

LES INÉGALITÉS EN SANTÉ : DIAGNOSTICS ET REMÈDES

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

F. FECHER - 30 MAI 2015



LES INÉGALITÉS EN SANTÉ : DIAGNOSTICS ET REMÈDES

PLAN GÉNÉRAL

- **Partie 1 - Les Inégalités sociales de santé : diagnostic**
- **Partie 2 - Les Inégalités dans la consommation de soins de santé : diagnostic**
- **Partie 3 - L'Équité dans le financement et les effets redistributifs des soins de santé : diagnostic**
- **Partie 4 - Quelques remèdes – Recommandations de politique économique**



PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

PLAN

- Sources
- Introduction
- Données et Variables
- Diagnostic basé sur quelques résultats
- Facteurs explicatifs des ISS



PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

SOURCES

- Fecher F., « *Les Inégalités Sociales de Santé* », Horizon 2022, Région wallonne, 2012.
- Demaret S. et A. Billiet, « *Pourquoi et comment les conditions socio-économiques influencent-elles la santé individuelle?* » (chap.6), in *Pauvreté en Belgique – Annuaire 2012*, Vrancken J., Lahaye W., Geerts A. et C. Coppée (éds), Acco Leuven, pp. 165-183, 2012.
- Enquêtes nationales de santé de l’Institut de Santé publique, 2013.

PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

INTRODUCTION

- La **biologie humaine**, la **génétique** expliquent des différences d'état de santé
- La santé physique et la santé mentale sont liées aussi au **niveau socio-économique** : les publics précarisés ont un moins bon état de santé → ISS
- Elles existent au sein des **groupes favorisés** (position hiérarchique, stress au travail et dans la vie sociale,...)
→ gradient social



PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

VARIABLES ET DONNÉES

○ *Données*

Enquêtes nationales de santé de l'Institut de Santé publique

www.enquetesante.be

○ *L'état de santé*

- Affections chroniques : diabète, obésité, hypertension, arthrose, ulcères d'estomac,...
- Limitations fonctionnelles
- Expérience de la douleur
- Santé subjective physique et mentale (très mauvaise, mauvaise, raisonnable, bonne, très bonne)

PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

VARIABLES ET DONNÉES

○ *Les indicateurs socio-économiques*

- Niveau de formation, d'éducation
- Niveau de revenus
- Catégorie socio-professionnelle

○ *La prévention*

- Brossage des dents
- Vaccination
- Dépistage du cancer (sein, col de l'utérus,...)
- Dépistage du cholestérol



PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

RÉSULTATS EN FONCTION DU NIVEAU DE REVENUS

TAB. 1- PRÉVALENCE BRUTE ET STANDARDISÉE POUR L'ÂGE ET LE SEXE D'INDICATEURS DE SANTÉ (15 ANS ET +)
(SOURCE : ENQUÊTE NATIONALE DE SANTE, 2008 – DEMARET ET BILLIET, 2012)

		Santé subjective	Maladies chroniques	Limitations fonctionnelles
Belgique	<i>Pop. totale</i>	23,2*	27,6*	18,4*
	1 ^{er} quintile	30,8	31,9	24,6
	2 ^{ème} quintile	27,6	26,8	21,8
	3 ^{ème} quintile	19,5	25,3	17,5
	4 ^{ème} quintile	14,4	20,4	17,1
	5 ^{ème} quintile	12,9	21,7	15,9
Région wallonne	<i>Pop. totale</i>	26,3*	28,3*	21,7*
	1 ^{er} quintile	36,0	29,4	19,3
	2 ^{ème} quintile	31,8	27,7	22,0
	3 ^{ème} quintile	20,2	26,8	14,6
	4 ^{ème} quintile	14,5	19,7	14,7
	5 ^{ème} quintile	10,5	23,1	14,4

TAB. 1- ... SUITE

		Santé subjective	Maladies chroniques	Limitations fonctionnelles
Région bruxelloise	<i>Pop. totale</i>	25,7*	30,5*	24,0*
	1 ^{er} quintile	37,9	36,0	27,3
	2 ^{ème} quintile	33,9	33,9	19,9
	3 ^{ème} quintile	21,1	25,8	25,4
	4 ^{ème} quintile	18,3	25,9	18,0
	5 ^{ème} quintile	15,2	23,3	17,9
Région flamande	<i>Pop. totale</i>	21,4*	26,7*	24,0*
	1 ^{er} quintile	25,8	32,4	27,1
	2 ^{ème} quintile	24,2	25,5	21,8
	3 ^{ème} quintile	18,8	24,6	18,2
	4 ^{ème} quintile	13,8	19,9	17,7
	5 ^{ème} quintile	13,2	21,3	15,8

PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

RÉSULTATS EN FONCTION DU NIVEAU DE REVENUS

- Revenus disponibles (salaires nets, revenus en capital, pensions)
- Equivalent du revenu (pondération en fonction de la composition du ménage)
- Quintiles : les ménages sont classés selon leurs (équivalents de) revenus du plus bas au plus haut et divisés en cinq groupes comprenant chacun 20% des ménages
- Résultats bruts (*) issus des données de l'Enquête de santé
- Résultats standardisés, corrigés selon la composition par âge et genre dans chaque quintile
- Santé subjective (raisonnablement) mauvaise
- Souffrir d'une ou +sieurs maladies chroniques (hypertension, diabète, mal de dos persistant,...)
- Limitations fonctionnelles dans les activités quotidiennes

PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

RÉSULTATS EN FONCTION DU NIVEAU D'ÉDUCATION

TAB. 2- INDICATEURS DE SANTÉ STANDARDISÉS POUR ÂGE ET SEXE PAR NIVEAU D'ÉDUCATION
(SOURCE : ENQUÊTE NATIONALE DE SANTÉ, 2013)

Niveau d'éducation	Santé subjective Moyenne à très mauvaise (15 ans+)	Maladies de longue durée et handicaps (15 ans+)	Limitations fonctionnelles (activités vie quotidienne – 65 ans+)
Primaire/sans diplôme	38,7%	36,3%	40,9%
Secondaire inférieur	27,2%	30,1%	21,9%
Secondaire supérieur	20,3%	26,5%	21,5%
Enseignement supérieur	13,5%	22,9%	17,8%

PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

RÉSULTATS EN FONCTION DU NIVEAU D'ÉDUCATION

- ISS fortes au niveau de la santé subjective, des limitations fonctionnelles, de l'expérience de la douleur
 - difficultés à réaliser des activités
 - effets sur les relations sociales, l'absentéisme au travail
 - **mobilité sociale descendante** (la mauvaise santé aggrave le statut socio-économique)
- ISS en **santé mentale** :
 - facteurs sociaux et matériels dans les classes défavorisées
 - stress, burn-out dans les classes plus instruites



PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

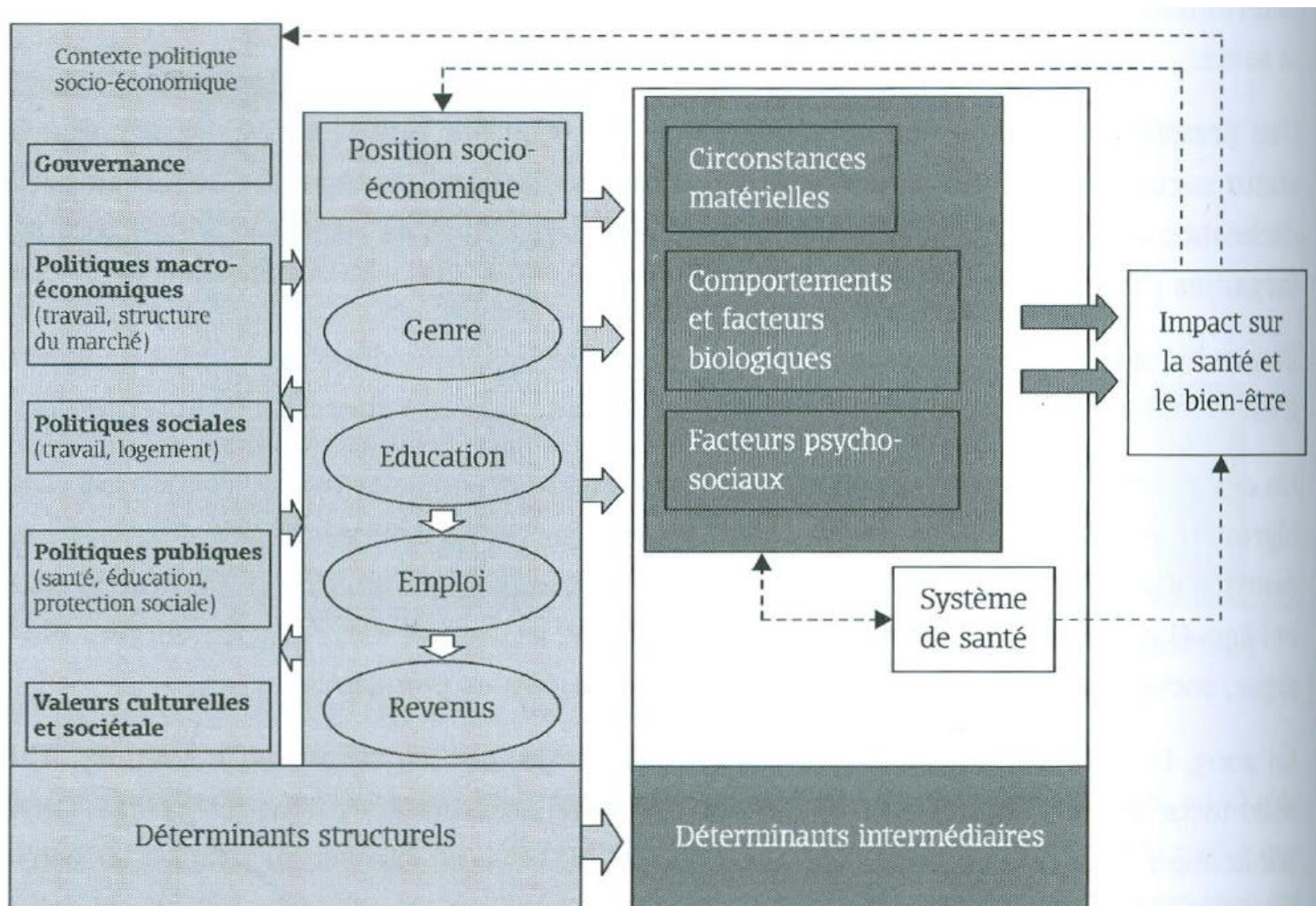
TAB. 3- TYPE DE PRÉVENTION PAR NIVEAU D'ÉDUCATION (STANDARDISATION PAR ÂGE ET SEXE)

(SOURCE : ENQUÊTE NATIONALE DE SANTÉ, 2013)

Niveau d'éducation	Vaccination contre la grippe au moins une fois (15 ans+)	Dépistage du cancer du sein (2 dernières années - 50-69 ans)	Dépistage du cancer du col de l'utérus (3 dernières années - 15 ans+)
Primaire/sans diplôme	28,7%	57,1%	43,2%
Secondaire inférieur	33,9%	71,9%	53,2%
Secondaire supérieur	31,3%	76,0%	51,8%
Enseignement supérieur	34,2%	82,0%	64,3%

FACTEURS EXPLICATIFS DES ISS

FIG.1- CADRE CONCEPTUEL DES PROCESSUS ET DÉTERMINANTS D'INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ



Source : CSDH, WHO, 2007.

PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

FACTEURS EXPLICATIFS DES ISS

○ *Facteurs matériels*

- Les **conditions de travail** (charges, niveau d'autonomie, poussières, vapeurs, fumées, bruits, vibrations, postures difficiles, risques d'accident...) affectent 32,3% du quintile le plus bas et 16% du quintile le plus élevé

→ « Double peine des ouvriers » = plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte par rapport aux cadres



PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

FACTEURS EXPLICATIFS DES ISS

- Les **conditions de logement** (espace, salubrité, fuites dans le toit, humidité, moisissures des châssis,...). Ces problèmes touchent :
 - 19% des chômeurs
 - 13% des personnes au travail
 - 10% des retraités
- L'**environnement** et la **précarité économique du quartier** (sécurité dont criminalité et vandalisme, qualité de l'air, bruit,...)

PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

FACTEURS EXPLICATIFS DES ISS

○ *Facteurs psycho-sociaux*

● **Le réseau social**

(= étendue, fréquence des contacts, type de personnes connues, activités sociales,...)

- 9,8% des personnes à faibles revenus sont insatisfaites de leurs contacts sociaux contre
- 4,1% parmi les revenus élevés

● **L'empowerment**

(= le fait d'acquérir et d'avoir un certain pouvoir) fait référence:

- au degré de contrôle qu'un individu a dans la gestion de sa vie au quotidien,
- à l'étendue de sa liberté quant aux choix qu'il doit faire (autonomie dans la gestion des tâches professionnelles, des tâches au sein du ménage,...),
- au degré de reconnaissance sociale,...

PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

FACTEURS EXPLICATIFS DES ISS

○ *Modes de vie - Facteurs culturels*

- Le tabagisme
- La consommation d'alcool
- La faible consommation de fruits et légumes, de poisson, de pain gris
- L'absence d'activité physique
- Le recours insuffisant à la prévention, notamment en matière de MST
- Le manque de compliance aux traitements

PARTIE 1 – LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

FACTEURS EXPLICATIFS DES ISS

- *L'accès à l'information sur les bonnes pratiques en matière de santé*
 - Le manque d'information peut être en partie lié aux campagnes de prévention insuffisamment axées sur les groupes les plus défavorisés
- *Les soins de santé*
 - L'état de santé n'est qu'en partie dépendant de la consommation de soins
 - Les ISS subsistent dans les pays où l'accessibilité aux soins est très large

PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

PLAN

- Sources
- Introduction
- Diagnostic basé sur quelques résultats



PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

SOURCES

- Devaux M. and M. de Looper, « *Income-related inequalities in health service utilisation in 19 OECD countries, 2008-2009* », OECD Health Working paper n°58, 2012.
- Enquêtes nationales de santé de l'Institut de Santé publique, 2013.
- Fecher F., « *L'accessibilité aux soins de santé* », Horizon 2022, Région wallonne, 2012.
- OCDE, *Panorama de la santé*, 2011, 2013.
- Salomez JL., « *Des inégalités de santé à l'équité en santé* », Contact Santé n°231, 2010.
- Van Doorslaer E., Masseria C. and X. Koolman, « *Inequalities in access to medical care by income in developed countries* », in Canadian Medical Association Journal, January 17, 174(2), pp.177-183, 2006.

PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

INTRODUCTION

- Les personnes les plus défavorisées présentent un moins bon état de santé (cf. Partie 1)
- Ces personnes consomment-elles des soins en fonction de leurs besoins réels, sous-(sur) consomment-elles certains types de soins, relativement aux personnes mieux nanties ?
- *Équité horizontale* : A situation égale, prestations égales
- Si la principale cause de sous-consommation de soins est de nature **financière**, il ne faut pas négliger les motifs **culturels** ou encore **géographiques**



PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ENQUÊTES DE SANTÉ 2013 (CORRECTIONS PAR ÂGE ET PAR SEXE)

TAB. 4.A- NOMBRE MOYEN DE CONTACTS AVEC LE MG PAR AN ET PAR PERSONNE

Niveau d'éducation	Belgique	Rég. wallonne	Rég. flamande	Rég. brux.
Primaire/sans diplôme	5,7	5,4	6,5	4,4
Secondaire inférieur	4,4	4,3	4,7	3,6
Secondaire supérieur	4,0	3,4	4,5	3,1
Enseignement supérieur	3,3	3,1	3,5	2,8

TAB. 4.B- NOMBRE MOYEN DE CONSULTATIONS AVEC LE MS PAR AN ET PAR PERSONNE

Niveau d'éducation	Belgique	Rég. wallonne	Rég. flamande	Rég. brux.
Primaire/sans diplôme	1,9	1,6	2,0	2,0
Secondaire inférieur	1,9	2,6	1,3	2,1
Secondaire supérieur	1,9	2,0	1,8	2,1
Enseignement supérieur	2,0	2,1	1,8	2,7

PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ENQUÊTES DE SANTÉ 2013 (CORRECTIONS PAR ÂGE ET PAR SEXE)

TAB. 4.C- NOMBRE MOYEN DE CONSULTATIONS AVEC UN DENTISTE PAR PERSONNE ET PAR AN – POPULATION 2 ANS ET +

Niveau d'éducation	Belgique	Rég. wallonne	Rég. flamande	Rég. brux.
Primaire/sans diplôme	1,5	0,8	2,2	0,9
Secondaire inférieur	1,6	1,7	1,5	1,9
Secondaire supérieur	1,5	1,4	1,5	1,7
Enseignement supérieur	1,9	1,9	2,0	1,8

TAB. 4.D- POURCENTAGE DE LA POPULATION ADMISE POUR UNE HOSPITALISATION CLASSIQUE (AU MOINS UNE NUIT) AU COURS 12 DERNIERS MOIS

Niveau d'éducation	Belgique	Rég. wallonne	Rég. flamande	Rég. brux.
Primaire/sans diplôme	10,6	10,0	10,7	12,6
Secondaire inférieur	10,3	10,0	10,6	9,6
Secondaire supérieur	10,3	9,4	10,6	10,2
Enseignement supérieur	7,6	7,0	7,8	7,8

PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ENQUÊTES DE SANTÉ 2013 (CORRECTIONS PAR ÂGE ET PAR SEXE)

TAB. 5 - POURCENTAGE DES MÉNAGES AYANT REPORTÉ DES SOINS DE SANTÉ AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS EN RAISON DE PROBLÈMES FINANCIERS, SELON LE NIVEAU D'ÉDUCATION

Niveau d'éducation	Belgique	Rég. wallonne	Rég. flamande	Rég. brux.
Primaire/sans diplôme	16,7	20,1	8,9	29,1
Secondaire inférieur	9,7	8,6	3,5	34,4
Secondaire supérieur	7,1	5,9	5,2	20,6
Enseignement supérieur	5,0	4,5	2,4	15,1

TAB. 6- POURCENTAGE DES MÉNAGES AYANT REPORTÉ DES SOINS DE SANTÉ AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS EN RAISON DE PROBLÈMES FINANCIERS, SELON LE NIVEAU DE REVENU ÉQUIVALENT

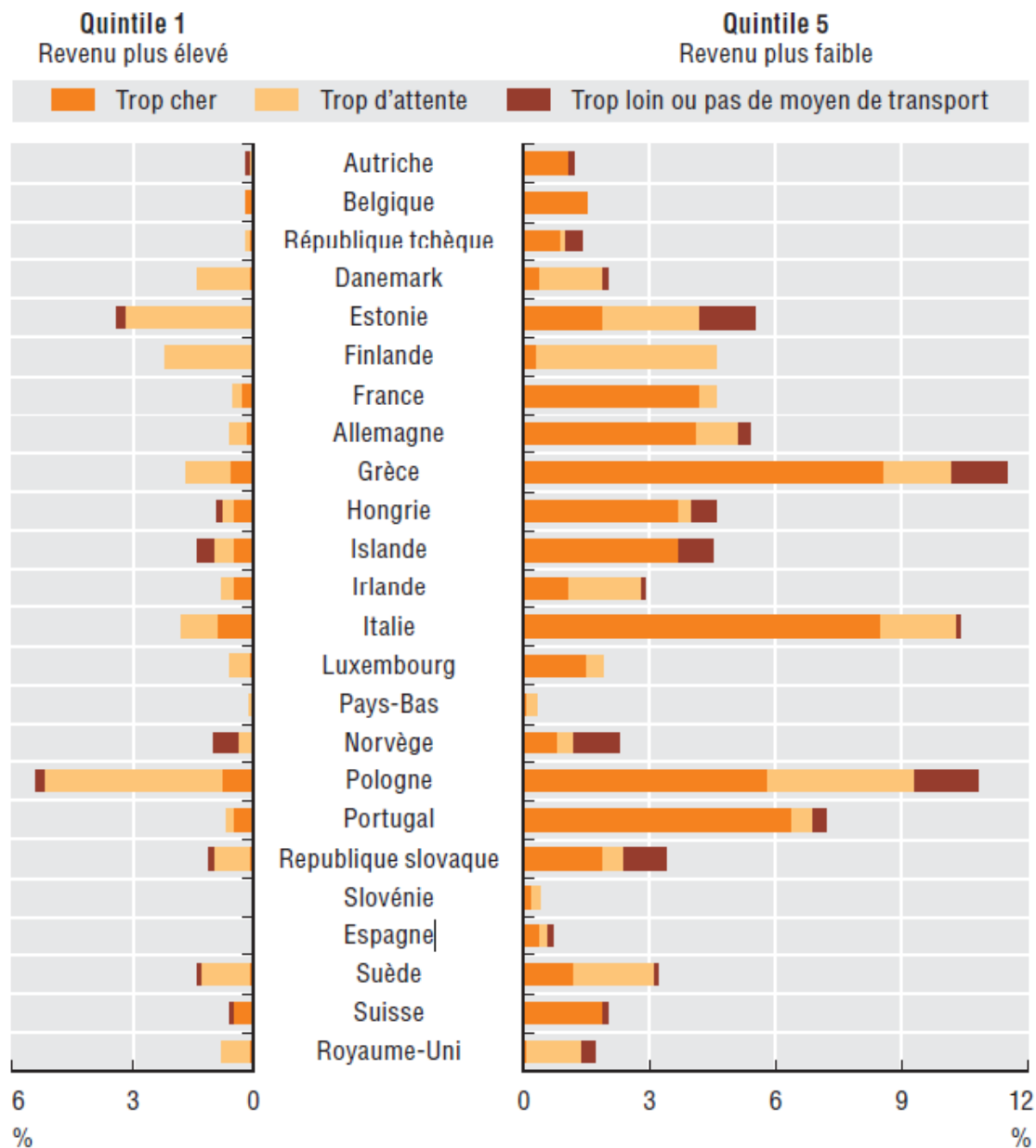
Niveau de revenu	Belgique	Rég. wallonne	Rég. flamande	Rég. brux.
Quintile 1	17,6	15,2	11,6	36,7
Quintile 2	11,5	10,1	7,6	31,5
Quintile 3	6,4	6,7	4,1	15,7
Quintile 4	3,1	4,8	0,9	12,1
Quintile 5	2,0	3,5	0,7	5,6

PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ENQUÊTES DE SANTÉ

- *Les personnes faiblement scolarisées ont aussi :*
 - un recours plus fréquent à un service d'urgence
 - une consommation plus élevée de certains médicaments spécifiques (indiqués contre le diabète, l'hypertension, l'asthme, la bronchite chronique) ainsi que les anti-douleurs, calmants et somnifères
 - une consommation inférieure de médicaments en vente libre
 - un moindre recours aux thérapies non conventionnelles

FIG. 2- BESOINS INSATISFAITS D'EXAMEN MÉDICAL POUR DIFFÉRENTES RAISONS, PAR QUINTILE DE REVENU, PAYS EUROPÉENS, 2009 (SOURCE : OCDE, 2011)



PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ
RÉSULTATS – ÉQUITÉ HORIZONTALE – PAYS OCDE – VAN DOORSLAER ET AL. 2006

Équité horizontale : A situation égale, prestations égales

Consommation effective de soins et Besoins de soins attendus
estimés sur base de l'âge, du genre et de l'état de santé

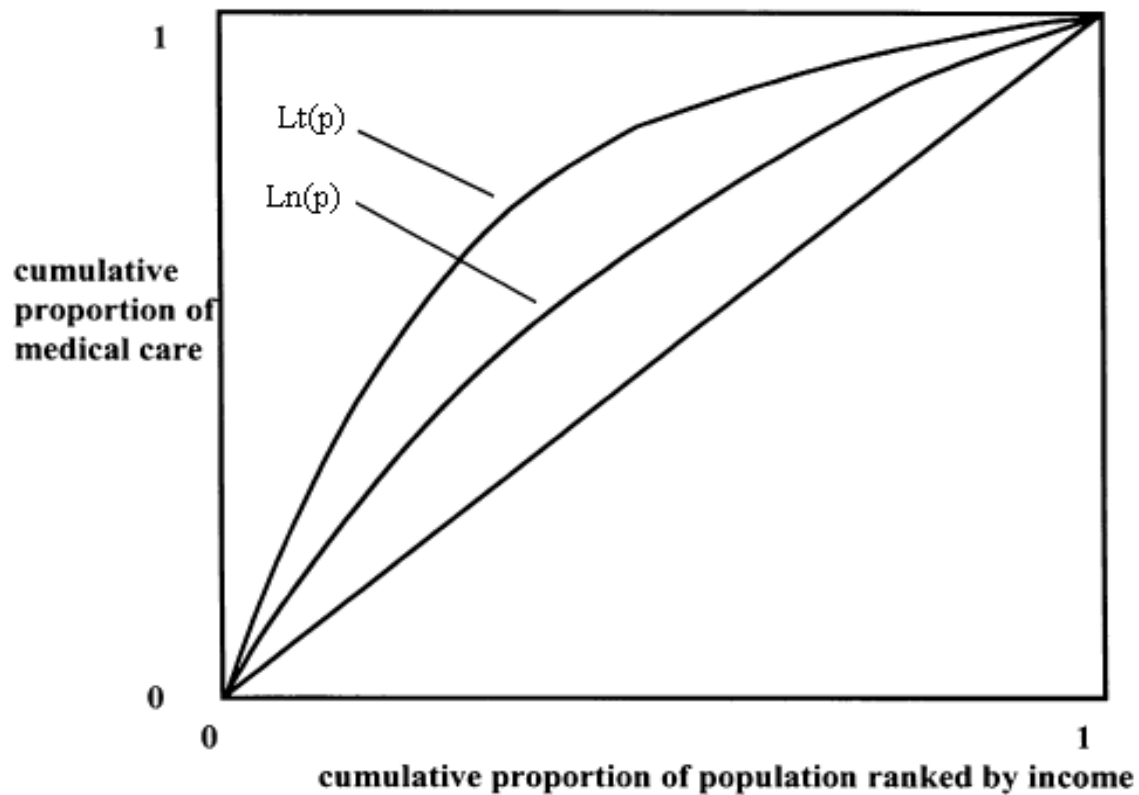
Iniquité horizontale : La consommation effective est $<$ à la
consommation attendue

→ Différences *évitables et injustes*

PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ÉQUITÉ HORIZONTALE – PAYS OCDE – VAN DOORSLAER ET AL. 2006

FIG. 3 : COURBE DE CONCENTRATION DES TRAITEMENTS ET DES BESOINS



PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ÉQUITÉ HORIZONTALE – PAYS OCDE – VAN DOORSLAER ET AL. 2006

- La *courbe de concentration de traitement* L_t met en relation le pourcentage cumulé de la population, classée selon les revenus, et le pourcentage cumulé des soins effectivement consommés
- L'*indice de concentration de traitement* C_t renseigne sur ce degré d'inégalité de la distribution des prestations de soins de santé
 - C_t négatif : les plus pauvres consomment plus de soins
- Mais il ne nous apprend rien quant au degré d'équité, puisque les classes socio-économiques inférieures ont aussi tendance à être en moins bonne santé



PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ÉQUITÉ HORIZONTALE – PAYS OCDE – VAN DOORSLAER ET AL. 2006

- La *courbe de concentration des besoins* L_n met en relation le pourcentage cumulé de la population, classée en fonction des revenus, et le pourcentage cumulé de besoins réels de soins
- Les *soins attendus* sont estimés sur base de l'âge, du genre et de l'état de santé (santé subjective, limitations dues à des problèmes de santé chroniques, des problèmes de santé mentale ou à un handicap)



PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ÉQUITÉ HORIZONTALE – PAYS OCDE – VAN DOORSLAER ET AL. 2006

- Le degré d'iniquité est mesuré en comparant les deux courbes : L_t et L_n
- Si L_n se situe au-dessus de L_t , les pauvres reçoivent moins de soins qu'ils n'en ont besoin et il y a iniquité en défaveur des pauvres et donc en faveur des riches
- Si L_n se situe en dessous de L_t , l'iniquité est en faveur des moins nantis. Ils reçoivent donc relativement plus de soins que ce qui est attendu sur base de leurs besoins

PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

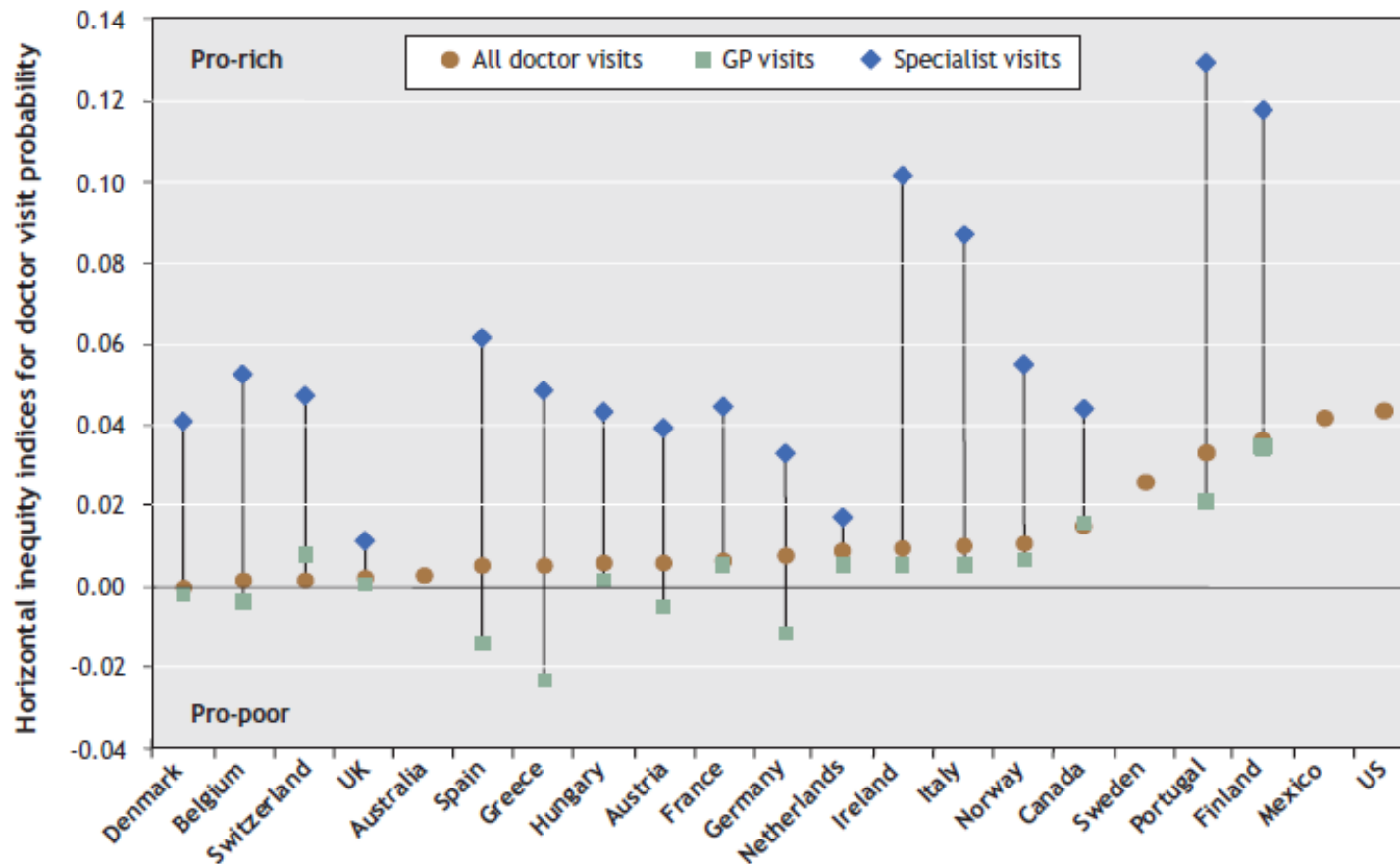
RÉSULTATS – ÉQUITÉ HORIZONTALE – PAYS OCDE – VAN DOORSLAER ET AL. 2006

- Pour quantifier cette iniquité, on calcule l'indice d'iniquité horizontale HI qui dépend des indices de concentration de besoin et de traitement et qui équivaut à deux fois la surface entre les courbes L_t et L_n
- HI est positif : iniquité en faveur des mieux nantis, en défaveur des moins bien nantis
- HI est négatif : iniquité en faveur des moins bien nantis, en défaveur des mieux nantis
- $HI = 0$: les besoins et la consommation effective de soins sont proportionnels d'un bout à l'autre de la distribution des revenus, il y a équité

PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ÉQUITÉ HORIZONTALE – PAYS OCDE – VAN DOORSLAER ET AL. 2006

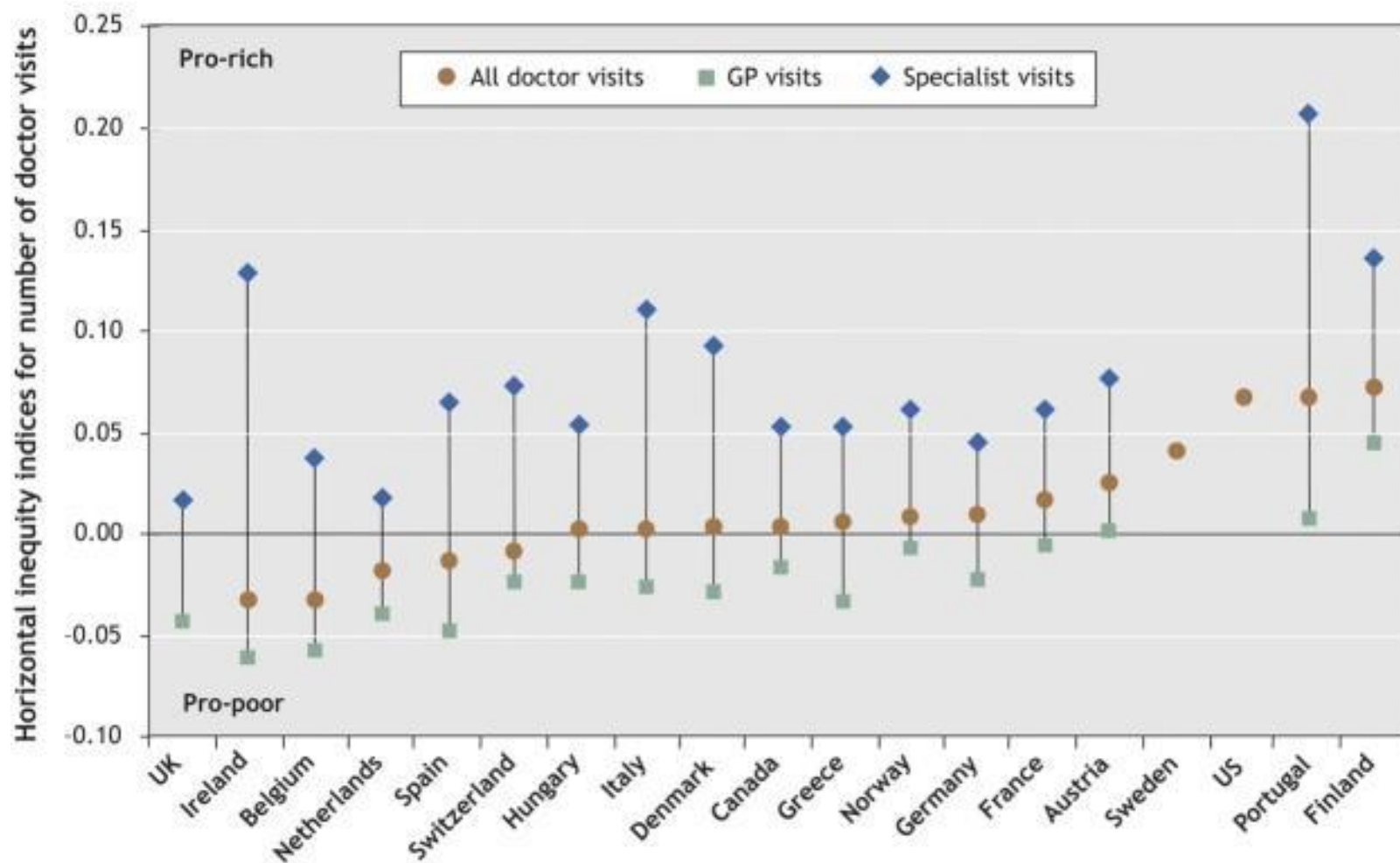
FIG. 4 : INDICES HI – PROBABILITÉ DE RECOURS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS



PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ÉQUITÉ HORIZONTALE – PAYS OCDE – VAN DOORSLAER ET AL. 2006

FIG. 5 : INDICES HI – NOMBRE ANNUEL MOYEN DE VISITES



PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ÉQUITÉ HORIZONTALE – PAYS OCDE

TAB. 7 - SOURCE : VAN DOORSLAER, BUYTENDIJK ET GEURTS (2001)

Inequality indices (C_M) and inequity indices (HI_{WV}) for medical care utilisation ()*

	Belgium		Netherlands	
	C_M	HI_{WV}	C_M	HI_{WV}
GP visits	-0,0879 (0,010)	0,0144 (0,009)	-0,0994 (0,019)	-0,0011 (0,020)
Specialist visits	0,0188 (0,015)	0,0867 (0,015)	-0,0543 (0,032)	0,0673 (0,032)
Hospital stays	-0,1290 (0,021)	0,0004 (0,021)	-0,1650 (0,030)	-0,0172 (0,031)

(*) Standard errors in parentheses, indices in bold if stat signif diff from zero, i.e. if its (absolute) t-value exceeds 1.96.

PARTIE 2 – LES INÉGALITÉS DANS LA CONSOMMATION DE SOINS DE SANTÉ

RÉSULTATS – ÉQUITÉ HORIZONTALE – PAYS OCDE - VAN DOORSLAER ET AL. 2001

- Sur base de l'indice C_M d'inégalité de la consommation effective de soins, on constate qu'en Belgique les consultations de généralistes et les séjours en hôpital sont concentrés plus intensivement dans la population à faible revenu.
- Pour les consultations chez les spécialistes, il n'y a pas d'inégalités significatives liées aux revenus : les différents groupes de revenus semblent donc, en moyenne, consommer les visites chez le spécialiste avec la même intensité.
- Toutefois, quand on tient compte des différences entre consommations effectives et besoins objectifs, on constate sur base de l'indice HI que seules les visites chez un spécialiste semblent significativement non équitables, cette iniquité jouant en faveur des mieux nantis.

PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

PLAN

- Sources
- Introduction
- Diagnostic basés sur quelques résultats



PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

SOURCES

- Fecher F. *et al.*, « *Impact des services publics et sociaux sur le revenu des ménages belges* », D'autres Repères, FAR, 2012.
- OCDE, *Panorama de la santé*, 2013.
- Schokkaert E. and C. Van de Voorde, « *Équité du système de santé belge* », Revue française d'Économie, n°4, 2015.
- Verbist G. and S. Lefebure, « *The distributional impact of health care services in Belgium* », Accurate income measurement for the assessment of public policies, Project 028412, 2007.
- Vrijens F., Renard F. *et al.*, « *Performance of the Belgian health system* » report 196C, KCE, 2012.
- Wagstaff A. *et al.*, « *Equity in the finance of health care: some further international comparisons* », in Journal of Health Economics, 18, pp. 263-290, 1999.

PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

INTRODUCTION

Question 1

Le financement du système de santé est-il prélevé de façon équitable au sein de la population ?

- **Équité verticale** : les riches contribuent davantage que les plus modestes → financement *progressif*
- ↪ Objectif : réduire les écarts de niveaux de vie, de revenus disponibles entre les individus

Question 2

Quel est l'impact des dépenses de santé sur la distribution des revenus disponibles ?

PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

RÉSULTATS

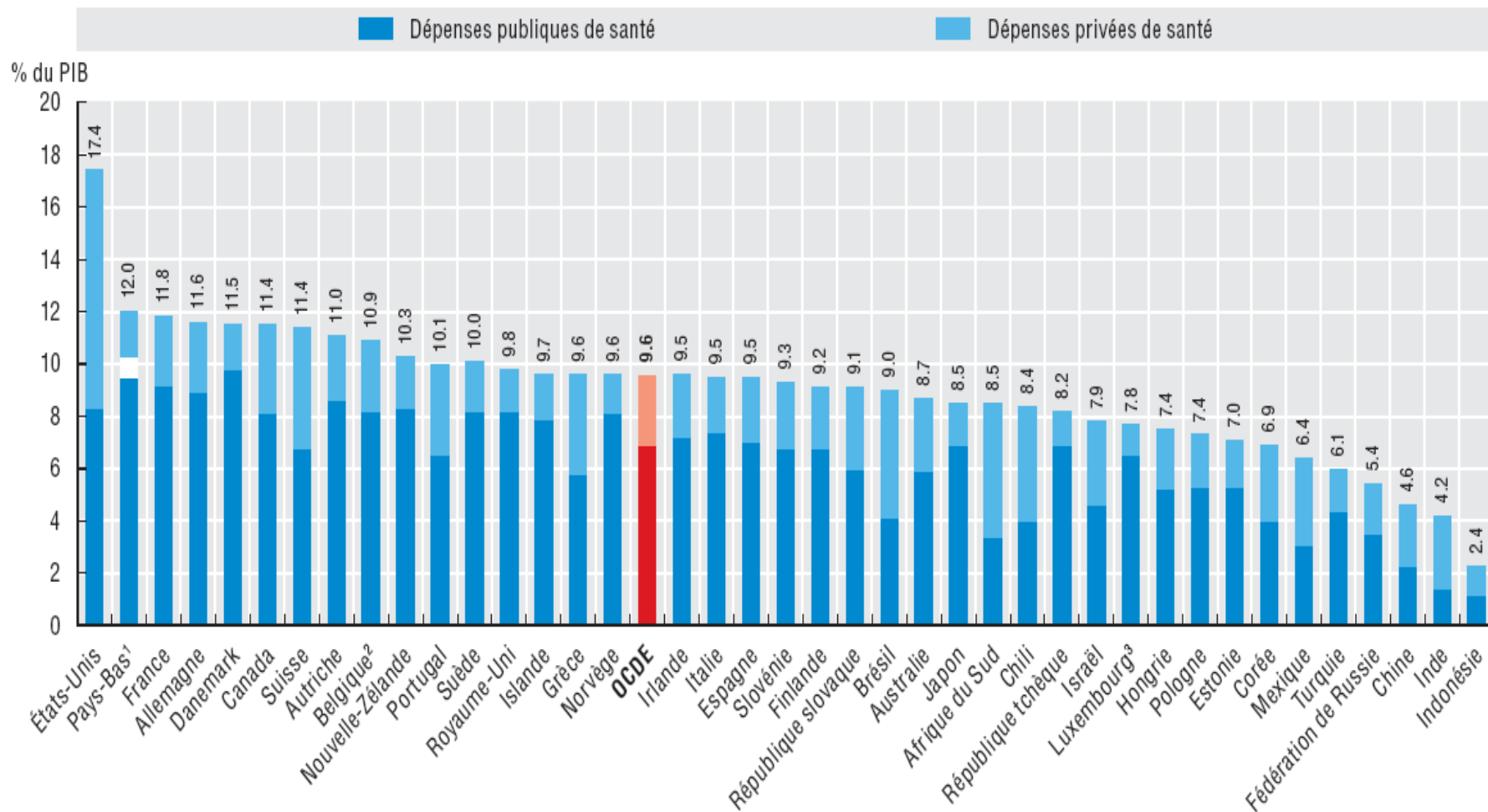
Sources principales de financement des soins de santé

- 1- taxes générales (taxes directes et indirectes)
- 2- cotisations sociales
→ $1 + 2 = \text{financement public}$
- 3- primes d'assurances privées
- 4- paiements à charge du patient – tickets modérateurs
→ $3 + 4 = \text{financement privé}$

PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

RÉSULTATS - TAB. 8.A – SOURCE : OCDE, 2013

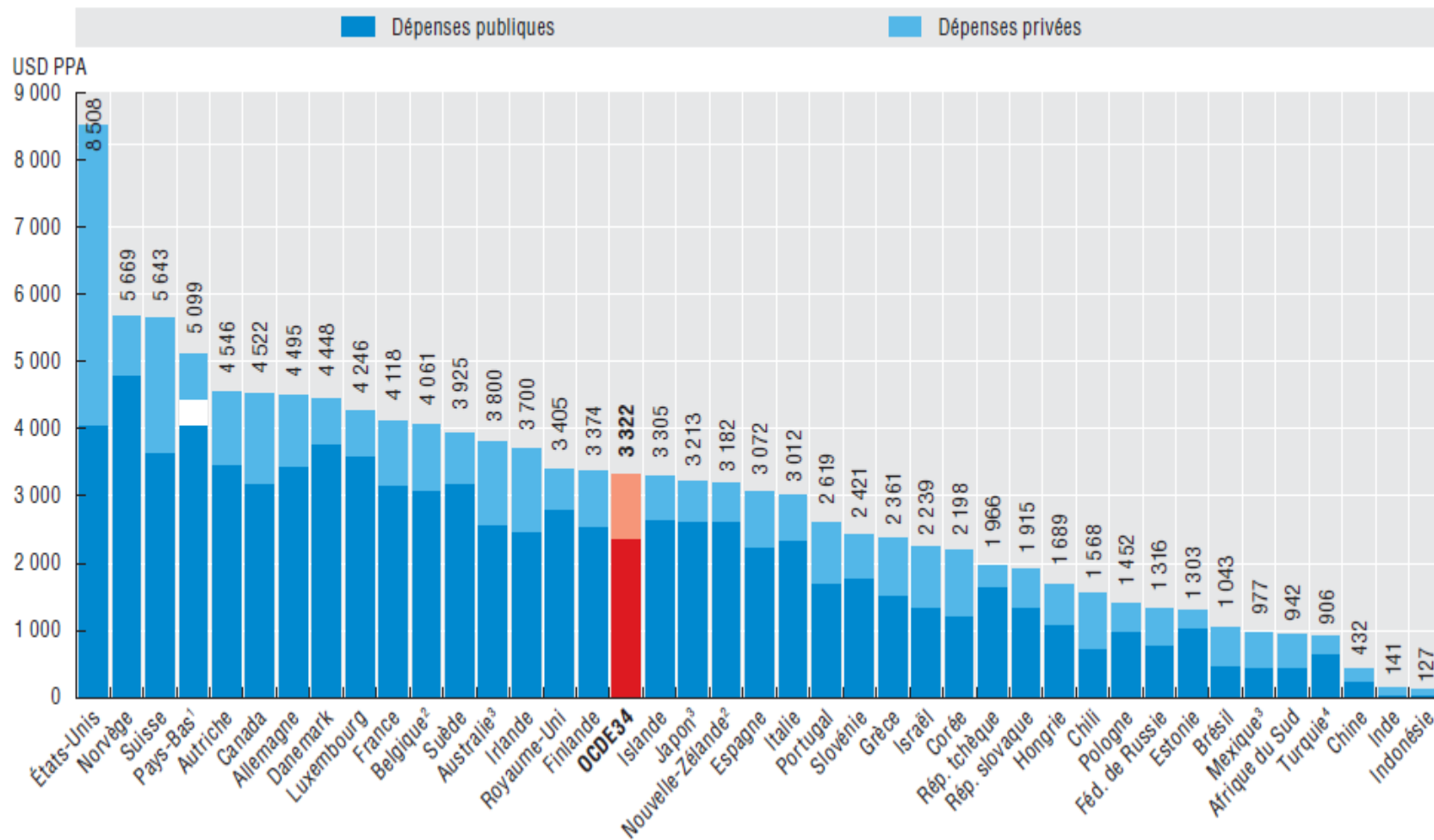
7.2.1 Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 2009 (ou année la plus proche)



PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

RÉSULTATS - TAB. 8.B – SOURCE : OCDE, 2013

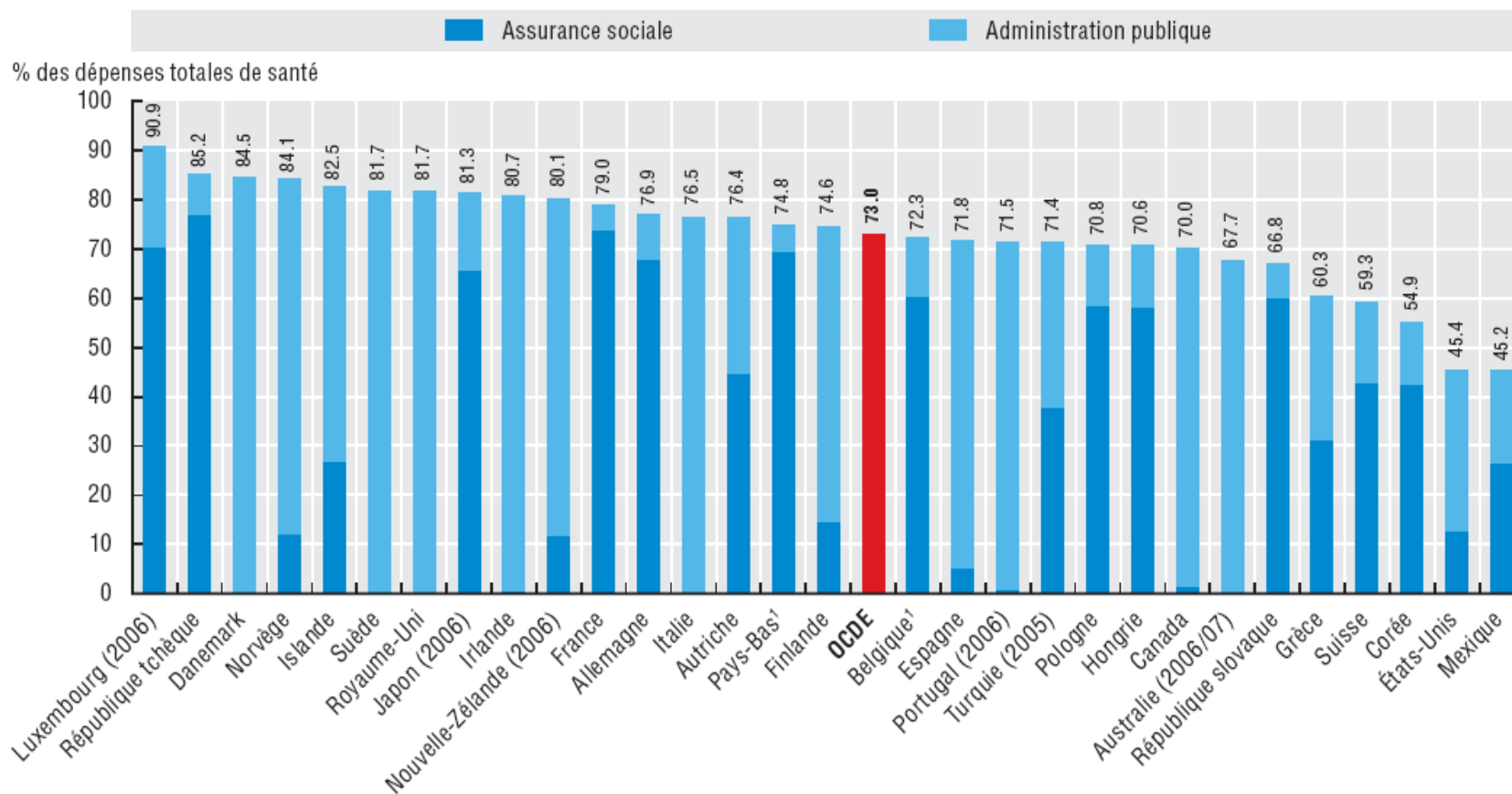
7.1.1. Dépenses de santé par habitant, 2011 (ou année la plus proche)



PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

RÉSULTATS – TAB. 8.C – SOURCE : OCDE, 2013

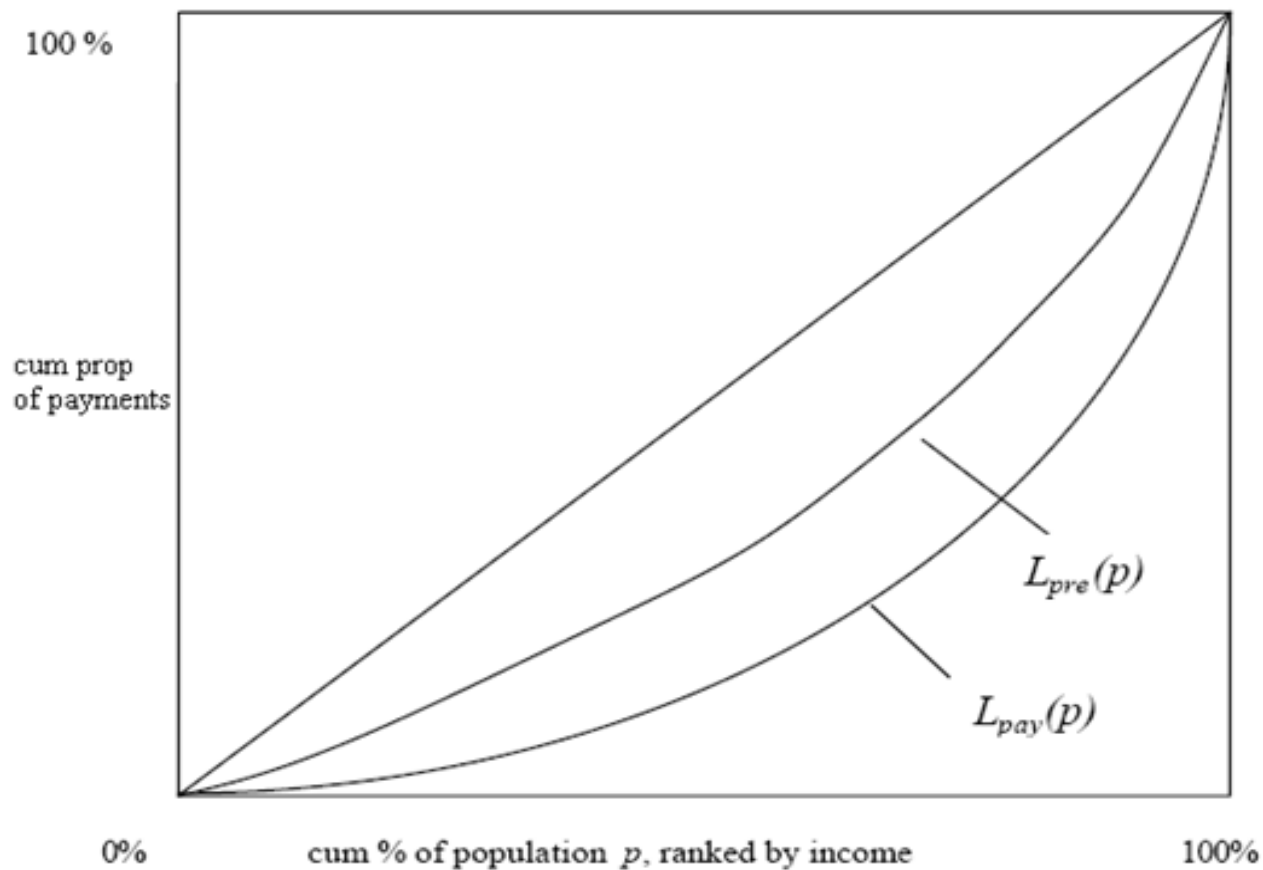
7.6.1 Part publique des dépenses totales de santé, 2007



1. Part des dépenses courantes de santé.

PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

FIG. 6 - COURBES DE CONCENTRATION - SOURCE : WAGSTAFF, 1999



PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

RÉSULTATS – COURBES DE CONCENTRATION

- La *courbe de Lorenz des revenus* avant dépenses de santé (L_{pre})
- La *courbe de concentration des paiements* (L_{pay}) qui représente la proportion cumulée de la population (ordonnée, comme dans le cas de la courbe de Lorenz, selon les revenus avant paiements de soins de santé) en fonction de la proportion cumulée des paiements de soins de santé



PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

RÉSULTATS – INDICE DE KAKWANI

- Si les paiements sont strictement **proportionnels** aux revenus, les deux courbes coïncident et l'indice de Kakwani est nul ($\pi_k = 0$)
- Si la proportion des paiements par rapport aux revenus augmente avec les revenus, ce qui signifie que la source de financement est **progressive**, alors, $L_{\text{pay}}(p)$ se situera en dessous de $L_{\text{pre}}(p)$ et l'indice sera positif ($\pi_k > 0$)
- La position relative des courbes sera inversée si les paiements sont **régressifs** et l'indice sera négatif ($\pi_k < 0$)

PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

RÉSULTATS - INDICE DE KAKWANI - SOURCE : WAGSTAFF, 1999

Tab. 9

	Direct taxes	Indirect taxes	General taxes	Social insurance	Total public	Private insurance	Direct payments	Total private	Total payments
Denmark (1987)	0.0624	-0.1126	0.0372		0.0372	0.0313	-0.2654	-0.2363	-0.0047
Finland (1990)	0.1272	-0.0969	0.0555	0.0937	0.0604	0.0000	-0.2419	-0.2419	0.0181
France (1989)				0.1112	0.1112	-0.1956	-0.3396	-0.3054	0.0012
Germany (1989)	0.2488	-0.0922	0.1100	-0.0977	-0.0533	0.1219	-0.0963	-0.0067	-0.0452
Ireland (1987)	0.2666	na	na	0.1263	na	-0.0210	-0.1472	-0.0965	na
Italy (1991)	0.1554	-0.1135	0.0343	0.1072	0.0712	0.1705	-0.0807	-0.0612	0.0413
Netherlands (1992)	0.2003	-0.0885	0.0714	-0.1286	-0.1003	0.0833	-0.0377	0.0434	-0.0703
Portugal (1990)	0.2180	-0.0347	0.0601	0.1845	0.0723	0.1371	-0.2424	-0.2287	-0.0445
Spain (1990)	0.2125	-0.1533	0.0486	0.0615	0.0509	-0.0224	-0.1801	-0.1627	0.0004
Sweden (1990)	0.0529	-0.0827	0.0371	0.0100	0.0100		-0.2402	-0.2402	-0.0158
Switzerland (1992)	0.2055	-0.0722	0.1590	0.0551	0.1389	-0.2548	-0.3619	-0.2945	-0.1402
United Kingdom (1993)	0.2843	-0.1522	0.0456	0.1867	0.0792	0.0766	-0.2229	-0.0919	0.0518
United States (1987)	0.2104	-0.0674	0.1487	0.0181	0.1060	-0.2374	-0.3874	-0.3168	-0.1303

PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

RÉSULTATS – SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ EN BELGIQUE

TAB. 10 - SOURCE : VRIJENS *ET AL.* (2012) CITÉ PAR SCHOKKAERT ET VAN DE VOORDE (2015)

<i>Sources de financement</i>	2006	2011
Financement public		
Entrées proportionnelles/total des entrées	71,1%	64,8%
Entrées progressives/total des entrées	18,9%	19,4%
Entrées régressives/total des entrées	10,0%	15,8%
Financement privé		
Tickets modérateurs/dépenses INAMI	9,3%	8,1%



PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

RÉSULTATS – REVENU DISPONIBLE AJUSTÉ ET INDICES D'INÉGALITÉS

TAB. 11.A REVENU DISPONIBLE, REVENU DISPONIBLE AJUSTÉ DES DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ

TAB. 11.B INDICES D'INÉGALITÉ ET DE PAUVRETÉ (SOURCE : VERBIST ET LEFEBURE, 2007)

<u>11-A.</u>	Part du revenu disponible (%)	
	Yd	Yd + Soins de santé
Quintile 1	8,8	10,3
Quintile 2	14,2	15,3
Quintile 3	18,4	18,8
Quintile 4	23,4	22,8
Quintile 5	35,2	32,8
Total	100,0	100,0

<u>11-B.</u> Indices d'inégalités et de pauvreté	Yd	Yd + santé
Gini	0,2655	0,2254
Atkinson	0,2409	0,1287
FGT	0,1540	0,1101



PARTIE 3 – L'ÉQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ET LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES DÉPENSES DE SANTÉ

RÉSULTATS – REVENU DISPONIBLE AJUSTÉ ET INDICES D'INÉGALITÉS

TAB. 12 - RAPPORT INTERQUINTILES - SOURCE : OCDE, 2008

	Yd	Yd + soins de santé
Belgique	4,1	3,4
Moyenne OCDE	4,6	3,8

PARTIE 4 – REMÈDES - RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE

AU NIVEAU DES ISS

- Les politiques de réduction des ISS doivent être **transversales** et **intégrées**. Elles touchent le secteur de la santé mais aussi les **différents secteurs** et domaines susceptibles d'améliorer le niveau mais aussi les conditions de vie des individus (la lutte contre la pauvreté en particulier infantile, l'accès à l'éducation, l'emploi, le logement, l'environnement,...).
- Les actions en santé doivent être prises par les divers **pouvoirs publics** compétents mais également par les **mutualités** et les **associations de terrain** issues de la société civile qui grâce à leur proximité et à leur réactivité peuvent identifier les causes des ISS et les combattre efficacement. Les **partenariats** doivent être encouragés.

PARTIE 4 – REMÈDES - RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE

AU NIVEAU DES ISS

- Le rôle de la **médecine de première ligne** doit être renforcé afin que le médecin généraliste puisse dégager le temps nécessaire à des actions de prévention des risques de santé, à aider le patient dans la prise en charge de sa santé.
- Les **pratiques de groupe** (infirmières, médecins, dentistes,...) comme les cercles de MG et les services intégrés de soins à domicile peuvent améliorer la prise en charge globale et multidisciplinaire du patient (soins à domicile, assistance des personnes âgées, assistance sociale,...); il en va de même des **maisons médicales**.

PARTIE 4 – REMÈDES - RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE

AU NIVEAU DES ISS

- La **politique de prévention** et de promotion de la santé doit être renforcée
 - Au niveau de la *prévention primaire*, il convient :
 - d'éduquer à la santé, aux bonnes habitudes alimentaires et d'hygiène de vie dès le plus jeune âge mais aussi tout au long de la vie;
 - de développer l'éducation à la prévention médicalisée avec les médecins et les associations de patients (notamment promouvoir la visite de contrôle annuel chez le dentiste).
 - Au niveau de la *prévention secondaire*, il convient :
 - d'établir un bilan de santé interdisciplinaire des personnes se plaignant de maladies « de société », de déterminer les causes de leurs maux et les remèdes;
 - d'informer les patients sur la meilleure prise en charge de leurs problèmes de santé, sans nécessairement recourir à l'arsenal thérapeutique mais en apportant des modifications de modes de vie et d'alimentation.

PARTIE 4 – REMÈDES - RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE

AU NIVEAU DES ISS

- La **formation** initiale et continuée des **dispensateurs de soins** et des décideurs des programmes de santé publique **aux ISS** et à la **communication** avec le patient doit être développée.
- Les **Observatoires de la santé** et les centres de recherche compétents doivent être soutenus pour pouvoir mesurer l'ampleur des ISS (tableaux de bord), en comprendre les mécanismes et évaluer l'impact des actions.
- Les **informations** doivent être **adaptées** du point de vue culturel et linguistique (\neq campagnes de masse).

PARTIE 4 – REMÈDES - RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE AU NIVEAU DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ

- Améliorer le système du Maximum à Facturer et l'unification des statuts BIM et OMNIO, avec octroi du statut « **bénéficiaire de l'intervention majorée** » la plus directe et automatique possible.
- Introduire un mécanisme simple et généralisé de **tiers-payant social** pour tous les prestataires de soins. Le système serait généralisé pour les patients les plus vulnérables (malades chroniques et bénéficiaires de l'intervention majorée) (→1-07-2015 pour MG et BIM).

PARTIE 4 – REMÈDES - RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE AU NIVEAU DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ

- Généraliser l'instrument du **Dossier Médical Global**.
- **Soutenir les hôpitaux** accueillant une **patientèle défavorisée**, afin de réduire la nécessité de facturer certains suppléments aux patients.
- Soutenir la politique de recours systématique aux **médicaments génériques**.



PARTIE 4 – REMÈDES - RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE

AU NIVEAU DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ

- Elargir les programmes de *prise en charge intégrée* des **maladies lourdes et chroniques** donnant droit à des interventions spécifiques de l'AMI; pour ces pathologies, établir des *forfaits* de soins mettant les patients à l'abri de toute insécurité financière dans la prise en charge de leur traitement.
- Mettre en place tous les **services d'aide à la vie quotidienne** nécessaires aux **patients gravement malades** et à leur entourage qui les prend en charge. En garantir l'accessibilité financière.

PARTIE 4 – REMÈDES - RECOMMANDATIONS DE POLITIQUE ÉCONOMIQUE

AU NIVEAU DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ

- Améliorer l'échange d'**informations** et de **données** entre les intervenants afin de faciliter les collaborations (*Réseau de Santé Wallon, CareNet,...*).
- Renforcer le rôle du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (**KCE**) notamment pour la mise à disposition sur Internet d'une **information** fiable et vulgarisée pour le patient sur les maladies et leur traitement.

ANNEXE : LES COÛTS BUDGÉTAIRES DU VIEILLISSEMENT EN % DU PIB (SOURCE : COMITÉ D'ÉTUDE SUR LE VIEILLISSEMENT, RAPPORT ANNUEL, CONSEIL SUPÉRIEUR DES FINANCES, 2014)

Total	2012	2030	2060	2012-2060
Pensions	10,2	13,6	14,7	4,5
Soins de santé	8,1	9,0	10,7	2,6
Chômage	2,0	1,3	1,1	-0,9
Autres dépenses sociales	5,5	5,3	4,6	-0,8
Total	25,8	29,1	31,2	5,4