maladie pancréatique exoc.	157	2 791	17,8	326	4 249	13,0	358	4 336	12,1	366	4 349	11,9
Psoriasis	2	3	1,5	9	93	10,3	10	96	9,6	12	98	8,2
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	562	10 329	18,4	1 527	17 197	11,3	1 966	18 820	9,6	2 092	19 044	9,1
Psychose (<=70 ans)	4 063	152 361	37,5	7 780	217 289	27,9	8 844	224 499	25,4	9 126	225 358	24,7
Psychose (>70 ans)	835	24 686	29,6	1 794	37 174	20,7	1 911	37 726	19,7	1 921	37 747	19,6
Parkinson	1 461	37 459	25,6	3 137	56 858	18,1	3 409	58 066	17,0	3 450	58 202	16,9
Epilepsie	4 057	95 882	23,6	8 357	138 945	16,6	9 877	144 933	14,7	10 358	145 749	14,1
VIH	222	3 733	16,8	410	4 670	11,4	422	4 691	11,1	422	4 691	11,1
Hépatite B et C chron.	21	187	8,9	45	341	7,6	48	346	7,2	48	346	7,2
Sclérose en plaques	109	2 195	20,1	267	2 973	11,1	278	3 006	10,8	278	3 006	10,8
Transpl. d'organe	316	4 171	13,2	664	5 586	8,4	672	5 599	8,3	672	5 599	8,3
Alzheimer	1 155	30 174	26,1	2 784	49 988	18,0	3 077	51 289	16,7	3 124	51 372	16,4
Insuffisance rénale chron.	2 409	33 628	14,0	2 958	38 017	12,9	3 064	38 373	12,5	3 077	38 394	12,5
Santé mentale	7 789	456 151	58,6	12 949	582 135	45,0	14 036	596 623	42,5	14 548	599 330	41,2
Maladie rare	1 987	37 459	18,9	2 655	43 963	16,6	2 740	44 285	16,2	2 755	44 302	16,1
Affection cardiovasculaire : hypertension	27 521	599 106	21,8	74 575	1 036 425	13,9	96 001	1 116 526	11,6	103 767	1 130 163	10,9
Cancer (COM)	9 551	124 323	13,0	18 579	185 800	10,0	20 131	191 264	9,5	20 307	191 593	9,4
Total : malades chroniques	41 757	1 162 499	27,8	106 450	1 825 362	17,1	138 071	1 951 568	14,1	151 196	1 976 463	13,1
Total : population	50 893	1 356 133	26,6	140 141	2 234 252	15,9	216 130	2 546 404	11,8	279 396	2 679 962	9,6

TABLEAU 13

Quelle que soit la pathologie, nous remarquons dans les sous-populations d'utilisateurs de soins de santé une augmentation du nombre moyen de séjours hospitaliers et une augmentation de la durée moyenne de séjours. Plus le degré de concentration des dépenses est élevé, plus les durées de séjours sont longues. Il existe de grandes différences dans les durées de séjours entre les pathologies, quelle que soit la sous-population d'utilisateurs de soins de santé. Dans la population totale, 6 pathologies entraînent des durées moyennes de séjours supérieures à 15 jours ; il s'agit des psychoses (<= 70 ans et > 70 ans), du Parkinson, de l'Alzheimer, de la santé mentale et des maladies rares. La dépression est une pathologie où les patients sont souvent hospitalisés et pour une durée relativement longue : en moyenne, plus de 2 séjours



hospitaliers avec une durée moyenne de séjours de 41,2 jours. Dans la sous-population des 1%, la durée de séjours grimpe jusqu'à 58,6 jours pour ces individus.

PART DES DÉPENSES EN HOSPITALISATION CLASSIQUE

Le tableau 14 met en évidence la part des dépenses en hospitalisation classique (c'est-à-dire avec au moins une nuit) pour chaque affection chronique en fonction de chaque sous-population.

PART DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES, PAR PATHOLOGIE CHRONIQUE ET (SOUS-)POPULATION				
	Dépenses SS des 1%	Dépenses SS des 5%	Dépenses SS des 10%	Dépenses SS de la population totale
	% H	% H	% H	% H
Dépression	68%	50%	47%	41%
Affection cardiovasculaire : maladie cardiaque	67%	54%	51%	47%
BPCO	66%	55%	51%	45%
Asthme	67%	55%	50%	36%
Mucoviscidose	50%	37%	36%	35%
Diabète avec insuline	58%	48%	42%	38%
Diabète sans insuline	68%	54%	49%	39%
Maladie pancréatique exoc.	63%	54%	50%	47%
Psoriasis	4%	16%	15%	14%
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	63%	28%	27%	25%
Psychose (<=70 ans)	80%	67%	62%	57%
Psychose (>70 ans)	59%	29%	29%	28%
Parkinson	60%	38%	36%	34%
Epilepsie	64%	50%	47%	43%
VIH	38%	16%	15%	15%
Hépatite B et C chron.	38%	19%	18%	18%
Sclérose en plaques	44%	11%	11%	11%
Transpl. d'organe	62%	41%	38%	38%
Alzheimer	63%	35%	33%	32%
Insuffisance rénale chron.	31%	32%	32%	31%
Santé mentale	86%	84%	83%	83%
Maladie rare	39%	41%	41%	41%
Affection cardiovasculaire : hypertension	65%	53%	49%	41%
Total : malades chroniques	66%	53%	50%	41%
Total : population	68%	55%	53%	40%

Dans la population totale, les dépenses hospitalières des malades chroniques représentent 41% de leurs dépenses totales en soins de santé.

Cette composition de dépenses (Hospitalier/Ambulatoire) est similaire à celle des affiliés non chroniques, et ce peu importe la (sous-)population étudiée. Par contre, elle varie en fonction de l'affection chronique. En général, les variations sont relativement faibles, à l'exception de quelques pathologies chroniques. **Les affiliés avec un problème de santé mentale et les psychotiques de moins de 70 ans ont plus de la moitié de leurs dépenses en soins de santé qui se réalisent en milieu hospitalier classique (respectivement 83% et 57%).**

Tandis que pour les affiliés atteints de psoriasis ou du VIH ou de l'hépatite B et C ou de sclérose en plaques, la part des dépenses hospitalières est inférieure à 20%.

Un autre constat important est la part des dépenses hospitalières qui augmente significativement lorsqu'on se déplace vers les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé. Ceci est valable aussi bien pour les malades chroniques que les non-chroniques mais également pour presque toutes les affections chroniques. **Dans la sous-population la plus utilisatrice de soins de santé (les 1%), les deux tiers des dépenses en soins de santé sont des dépenses hospitalières. Cette observation est valable aussi bien pour les malades chroniques que les non-chroniques. Nous pouvons donc en conclure que les dépenses réalisées en milieu hospitalier classique jouent un rôle important dans l'explication de la concentration des soins de santé.**

Dans le tableau 15, outre les hospitalisations, il est intéressant d'observer la fréquence des consultations selon que le patient souffre ou non d'une affection chronique. Le nombre et la durée d'hospitalisations par patient (chronique/non chronique) sont résumés dans le tableau, ainsi que le nombre de consultations chez un médecin généraliste et chez un spécialiste. Ce tableau permet de comparer les différences de consommation de soins de santé entre les patients chroniques et les non-chroniques au sein d'une même population.

	1%		5%		10%		Population totale	
	Chro-nique	Non Chron.	Chro-nique	Non Chron.	Chro-nique	Non Chron.	Chro-nique	Non Chron.
Consultation généraliste	7,8	4,0	7,8	4,2	8,0	4,2	6,0	2,1
Consultation spécialiste	6,4	7,7	6,2	6,9	6,7	7,4	3,9	1,9
Jours d'hospitalisations (classiques)	27,8	21,2	17,1	12,1	14,1	7,6	13,1	5,5
Nombre d'hospitalisations	2,6	2,6	1,4	1,5	1,1	1,1	0,3	0,1

Nous avons déjà souligné que le nombre moyen et la durée moyenne d'hospitalisations augmentent avec le degré de concentration des dépenses dans les sous-populations, et ceci quel que soit le type de patients (chroniques ou non chroniques). Par contre, nous ne pouvons pas affirmer avec nos chiffres que les patients chroniques sont significativement hospitalisés plus souvent que les patients non chroniques dans les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé. Par contre, **la durée moyenne de séjour des malades chroniques est significativement plus longue que celle des non chroniques, et ceci quelle que soit la sous-population observée.**

Dans la population totale, les malades chroniques consultent un médecin, généraliste ou spécialiste, deux à trois fois plus souvent que les patients non chroniques. En effet, les patients non chroniques vont en moyenne deux fois chez le généraliste et le spécialiste tandis que les malades chroniques consultent en moyenne six fois le généraliste et quatre fois le spécialiste. Par contre, au niveau des sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé, les malades chroniques vont plus souvent (deux fois plus) que les personnes non chroniques uniquement chez le généraliste. Nous ne pouvons pas en dire autant dans le cas du spécialiste puisque la tendance s'inverse, bien que les écarts soient peu - voire pas - significatifs.



F. Analyse économétrique

Dans cette section, nous utilisons un modèle linéaire multivarié basé sur la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO) afin d'analyser la relation entre les dépenses mensuelles de soins de santé remboursées de la population MLOZ (Dm_ssr) et les affections chroniques en contrôlant pour une série de variables telles que le sexe, l'âge, la région (Bruxelles), le statut BIM, le statut veuf/veuve, la survenue du décès, la part des dépenses en milieu hospitalier (classique) et le cancer. Le modèle a la forme suivante :

$$Dm_ssr_i = \beta_1 h0_1_i + \beta_2 h1_5_i + \beta_3 h5_10_i + \dots + \beta_{20} h90_00_i + \beta_{21} f0_1_i + \beta_{22} f1_5_i + \beta_{23} f5_10_i + \dots + \beta_{41} h95_00_i + \beta_{42} brux_i + \beta_{43} bim_i + \beta_{44} veuf_i + \beta_{45} décès_i + \beta_{46} hospit_i + \beta_{47} cancer_i + \beta_{48} depress_i + \beta_{49} malcardiaque_i + \beta_{50} bpco_i + \dots + \beta_{70} hypertension_i + \varepsilon_i$$

où :

- $\beta_1 \dots \beta_{20}$ sont les coefficients associés aux hommes par classe d'âge de 5 ans (jusqu'à la classe des plus de 90 ans) ;
- $\beta_{21} \dots \beta_{41}$ sont les coefficients associés aux femmes par classe d'âge de 5 ans (jusqu'à la classe des plus de 95 ans) ;
- β_{42} est associé à la variable binaire région de Bruxelles (1 si domicile à Bruxelles, sinon 0) ;
- β_{43} est associé à la variable binaire statut BIM (1 si BIM, sinon 0) ;
- β_{44} est associé à la variable binaire statut veuf/veuve (1 si veuf/veuve, sinon 0) ;
- β_{45} est associé à la variable binaire décès (1 si décédé en 2010, sinon 0) ;
- β_{47} est associé à la part des dépenses en hospitalisation classique ;
- $\beta_{48} \dots \beta_{70}$ sont les coefficients associés aux affections chroniques étudiées.

Les affiliés qui décèdent ou naissent en cours d'année ont des dépenses de soins de santé sur une période inférieure à 12 mois. En travaillant avec des données annuelles, le biais est d'autant plus grand que la part des personnes décédées en début d'année ou nées en fin d'année est grande. Par conséquent, pour éviter que nos résultats soient biaisés, les dépenses de soins de santé remboursées sont mesurées mensuellement.

Chaque coefficient représente, toutes choses étant égales par ailleurs, l'impact (en euro) sur les dépenses mensuelles de soins de santé remboursées de la variable qui lui est associée dans le modèle. Leur interprétation n'a de sens que s'il est statistiquement significatif (en général le seuil de 10% est retenu comme seuil maximum).

Les résultats obtenus à partir de l'estimation du modèle linéaire sont repris dans le tableau 16.

Tous les coefficients estimés sont statistiquement significatifs au seuil de 1%, à l'exception du psoriasis qui n'est pas significatif (même à 10%). Autrement dit, toutes les variables du modèle (sauf le psoriasis) ont un impact significatif sur les dépenses de soins de santé remboursées en 2010. **La survenue du décès en cours d'année, le fait d'être atteint d'un cancer, d'une insuffisance rénale chronique, d'une maladie rare ou d'un problème de santé mentale constituent les facteurs qui ont la plus forte incidence sur les dépenses mensuelles de soins de santé remboursées.**

Sur base des coefficients estimés, toutes choses étant égales par ailleurs, une personne décédée en 2010 a coûté 2.236€ de plus par mois à l'assurance maladie qu'une personne non décédée. Ce montant s'élève à 3.557€, 3.008€, 2.042€ et 1.151€ respectivement pour les personnes atteintes d'une maladie rare, d'une insuffisance rénale chronique, de problème de santé mentale et d'un cancer.

Ces résultats corroborent nos précédentes conclusions obtenues de l'analyse descriptive de nos données.

Notons que d'autres variables ont une incidence non négligeable sur les dépenses mensuelles de soins remboursées, telles que la mucoviscidose (1.322€), le VIH (1.056€) et la transplantation d'organe (1.046€). Toutefois, après standardisation des coefficients estimés, il s'avère que l'incidence de ces variables est moindre.

Il est intéressant de constater que, toutes choses étant égales par ailleurs, les affiliés atteints d'hypertension coûtent seulement 54€ de plus par mois à l'assurance maladie comparés à un affilié non atteint. Ce résultat n'est pas surprenant puisque les affiliés hypertendus coûtent en moyenne moins que les affiliés atteints d'autres pathologies chroniques (voir plus haut l'analyse des dépenses moyennes).

Un autre résultat en lien avec la littérature est l'incidence croissante de l'âge sur les dépenses de soins de santé, et ce peu importe le sexe. En effet, les coefficients estimés augmentent avec l'âge, sauf pour les tranches d'âge allant de 10 à 25 ans pour les hommes et de 35 à 40 ans pour les femmes. L'impact de la première tranche d'âge (0-1 an) sur les dépenses de soins de santé est pratiquement le même que celui des affiliés âgés de 60 à 65 ans (peu importe le sexe). Autrement dit, toutes choses étant égales par ailleurs, les affiliés âgés de 0-1 an ne coûtent ni plus ni moins à l'assurance maladie que les affiliés de 60-65 ans.

Si l'on compare les hommes aux femmes, à caractéristiques identiques, nous remarquons que les femmes âgées de 20 à 35 ans entraînent un accroissement des dépenses de soins de santé qui représente 2 à 3 fois celui des hommes de cette tranche d'âge. Cela s'explique certainement par l'âge de procréation des femmes. Pour les autres tranches d'âge, les écarts relatifs des impacts sont moins marqués.

La régression linéaire indique également que les affiliés domiciliés en Région bruxelloise coûtent, toutes choses étant égales par ailleurs, 9€ de plus à l'assurance maladie que ceux non domiciliés en Région bruxelloise. Parmi les facteurs explicatifs, nous pouvons citer le concept de demande induite – plus marqué à Bruxelles en raison de sa forte densité médicale et hospitalière – qui correspond à l'influence de l'offre (producteur de soins) sur la demande (patient)¹⁹ et les prix de journée et de soins hospitaliers généralement plus élevés à Bruxelles comparés aux autres Régions (en supposant que les affiliés domiciliés en Région bruxelloise se font essentiellement hospitaliser dans leur Région). Pour rappel, la dépense mensuelle moyenne de soins de santé remboursée aux Bruxellois s'élève à 180€, alors qu'elle est de 178€ pour les affiliés wallons et de 155€ pour les affiliés flamands.

19
La littérature relative à l'hypothèse de demande induite est abondante. Néanmoins, des études internationales récentes soulignent que son impact est limité. Dans notre étude, ce concept de demande induite n'a pas été testé.



Le statut BIM qui donne droit aux remboursements plus élevés des prestations de santé entraîne une hausse des dépenses mensuelles des soins de santé remboursés de 106 € par rapport à une personne ayant les mêmes caractéristiques mais pas ce statut.



Le coefficient de la régression associé au statut BIM nous informe que posséder ce statut entraîne une hausse des dépenses mensuelles de soins de santé remboursés de 106€ par rapport à une personne ayant les mêmes caractéristiques mais pas ce statut. En effet, par définition, le statut BIM donne droit à un remboursement plus élevé des prestations de santé. Sans analyse complémentaire, il est difficile de dire si les affiliés BIM ont un comportement de consommation médicale différent comparé aux affiliés ordinaires.

Toutes choses étant égales par ailleurs, le fait d'être veuf/veuve est synonyme d'accroissement de 48€ de la prise en charge mensuelle par l'assurance maladie. Ce montant ne prend donc en compte que l'effet spécifique du veuvage, en contrôlant pour toutes les autres variables du modèle. Quelques caractéristiques particulières des veufs/veuves sont leur âge – en moyenne deux fois plus élevé que celui de l'ensemble des affiliés (76 ans versus 38 ans) – et leur part de BIM – en moyenne plus de deux fois plus élevée que celle de l'ensemble des affiliés (28% versus 11%). L'impact du fait d'être veuf/veuve sur les dépenses de soins de santé n'est pas influencé par les caractéristiques particulières des veufs/veuves faisant l'objet de contrôle dans notre modèle.

L'effet du veuvage peut s'expliquer, entre autres, par la part des résidents en MRS/MRPA plus importante parmi les veufs/veuves que l'ensemble des affiliés (14% versus 1%) et la part de dépendants²⁰ plus élevée parmi les veufs/veuves que l'ensemble des affiliés (12% versus 3%).

Un dernier paramètre du modèle de régression porte sur l'impact de la part des dépenses en hospitalisation classique sur les dépenses mensuelles de soins de santé remboursés. Le résultat obtenu est, toutes choses étant égales par ailleurs, une augmentation de 22€ des dépenses mensuelles de soins de santé remboursés par accroissement d'un point de pourcentage de la part des dépenses en hospitalisation classique. Ce résultat corrobore nos précédentes conclusions obtenues de l'analyse descriptive de nos données, à savoir la part des dépenses en hospitalisation classique qui augmente de manière continue lorsque nous nous déplaçons vers les grands utilisateurs de soins de santé de soins de santé.

20

La dépendance est mesurée à partir des critères administratifs utilisés dans le cadre de l'attribution du droit à la franchise sociale et au forfait maladies chroniques. Une personne est considérée comme dépendante si elle bénéficie d'au moins un des critères liés à la franchise sociale ou au forfait maladies chroniques.

RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION LINÉAIRE (VARIABLE ENDOGÈNE : DÉPENSES MENSUELLES DE SOINS DE SANTÉ REMBOURSÉES EN 2010, EN €)					
Variables explicatives		Coefficients estimés	Standard error ^(ch)	t-value	Coefficients estimés standardisés
Sexe/age	Homme de 0-1 an	87,08	3,22	27,07	0,01
	Homme de 1-5 ans	29,00	2,23	13,03	0,01
	Homme de 5-10 ans	36,15	1,97	18,31	0,01
	Homme de 10-15 ans	28,26	1,99	14,21	0,01
	Homme de 15-20 ans	23,83	2,00	11,91	0,01
	Homme de 20-25 ans	21,53	2,06	10,45	0,01
	Homme de 25-30 ans	26,21	2,01	13,02	0,01
	Homme de 30-35 ans	29,13	1,95	14,96	0,01
	Homme de 35-40 ans	31,77	1,83	17,35	0,01
	Homme de 40-45 ans	37,22	1,79	20,74	0,01
	Homme de 45-50 ans	47,88	1,83	26,23	0,01
	Homme de 50-55 ans	55,84	1,99	28,1	0,02
	Homme de 55-60 ans	71,46	2,20	32,49	0,02
	Homme de 60-65 ans	93,24	2,39	39	0,02
	Homme de 65-70 ans	125,92	2,88	43,7	0,02
	Homme de 70-75 ans	145,07	3,03	47,9	0,03
	Homme de 75-80 ans	178,20	3,20	55,69	0,03
	Homme de 80-85 ans	242,61	3,88	62,48	0,04
	Homme de 85-90 ans	298,06	5,37	55,49	0,03
	Homme de > 90 ans	327,03	10,51	31,1	0,02
	Femme de 0-1 an	75,25	3,27	23	0,01
	Femme de 1-5 ans	23,32	2,29	10,18	0,01
	Femme de 5-10 ans	27,12	2,02	13,41	0,01
	Femme de 10-15 ans	32,98	2,04	16,17	0,01
	Femme de 15-20 ans	34,58	2,06	16,79	0,01
	Femme de 20-25 ans	43,19	2,10	20,54	0,01
	Femme de 25-30 ans	74,38	2,02	36,8	0,02
	Femme de 30-35 ans	77,89	1,94	40,14	0,02
	Femme de 35-40 ans	59,26	1,86	31,95	0,02
	Femme de 40-45 ans	51,09	1,85	27,6	0,02
	Femme de 45-50 ans	54,25	1,88	28,91	0,02
	Femme de 50-55 ans	57,28	2,02	28,29	0,02
	Femme de 55-60 ans	66,21	2,21	29,99	0,02
	Femme de 60-65 ans	77,21	2,37	32,56	0,02
Femme de 65-70 ans	103,32	2,77	37,31	0,02	
Femme de 70-75 ans	129,58	2,83	45,75	0,03	
Femme de 75-80 ans	199,64	2,95	67,67	0,04	
Femme de 80-85 ans	301,62	3,36	89,74	0,06	
Femme de 85-90 ans	413,62	4,10	101	0,06	
Femme de 90-95 ans	479,31	7,23	66,27	0,04	
Femme de > 95 ans	399,09	10,97	36,39	0,02	

TABLEAU 16



Variables explicatives		Coefficients estimés	Standard error ^(ch)	t-value	Coefficients estimés standardisés
Région de Bruxelles		9,21	0,90	10,21	0,01
Statut BIM		106,04	1,15	92,53	0,06
Veuf/veuve		48,90	1,95	25,04	0,02
Décédé en 2010		2.236,03	4,25	526,02	0,30
% dépenses en hospitalisation classique		22,88	0,28	81,75	0,05
Cancer (présence d'une COM)		1.151,11	4,50	255,64	0,14
Affection chronique basée sur la prescription de médicaments	Dépression	158,46	1,71	92,5	0,06
	Affection cardiovasculaire : mal. cardiaque	214,33	2,70	79,51	0,05
	BPCO	181,12	2,63	68,78	0,04
	Asthme	47,93	2,81	17,05	0,01
	Mucoviscidose	1.322,15	36,23	36,5	0,02
	Diabète avec insuline	360,54	3,91	92,25	0,05
	Diabète sans insuline	20,52	2,30	8,93	0,01
	Maladie pancréatique exoc.	309,67	22,60	13,71	0,01
	Psoriasis	101,08 ^(ns)	70,76	1,43	0,00
	Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	369,85	6,20	59,66	0,03
	Psychose (<=70 ans)	185,22	4,56	40,62	0,02
	Psychose (>70 ans)	481,78	8,55	56,36	0,03
	Parkinson	388,26	6,53	59,49	0,03
	Epilepsie	302,01	3,80	79,5	0,04
	VIH	1.056,39	13,89	76,04	0,04
	Hépatite B et C chron.	828,90	53,35	15,54	0,01
	Sclérose en plaques	985,63	16,05	61,4	0,03
	Transpl. d'organe	1.046,25	19,21	54,46	0,03
	Alzheimer	366,07	6,76	54,16	0,03
	Insuffisance rénale chron.	3.008,28	10,65	282,39	0,16
Santé mentale	2.042,86	6,16	331,81	0,19	
Maladie rare	3.557,58	12,42	286,36	0,16	
Affection cardiovasculaire : hypertension	54,31	1,23	44,11	0,03	
Nombre d'observations		1.962.526			
R-carré ajusté		0,4035			

NOTE : (ns) = non significatif au seuil de 10%; tous les autres coefficients estimés sont significatifs au seuil de 1% ; (ch) = consistant en cas d'hétéroscédasticité.

G. Les combinaisons de pathologies chroniques

L'étape suivante de l'étude consiste à déterminer la combinaison des pathologies chroniques dont souffrent les affiliés MLOZ. Chaque individu est ainsi caractérisé par une seule combinaison de pathologies chroniques. Une des combinaison sera l'absence de pathologies chroniques telles que nous les avons définies.

A partir des données disponibles, les combinaisons de pathologies chroniques les plus régulièrement rencontrées ont pu être mises en évidence ainsi que les dépenses associées aux patients concernés par ces combinaisons.

Nous remarquons que le nombre de combinaisons effectives dans la population étudiée est très grand. L'analyse de toutes les combinaisons (plus de 1.000 combinaisons) s'est avérée peu pertinente. Dès lors, nous avons étudié les combinaisons les plus fréquentes sur base d'un des deux critères suivants : combinaisons induisant au moins 1% des dépenses et combinaisons concernant au moins 1% des affiliés dans chaque sous-population.

DÉPENSES EN FONCTION DU NOMBRE D'AFFECTIONS CHRONIQUES

La littérature relative à l'impact des maladies chroniques soutient sans ambiguïté l'existence d'une relation positive entre le nombre de pathologies chroniques et les dépenses de soins de santé de ce patient chronique²¹. En d'autres termes, **plus le nombre de pathologies est grand, plus les dépenses en soins de santé sont élevées**. L'évolution du coût moyen par patient en fonction du nombre de pathologies chroniques est présentée sur la figure 5 et confirme cette relation.

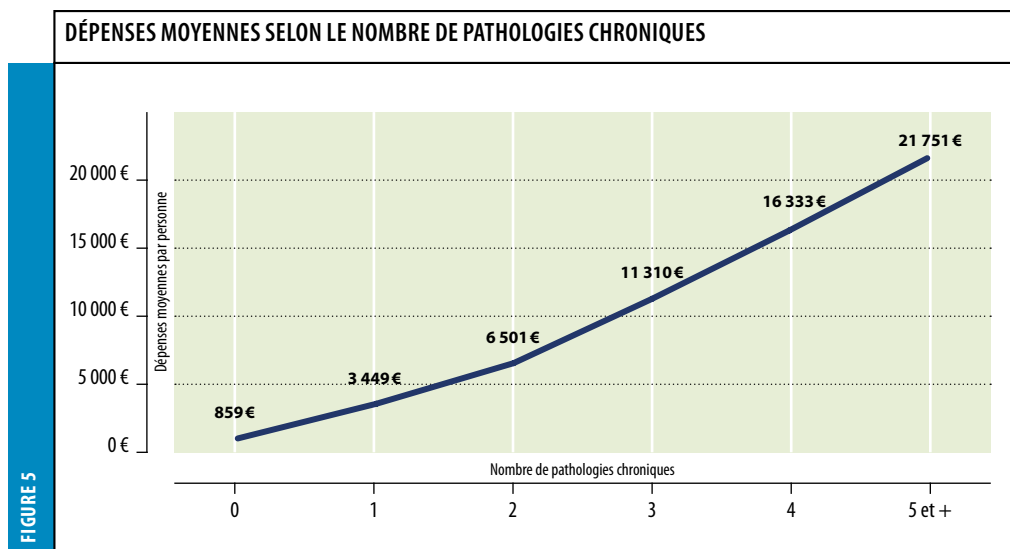


FIGURE 5

²¹ Voir notamment Holly (2009) et Stanton and Rutherford (2005).



Les personnes sans pathologie chronique coûtent en moyenne 859 €. Pour un patient souffrant d'une seule maladie chronique, le remboursement annuel moyen est de 3.449 €, 6.501 € en présence de 2 pathologies, pour atteindre 21.751 € pour le patient qui présente au moins 5 pathologies chroniques.



En prenant l'ensemble de nos affiliés, nous constatons que les personnes sans pathologie chronique²² coûtent en moyenne 859€. Ce montant englobe principalement des dépenses en soins de santé pour des affections aiguës (dentiste, consultations généralistes, spécialistes, etc.).

Les dépenses augmentent rapidement et de manière continue avec le nombre d'affections dont souffre le patient. Les personnes avec deux pathologies chroniques coûtent en moyenne 6.501€, soit 7 fois plus cher que celles n'ayant aucune pathologie chronique. Les affiliés atteints de 5 pathologies et plus coûtent en moyenne 21.751€, soit 25 fois plus qu'un affilié n'ayant aucune pathologie et 6 fois plus qu'un affilié avec une seule pathologie. L'étude de Stanton et Rutherford (2005) aboutit à des résultats similaires en montrant que les patients américains avec plusieurs maladies chroniques coûtent 7 fois plus que les patients avec une seule maladie chronique.

Pour rappel, ces coûts moyens ne comprennent pas exclusivement les dépenses en soins de santé liées uniquement aux pathologies chroniques mais bien toutes les dépenses des individus identifiés avec ces pathologies.

²² Les individus sans dépenses remboursées en soins de santé sont également pris en compte.

PRÉVALENCE ET PART DES DÉPENSES POUR LES COMBINAISONS RETENUES

Le tableau 17 reprend les combinaisons de pathologies sélectionnées et leur poids en termes de dépenses et d'affiliés concernés par sous-groupe d'utilisateur.

PART DE DÉPENSES ET DE PERSONNES CONCERNÉES PAR LES COMBINAISONS DE PATHOLOGIES LES PLUS FRÉQUENTES								
Co_morbidites	1%		5%		10%		Population totale	
	% dépenses	% individus	% dépenses	% individus	% dépenses	% individus	% dépenses	% individus
Sans patho chronique	17,30%	17,65%	20,71%	23,73%	25,25%	34,92%	35,72%	67,86%
ACV hypertension	11,27%	12,33%	14,45%	16,49%	14,70%	16,01%	14,81%	9,43%
Santé mentale	8,12%	6,66%	4,27%	2,13%	3,54%	1,24%	2,56%	0,15%
ACV maladie cardiaque + ACV hypertension	3,93%	4,54%	4,66%	5,01%	4,39%	4,05%	3,59%	0,93%
Dépression + ACV hypertension	3,34%	3,75%	4,26%	4,61%	4,04%	3,83%	3,53%	1,21%
Maladies rares	2,67%	1,53%	1,33%	0,46%	1,09%	0,25%	0,78%	0,03%
Dépression	2,56%	2,85%	3,08%	3,36%	3,16%	3,43%	3,30%	2,12%
Insuffisance rénale chron. + ACV hypertension	2,11%	1,59%	1,03%	0,42%	0,86%	0,26%	0,63%	0,04%
Bpco + ACV hypertension	2,00%	2,24%	2,00%	2,05%	1,95%	1,86%	1,66%	0,50%
Diabète sans insuline + ACV hypertension	1,66%	1,90%	2,12%	2,51%	2,30%	2,79%	2,40%	1,32%
Maladies rares + ACV hypertension	1,37%	1,11%	0,73%	0,35%	0,60%	0,19%	0,43%	0,02%
Psychose (<=70 ans) + Santé Mentale	1,34%	1,25%	0,83%	0,54%	0,69%	0,31%	0,50%	0,03%
Dépression + ACV maladie cardiaque + ACV hypertension	1,29%	1,54%	1,40%	1,37%	1,24%	0,93%	0,94%	0,14%
Insuffisance rénale chron.	1,20%	0,83%	0,59%	0,22%	0,48%	0,12%	0,35%	0,01%
ACV maladie cardiaque + ACV hypertension + bpco	1,13%	1,31%	1,10%	1,09%	0,99%	0,79%	0,76%	0,12%
Diabète avec insuline + ACV hypertension	1,12%	1,24%	1,42%	1,64%	1,59%	1,98%	1,32%	0,34%
Dépression + Santé Mentale	1,09%	1,14%	0,79%	0,62%	0,67%	0,37%	0,48%	0,04%
Dépression + Psychose (<=70 ans) + Santé Mentale	1,05%	1,10%	0,71%	0,50%	0,59%	0,29%	0,42%	0,03%
Epilepsie	1,04%	1,09%	1,03%	1,01%	1,01%	0,96%	0,89%	0,35%
Bpco	0,93%	1,03%	1,04%	1,14%	1,07%	1,17%	1,05%	0,57%
Total	66,52%	66,67%	67,56%	69,27%	70,22%	75,75%	76,10%	85,24%

Les combinaisons de pathologies retenues permettent d'identifier 85,2% des individus et 76,1% des dépenses totales en soins de santé de la population MLOZ. Ces pourcentages diminuent au fur et à mesure qu'on se rapproche des plus grands utilisateurs de soins de santé. Nous constatons que cette diminution est principalement due à la combinaison "sans pathologie chronique". Et d'autre part, les autres combinaisons se caractérisent par une hétérogénéité représentative dans ces sous-populations.



Si nous regardons plus en détail les différentes combinaisons de pathologies retenues, nous constatons sans surprise qu'elles ne sont constituées que de pathologies identifiées par une prévalence élevée et/ou une part importante des dépenses.

Dans la population totale, les combinaisons sélectionnées sont caractérisées par une part de dépenses supérieure à la part des individus concernés, excepté la combinaison "sans pathologie chronique".

Cela met en évidence que les affiliés présentant ces combinaisons de pathologies chroniques ont des coûts supérieurs au coût moyen. Plus on se rapproche des sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé, plus ces écarts se réduisent. Par exemple, la combinaison "diabète avec insuline + hypertension" représentait 1,32% des dépenses et 0,34% des individus dans la population totale tandis que dans le sous-groupe des 1%, cette combinaison représente 1,12% des dépenses et 1,24% des individus.

La combinaison reprenant les individus identifiés sans pathologie chronique a été conservée car ces individus présentent des caractéristiques spécifiques chez les grands utilisateurs de soins de santé. Ils représentent 67,8% de la population totale et 35,7% des dépenses de la population totale. Ces taux mettent en évidence leurs faibles dépenses comparées aux malades chroniques. Par contre lorsqu'on se déplace vers les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé, les écarts s'atténuent considérablement. Autrement dit, les affiliés non chroniques de ces sous-populations dépensent en moyenne pratiquement autant que les malades chroniques.

Certaines combinaisons ne sont composées que d'une seule pathologie telle que l'hypertension, la santé mentale, les maladies rares, la dépression, l'épilepsie ou la BPCO.

L'hypertension est la pathologie la plus couramment liée avec d'autres pathologies, telles que les affections cardiovasculaires de type maladies cardiaques, la dépression, l'insuffisance rénale, la BPCO, le diabète avec/sans insuline et les maladies rares.

Les troubles mentaux sont parfois combinés entre eux tels que dépression et santé mentale ou santé mentale et psychose (<= 70 ans) ou dépression et psychose (<= 70 ans) et santé mentale, mais on observe également que certaines pathologies mentales comme la dépression et la santé mentale apparaissent également chacune seule.

Le tableau 17 confirme les analyses de prévalence des pathologies non prises distinctement. L'hypertension et les troubles mentaux au sens large (santé mentale, dépression, psychose,..) sont les pathologies qui ressortent le plus de l'ensemble.

Toutes les statistiques réalisées sur les pathologies pourraient être appliquées aux combinaisons. Dans le cadre de cette étude des grands utilisateurs de soins de santé et dans la perspective d'identifier des leviers éventuels, il ne nous a pas semblé opportun d'approfondir à ce stade toutes les analyses aux combinaisons de pathologies sélectionnées. En annexe (figures A.1 et A.2), nous présentons quelques analyses comme l'âge moyen et le pourcentage de dépenses en milieu hospitalier.

04 Synthèse des résultats

L'ensemble de ces analyses a fourni beaucoup d'informations sur la structure de notre population en termes de pathologie en fonction des différentes sous-populations. Nous avons pu calculer les dépenses liées à ces pathologies ou plutôt aux personnes atteintes par ces pathologies et identifier les principales caractéristiques de ces personnes.

Les figures de 6 à 9 représentent de manière synthétique le nombre de personnes atteintes d'une pathologie chronique et leur dépense moyenne en soins de santé à charge de l'AMI, et ce pour chaque sous-population d'utilisateurs de soins de santé. Les quadrants sont délimités par les valeurs médianes des coûts moyens des pathologies chroniques étudiées et les valeurs médianes du nombre de personnes atteintes par ces pathologies.

Les pathologies qui semblent à première vue les plus intéressantes en terme d'actions à mener sont celles qui concernent un grand nombre d'affiliés et qui ont un coût moyen important (c'est-à-dire celles qui se situent au quadrant supérieur de droite).

Les axes des graphiques qui suivent sont en base logarithmique pour faciliter la visibilité et la compréhension de la dispersion des points.

POPULATION TOTALE

Une pathologie est qualifiée d'onéreuse lorsqu'elle se situe au-dessus de la valeur médiane de 11.488€ (figure 6). **Les maladies les plus chères sont clairement visibles : il s'agit des maladies rares, de l'insuffisance rénale et de la santé mentale.** Les pathologies avec une forte représentativité (en nombre de personnes) sont toutes celles situées à droite de la valeur médiane de 6.049. **Le top 3 des pathologies est l'hypertension, la dépression et le diabète sans insuline du point de vue de la prévalence.**

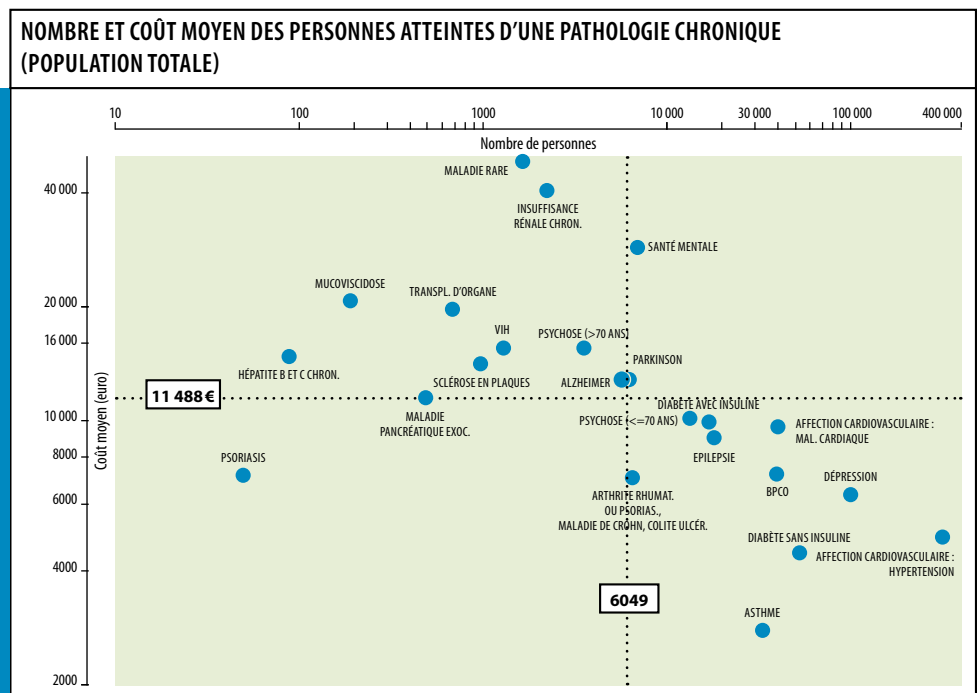


FIGURE 6



A première vue, les pathologies qui semblent les plus intéressantes en termes d'actions à mener sont celles qui concernent un grand nombre de patients et qui engendrent des coûts moyens importants. Mais le positionnement d'une pathologie par rapport à une autre dans le schéma ne permet pas de produire des recommandations ou des leviers directement actionnables en termes de santé publique. Pour cela, il faut étudier la prise en charge actuelle de chaque pathologie (médicale, médicamenteuse, hospitalière...) et voir dans quelle mesure des filières de soins plus efficaces existent, tout en ne portant pas atteinte à la qualité des soins bien sûr.

Il faut analyser aussi l'opportunité d'investir davantage dans la prévention (éducation, promotion de la pratique d'un sport...) ou l'accompagnement. Un certain nombre de pathologies chroniques (principalement celles qui se situent dans le quadrant inférieur de droite) sont en effet identifiables comme les conséquences d'un certain style de vie : comportement alimentaire, sédentarité, stress, tabagisme, consommation excessive d'alcool... La prévention de ces pathologies devra donc aller au-delà de l'aspect médical (éducation, promotion de la pratique d'un sport...).

Trois pathologies ont fait l'objet d'une analyse approfondie des Mutualités Libres afin de dégager des pistes d'actions spécifiques ou des recommandations pour les décideurs politiques : la dépression, l'insuffisance rénale chronique et la maladie d'Alzheimer.

1. La dépression chez les adolescents :

Nous recommandons la prise en charge de la dépression des adolescents par des praticiens ayant l'expertise et l'expérience nécessaires.

Le remboursement des séances de psychothérapie réalisées par un psychothérapeute non-psychiatre devrait être accordé moyennant les critères suivants :

- détermination des types de psychothérapie pouvant faire l'objet d'un remboursement sur base de critères EBM (y compris l'avis d'experts);
- prescription et suivi de la psychothérapie par un praticien possédant l'expertise et l'expérience nécessaires.

2. L'insuffisance rénale chronique :

Nous recommandons d'encourager la pratique de la dialyse à domicile encore peu répandue en Belgique. Pour cela, nous insistons sur la nécessité d'une information pré-dialyse objective et complète du patient et sur son implication dans le choix éclairé de la modalité de dialyse.

Nous recommandons également de :

- revoir le remboursement des différentes modalités de dialyse afin d'en assurer un financement durable, transparent et coût-efficace (en considérant l'impact sur le financement hospitalier);
- fixer des objectifs chiffrés et datés (résultats à atteindre) pour les différentes modalités de dialyse;
- développer des directives "evidence-based medicine" pour une prise en charge intégrée de l'insuffisance rénale;
- adapter le trajet de soins "insuffisance rénale" en intégrant l'information pré-dialyse et en évaluant régulièrement l'impact de cette information sur la pratique.

3. La maladie d'Alzheimer :

Nous recommandons :

- que les initiatives existantes au profit des aidants proches (répit, psychoéducation...) et pouvant favoriser le maintien au domicile, soient maintenues et surtout étendues à travers le développement de nouvelles initiatives;
- de favoriser le diagnostic précoce de la maladie et de sensibiliser la première ligne à cette problématique;
- de créer un encadrement spécialisé et multidisciplinaire (psycho-médico-social) pour le malade mais aussi pour les aidants proches dès l'annonce du diagnostic;
- que si une institutionnalisation doit avoir lieu, elle doit se faire dans des structures financièrement abordables et spécifiquement adaptées pour permettre la prise en charge optimale pour tous les malades Alzheimer;
- la mise en place d'un registre épidémiologique national ou, à défaut, régional des patients qui devrait permettre de prévoir et d'ajuster l'offre de soins spécifiques.

Certaines pathologies sont en cours d'analyse aux Mutualités Libres : l'hypertension, la santé mentale, la dépression chez l'adulte, les maladies cardiovasculaires et le diabète. D'autres seront étudiées ultérieurement.

POPULATION DES 10%

En réalisant le même type de graphique sur les sous-populations, nous observons sans surprise que les valeurs médianes délimitant les quadrants varient fortement. A présent, pour qu'une pathologie soit considérée comme chère dans la sous-population des 10%, elle doit avoir un coût moyen supérieur à 16.981€ (figure 7).

Nous remarquons que les pathologies les plus chères restent identiques à celles de la population totale. Nous constatons également peu de différence en nombre de personnes concernées avec la population totale. Seules les affections cardiovasculaires de type maladies cardiaques ont une prévalence plus importante que le diabète sans insuline dans cette sous-population.

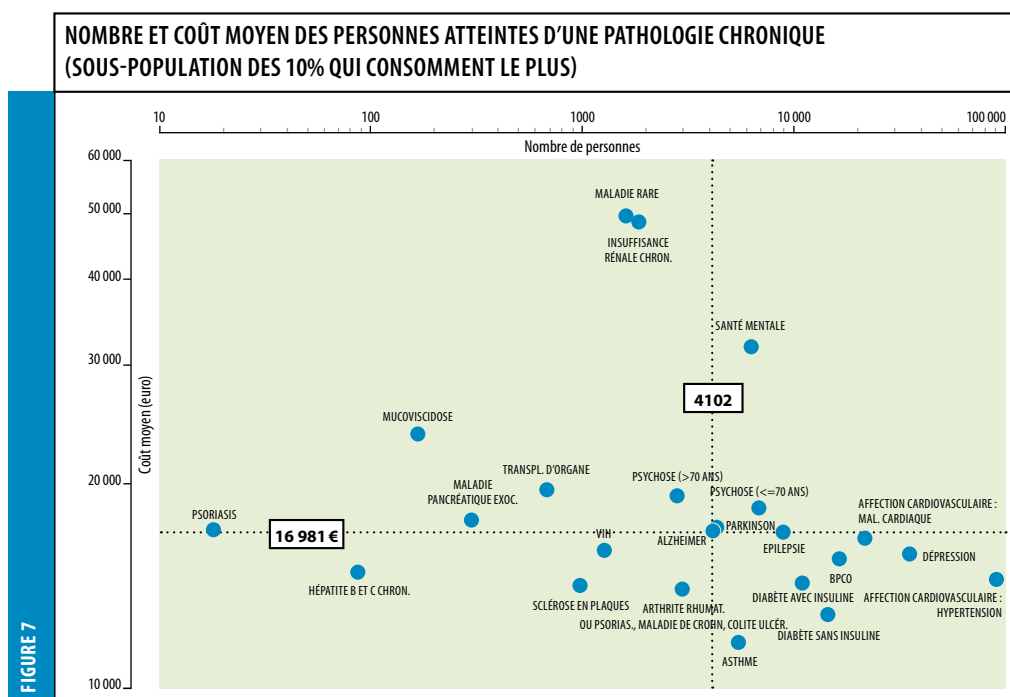


FIGURE 7

POPULATION DES 5%

En comparant les figures 7 et 8, nous constatons que la population des 10% et celle des 5% sont fort similaires. Nous retrouvons pratiquement les mêmes pathologies dans les divers quadrants (avec un léger décalage).

Les seuls changements majeurs sont les valeurs qui délimitent les quatre quadrants (le coût moyen s'élève à 22.287€ et le nombre de personnes à 2.419).

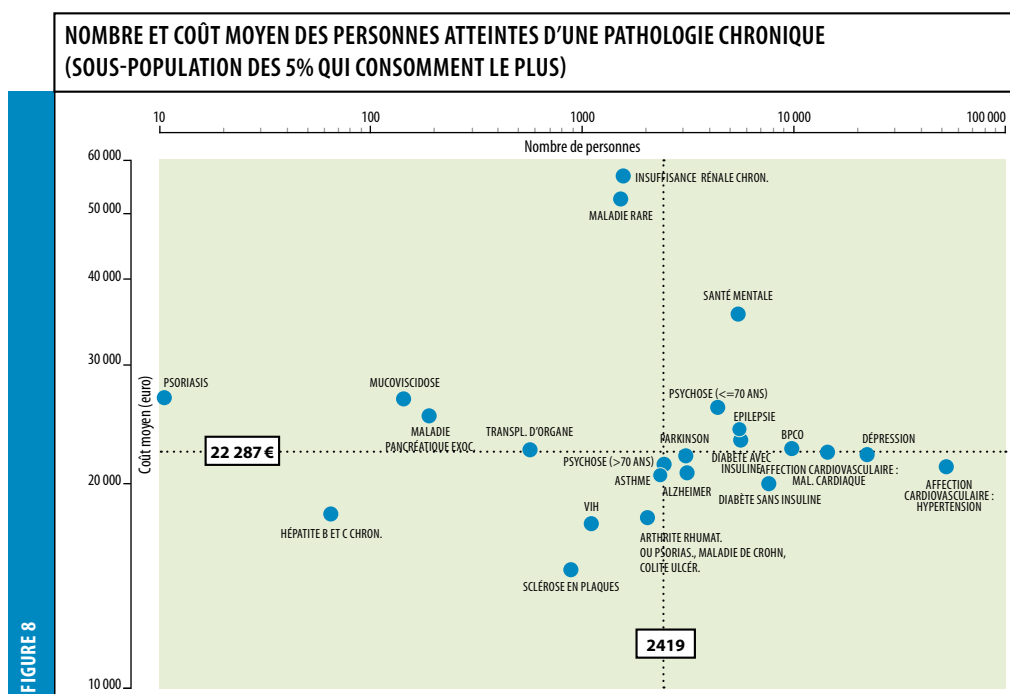


FIGURE 8

POPULATION DES 1%

La sous-population des 1% est plus spécifique que les précédentes. Les pathologies "transplantation d'organes", "mucoviscidose" et "VIH" y sont plus chères que la pathologie "santé mentale". Néanmoins, elles concernent beaucoup moins de personnes que la santé mentale. Pour ce qui concerne le nombre de personnes concernées, l'insuffisance rénale et les maladies rares se situent à droite de la médiane délimitant les quadrants. Nous pouvons conclure que ces 2 pathologies chères sont fréquemment présentes dans la sous-population des plus grands utilisateurs de soins de santé de soins de santé.

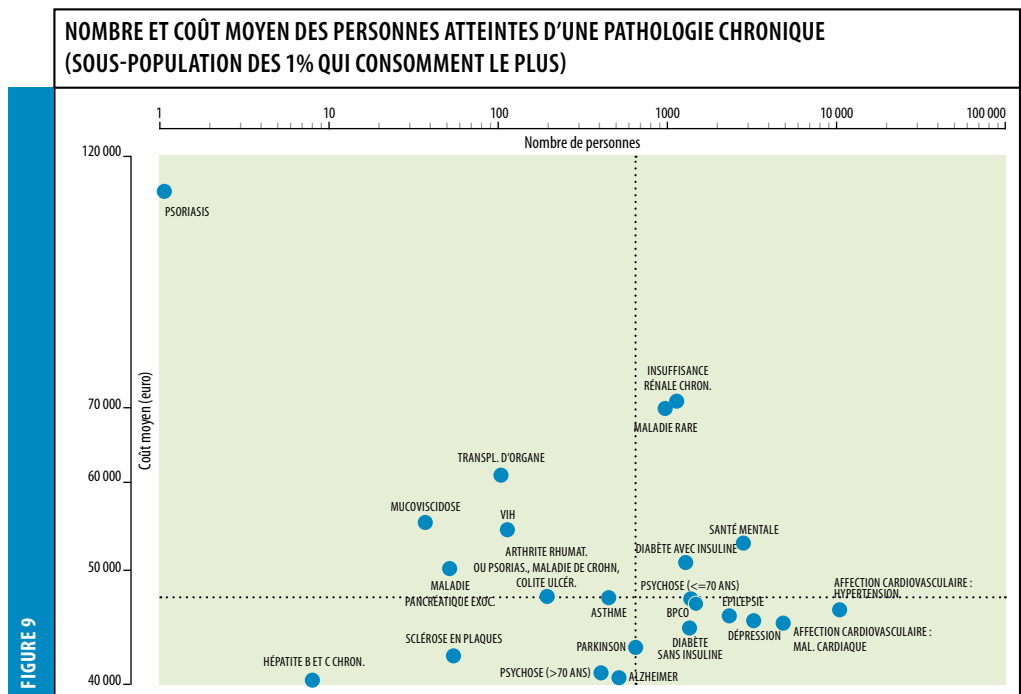


FIGURE 9

05 Conclusion

Derrière une dépense moyenne en soins de santé d'environ 1.800€ par affilié aux Mutualités Libres (MLOZ) en 2010, se dissimule une grande disparité dans l'intensité du recours aux soins de santé et une importante concentration des dépenses liées au remboursement de ces soins, variant selon le type de soins, sans que l'état de santé ne fournisse toujours une explication.



20% des affiliés MLOZ engendrent 84% de l'ensemble des dépenses médicales et les 5% plus grands utilisateurs de soins de santé en concentrent 59%.



Parmi les affiliés, 8,8% n'ont aucun remboursement en soins de santé en 2010. 20% des affiliés MLOZ engendrent 84% de l'ensemble des dépenses médicales et les 5% plus grands utilisateurs de soins de santé en concentrent 59%.

La structure des dépenses d'un affilié par type de soins diffère selon son niveau global de consommation médicale, quelle(s) que soi(en)t la ou les pathologies sous-jacentes. Ainsi, lorsque nous passons des petits aux grands utilisateurs de soins de santé, la facture liée aux hospitalisations augmente plus rapidement que les soins ambulatoires.

La littérature montre que les affections chroniques ont un poids significatif sur les dépenses de soins de santé. Il nous semble donc primordial d'identifier nos affiliés présentant une affection chronique pour vérifier l'impact de celle-ci dans la concentration de la consommation médicale.

Les 457.930 malades chroniques de notre population (soit 23,3%) bénéficient d'un remboursement en soins de santé s'élevant à 2,32 milliards d'euros en 2010 (soit 64,3% du remboursement total des Mutualités Libres).

Plus d'un tiers de ces malades chroniques (34%) ont plus d'une pathologie chronique telle que définie dans notre étude et induisent 56% de l'ensemble des dépenses de soins de santé remboursées aux malades chroniques. **Les malades chroniques avec plusieurs pathologies chroniques coûtent environ 2,5 fois plus que les malades chroniques avec une seule affection chronique.** Autrement dit, les malades chroniques cumulant plusieurs pathologies chroniques jouent un rôle important dans l'explication de la concentration des dépenses de soins de santé.

La proportion de malades chroniques augmente avec l'intensité de consommation en soins de santé (c'est-à-dire lorsque nous nous déplaçons vers la sous-population des 1% grands utilisateurs de soins de santé). Toutefois, il est remarquable de constater que l'écart en dépense moyenne entre un patient chronique et un affilié non chronique tend à s'amenuiser avec la concentration des consommateurs.

Le poids financier est positivement corrélé avec la prévalence de l'affection chronique. Parmi les affections chroniques identifiées, cinq sont à mettre en évidence : l'hypertension, la dépression et autres troubles de l'humeur, le diabète avec et sans insuline et les deux principales affections chroniques pulmonaires (asthme et BPCO). Chez les grands utilisateurs de soins de santé, à ces 5 affections, il convient d'ajouter les maladies cardiaques, les troubles de santé mentale, l'épilepsie, la psychose, l'insuffisance rénale (via la dialyse chronique) et les maladies rares.

Dans la population totale de l'étude, 1,6% des affiliés sont décédés entre le 1er janvier 2010 et le 30 juin 2012. Les malades chroniques ont une proportion 8 fois plus importante de décédés que les affiliés non chroniques. Les probabilités de décéder parmi les patients chroniques et les non chroniques s'accroissent avec l'intensité de consommation en soins de santé pour converger vers 32% au niveau de la sous-population la plus utilisatrice de soins de santé (les 1%).

Les affiliés porteurs d'une maladie rare, souffrant d'une insuffisance rénale chronique ou d'une maladie mentale coûtent en moyenne plus de 20.000€ par an. Les autres affections chroniques étudiées engendrent des dépenses moyennes très variables comprises entre 3.000€ (par exemple l'asthme) et 20.000€ (la mucoviscidose ou les patients transplantés). Les grands utilisateurs de soins doublent systématiquement, voire triplent ces montants s'ils sont atteints d'au moins une de ces affections chroniques. L'écart en dépense moyenne entre un patient chronique et un non chronique tend à s'amenuiser avec le degré de consommation de soins.

Les dépenses hospitalières des affiliés représentent 40% de l'ensemble de leurs dépenses de soins de santé. Ce pourcentage est similaire pour les patients chroniques et les non chroniques, mais nous constatons des variations des dépenses induites par les hospitalisations (classiques) selon que l'affilié souffre de l'une ou l'autre affection chronique.

Quelle que soit la pathologie chronique, la part des dépenses relatives aux hospitalisations augmente avec le niveau de concentration des sous-populations d'utilisateurs de soins de santé. Cette constatation peut même être étendue aux patients qui ne souffrent d'aucune des pathologies chroniques étudiées.

Le nombre d'hospitalisations croît fortement avec l'intensité de consommation en soins de santé et les écarts entre les malades chroniques et les non chroniques tendent à disparaître avec cette intensité.

La durée moyenne de séjour à l'hôpital selon l'affection chronique varie fort, aussi bien dans la population totale que dans les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé. De plus, cette durée moyenne de séjour augmente systématiquement, pour une même affection, dans chaque sous-population.

Au niveau des consultations médicales, un patient sans affection chronique voit environ 2 fois par an un généraliste et un spécialiste tandis qu'un patient chronique se rend 2 à 3 fois plus souvent chez un généraliste et un spécialiste. Si le patient fait partie des grands utilisateurs de soins de santé de soins de santé, nous n'enregistrons plus de différence aussi importante entre les malades chroniques et les non chroniques pour les consultations chez un spécialiste.

Les patients avec un de nos produits d'assurance hospitalisation sont représentés de manière uniforme dans la population globale et dans les sous-populations d'utilisateurs de soins de santé (30 à 35% des affiliés), qu'ils aient ou non une affection chronique. Cela témoigne de l'absence de problème de sélection adverse.

Nous avons analysé les combinaisons de pathologies chroniques dont souffrent principalement les affiliés. En utilisant un filtre à 2 critères simples, nous avons extrait 20 combinaisons de pathologies chroniques (dont la combinaison "Pas de pathologie chronique") – sur un total de plus de mille combinaisons – qui représentent 85,2% des affiliés et 76,1% des remboursements totaux effectués par MLOZ en 2010.

Les patients sans pathologie chronique forment le groupe le plus important de la population totale de MLOZ. Le deuxième groupe est composé des individus qui ne souffrent que d'une hypertension sans autre affection chronique. A partir du 3^e groupe, les pourcentages diminuent drastiquement.

Quelle que soit la population ou la sous-population considérée, nous constatons que 10 affections chroniques, qui sont les plus fréquentes à l'exception de la santé mentale et l'insuffisance rénale chronique, sont les éléments constitutifs des principales combinaisons.

A l'heure actuelle, il existe déjà de nombreux moyens de traiter les affections chroniques courantes. Ceux-ci doivent être poursuivis, renforcés et évalués par des mesures pertinentes pour vérifier si les processus de soins mis en place sont efficaces.

Trois pathologies ont fait l'objet d'une analyse approfondie pour dégager des pistes d'actions spécifiques ou recommandations pour les décideurs politiques. Il s'agit de l'insuffisance rénale chronique, de la dépression chez les adolescents et de la maladie d'Alzheimer.

Certaines pathologies sont en cours d'analyse : l'hypertension, la santé mentale, la dépression chez l'adulte, les maladies cardiovasculaires et le diabète. D'autres seront étudiées plus en détail ultérieurement.

Cette étude peut être considérée comme le préliminaire à des études plus spécifiques sur des affections chroniques particulières, éventuellement basées sur des données longitudinales plutôt que transversales. L'affinement des pathologies chroniques devrait être prévu en tenant compte d'autres caractéristiques administratives "exploitables" telles que les diverses conventions, le chapitre IV des médicaments et d'autres.



Trois pathologies ont fait l'objet d'une analyse approfondie pour dégager des pistes d'actions spécifiques ou recommandations pour les décideurs politiques. Il s'agit de l'insuffisance rénale chronique, de la dépression chez les adolescents et de la maladie d'Alzheimer.



06 Bibliographie

- AIM (2011), Données Population LAYOUT version 3.0, Octobre 2011.
- Allin S., C. Masseria and E. Mossialos (2006), "Inequality in health care use among older people in the United Kingdom: an analysis of panel data", Working Paper N°1/2006, The London School of Economics and Political Science.
- Auray JP, A. Béresniak, JP. Claveranne and G. Duru (1996), Dictionnaire commenté d'économie de la santé, Paris : Masson, Coll. Abrégés, 289 pages.
- Avalosse H., O. Gillis, K. Cornelis and R. Mertens (2008), "Inégalités sociales de santé : Observations à l'aide de données mutualistes", MC-Informations 233, septembre 2008.
- Barer M., T. Getzen and G. Stoddart (1998), Health, Health care and health economics: Perspectives on distribution, Wiley edition, Chichester, 551 pages.
- Bodenheimer T. (2005), "High and rising health care costs", *Annals of Internal Medicine*, Vol.142(10), 847-854.
- Busse R., Blümel M., Scheller-Kreinsen D. and Zentner A. (2010), "Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges", *Observatory studies series*, N°20, WHO, 112 pages.
- Chateau-Degat M-L. and P. Poirier (2007), "Insulin resistance, obesity and hypertension: is the link waist circumference?", *Therapy*, Vol.4(5), 575-583.
- Closon MC. And J. Perelman (2003), "L'impact des facteurs sociaux sur les dépenses de santé : comment éviter que la recherche de l'efficacité ne se fasse au détriment de l'équité et de l'accessibilité aux soins ? ", *Reflète et Perspectives*, XLII, 2003/1 : 47-58.
- Cohen S. and W. Yu (2012), "The concentration and persistence in the level of health expenditures over time: Estimates for U.S. Population, 2008-2009", *Medical Expenditure Panel Survey, Statistical brief N°354*, January 2012. www.ahrq.gov
- Com-Ruelle L. and S. Dumesnil (1999), Concentration des dépenses et grands utilisateurs de soins de santé de soins médicaux France 1995, *Biblio n°1269*, juin 1999, 175 pages.
- Dormont B. (2009), Les dépenses de santé : Une augmentation salubre ?, CEPREMAP, Editions rue d'Ulm (ENS) 78 pages.
- Drummond M. and A. McGuire (2001), *Economic evaluation in health care –merging theory with practice*, Oxford University Press –OHE, 2001, 286 pages.
- Drummond M., B. O'Brien, G. Stoddart and G. Torrance (1997), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, second edition, Oxford Medical Publications, 305 pages.
- Duru G. (1994), *Analyses et évaluations en économie de la santé*, Editions Hermès, 1994, 404 pages.
- EU Health Policy Forum (2012), "Answer to DG SANCO consultation on chronic diseases", 13 January, 2012, 31 pages.
- Gaitatzis A., K. Carroll, A. Majeed and JW. Sander (2004), "The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population", *Epilepsia*, Vol.45(12), 1613-1622.
- Getzen T. (1997), *Health economics : Fundamentals and flow of funds*, Wiley edition, 467 pages.
- Gillet P. (1997), *La production médicale: Les disparités dans l'utilisation des soins médicaux: vers une responsabilisation de l'offre*, ULg-UNMS, 283 pages.
- Henderson J. (1999), *Health economics and Policy*, South-Western College Publishing, 578 pages.
- Hernandez-Quevedo C., C. Masseria and E. Mossialos (2010), "Analysing the socioeconomic determinants of health in Europe : new evidence from EU-SILC", *Eurostat Methodologies and working papers*, 37 pages.
- Hogan, C., J. Lunney, J. Gabel and J. Lynn (2001), "Medicare beneficiaries costs of care in the last year of life", *Health Affairs*, Vol.20, 188-195.
- Holly A. (2009), "Age et dépenses de santé", *Institut d'économie et management de la sante (IEMS)*, Université de Lausanne, Lyon, 13 novembre 2009.
- Johnson RJ., MS. Segal, T. Srinivas, A. Ejaz, W. Mu, C. Roncal, LG. Sánchez-Lozada, M. Gersch, B. Rodriguez-Iturbe, D-H. Kang and JH. Acosta (2005), "Essential hypertension, progressive renal disease, and uric acid: a pathogenetic link?", *Journal of the American Society of Nephrology*, Vol.16(7), 1909-1919.
- Jones A. and O. O'Donnell (2002), *Econometric analysis of health data*, Wiley edition, 233 pages.
- Kakwani N., A. Wagstaff and E. Van Doorslaer

- (1997), "Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference", *Journal of Econometrics*, Vol.77, 87-103.
- KCE (2012), "Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique : développement d'un position paper", KCE report 190B D/2012/10.273/80, Health services research, Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- King D. and E. Mossialos (2005), "The determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England", 1997-2000, *Health Services Research*, Vol.40(1), 195-212.
- Koolman X. and E. Van Doorslaer (2003), "On the interpretation of the concentration index of inequality", ECuity II Project, working paper N°4 august 2003, Erasmus University, The Netherlands.
- Léonard C. (2003), "Analyse de l'évolution récente des dépenses de santé et perspectives. L'exigence d'une plus grande solidarité", *Reflets et Perspectives*, XLII, 2003/1 : 17-3.
- Lubitz J., L. Cai, E. Kramarow and H. Lentzner (2003), "Health, Life Expectancy, and Health Care Spending among the Elderly", *The New England Journal of Medicine*, Vol.349, 1048-55.
- Lubitz, J. and G. Riley (1993) : "Trends in medicare payments in the last year of life", *The New England Journal of Medicine*, Vol.328(15), 1092-1096.
- Lubitz J. and R. Prihoda (1984), "The use and costs of Medicare services in the last two years of life", *Health Care Financing Review*, Vol.5, 117-131.
- Luce J. and G. Rubinfeld (2002), "Can health care costs be reduced by limiting intensive care at the end of life?", *American Journal of Respiratory and critical care medicine*, Vol.165(6), 750-754.
- Ministère de la santé - République Française (2007), Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, avril 2007, 32 pages.
- Mormiche P. (1993), "Les disparités de recours aux soins en 1991", *Economie et statistique*, N°265, 45-52.
- Mossialos E. (2006), "Choice of public or private health insurance: learning experience of Germany and the Netherlands", *Journal of European Social Policy*, Vol.16(4), 315-327.
- Moto L. (1995), *Santé et multidisciplinarité, choix et décisions*, Editions Hermes science publications/lavoisier, coll. interdisciplinarité et nouveaux outils.
- O'Connell J. (1996), "The relationship between health expenditure and the age structure of the population in OECD countries", *Health Economics*, Vol.5, 573-578.
- Scuteri A. (2008), "Depression and cardiovascular risk: does blood pressure play a role?", *Journal of Hypertension*, Vol.26(9), 1738-1739.
- Stanton M. and M. Rutherford (2005), "The high concentration of U.S. health care expenditures", Rockville (MD): Agency for healthcare Research and Quality. Research in Action Issue 19.
- Van der Heyden J. (2010), *Enquête de santé par interview, Belgique 2008 : Affections chroniques*, 352 pages.
- Waeber B. and F. Stiefel (2010), "Impact of depression on drug intake in hypertensive patients", *Journal of Hypertension*, Vol.28(9), 1804-1805.
- Wagstaff A. (2002), "Pauvreté et inégalité dans le secteur de la santé", *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles N° 7*, 100-108.
- Wagstaff A., P. Paci and E. Van Doorslaer (1991), "On the measurement of inequalities in health", *Social Science and Medicine*, Vol.33(5), 545-557.
- Wagstaff A. and E. Van Doorslaer (2000), *Equity in Health care finance and delivery*, in North Holland Handbook of health economics, Culyer A. and Newhouse JP (eds), Chap.34.
- WHO Health Commission on the social determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Final report on the commission on the social determinants of health, World Health Organisation, Geneva.
- WHO (2002), *Innovative care for chronic conditions*, Global report, 99 pages.
- WorldBank (2005), *The concentration index*, <http://siteresources.worldbank.org/EXTEDSTATS/Resources/3232763-1171296378756/concentration.pdf>
- Zweifel P., S. Felder and M. Meiers (1999), "Ageing of the population and health care expenditure : a red herring?", *Health Economics*, Vol.8, 485-496.

07 Annexes

AFFECTIONS CHRONIQUES SUR BASE DE LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS (90 DDD PAR AN)

Syndrome	Inclusion ATC		Exclusion ATC	Filtres additionnels
	OU booléen	ET booléen		
Affections CV : général	C01	digitaliques, antiarythmiques, antiangoreux		
	C02	antihypertenseurs à action centrale et vasodilatateurs		
	C03	diurétiques		
	C07	bêta-bloquants et combinaisons		
	C08	antagonistes CA		
	C09	IECA, AZRA et combinaisons		
Affections CV : maladies cardiaques	C01	digitaliques, antiarythmiques, antiangoreux		
Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	R03A	bêta-2-mimétiques (+ corticoïdes)		> 50 ans
	R03BA	corticoïdes à inhaler		
	R03BB	anticholinergiques		
	R03DA04	théophylline		
Asthme	R03A	bêta-2-mimétiques (+ corticoïdes)		<= 50 ans
	R03BA	corticoïdes à inhaler		
	R03DC01	antagonistes des récepteurs des leucotriènes		
	R03DC03	antagonistes des récepteurs des leucotriènes		
Mucoviscidose	R05CB13	dornase alpha		
	A09AA02	pancréatine (remboursée en cat. A)		
Diabète sucré (DM)	A10A	insuline		
	A10B	antidiabétiques oraux		
Diabète avec affections CV	A10A	insuline	Codes ATC affections CV	
	A10B	antidiabétiques oraux		
DM avec insuline	A10A	insuline		
DM sans insuline	A10B	antidiabétiques oraux		
Maladies pancréatiques exocrines	A09AA02	pancréatine (remboursée en cat. B)		
Psoriasis	D05AX02	analogues de la vit. D		
	L04AA01	cyclosporine		
Arthrite rhumatoïde ou psoriasique, maladie de Crohn, colite ulcéreuse	L04AA12	infliximab		
	L04AA11	etanercept		
	L04AA13	léflunomide		
	A07EC01	sulfasalazine		
	A07EC02	mésasalazine		
Psychose (<=70 ans)	N05A	antipsychotiques	N05AL : benzamides	<= 70 ans
Psychose (>70 ans)	N05A	antipsychotiques	N05AL : benzamides	> 70 ans
Maladie de Parkinson	N04	antiparkinsoniens	N04AA : anticholinergiques	

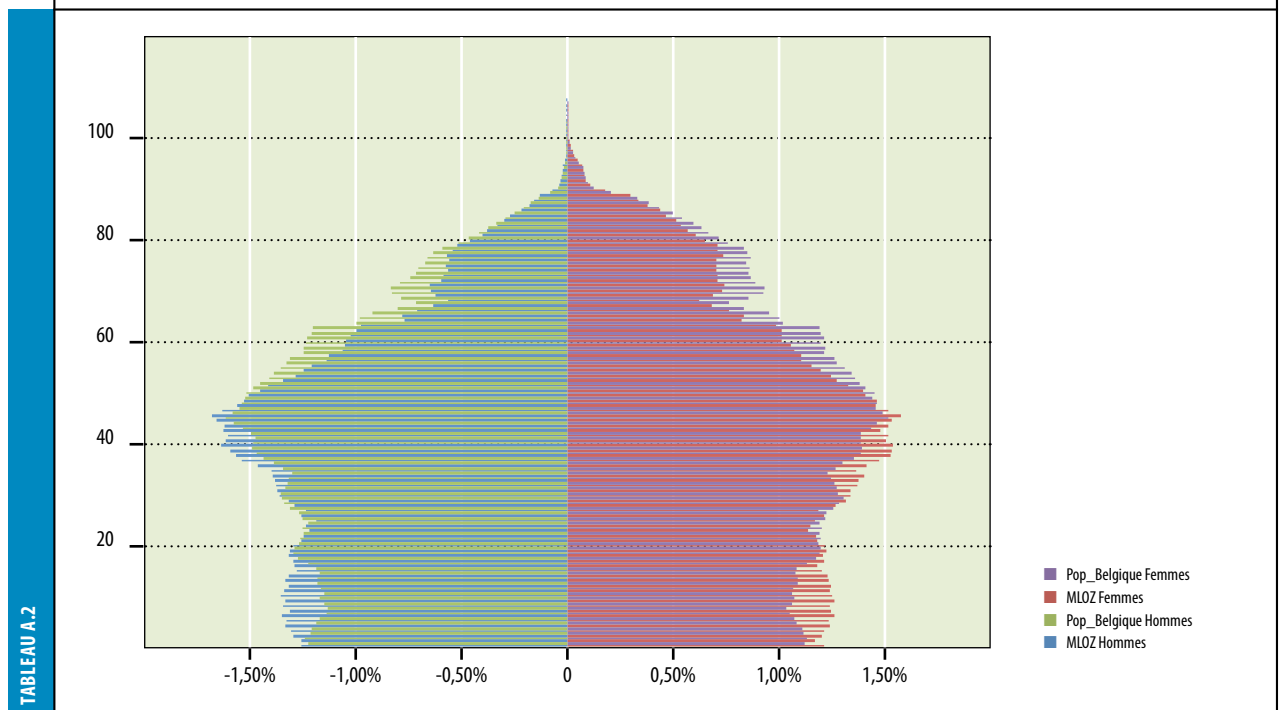
TAB LEAU A.1

TABLEAU A.1

Epilepsie	N03	antiépileptiques		N03AF01 : carbamazépine	
VIH	J05AE	inhibiteurs des protéases			
	J05AF	inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase réverse			
	J05AG	inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase réverse			
Hépatite B et C chronique	L03AB04	interférons alfa-2a			
	L03AB05	interférons alfa-2b			
	L03AB09	interférons alfacon-1			
	L03AB10	peginterféron alfa-2b			
Sclérose en plaques	L03AB07	interférons bêta-1a			
	L03AB08	interférons bêta-1b			
	L03AX13	glatiramère			
Transplantation d'organe	L04AA01	cyclosporine			
	L04AA02	tacrolimus			
	L04AA06	mofétil mycophénolate			
	L04AA10	sirolimus			
Maladie d'Alzheimer	N06DX01	mémantine			
	N06DA	inhibiteurs des cholinestérases			

SOURCE : Rapport du groupe d'expertise morbidité (version du 26 avril 2004)

COMPARAISON PYRAMIDES DES ÂGES DE LA POPULATION MLOZ ET DE LA POPULATION BELGE



NOMBRE DE PERSONNES DÉCÉDÉES PAR PATHOLOGIE (EN VALEURS ABSOLUE ET RELATIVE)

	1%		5%		10%		Population totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dépression	1.254	20,0%	4.218	20,4%	4.759	19,0%	5.171	16,9%
Affection cardiovasculaire : maladie cardiaque	1.432	22,8%	4.542	22,0%	5.395	21,5%	6.099	19,9%
BPCO	1.073	17,1%	3.007	14,6%	3.553	14,2%	4.021	13,1%
Asthme	106	1,7%	274	1,3%	335	1,3%	411	1,3%
Mucoviscidose	7	0,1%	12	0,1%	13	0,1%	13	0,0%
Diabète avec insuline	460	7,3%	1.164	5,6%	1.355	5,4%	1.470	4,8%
Diabète sans insuline	465	7,4%	1.553	7,5%	1.923	7,7%	2.304	7,5%
Maladie pancréatique exoc.	23	0,4%	53	0,3%	57	0,2%	61	0,2%
Psoriasis	0	0,0%	4	0,0%	4	0,0%	4	0,0%
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	51	0,8%	119	0,6%	142	0,6%	165	0,5%
Psychose (<=70 ans)	108	1,7%	275	1,3%	330	1,3%	388	1,3%
Psychose (>70 ans)	141	2,2%	778	3,8%	832	3,3%	857	2,8%
Parkinson	234	3,7%	972	4,7%	1.088	4,3%	1.140	3,7%
Epilepsie	424	6,7%	998	4,8%	1.103	4,4%	1.177	3,8%
VIH	20	0,3%	32	0,2%	33	0,1%	33	0,1%
Hépatite B et C chron.	3	0,0%	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%
Sclérose en plaques	1	0,0%	5	0,0%	5	0,0%	5	0,0%
Transpl. d'organe	13	0,2%	31	0,2%	35	0,1%	35	0,1%
Alzheimer	224	3,6%	1.012	4,9%	1.170	4,7%	1.287	4,2%
Insuffisance rénale chron.	386	6,1%	507	2,5%	535	2,1%	551	1,8%
Santé mentale	187	3,0%	332	1,6%	349	1,4%	359	1,2%
Maladie rare	360	5,7%	558	2,7%	590	2,4%	597	1,9%
Affection cardiovasculaire : hypertension	3.878	61,7%	12.555	60,8%	15.074	60,2%	17.407	56,8%
Cancer (COM)	1.523	24,2%	3.027	14,7%	3.252	13,0%	3.298	10,8%
Total : malades chroniques	5.092	81,0%	16.218	78,5%	19.300	77,1%	22.197	72,4%
Total : population	6.283	100,0%	20.651	100,0%	25.045	100,0%	30.649	100,0%

TABLEAU A.3

DÉPENSES DES PERSONNES DÉCÉDÉES PAR PATHOLOGIE (EN € ET EN %)

	1%			5%			10%			Population totale		
	En million	%	Moyenne	En million	%	Moyenne	En million	%	Moyenne	En million	%	Moyenne
Dépression	58,2	19,4%	46.436	109,0	20,3%	25.845	111,9	20,0%	23.523	112,9	19,8%	21.830
Affection cardiovasculaire : maladie cardiaque	66,5	22,2%	46.459	118,2	22,0%	26.033	122,9	21,9%	22.778	124,4	21,9%	20.400
BPCO	49,4	16,5%	46.053	82,0	15,3%	27.262	84,9	15,2%	23.903	86,0	15,1%	21.380
Asthme	5,2	1,7%	49.456	8,0	1,5%	29.156	8,3	1,5%	24.861	8,5	1,5%	20.640
Mucoviscidose	0,8	0,3%	111.321	0,9	0,2%	73.505	0,9	0,2%	68.418	0,9	0,2%	68.418
Diabète avec insuline	23,9	8,0%	52.015	36,0	6,7%	30.953	37,1	6,6%	27.357	37,3	6,6%	25.398
Diabète sans insuline	21,8	7,3%	46.859	39,9	7,4%	25.707	41,9	7,5%	21.775	42,7	7,5%	18.514
Maladie pancréatique exoc.	1,1	0,4%	47.854	1,6	0,3%	29.893	1,6	0,3%	28.196	1,6	0,3%	26.544
Psoriasis				0,1	0,0%	17.510	0,1	0,0%	17.510	0,1	0,0%	17.510
Arthrite rhumat. ou psorias., maladie de Crohn, colite ulcér.	2,7	0,9%	53.666	3,9	0,7%	32.508	4,0	0,7%	28.135	4,0	0,7%	24.487
Psychose (<=70 ans)	5,1	1,7%	47.330	8,0	1,5%	28.987	8,3	1,5%	25.030	8,4	1,5%	21.628
Psychose (>70 ans)	5,9	2,0%	41.889	17,3	3,2%	22.209	17,6	3,1%	21.124	17,6	3,1%	20.581
Parkinson	10,1	3,4%	43.269	22,8	4,3%	23.504	23,5	4,2%	21.591	23,6	4,1%	20.720
Epilepsie	20,4	6,8%	48.148	30,3	5,7%	30.407	30,9	5,5%	28.018	31,1	5,5%	26.399
VIH	1,7	0,6%	82.851	1,9	0,3%	57.886	1,9	0,3%	56.306	1,9	0,3%	56.306
Hépatite B et C chron.	0,1	0,0%	38.894	0,2	0,0%	30.114	0,2	0,0%	30.114	0,2	0,0%	30.114
Sclérose en plaques	0,1	0,0%	54.278	0,1	0,0%	19.387	0,1	0,0%	19.387	0,1	0,0%	19.387
Transpl. d'organe	0,9	0,3%	69.116	1,2	0,2%	37.375	1,2	0,2%	33.910	1,2	0,2%	33.910
Alzheimer	9,5	3,2%	42.340	22,9	4,3%	22.629	23,8	4,2%	20.311	24,0	4,2%	18.679
Insuffisance rénale chron.	29,3	9,8%	75.822	31,4	5,8%	61.877	31,5	5,6%	58.921	31,6	5,5%	57.291
Santé mentale	10,0	3,3%	53.233	12,5	2,3%	37.756	12,6	2,3%	36.199	12,7	2,2%	35.254
Maladie rare	23,1	7,7%	64.028	26,7	5,0%	47.824	26,9	4,8%	45.543	26,9	4,7%	45.040
Affection cardiovasculaire : hypertension	182,6	60,8%	47.088	326,7	60,9%	26.020	340,3	60,7%	22.573	345,1	60,6%	19.826
Cancer (COM)	75,6	25,2%	49.621	102,0	19,0%	33.685	103,2	18,4%	31.749	103,4	18,2%	31.340
Total : malades chroniques	244,1	81,3%	47.937	429,2	80,0%	26.465	445,9	79,5%	23.101	451,9	79,4%	20.357
Total : population	300,1	100,0%	47.769	536,7	100,0%	25.990	560,5	100,0%	22.379	569,3	100,0%	18.576

TABLEAU A.4



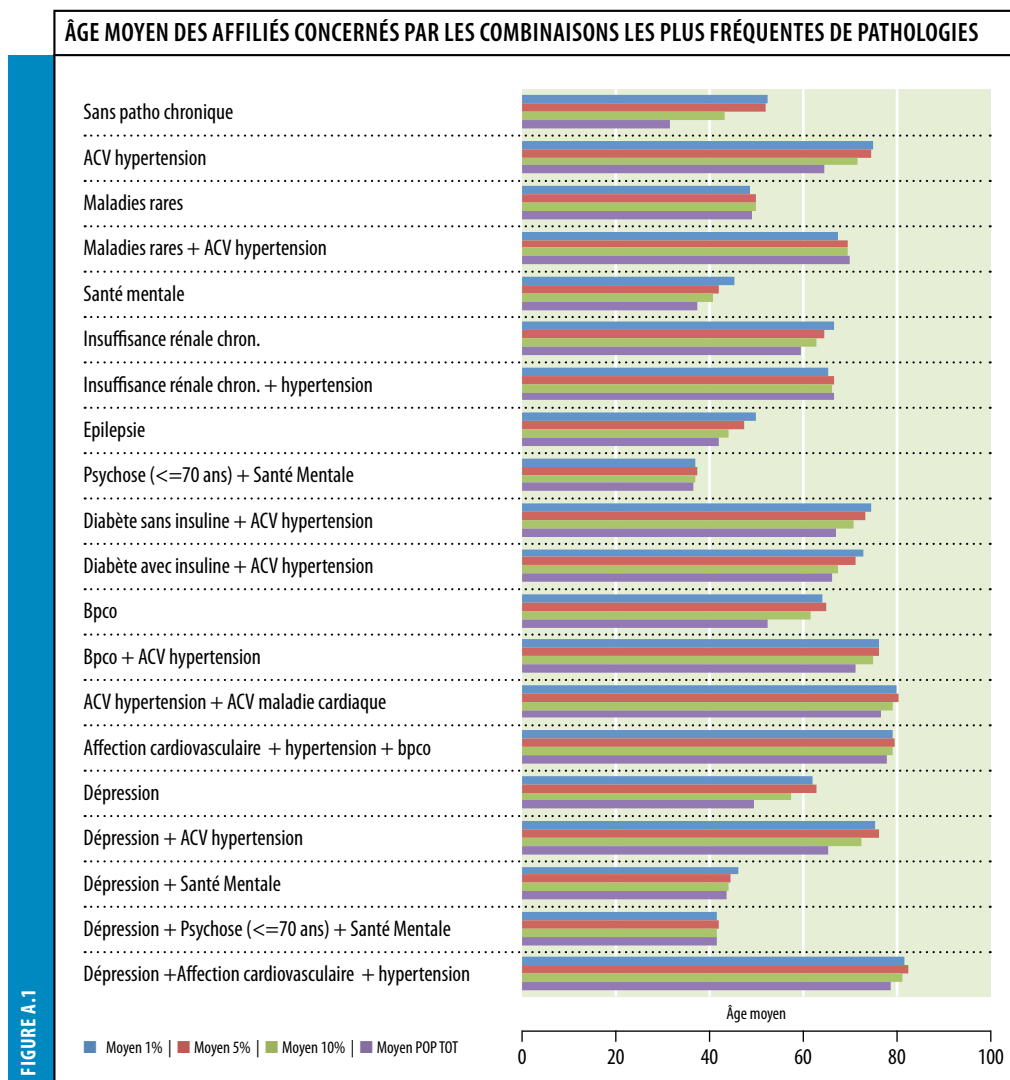


FIGURE A.1

Les âges moyens sont les plus bas (< 50 ans) pour les combinaisons contenant la santé mentale, les combinaisons avec la psychose (<= 70 ans), la combinaison "épilepsie", la combinaison "maladies rares" et la combinaison "sans pathologies chroniques". Les individus uniquement identifiés avec la pathologie "santé mentale" ont une moyenne d'âge de 38 ans alors que l'âge moyen des individus identifiés uniquement avec "hypertension" est de 62 ans dans la population totale. Ces différences sont donc relativement importantes.

La figure A.1 met en évidence que l'âge moyen est plus élevé dans les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé. Cette observation est valable pour quasi toutes les combinaisons de pathologies sélectionnées, excepté celles contenant les maladies rares, celles avec la santé mentale et la combinaison "insuffisance rénale chronique + hypertension" où l'âge moyen est relativement stable dans les sous-populations d'utilisateurs de soins de santé.

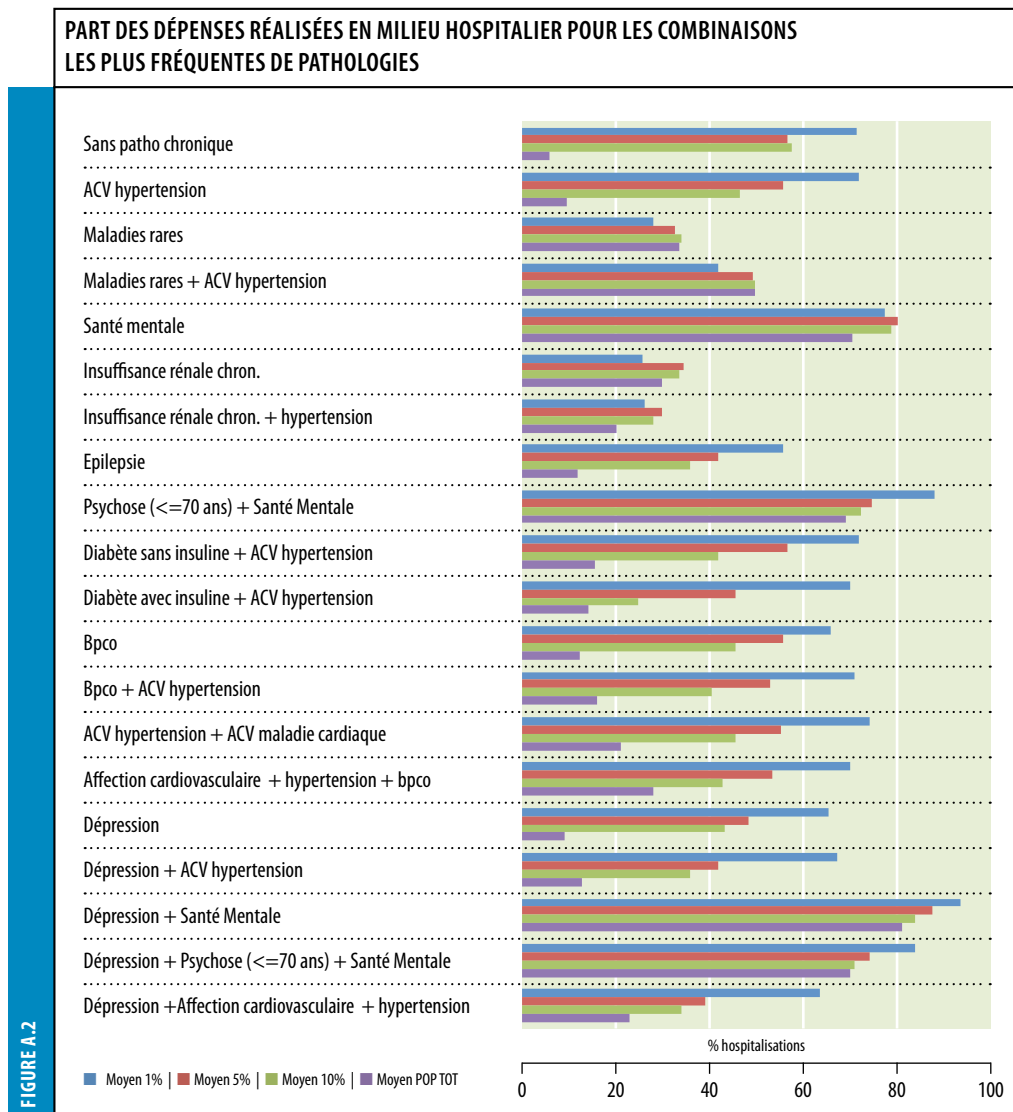


FIGURE A.2

Chez les grands utilisateurs de soins de santé, la part des dépenses hospitalières est plus importante pour la plupart des combinaisons de pathologies, excepté les combinaisons contenant les maladies rares ou l'insuffisance rénale chronique qui sont principalement traitées dans le secteur ambulatoire.

Les individus identifiés par une combinaison contenant l'hypertension (excepté l'insuffisance rénale chronique), la BPCO ou la dépression (excepté la santé mentale) ont des dépenses hospitalières qui augmentent fortement avec les sous-populations de grands utilisateurs de soins de santé. Dans la population totale, les dépenses en milieu hospitalier de la combinaison hypertension seule représentent moins de 10% tandis que ce taux s'élève à plus de 45% et à plus de 70% respectivement dans les sous-groupes des 10% et des 1%.



Mutualités Libres

Rue Saint-Hubert, 19
B-1150 Bruxelles
T 02 778 92 11 — F 02 778 94 04

.....
(©) Mutualités Libres
Bruxelles — Décembre 2013
N° d'entreprise : 411 766 483
.....

Toutes nos études sur www.mloz.be

L'Union Nationales des Mutualités Libres regroupe:

