

Chapitre 6 :

Consommation de soins

- **Les visites à domicile en baisse, les consultations chez le médecin généraliste en hausse.**

Les visites à domicile passent de 2,4 visites par an et par habitant en 1999 à 1,3 en 2014. Cette diminution n'est que partiellement compensée par une augmentation du nombre de consultations au cabinet du médecin généraliste qui passent de 2,2 consultations par an et par habitant en 1999 à 2,5 en 2014. Les visites à domicile sont plus fréquentes en province de Liège qu'en Wallonie et en Belgique, alors qu'elles sont moins fréquentes pour les consultations.

- **Plus de consultations chez le médecin spécialiste par rapport à la Wallonie et la Belgique.**

Avec 2,6 contacts par an et par habitant, les habitants de la province de Liège consultent plus le médecin spécialiste qu'en Wallonie (2,5) et en Belgique (2,4).

- **5,0 % de la population de la province de Liège n'ont jamais consulté un dentiste.**

Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, 5,0 % des habitants de la province de Liège déclarent n'avoir jamais eu de contact avec le dentiste, contre 5,1 % des Wallons et 3,9 % des Belges.

- **Des hospitalisations moins fréquentes en province de Liège.**

Avec 275 admissions pour 1 000 habitants, la province de Liège connaît moins d'hospitalisations rapportées à la population totale que la Wallonie (297) ou la Belgique (315).

- **La consommation de médicaments est plus importante en province de Liège.**

En province de Liège, la consommation totale de médicaments remboursés par habitant est 4,5 % plus élevée qu'en Wallonie et 14,4 % plus élevée qu'en Belgique.

- **Seulement 37,8 % des personnes à risque sont vaccinées contre la grippe.**

Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, 37,8 % des habitants à risque de la province de Liège déclarent être vaccinés contre la grippe, contre 56,1 % des Belges. Cette différence est significative.

- **Des taux de couverture de dépistage des cancers insuffisants.**

En province de Liège, 55,8 % des femmes de 50 à 69 ans ont eu un examen radiologique du cancer du sein. Pour le cancer colorectal, 16,2 % des hommes et femmes entre 50 et 74 ans déclarent avoir réalisé un test de dépistage au cours des deux dernières années. Seulement 55,0 % des femmes entre 25 et 64 ans déclarent avoir réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années.



1. Consultations médicales et paramédicales

1.1. Contacts avec le médecin généraliste

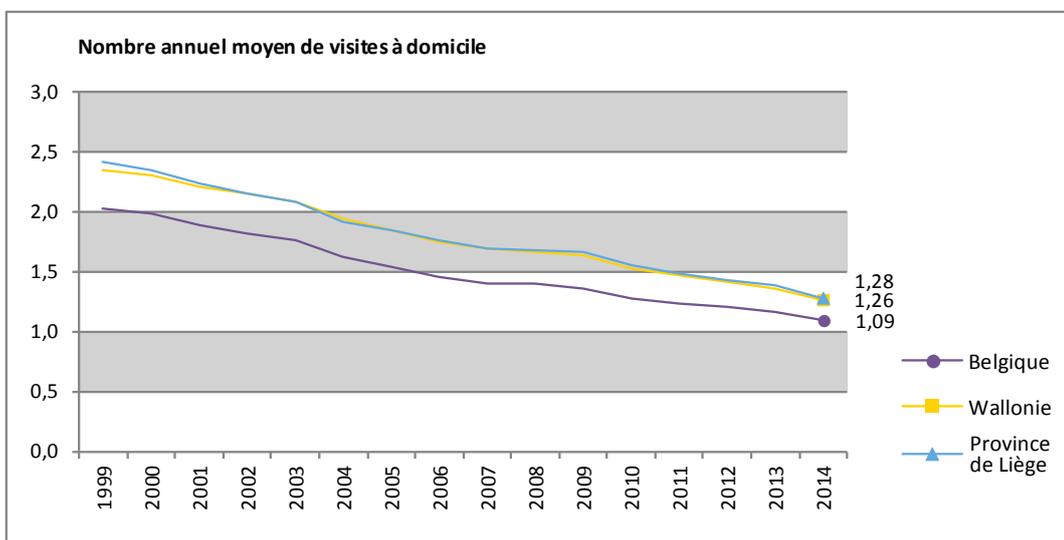
Selon l'Enquête Nationale de Santé menée par Interview de 2013, 95,5 % des habitants de la province de Liège déclarent avoir un médecin généraliste attiré. Tant en Wallonie qu'au niveau national, environ 77 % de la population rapportent au moins un contact (visite à domicile ou consultation) avec son médecin généraliste dans les douze derniers mois. Cette proportion est légèrement supérieure pour la province de Liège (79,4 %) sans toutefois être statistiquement différente. D'autre part, les habitants de la province de Liège disent avoir en moyenne 3,8 contacts par an avec leur médecin généraliste, ce qui est proche des comportements wallons ou belges. Sur ces différents territoires, les contacts avec le médecin généraliste sont presque deux fois plus nombreux chez les personnes de 65 ans et plus (autour de 7 contacts annuels).

Le nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste (par personne et par an) a légèrement diminué ces dernières années. Cette diminution s'explique en grande partie par la baisse du nombre de visites au domicile des patients, qui n'est pas entièrement compensée par une augmentation du nombre de consultations au cabinet du médecin [1].

Les données statistiques issues de l'INAMI, calculées sur base des remboursements des visites ou des consultations du médecin généraliste, confirment ces chiffres avec en moyenne 3,7 contacts (visites à domicile et consultations) par an en 2014, pour les habitants, de la province de Liège.

Les données provenant de l'INAMI ne prennent pas en compte l'activité des médecins exerçant au sein d'une Maison Médicale fonctionnant au forfait. Au sein de la province de Liège, de nombreuses Maisons Médicales travaillent au forfait. Les données concernant l'offre médicale et la consommation de soins pour ces communes peuvent donc être sous-estimées.

Figure 6.1. Évolution du nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste par habitant, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1999-2014



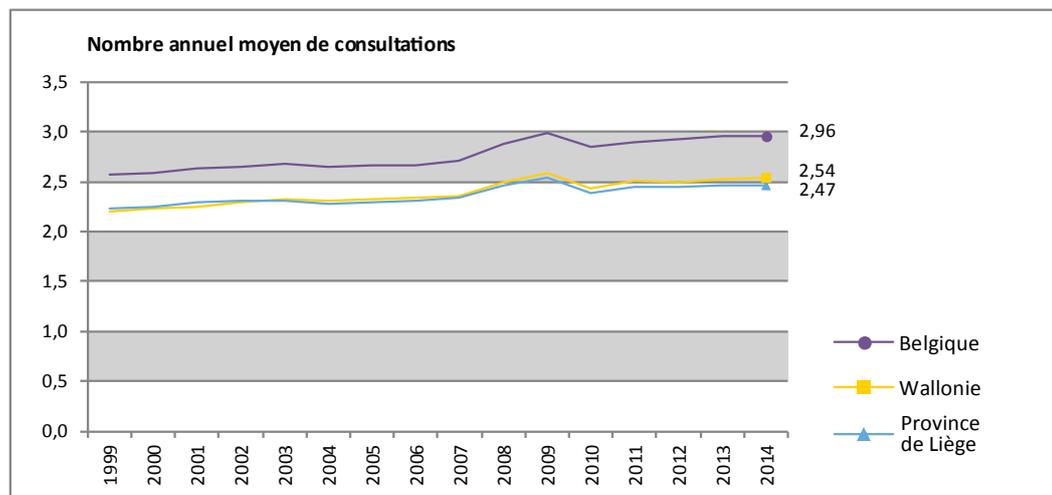
Source : INAMI, calculs OSLg

→ Entre 1999 et 2014, le nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste a diminué de 47 % en province de Liège. Une diminution similaire est constatée en Wallonie et en Belgique. De plus, en 2014, les visites à domicile sont aussi fréquentes en province de Liège qu'en Wallonie. Elles sont 15 % moins fréquentes en Belgique qu'en province de Liège.

Les personnes de 60 ans et plus consultent quant à elles chaque année, en moyenne 7,4 fois leur médecin généraliste. Le médecin généraliste réalise plus de visites à domicile que de consultations auprès des personnes plus âgées.

CONSOMMATION DE SOINS

Figure 6.2. Évolution du nombre de consultations et avis du médecin généraliste par habitant, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1999-2014



Source : INAMI, calculs OSLg

→ À l'inverse des visites à domicile, le nombre annuel moyen de consultations au cabinet du médecin généraliste est en augmentation de 10,7 %, passant de 2,2 contacts par personne et par an en 1999 à 2,4 en 2014 pour la province de Liège. Une augmentation de plus 15 % est constatée en Wallonie et en Belgique. En 2014, les consultations annuelles moyennes en province de Liège sont à peine moins nombreuses qu'en Wallonie (-2,8 %) et nettement moins nombreuses qu'en Belgique (- 14,2 %).

Les personnes ayant un faible niveau d'éducation (enseignement primaire ou sans diplôme) rapportent environ deux fois plus de contacts avec le médecin généraliste que les personnes les plus instruites, tant en Wallonie qu'en Belgique. Cette tendance est également observée au sein de la province de Liège et est significative, même au sein de l'échantillon provincial. Ce nombre plus élevé s'explique principalement par leur moins bon état de santé [1].

La pratique de la médecine générale a fortement évolué. La taille de la patientèle grandit, le nombre des contacts augmente, la fréquence des contacts par patient diminue et la structure de l'activité se déplace vers les consultations au détriment des visites à domicile. Néanmoins, si une diminution des visites à domicile concernant la population active est constatée, une certaine catégorie de patients particulièrement vulnérables (les personnes âgées, isolées à domicile ou vivant en maison de repos, les patients atteints de maladie chronique grave) en ont et en auront toujours besoin. Aussi, les visites à domicile représentent l'élément-clé dans la politique du maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées ou grabataires, dont le nombre ne cesse de croître [2].

Au sein de la province de Liège, en 1999, les visites à domicile correspondaient à 52,0 % des contacts avec le médecin généraliste (vs 48,0 % de consultations). En 2014, les visites à domicile représentent 34,1 % de contacts contre 65,9 % de consultations.



Chapitre 6 :

1.1.1. Dossier Médical Global

Le Dossier Médical Global (DMG) a été mis en place en 1999. Il officialise le rôle de coordinateur du médecin généraliste au sein du système de santé belge [3]. Il s'agit d'une synthèse de données importantes pour des soins continus, de qualité et axés sur le patient. L'échange de ces données avec d'autres partenaires des soins de santé, de première ou deuxième ligne, augmente la qualité des soins. Il permet également au patient d'être mieux remboursé lors d'une consultation chez le médecin généraliste [4].

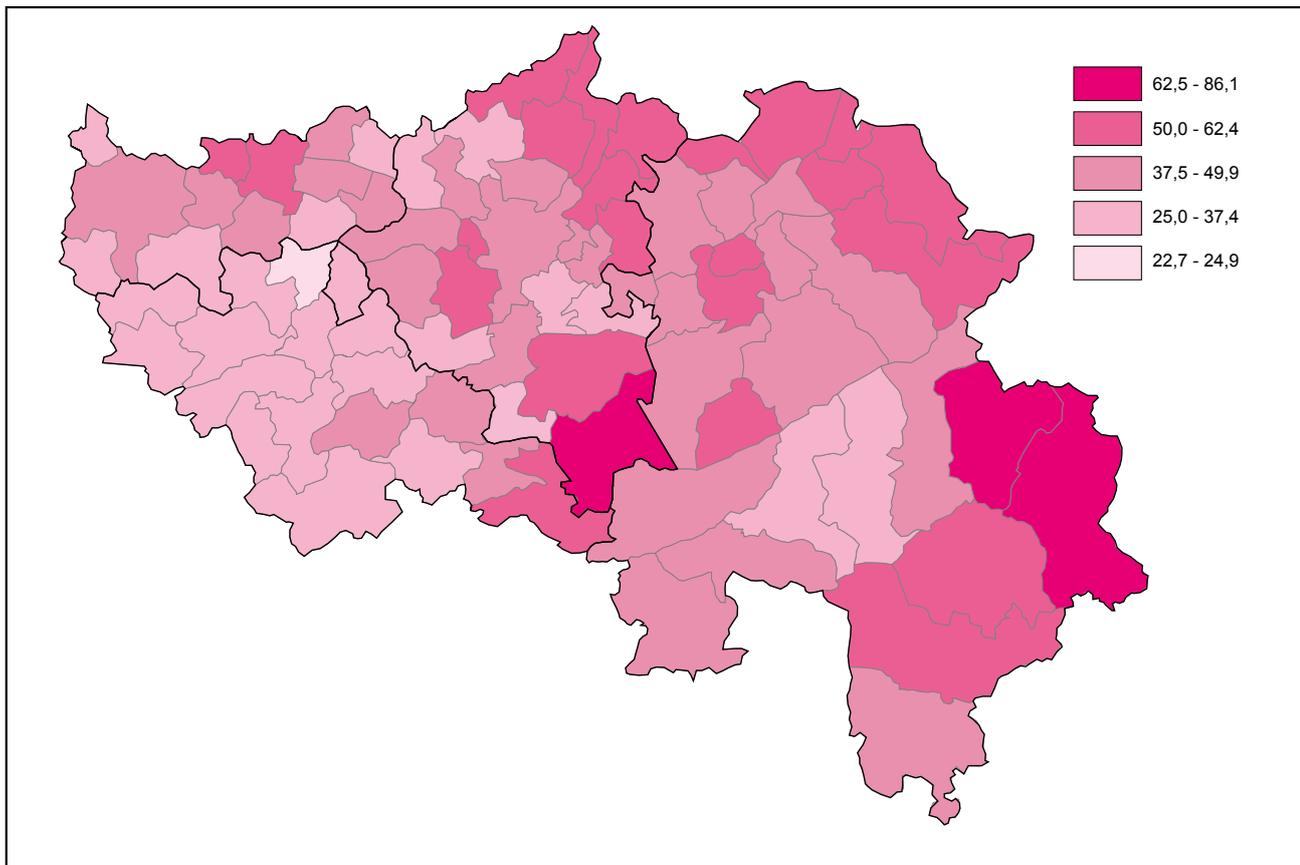
Au 1er avril 2011, avait été créé le DMG+ pour les patients âgés de 45 à 75 ans. Celui-ci a été intégré au DMG depuis janvier 2016 [5]. Il s'agissait d'une approche personnalisée tenant compte des spécificités de chaque patient. Cet axe supplémentaire au DMG permettait au médecin généraliste, sur base d'une check-list, d'aborder différentes mesures de prévention dans les domaines suivants :

- état général : conseils alimentaires et exercices physiques ;
- évaluation du risque cardiovasculaire global ;
- dépistage du cancer colorectal ;
- dépistage du cancer du sein ;
- dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- vaccinations diphtérie/tétanos, grippe et pneumocoque ;
- dépistage du diabète de type II ;
- dépistage insuffisance rénale chronique ;
- dépistage de la dépression.

En ouvrant un DMG+, le médecin s'engageait à aborder avec son patient ces items. Le rythme et la séquence selon lesquels ils sont abordés sont laissés à la décision du médecin [4, 6].

CONSOMMATION DE SOINS

Carte 6.1. Proportion de personnes disposant d'un DMG par commune, province de Liège, 2013



Discretisation : manuelle

Source : Atlas AIM

→ En province de Liège, les communes de Bullange, Bütchenbach et Aywaille présentent les proportions les plus importantes de personnes disposant d'un DMG. Ces proportions oscillent entre 66,4 % et 86,1 %. Les proportions les plus faibles sont observées au sein des communes de Verlaine (22,7 %), Engis (26,0 %), Clavier et Modave (26,9 %).

Les proportions de personnes disposant d'un DMG sont beaucoup plus faibles en Wallonie qu'en Flandre. En 2012, plus d'un Belge sur deux possédait un Dossier Médical Global, avec toutefois une forte différence de pénétration en Flandre (> 60 %) par rapport à Bruxelles et à la Wallonie (+/- 30 %). Par ailleurs, en Belgique, le taux atteignait près de 80 % chez les plus de 75 ans [3].

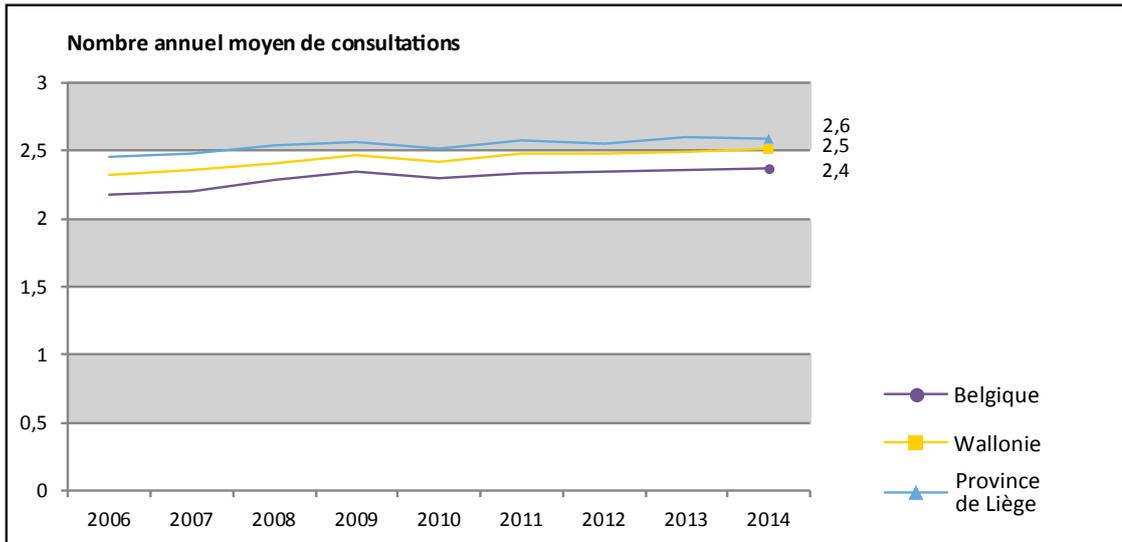


Chapitre 6 :

1.2. Contacts avec le médecin spécialiste

Selon les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, moins de la moitié de la population belge (46,7 %) et wallonne (48,3 %) déclare avoir eu au moins un contact avec un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est légèrement plus élevée en province de Liège (49,0 %). Les femmes consultent plus souvent un médecin spécialiste que les hommes (2,2 contacts/an contre 1,7 pour les hommes au niveau national). Ceci est lié aux consultations chez les gynécologues [7].

Figure 6.3. Évolution du nombre de consultations chez le spécialiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2006-2014



Source : INAMI, calculs OSLg

→ Selon les données issues des remboursements de l'INAMI, le nombre moyen de consultations chez le spécialiste est en légère croissance tant en province de Liège, qu'en Wallonie et en Belgique. En 2014, les consultations moyennes par habitant chez le spécialiste en province de Liège sont légèrement plus nombreuses tant en Wallonie (+ 3,8 %) qu'en Belgique (+ 7,6 %).

Les personnes ayant un statut socio-économique élevé consultent plus le médecin spécialiste ou un dentiste. À l'inverse, les groupes socio-économiques les plus faibles consultent plus souvent leur médecin généraliste et ont plus souvent recours aux soins à domicile.

CONSOMMATION DE SOINS

1.3. Contacts avec le dentiste

Afin de pouvoir disposer d'un instrument permettant le suivi de l'évolution de la santé bucco-dentaire de la population belge, le Comité de l'assurance de l'INAMI a confié à la Cellule Interuniversitaire Épidémiologie (CIE) la mission de développer un système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge. Lors de la dernière édition (2012-2014) 1 875 personnes ont rempli un questionnaire sur la santé bucco-dentaire et ont subi un examen dentaire. Cette enquête révèle que seule la moitié des individus toujours pourvus de dents (53 %) se les brosse au moins deux fois par jour. La fréquence de brossage augmente avec le niveau d'instruction. D'autre part, 16 % des répondants évoquent des soucis financiers lorsqu'on les interroge sur leur manque de régularité à consulter un dentiste. Enfin, sur base des comportements alimentaires, 59 % de la population sont considérés à risque pour les caries et 46 % à risque pour l'érosion dentaire [8].

Tableau 6.1. Proportion (%) de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste, selon leur niveau d'études, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

Niveau d'instruction	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	A consulté un dentiste dans l'année (%)	N'a jamais consulté de dentiste (%)	A consulté un dentiste dans l'année (%)	N'a jamais consulté de dentiste (%)	A consulté un dentiste dans l'année (%)	N'a jamais consulté de dentiste (%)
Primaire ou sans diplôme	35,8	5,2	32,1	7,7	32,8	14,0
Secondaire inférieur	47,6	4,3	48,7	5,3	54,5	6,0
Secondaire supérieur	60,6	3,6	56,9	4,3	54,5	3,3
Etudes supérieures	72,1	3,6	67,7	4,9	71,7	4,1
Total	61,6	3,9	57,3	5,1	60,5	5,0

Source : ISP-HIS

→ Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, un peu plus de 60 % de la population belge interrogée déclarent avoir consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois. En province de Liège, cette proportion est à peine inférieure. De plus, 5,0 % des habitants de la province de Liège déclarent n'avoir jamais eu de contact avec un dentiste (contre 3,9 % des Belges), sans toutefois que la différence soit statistiquement significative.

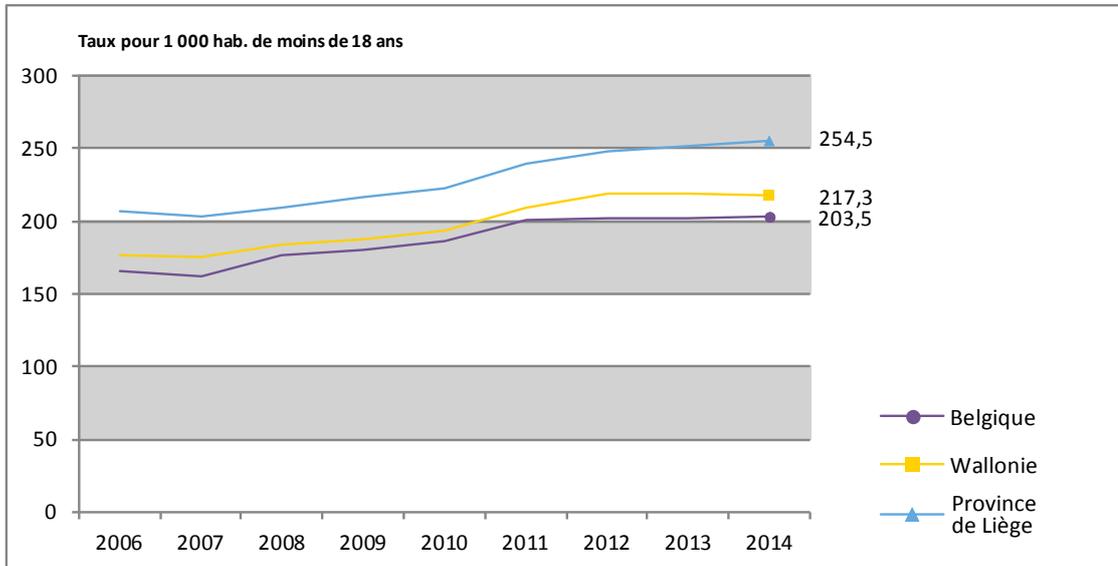
Les différences socio-économiques dans l'utilisation des services de soins dentaires restent très marquées. Les personnes dont le niveau d'éducation est le plus élevé se rendent presque deux fois plus souvent chez le dentiste que celles du niveau le plus bas [9].

En province de Liège, parmi les personnes ayant un faible niveau d'instruction (primaire ou sans diplôme) moins d'un tiers (32,8 %) ont déclaré en 2013 avoir eu un contact avec le dentiste au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est de 7 personnes sur 10 chez les individus ayant suivi des études supérieures.



Chapitre 6 :

Figure 6.4. Évolution du taux (pour 1 000 habitants) de soins dentaires réalisés par les dentistes sur la population des moins de 18 ans, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2006-2014



Source : INAMI, calculs OSLg

→ Depuis le 1er mai 2009, pour les enfants de moins de 18 ans, l'INAMI rembourse totalement les prestations de dentisterie (chez un praticien conventionné) à l'exception de l'orthodontie et de l'extraction d'une incisive de lait. Le taux de soins dentaires pour 1 000 habitants de moins de 18 ans a augmenté de 23,2 % en province de Liège, de 23,0 % en Wallonie et en Belgique entre 2006 et 2014.

1.4. Recours aux soins à domicile

Selon les résultats de l'Enquête de Santé par Interview de 2013, la proportion de personnes ayant eu recours à des soins infirmiers à domicile au cours des 12 derniers mois tend à diminuer entre 2004 et 2013. Ce constat est observé tant en Belgique, qu'en Wallonie et en province de Liège.

En 2013, cette proportion représente 2,4 % de la population en province de Liège, 3,1 % en Wallonie et 4 % en Belgique. Il existe un lien évident entre le recours à des soins infirmiers prestés à domicile et l'âge : 13,4 % des personnes âgées (75 ans et plus) en province de Liège y font appel [10].

1.5. Contacts avec le kinésithérapeute

Les activités du kinésithérapeute se pratiquent tant à l'hôpital et en centre (de réhabilitation ou autres), qu'en ambulatoire, que ce soit au domicile du patient, ou au cabinet du prestataire [11].

Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, environ 15 % de la population ont déclaré avoir eu recours au cours des 12 derniers mois à un kinésithérapeute, tant en province de Liège, qu'en Wallonie ou en Belgique.

Comme pour toutes les autres professions médicales et paramédicales, la consultation chez un kinésithérapeute devient toutefois plus fréquente à mesure de l'avancée en âge. Ceci va probablement de pair avec l'augmentation des maladies chroniques qui sont liées au vieillissement [11]. Le recours à un kinésithérapeute au cours des 12 derniers mois concerne 15,0 % des 75 ans et plus en province de Liège.

CONSOMMATION DE SOINS

1.6. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative

La médecine alternative ou non conventionnelle est une méthode de traitement ou d'examen qui, contrairement à la médecine conventionnelle, n'est pas fondée sur l'expérimentation scientifique [12].

En 1999, a été publiée la « Loi Colla » qui avait pour but la reconnaissance de quatre thérapies non conventionnelles :

- ostéopathie : elle repose sur l'utilisation de manipulations visant à traiter des pathologies axées sur la motricité anormale du système locomoteur et sur le système nerveux périphérique;
- homéopathie : elle repose sur une hypothèse dite loi de « similitude ». Toute substance capable de provoquer certains symptômes chez un sujet en bonne santé peut guérir des mêmes symptômes chez le sujet malade. Cette substance est diluée de façon sérielle, chaque dilution étant accompagnée d'agitation énergétique du solvant. Après dilution, il n'existe en principe plus de molécules de la substance originelle;
- chiropraxie : elle tend à obtenir un état d'équilibre et à recréer l'intégrité neurophysiologique et mécanique. Elle vise à traiter les troubles de la colonne vertébrale et du système nerveux. L'accent est mis également sur les techniques manuelles, en ce compris la mobilisation et manipulation des articulations. Une attention particulière est accordée aux déplacements (subluxations);
- acupuncture : des aiguilles en acier inoxydable sont insérées sur ce que l'on appelle les points d'acupuncture du corps. Elle nécessite des connaissances anatomiques importantes ainsi que des notions de physiologie [12, 13].

Sont abordées uniquement dans ce rapport, les consultations auprès d'un ostéopathe et auprès d'un homéopathe car elles sont les plus fréquentes.

1.6.1. Ostéopathe

L'ostéopathie est la plus populaire des thérapies non conventionnelles comparée à l'homéopathie, la chiropraxie et l'acupuncture [12].

L'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013 révèle que 5,7 % des Belges ont eu recours à un ostéopathe au cours des 12 derniers mois. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle observée lors de l'édition précédente de 2008. Par contre, nous observons une augmentation de 1,4 % entre 2004 et 2013.

Au niveau national, les femmes (6,7 %) ont été plus nombreuses que les hommes (4,7 %) à consulter un ostéopathe en 2013.

1.6.2. Homéopathe

Depuis mars 2014, l'homéopathie ne peut plus être exercée que par des médecins, dentistes ou sages-femmes [14]. L'homéopathie s'intéresse, comme la médecine générale, à une large gamme de problèmes de santé [15].

Selon les données de l'Enquête de Santé par Interview de 2013, les personnes ayant eu un contact avec un homéopathe en Belgique tendent à être moins nombreuses en 2013 (1,8 %) qu'en 2004 (5,8 %). Les femmes déclarent être plus nombreuses que les hommes à avoir recours à un homéopathe. Ce constat est aussi observé au sein de la province de Liège.



Chapitre 6 :

1.7. Contacts avec le service des urgences

Le rôle des services d'urgence est d'accueillir, sans sélection et de manière permanente toute personne se présentant en situation d'urgence médicale (y compris psychiatrique) et de la prendre en charge. Cette accessibilité est un des droits de base de chaque citoyen [16].

Selon le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), en 2012, il y a eu en Belgique 290 contacts avec les services d'urgence par 1 000 habitants. Ce chiffre, déjà passablement élevé en comparaison des autres pays étudiés, tend à augmenter chez nous comme à l'étranger : de 3 millions en 2009, il est passé à 3,2 millions en 2012.

Recourir au service des urgences repose souvent sur une volonté d'être pris en charge plus rapidement, de résoudre plus vite un problème de santé face à de trop longs délais d'attente pour un rendez-vous de spécialiste ou encore de suppléer à l'impossibilité d'obtenir une consultation chez un généraliste le week-end ou le soir [17].

Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, environ 13 % de la population belge, wallonne ou de la province de Liège, ont eu un contact avec le service des urgences au cours des 12 derniers mois. Le nombre annuel moyen de contacts avec le service des urgences se situe entre 21 contacts pour 100 habitants pour le niveau national, 24 contacts/100 habitants pour le niveau wallon. Il est de 27 contacts pour 100 habitants pour la province de Liège. La différence n'est cependant pas significative selon les résultats exacts de l'enquête 2013 pour les trois niveaux.

2. Séjours hospitaliers

2.1. Hospitalisations déclarées

Lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, 9,7 % de la population de la province de Liège déclaraient avoir été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année écoulée. Le nombre moyen d'admissions pour les hospitalisations classiques (avec minimum une nuit à l'hôpital) est de 11 contacts pour 100 habitants.

Les résultats de l'Enquête Nationale de Santé de 2013 montrent également que les hospitalisations de jour (sans nuit à l'hôpital) concernent 6,0 % de la population de la province au cours des 12 derniers mois et que le nombre moyen d'admissions en hôpital de jour pour 100 personnes est estimé à 10,3 par an.

2.2. Résumé Hospitalier Minimal

Depuis 2008, le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) collecte des données médicales, infirmières, administratives, relatives au personnel, et des données dans le cadre de la fonction « service mobile d'urgence ». Il reprend notamment l'enregistrement des données médicales et infirmières [18].

Le tableau suivant reprend les taux bruts d'admission pour les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour. Certains diagnostics apparaissent plus souvent lors d'hospitalisations classiques (les maladies liées à l'appareil circulatoire), d'autres en hospitalisations de jour (les maladies myéloprolifératives : les cancers, néoplasmes peu différenciés, les affections nez-gorge-oreilles, les affections des yeux).

CONSOMMATION DE SOINS

Tableau 6.2. Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2012

Diagnostic principal d'hospitalisation	Taux bruts pour 1 000 habitants		
	Belgique	Wallonie	Province de Liège
Système musculaire et tissu conjonctif	48,89	39,89	37,84
Appareil digestif	31,96	32,10	32,77
Maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés	34,04	35,88	32,63
Appareil circulatoire	22,88	21,47	20,53
Nez, gorge, oreilles	30,13	23,69	18,57
Système nerveux	15,32	16,32	15,72
Grossesse et accouchement	15,32	15,49	15,65
Appareil respiratoire	14,65	15,16	15,23
Affections des yeux	13,51	13,42	13,41
Peau, tissu sous-cutané, sein	10,15	9,99	9,72
Reins et voies urinaires	10,93	10,47	9,45
Organes génitaux féminins	7,10	7,11	7,14
Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	4,91	5,56	5,90
Foie, bile et pancréas	5,64	6,30	5,58
Organes génitaux masculins	6,36	5,16	5,37
Sang et organes hématopoïétiques	5,35	4,25	4,56
Traumatismes, empoisonnements, effets toxiques des médicaments	3,77	3,28	3,65
Troubles mentaux	2,45	3,07	3,61
Maladies infectieuses et parasitaires	2,90	2,69	2,39
Alcoolisme et usage de drogue	1,31	1,94	1,55
Nouveau-nés - Affections d'origine périnatale	0,82	0,75	1,03
Traumatismes multiples	0,29	0,36	0,35
Brûlures	0,45	0,65	0,19
Infections HIV	0,12	0,12	0,13
Autres	25,90	21,88	22,87
Total	315,13	296,98	275,29

Source : SPF Santé Publique RHM, calculs OSLg

→ Quel que soit le type d'hospitalisation (de jour ou classique), les causes d'admissions les plus fréquentes durant l'année 2012 concernaient les pathologies liées au système musculaire et tissu conjonctif, à l'appareil digestif et aux maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés. Ce n'est pas le même ordre décroissant qu'en Belgique et en Wallonie. Certains taux d'admissions sont plus élevés en province de Liège par rapport à la Wallonie ou à la Belgique. Ceci est le reflet d'une offre de soins plus spécialisée en province de Liège comme pour les troubles mentaux, par exemple.



3. Consommation de médicaments

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), la consommation pharmaceutique continue d'augmenter. Cette hausse est expliquée par, d'une part, la demande croissante de traiter les maladies liées à l'âge et aux affections chroniques, et d'autre part, les changements des pratiques cliniques [19].

Entre 2000 et 2013, la consommation de médicaments s'est accrue en Belgique de :

- 57,5 % pour les antidiabétiques ;
- 85,8 % pour les antidépresseurs ;
- 220,4 % pour les médicaments hypolipémiants (anti-cholestérol) situant la Belgique au 4e rang des plus gros consommateurs des pays de l'OCDE. Cette valeur étonnante est directement liée à l'apparition des statines, fin des années 90 et début des années 2000. Les recommandations cliniques pour la prescription des traitements contre le cholestérol ont été plusieurs fois mises à jour depuis la décennie 90, préconisant un plus large dépistage, des traitements plus précoces et des dosages plus élevés [19]. Cette augmentation importante peut être également expliquée par la place prédominante des statines au cours des 15 dernières années, dans le cadre de la prévention cardio-vasculaire [20].

3.1. Consommation déclarée

Tableau 6.3. Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Proportion (%) des personnes ayant consommé des médicaments prescrits			Proportion (%) des personnes ayant consommé des médicaments non prescrits		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Belgique	45,5	56,9	51,4	14,2	18,9	16,7
Wallonie	44,8	58,6	51,9	11,9	17,6	14,8
Province de Liège	47,4	61,5	54,8	16,2	20,4	18,4

Source : ISP-HIS

→ Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, la moitié de la population déclare avoir consommé un médicament sur prescription du médecin au cours des deux dernières semaines, tant en Belgique, qu'en Wallonie et en province de Liège.

D'autre part, 18,4 % des habitants de la province de Liège ont déclaré avoir consommé des médicaments non prescrits au cours des deux dernières semaines, contre 14,8 % en Wallonie et 16,7 % en Belgique.

Les femmes sont plus fréquemment consommatrices de médicaments (prescrits ou non) que les hommes et ce, quel que soit le niveau géographique, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative pour la province de Liège. Cette différence peut, en partie, être expliquée par la consommation de pilules contraceptives.

CONSOMMATION DE SOINS

Tableau 6.4. Proportion (%) des personnes de plus de 50 ans ayant consommé au moins 5 médicaments différents au cours des dernières 24 heures, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Hommes de plus de 50 ans (%)	Femmes de plus de 50 ans (%)
Belgique	17,4	21,0
Wallonie	20,0	20,9
Province de Liège	16,4	16,5

Source : ISP-HIS

→ Au-delà de l'âge de 50 ans, 16,4 % des hommes et 16,5 % des femmes de la province de Liège déclarent avoir consommé au moins 5 médicaments différents dans les dernières 24 heures. Ces proportions sont relativement proches de celles observées en Wallonie et en Belgique.

Aucune différence significative n'est constatée entre les sexes.



Chapitre 6 :

3.2. Consommation enregistrée

La banque de données Pharmanet de l'INAMI enregistre les médicaments délivrés par les pharmacies publiques et qui ont donné lieu à un remboursement. Les données ne tiennent pas compte des médicaments non remboursés ainsi que ceux délivrés par les pharmacies hospitalières.

Les consommations sont exprimées en dose moyenne journalière (DMJ). La DMJ est une mesure standard de la dose d'entretien quotidienne moyenne supposée pour un médicament utilisé dans son indication principale pour un adulte. Cette méthodologie permet de normaliser le calcul de la consommation et de rendre ainsi cohérentes les comparaisons des niveaux de consommation entre les pays [21].

Tableau 6.5. Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014

Type de médicament prescrit	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments
Système cardiovasculaire	496,8	38,5	530,1	37,6	520,6	36,4
Système nerveux central	147,9	11,5	173,4	12,3	203,2	14,2
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	173,9	13,5	198,9	14,1	176,8	12,4
Système respiratoire	111,7	8,7	118,2	8,4	120,2	8,4
Sang et système hématopoïétique	111,5	8,6	117,0	8,3	115,0	8,1
Système uro-génital et hormones sexuelles	63,4	4,9	67,0	4,7	82,3	5,8
Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles	45,9	3,6	65,5	4,6	70,0	4,9
Système squelettique et musculaire	64,7	5,0	64,8	4,6	64,6	4,5
Anti-infectieux à usage systémique	32,2	2,5	34,5	2,4	34,7	2,4
Organes sensoriels	20,9	1,6	21,7	1,5	20,8	1,5
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	13,5	1,0	12,9	0,9	13,0	0,9
Préparations dermatologiques	6,8	0,5	6,5	0,5	6,7	0,5
Antiparasitaires, insecticides et repellants	0,6	0,0	0,6	0,0	0,8	0,1
Divers	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Total	1290,1	100,0	1411,5	100,0	1429,0	100,0

Source : INAMI, calculs OSLg

CONSOMMATION DE SOINS

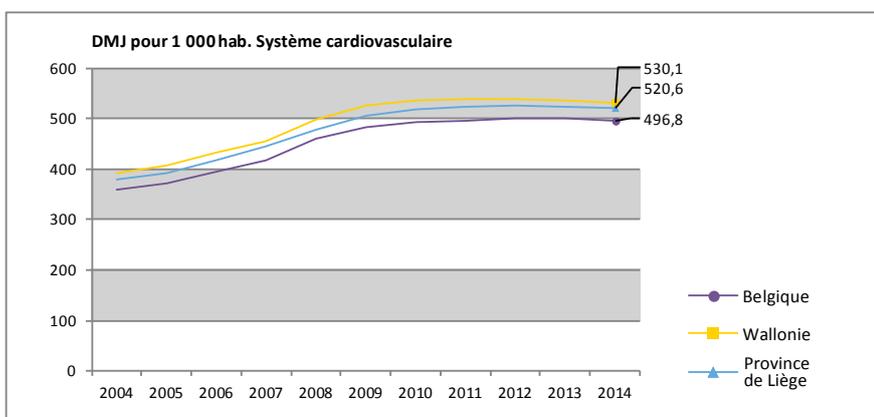
→ La consommation totale de médicaments remboursés par habitant est supérieure en province de Liège par rapport à la Wallonie (+ 1,2 %) et la Belgique (+ 10,7 %).

Quel que soit le territoire, les médicaments ciblant le système cardiovasculaire sont les plus consommés.

Cette consommation, selon les systèmes ciblés, est systématiquement supérieure en province de Liège par rapport à la Belgique, à l'exception des médicaments destinés à soigner le système squelettique et musculaire, les organes sensoriels, ainsi que les cytostatiques ou les préparations dermatologiques.

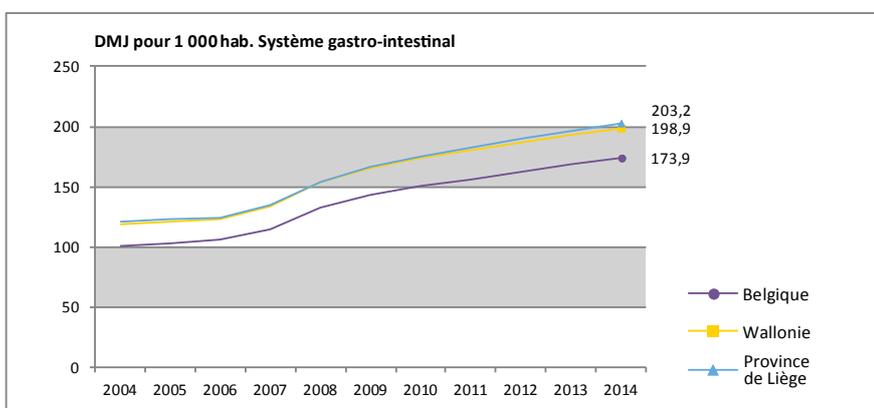
Figure 6.5. Évolution de la consommation de médicaments en DMJ, par type de système ciblé, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2014

Quel que soit le type de système, une progression plus importante entre 2007 et 2008 est constatée suite à l'entrée en vigueur des remboursements aux indépendants.



Source : INAMI, calculs OSLg

→ Les médicaments destinés à soigner les pathologies du système cardiovasculaire représentent la classe la plus importante en matière de consommation médicamenteuse tant en province de Liège, qu'en Wallonie ou en Belgique. Depuis 2004, cette consommation augmente continuellement, passant de 379,2 à 520,6 DMJ pour 1 000 habitants en 2014, soit une augmentation de 37,3 % en 11 ans pour la province de Liège. Pour la Wallonie et la Belgique, un accroissement de 35,2 % et 38,7 % sont respectivement constatés. En 2014, la consommation en province de Liège est inférieure de 1,7 % à celle de la Wallonie et supérieure de 4,7 % à celle de la Belgique.

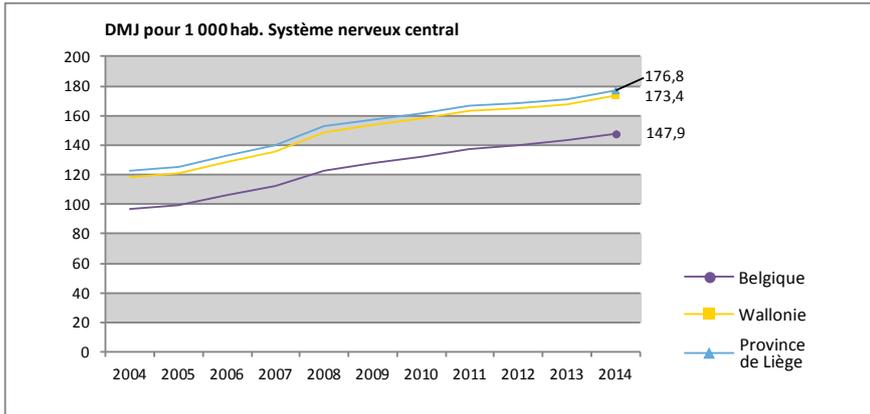


Source : INAMI, calculs OSLg

→ Les médicaments destinés à l'appareil digestif et aux troubles du métabolisme (surtout les inhibiteurs de la pompe à protons) ont vu leur DMJ s'accroître de 67,4 % en province de Liège, 67,9 % en Wallonie et 72,5 % en Belgique entre 2004 et 2014. La consommation provinciale est légèrement supérieure de 2,1 % à celle de la Wallonie et supérieure de 16,8 % à celle de la Belgique.

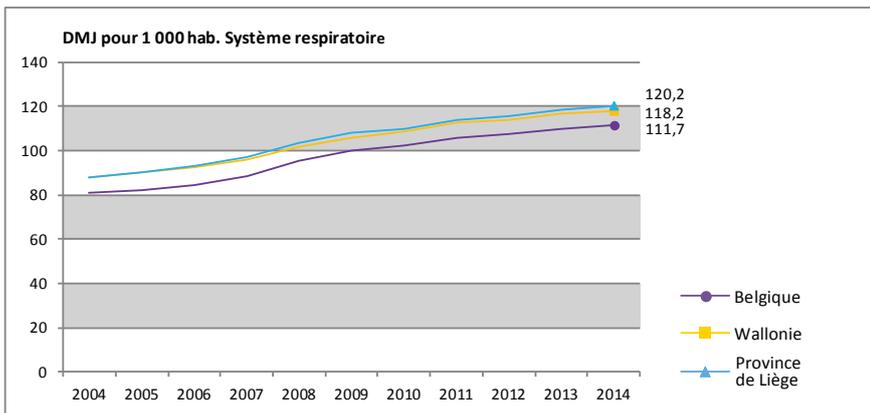


Chapitre 6 :



Source : INAMI, calculs OSLg

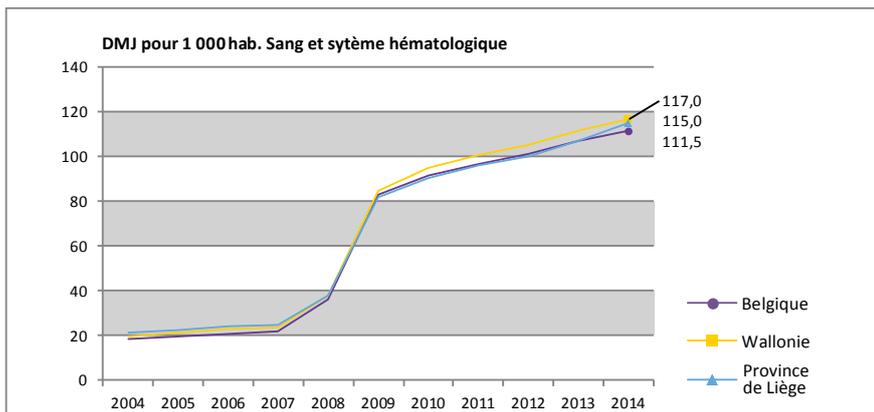
→ Troisièmes au classement en Belgique, en Wallonie et en province de Liège, les médicaments du système nerveux central (surtout les psychotropes) connaissent une forte augmentation au cours du temps. Une hausse de 44,0 % est constatée au sein de la province de Liège, entre 2004 et 2014. Cette augmentation est de 46,9 % sur le territoire wallon et de 52,9 % sur le territoire belge. En 2014, la consommation en province de Liège est similaire à celle de la Wallonie mais supérieure à celle de la Belgique (+ 19,5 %).



Source : INAMI, calculs OSLg

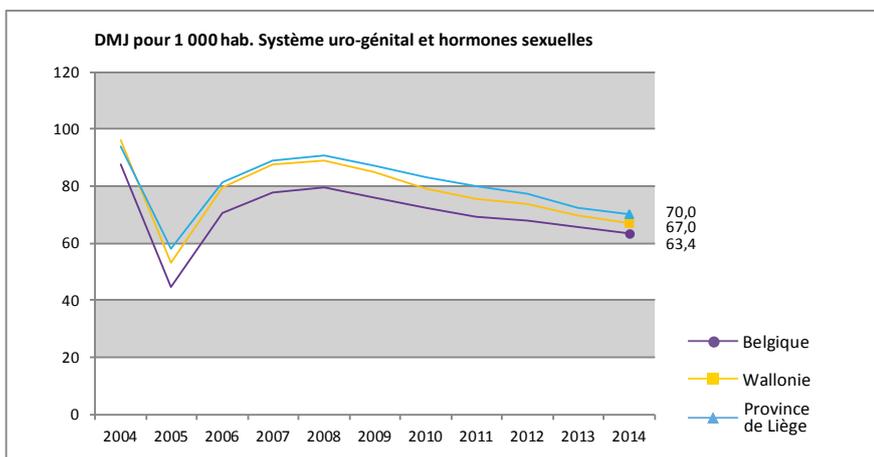
→ Les médicaments visant le système respiratoire ont également vu leur consommation s'accroître de 36,5 % en province de Liège, de 34,5 % en Wallonie et de 38,2 % en Belgique entre 2004 et 2014.

CONSOMMATION DE SOINS



Source : INAMI, calculs OSLg

→ L'évolution de la consommation des médicaments pour le sang et le système hématopoïétique est la plus importante. La croissance fulgurante entre 2008 et 2009 est expliquée par l'entrée de la cardioaspirine dans les remboursements INAMI. En 2014, la consommation médicamenteuse pour le sang et le système hématopoïétique en province de Liège est inférieure de 1,7 % à celle de la Wallonie et supérieure de 3,1 % à celle de la Belgique.



Source : INAMI, calculs OSLg

→ Concernant la consommation de médicaments destinés au système uro-génital et hormones sexuelles, une chute brutale est clairement visible en 2005. Cette diminution s'explique par le fait qu'à cette période, une grande partie des contraceptifs oraux sont exclus du remboursement et sont ensuite réintégrés progressivement à partir de 2006. La consommation de la province de Liège est supérieure à la consommation wallonne (+ 4,4 %) et à la consommation belge (+ 10,4 %).



4. Vaccinations

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit des stratégies de vaccination, en mettant en balance tant les bénéfices que les risques individuels et collectifs, au niveau international. Jusqu'à présent, la variole est la seule maladie à avoir complètement disparu de notre planète grâce à la vaccination [22].

La vaccination évite l'apparition de maladies infectieuses présentant des complications graves [23]. Elle est d'abord une protection individuelle, mais également une protection collective [24].

De nombreuses maladies infectieuses peuvent être contrôlées ou éliminées dans les pays industrialisés, par le biais de programmes de vaccination de masse.

En Belgique, dans le cadre de la 6e réforme de l'Etat (2014), les compétences en matière de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont été transférées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) pour la vaccination entre 0 et 18 ans (ainsi que les femmes enceintes), et à la Région wallonne et à la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale (COCOF) pour les vaccinations au-delà de l'âge de 18 ans.

Seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire en Belgique depuis 1967 [25]. Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) recommande un calendrier vaccinal de base, où d'autres vaccinations sont fortement recommandées par les autorités sanitaires du pays [22].

4.1. Vaccination des enfants

Depuis 2002, la Fédération Wallonie-Bruxelles et le CSS ont recommandé de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons et méningocoque de type C. S'y sont ajoutées en 2006, la vaccination contre le pneumocoque et en 2007, la vaccination contre le rotavirus. À part la vaccination contre le rotavirus, les différents vaccins sont fournis gratuitement grâce à un financement conjoint entre l'État fédéral et la Fédération Wallonie-Bruxelles [26].

Depuis septembre 2011, une vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) est proposée gratuitement aux filles qui fréquentent la 2e année de l'enseignement secondaire [27].

PROVAC¹ développe et évalue le programme de vaccination. Elle réalise régulièrement des enquêtes de couverture vaccinale : tous les trois ans auprès des parents d'enfants âgés de 18 à 24 mois et tous les ans auprès des élèves d'un niveau scolaire de 2e primaire, 6e primaire, 2e ou 4e secondaire. La mesure des couvertures vaccinales permet de suivre de près l'évolution et l'adéquation du programme de vaccination.

La dernière enquête réalisée auprès des enfants de 18 à 24 mois a été réalisée entre mai et juillet 2015. Toutes les couvertures des vaccins faisant partie du circuit de distribution organisé par la FWB sont restées stables par rapport à l'enquête précédente de 2012. Le taux de couverture du vaccin hexavalent (poliomyélite-diphtérie-tétanos-coqueluche-hémophilus influenzae de type B-hépatite B) atteint près de 93% en 2015. La couverture du vaccin RRO (Rougeole-Rubéole-Oreillons) atteint 95% lors de cette dernière enquête. Ces résultats sont légèrement supérieurs à l'enquête de 2012 sans être significativement différents au niveau statistique. Une petite exception est à noter pour le taux de couverture du vaccin contre le pneumocoque qui enregistre une augmentation significative de 3,5 % entre 2012 et 2015. Le taux de couverture du vaccin contre le rotavirus présente également une hausse significative de 7 % entre les deux dernières enquêtes [28].

En septembre 2014, PROVAC a diffusé les évolutions de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Entre 2004 et 2012, la couverture vaccinale du rappel de 6 ans Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire-Polio injectable passe de 69,1 % à 78,7 % et augmente de presque 10 % [29].

CONSOMMATION DE SOINS

4.2. Vaccination des adultes

4.2.1. Grippe

En Belgique, le CSS recommande la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes à risque, à savoir :

- toute personne de 65 ans et plus ;
- tout patient à partir de l'âge de 6 mois présentant une affection chronique d'origine pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale, métabolique, neuromusculaire ou des troubles immunitaires ;
- les femmes enceintes qui seront au deuxième ou troisième trimestre de grossesse au moment de la saison de la grippe ;
- les personnes séjournant en institution ;
- les enfants de 6 mois à 18 ans compris sous thérapie à l'aspirine au long cours ;
- le personnel du secteur de la santé ;
- les personnes vivant sous le même toit que des personnes à risque ou avec des enfants de moins de 6 mois [27].

Tableau 6.6. Pourcentage (%) de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Population à risque déclarant être vaccinée (%)
Belgique	56,1
Wallonie	47,1
Province de Liège	37,8

Source : ISP-HIS

→ Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, seulement 37,8 % des personnes à risque en province de Liège déclarent être vaccinées contre la grippe. Pour la même année, cette proportion atteint environ une personne à risque sur deux en Wallonie (47,1 %) et en Belgique (56,1 %). La différence est significative entre le niveau wallon et belge d'une part et entre le niveau belge et provincial d'autre part. Par contre, vu le nombre de répondants, la différence entre la Wallonie et la province de Liège n'est pas statistiquement significative. En Belgique, le taux de couverture de la vaccination de la population à risque contre la grippe est en recul au cours des 5 dernières années et reste sous l'objectif de l'OMS, qui préconise un taux de couverture de 75 % [30].

4.2.2. Pneumocoque

En Belgique, le CSS recommande la vaccination contre le pneumocoque chez :

- toutes les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- les adultes présentant un risque accru d'infection liée au pneumocoque (troubles immunitaires) et les adultes souffrant de pathologies chroniques (troubles cardiovasculaires, bronchite chronique (ou fumeurs), problèmes hépatiques (ou abus d'alcool), troubles rénaux, diabète) [27].

Tableau 6.7. Proportion (%) de la couverture vaccinale contre le pneumocoque des personnes à risque, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Population à risque déclarant être vaccinée (%)
Belgique	8,5
Wallonie	8,1
Province de Liège	5,2

Source : ISP-HIS

→ Selon l'Enquête Nationale par Interview de 2013, parmi les personnes à risque déclarant être vaccinées contre le pneumocoque, une proportion légèrement inférieure est constatée en province de Liège (5,2 %), par rapport à la Wallonie (8,1 %) et la Belgique (8,5 %). Cependant, aucune différence statistiquement significative n'est constatée entre ces niveaux géographiques.



5. Dépistages

Le but du dépistage est de détecter une pathologie avant même que des symptômes soient manifestes. Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Le dépistage doit répondre à différentes conditions afin qu'un dépistage de masse soit organisé [31].

5.1. Dépistage des cancers

Le fait de détecter plus tôt certains cancers permet souvent des traitements moins lourds et offre des chances de guérison plus importantes [32]. Le dépistage s'adresse à tout le monde, à partir d'un certain âge : les femmes entre 50 et 69 ans pour le cancer du sein, les femmes entre 25 et 64 ans pour le cancer du col de l'utérus et les hommes et femmes entre 50 et 74 ans pour le cancer colorectal.

Le dépistage systématique, dit de masse, organisé (ou programme organisé), est réalisé à l'initiative d'une autorité de Santé publique. Il est soumis à des procédures de contrôle de qualité et à une évaluation régulière afin de garantir la qualité et l'efficacité selon les critères définis au niveau européen. Une invitation personnelle est envoyée à la population « cible ». Le dépistage individuel ou opportuniste est, quant à lui, réalisé à la demande de l'individu ou du médecin en dehors d'un programme organisé de dépistage.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, en plus de la possibilité d'un dépistage individuel, il existe un dépistage organisé pour le cancer du sein et pour le cancer colorectal. Le dépistage du cancer du col de l'utérus appartient au dépistage individuel [33].

5.1.1. Dépistage du cancer du sein

Depuis 2001, la Belgique a instauré un programme national de dépistage du cancer du sein. Celui-ci permet aux femmes de 50 à 69 ans d'être dépistées gratuitement, tous les deux ans, par un Mammotest, c'est-à-dire une radiographie des seins bénéficiant d'un contrôle de qualité et d'une double lecture [34]. En dehors du programme organisé, de nombreuses femmes ont recours à un dépistage opportuniste par mammographie classée « diagnostique » dans la nomenclature INAMI.

La couverture par Mammotest est le nombre de femmes de la population étudiée ayant subi un Mammotest, que celles-ci aient déjà eu ou pas une mammographie diagnostique, pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée. La population étudiée est constituée des femmes inscrites à l'assurance maladie obligatoire et dont l'âge est compris entre 50 et 69 ans.

La couverture par mammographie diagnostique correspond au nombre de femmes de la population étudiée qui ont subi au moins un examen mammographique diagnostique et aucun Mammotest pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée.

La couverture totale additionne la couverture par Mammotest et la couverture par mammographie diagnostique. Elle mesure le nombre de femmes de la population étudiée qui ont bénéficié d'au moins une mammographie diagnostique et/ou d'un Mammotest pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée [35].

CONSOMMATION DE SOINS

Tableau 6.8. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un dépistage radiologique du cancer du sein, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2011-2012

	Belgique (%)	Wallonie (%)	Province de Liège (%)
Couverture par Mammotest	32,5	7,2	7,3
Couverture par mammographie diagnostique	30,2	48,4	48,4
Total	62,7	55,6	55,8

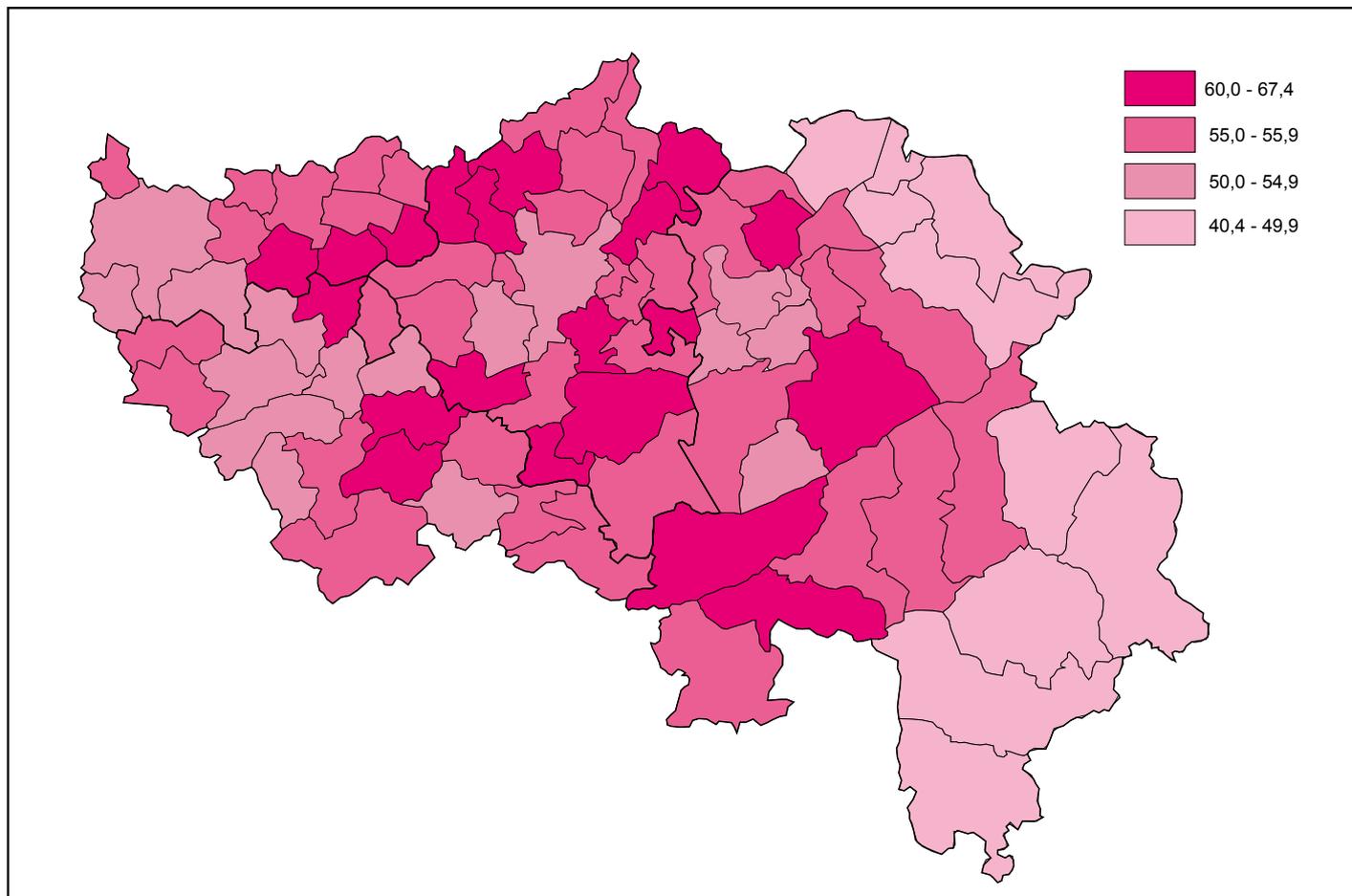
Source : Atlas AIM

→ En 2011-2012, le taux de couverture par Mammotest au sein de la province de Liège (7,3 %) est supérieur à celui de la Wallonie (7,2 %), mais nettement inférieur au taux belge (32,5 %). Ceci s'explique par la forte adhésion de la population de la Flandre au programme organisé de dépistage du cancer du sein. À l'inverse, le taux de couverture par mammographie diagnostique est plus élevé en province de Liège et en Wallonie (48,4 %) qu'en Belgique (30,2 %). Plus d'une femme sur deux entre 50 et 69 ans en province de Liège a réalisé un examen de dépistage du cancer du sein (55,8 %). Cette proportion est similaire en Wallonie (55,6 %) et inférieure à la Belgique (62,7%).



Chapitre 6 :

Carte 6.2. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un examen de dépistage du cancer du sein, province de Liège, par commune, 2011-2012



Discretisation : manuelle - Source : Atlas AIM

→ En 2011-2012, le taux de couverture totale de dépistage du cancer du sein apparaît le plus élevé dans les communes de Donceel (67,4 %), Juprelle (66,4 %) et Neupré (66,1 %). Le taux de couverture, pour l'âge recommandé par l'OMS, dépasse les 50 % dans presque toutes les communes de la province de Liège. Les communes de la Communauté germanophone et Plombières font exception.

CONSOMMATION DE SOINS

5.1.2. Dépistage du cancer colorectal (chez les 50-74 ans)

Le programme de dépistage du cancer colorectal est organisé en Fédération Wallonie-Bruxelles depuis le 1er mars 2009. Il s'adresse à tous les hommes et femmes de 50 à 74 ans en Wallonie et en région de Bruxelles-Capitale. Le cycle d'invitation s'étale sur deux ans. La Détection du Sang Fécal Occulte (DSFO) est l'examen le plus fréquemment réalisé [33].

Tableau 6.9. Nombre d'examens de DSFO remboursés par l'INAMI, population (50-74 ans), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014

	Examens de DSFO
Belgique	148 111
Wallonie	26 751
Province de Liège	9 861

Source : INAMI

Tableau 6.10. Nombre de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et taux de couverture, 1er mars 2009-31 décembre 2014

	Nombre	Couverture (%)
Fédération Wallonie-Bruxelles	192 425	6,7
Province de Liège	47 649	5,4

Source : CCR, calculs OSLg

Tableau 6.11. Proportion (%) de personnes (50-74 ans) déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Couverture déclarée (%)
Belgique	16,5
Wallonie	16,4
Province de Liège	16,2

Source : ISP-HIS

→ En province de Liège, la population cible s'élevait à 314 688 habitants en 2014.

À raison d'un test DSFO tous les deux ans, il faudrait 157 344 tests par an pour aboutir à une couverture de l'ensemble de la population. Les tableaux 6.11. et 6.12. montrent que tant les tests remboursés de l'INAMI que le nombre de personnes dépistées lors du dépistage organisé représentent une faible couverture de la population cible. Les résultats de l'Enquête Nationale de Santé de 2013 montrent une proportion de personnes ayant réalisé un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête supérieure aux taux de couverture de dépistage du cancer colorectal.



Chapitre 6 :

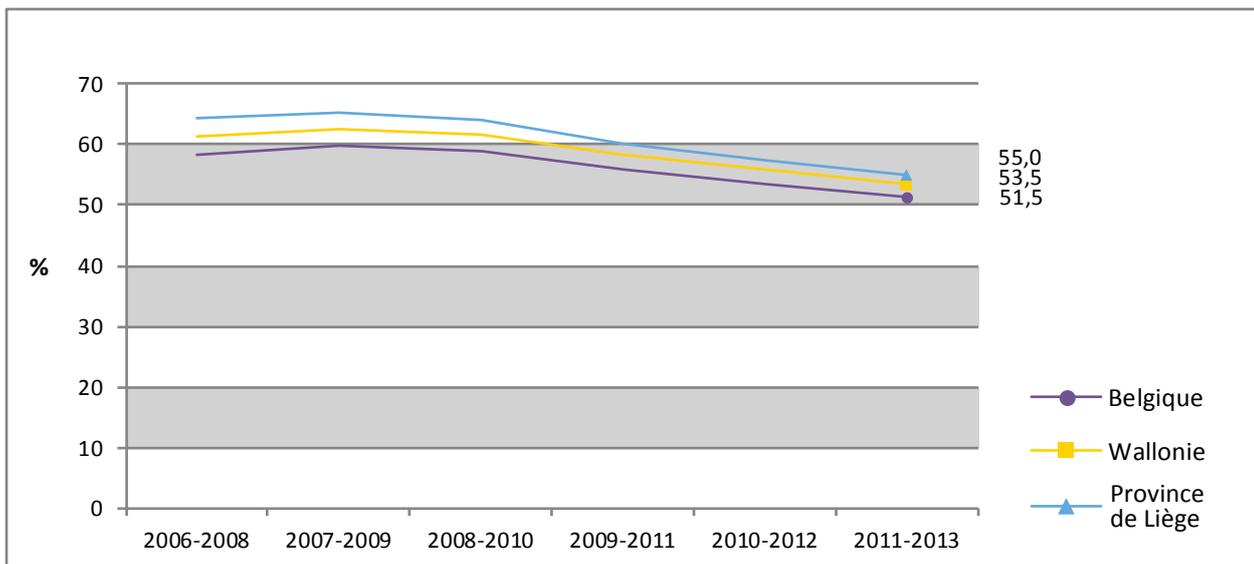
5.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes de 25-64 ans)

Le cancer du col de l'utérus est principalement dû à une infection par un virus à potentiel cancérogène élevé : il s'agit du Human Papilloma Virus (HPV) qui se transmet par voie sexuelle [33].

Le dépistage par frottis est actuellement réalisé sur base individuelle (opportuniste) en Fédération Wallonie-Bruxelles. L'intervalle à respecter entre deux frottis est de trois ans. La population cible concerne les femmes de 25 à 64 ans.

La vaccination anti-HPV ne dispense pas la femme du dépistage par frottis. En effet, la vaccination ne protège pas contre tous les types de virus responsables de cancer du col [34].

Figure 6.6 Proportion (%) de femmes (25-64 ans) s'étant vu attester un frottis de dépistage de 2008 à 2013, Belgique-Wallonie-province de Liège



Source : Atlas AIM

→ Quel que soit le territoire, le pourcentage de femmes ayant reçu un frottis de dépistage diminue au cours du temps. Différents changements de nomenclature doivent cependant être précisés. En effet, avant le 1er juillet 2009, le remboursement des frottis est non limité. Entre le 1er juillet 2009 et le 1er mars 2013, le remboursement est limité à un frottis de dépistage tous les deux ans. Depuis le 1er mars 2013, l'intervalle de remboursement du frottis de dépistage est de trois ans, ce qui suit les recommandations européennes [34].

CONSOMMATION DE SOINS

Tableau 6.12. Proportion (%) de femmes (25-64 ans) déclarant avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Femmes de 25 à 64 ans (%)				
	1997	2001	2004	2008	2013
Belgique	69,6	69,2	72,2	70,8	72,9
Wallonie	64,0	64,1	73,3	75,6	76,1
Province de Liège	68,4	68,3	78,9	81,9	74,4

Source : ISP-HIS

→ Selon les déclarations des femmes, 74,4 % d'entre elles auraient pratiqué un dépistage dans les trois ans précédant l'enquête de 2013 en province de Liège. Cette proportion est très proche de celle des femmes wallonnes, et légèrement supérieure à celle observée en Belgique, sans toutefois être statistiquement différente. Le taux de couverture déclaré a augmenté entre 1997 et 2013 au sein des trois niveaux géographiques.



6. Bibliographie

1. Van der Heyden, J., Contacts avec le médecin généraliste, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : *Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
2. Delahaye, V., *Le Livre Blanc de la Médecine Générale à Bruxelles*. 5 octobre 2013, Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles : Bruxelles.
3. Schetgen, M., *Le dossier médical global + (DMG+), outil de prévention de la première ligne de soins*. Rev Med Brux, 2012 : p. 396-399.
4. CNPQ Groupe de travail Médecine générale, *Bon usage du DMG*. Recommandations. Mars 2010, INAMI-RIZIV : Bruxelles.
5. *Accord national médico-mutualiste 2016-2017*. 22 décembre 2015 : Bruxelles.
6. Wallonie-Bruxelles, D.g.d.I.S.d.M.d.I.F., *Rôle du médecin généraliste dans la prévention*. Septembre 2013 : Bruxelles.
7. Van der Heyden, J., *Consultations chez un médecin spécialiste.*, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. , WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
8. Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie, *Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge 2012-2014*.
9. Van der Heyden, J., et al., *Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium*. Health Policy, 2003. 65(2) : p. 153-65.
10. Drieskens, S., *Services de soins et d'aide à domicile.*, in Enquête de santé 2013. rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. , WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
11. Drieskens, S., *Contacts avec des services paramédicaux* , in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. , WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
12. Drieskens, S., *Contacts avec des prestataires de thérapies non conventionnelles.*, in Enquête de santé 2013. rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux., WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
13. FNRS and Représentants des facultés de médecine et des académies royales de médecine, *Les pratiques non conventionnelles : évaluation de l'efficacité thérapeutique et de l'innocuité par analyse des essais cliniques et des études scientifiques*. Octobre 1998.
14. *Arrêté royal relatif à l'exercice de l'homéopathie*. 26 mars 2014 : Bruxelles.
15. De Gendt, T., et al., *Etat des lieux de l'homéopathie en Belgique*. KCE reports 154B. 2011, Centre fédéral d'expertise des soins de santé. : Bruxelles.
16. Charafeddine, R., *Contacts avec le service des urgences.*, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. , WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
17. Van den Heede, K. et al, *Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme - Synthèse*. 2016, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : Bruxelles.
18. Charafeddine, R., *Hospitalisation.*, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : *Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.

CONSOMMATION DE SOINS

19. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2015*. Les indicateurs de l'OCDE. 2015.
20. Roberfroid, D., et al., *Les statines en Belgique : évolutions de l'utilisation et impact des politiques de remboursement*. 2010, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : Bruxelles.
21. Merlo J, Wessling A, and Melander A, *Comparison of dose standard unit for drug utilisation studies*. . Eur J Clin Pharmacol 1996(50) : p. 27-30.
22. ASBL Question Santé. 2015; Available from : <http://www.vaccination-info.be/vaccination-bon-a-savoir/histoire-de-la-vaccination>.
23. Miermans M.C, et al., *Vacciner? Mieux comprendre pour décider*, PROVAC, Editor. 2003, Carabin S : Bruxelles.
24. Amerijckx, G., *La vaccination : de l'individu à la collectivité, des enjeux en tension*. Santé conjugulée., Mars 2014(67).
25. Fédération Wallonie-Bruxelles, *La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres*. 2015, Fédération Wallonie-Bruxelles : Bruxelles.
26. Office de la Naissance et de l'Enfance, *Banques de Données Médico-Sociales*. Chapitre 4 : Le suivi médico-social préventif des enfants. 2015.
27. Tafforeau, J., *Vaccination*, in *Enquête de santé 2013 : Rapport 5 : Prévention*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
28. Provac, *Progrès et défis dans la lutte contre les maladies à prévention vaccinale chez l'enfant de 0 à 7 ans*. Avril 2016, Ecole de Santé Publique ULB : Bruxelles.
29. Vermeeren, A., M.C. Miermans, and B. Swennen, *Evolution de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles*. 2014, Provac : Bruxelles.
30. Vrijens, F., et al., *La performance du système de santé Belge-Rapport 2015*. 2015, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) : Bruxelles.
31. Wilson, J.J., G., *Principes et pratique du dépistage des maladies*. 1970, OMS : Genève.
32. Ligue Nationale Contre le Cancer, *Le dépistage des cancers*, L.N.C.I. Cancer, Editor. Octobre 2009 : Paris.
33. Tellier, V., et al., *Le cancer en Wallonie*. 2013, SPW : Namur (Jambes).
34. Van den Heede, A.F., V. Haelens, A. Francart, J. Arbyn, M., *Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012. Troisième rapport de l'Agence Intermutualiste*. Février 2015, IMA-AIM.
35. Fabri, V., A. Leclercq, and M. Boutsen, *Programme du Dépistage du Cancer du Sein. Comparaison du troisième tour (2007-2008) et du quatrième tour (2009-2010)*. Rapport numéro 8 de l'Agence Intermutualiste. Septembre 2014.

