

Santé – Méthodologie

1. ÉTAT DE SANTE ET PRATIQUES MÉDICALES	2
1.1 ÉTAT DE SANTE.....	2
A. <i>Les données issues des enquêtes de santé de Sciensano</i>	2
B. <i>Nombre de patients diabétiques sous médication pour 1 000 bénéficiaires</i>	4
C. <i>Nombre total de nouveaux cas de cancer par groupe d'âge et par site primaire le plus fréquent.....</i>	5
D. <i>Nombre de personnes en invalidité</i>	5
1.2 PRATIQUES MEDICALES	6
A. <i>Le dossier médical global (DMG)</i>	6
B. <i>Taux de couverture du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus</i>	6
C. <i>Nombre d'interruptions volontaires de grossesse selon le domicile de la femme.....</i>	7

1. ÉTAT DE SANTE ET PRATIQUES MÉDICALES

1.1 État de santé

A. Les données issues des enquêtes de santé de Sciensano

Bien que la Belgique dispose déjà de diverses informations en matière de santé publique, une enquête de population permet d'apporter une plus-value considérable pour les raisons suivantes :

- Elle offre une description de l'état de santé de la population dans son ensemble, y compris les personnes qui ont peu ou pas recours aux services de soins, et ce, du point de vue des personnes qui sont elles-mêmes concernées.
- Elle offre également la possibilité d'établir un lien entre toute une série de facteurs liés à la santé.
- Enfin, le fait de répéter l'enquête de manière périodique permet de suivre l'évolution des indicateurs de santé et leurs déterminants dans le temps.

Les résultats de l'enquête de santé par interview doivent être interprétés dans un cadre précis : tout d'abord, il existe une composante subjective, il s'agit de ce que les personnes interrogées ont bien voulu déclarer. Par ailleurs, il faut rappeler que les résultats sont extrapolés sur la population totale à partir d'un échantillon, ce qui sous-entend une certaine marge d'erreur. Ce phénomène est lié au fait que la représentativité de l'échantillon ne peut jamais être garantie à 100%, et ce malgré tous les efforts consentis pour en améliorer la qualité.

Il est également important de mentionner que les résultats décrits ici sont des estimations ; ces dernières peuvent être légèrement différentes de ce que l'on aurait obtenu si l'on avait interrogé l'ensemble de la population. Ceci est d'autant plus vrai que le nombre de personnes sur lequel on se base pour présenter les résultats est relativement faible.

Dans l'enquête santé 2013, 10 829 personnes ont été interrogées par le biais d'interviews structurées à domicile durant toute l'année 2013. Ces personnes ont été choisies au hasard parmi tous les habitants de la Belgique. Les résultats donnent donc une image représentative de la santé de la population. Toutes les personnes reprises dans le Registre national de la population faisaient partie de la base de sondage, à l'exception des personnes qui résidaient dans :

- une institution, à part les personnes vivant dans une maison de repos ou de repos et de soin (qui faisaient partie quant à elles de l'échantillon) ;
- une communauté religieuse de plus de huit personnes ;
- une prison.

Le profil de l'échantillon au point de vue démographique a suivi autant que possible celui de la population totale. La sélection aléatoire des ménages a été faite sur la base du Registre

national, après stratification par région, par province et par commune (échantillonnage systématique).

L'échantillon de base était de 3 500 en Région flamande, 3 500 en Région wallonne et 3 000 en Région bruxelloise. Au sein de chaque région, le nombre de personnes sélectionnées par province était proportionnel au nombre total d'habitants de chacune d'elles. En outre, les provinces qui le souhaitaient pouvaient contribuer au financement d'un échantillon supplémentaire pour obtenir des estimations plus précises au niveau de leur propre population. La province du Luxembourg a fait valoir son droit en la matière en finançant 600 entretiens supplémentaires à réaliser dans sa province. Ce qui signifie que le nombre total de participants prévus en Région wallonne était de 4 100 participants (3 500 + 600).

Le mode de sélection des villes ou des communes dans chaque province a été adapté de façon telle qu'aussi bien les grandes villes que les petites communes puissent être représentées. Dans chaque ville ou commune sélectionnée, au moins 50 personnes devaient être interrogées. Pour atteindre cet objectif, des ménages ont été sélectionnés et, au sein de chaque ménage, quatre personnes au maximum devaient être interrogées. La personne de référence du ménage et, le cas échéant, le/la partenaire devaient toujours figurer parmi les personnes interrogées. Au final 3 512 interviews ont été réalisées en Région flamande, 4 214 en Région wallonne et 3 103 en Région bruxelloise.

Afin de produire des résultats représentatifs pour l'ensemble du pays, mais aussi au niveau de chaque région, un facteur de pondération a été attribué à chaque individu qui a participé à l'enquête. Ce facteur est calculé sur la base de la probabilité de sélection de l'individu au sein du ménage, de la commune, de la province, de la Région et du trimestre au cours duquel l'interview a eu lieu. En 2018, comme précédemment en 2013, 2008, 2004, 2001 et 1998, les résultats ont été pondérés pour correspondre au mieux à la population belge. Un plan d'échantillonnage assez complexe est adopté: stratification régionale, stratification par âge, sur-échantillonnage des personnes âgées...L'échantillon final est donc le fruit d'une longue préparation; il faut bien sûr tenir compte de cette complexité dans l'analyse des données et la construction des indicateurs.

Il n'est cependant pas possible de réaliser un échantillon totalement représentatif. Par exemple, les personnes qui ne sont pas inscrites au niveau du Registre national ne sont bien entendu pas reprises non plus dans l'échantillon. Par ailleurs, certains ménages n'ont pas pu être contactés.

La participation à l'enquête n'étant pas obligatoire, 57 % seulement des ménages qui ont pu être contactés ont accepté de participer. 43 % des ménages contactés ont donc refusé de participer à l'enquête pour différentes raisons, le plus souvent par manque d'intérêt ou de temps. En prévision de ces refus, et afin de produire malgré tout des résultats de qualité, des ménages de remplacement ont été sélectionnés dès le départ pour chaque ménage qui devait participer à l'enquête. Ces remplaçants ont été sélectionnés en fonction de caractéristiques similaires au ménage de départ: habiter la même commune, avec le même nombre de personnes dans le ménage et le même âge pour la personne de référence. Dès qu'un ménage

s'avérait être injoignable (après plusieurs tentatives de contact) ou refusait de participer, un ménage de remplacement était choisi.

Le questionnaire de l'enquête de santé comporte trois parties :

- La première consiste en une collecte d'un nombre de caractéristiques du ménage : sa composition, le revenu mensuel, les dépenses de santé, etc. Toutes les questions étaient posées par l'enquêteur à la personne de référence ou à son/sa partenaire.
- La deuxième partie concerne l'état de santé et la consommation de soins des individus. Les questions étaient aussi posées par l'enquêteur à chaque membre (sélectionné) du ménage. Si la personne n'était pas en état de répondre elle-même, pour cause de maladie ou d'absence prolongée par exemple, ou si elle était âgée de moins de 15 ans, une autre personne répondait à sa place, le plus souvent un autre membre du ménage.
- Enfin, chaque participant âgé de 15 ans et plus remplissait lui-même un questionnaire concernant des sujets plus sensibles comme la santé mentale, la consommation de tabac ou d'alcool, etc.

B. Nombre de patients diabétiques sous médication pour 1 000 bénéficiaires

Cet indicateur est issu de l'Atlas AIM de l'Agence InterMutualiste. Cette agence regroupe les 7 mutualités en activité en Belgique. Les chiffres sont considérés valables pour la population belge car 99% des belges sont bénéficiaires, c'est-à-dire en ordre avec l'assurance maladie obligatoire et possèdent un domicile connu dans les données sources.

L'indicateur prend comme numérateur le nombre de bénéficiaires qui se sont fait rembourser durant l'année civile des antidiabétiques en officine publique ou hospitalière (à l'exception des femmes qui accouchent durant la première année) ou des bénéficiaires identifiés via conventions de diabète. Le dénominateur est le nombre total de bénéficiaires divisé par 1.000.

Ces chiffres se basent sur un échantillonnage. L'échantillon permanent suit toutes les dépenses en soins de santé remboursées par l'AIM pour un groupe de personnes et ce, sur plusieurs années.

Avant 2008, les indépendants sont exclus des données. Comme les mois de naissance ne sont pas disponibles dans cette base de donnée, les chiffres sont basés sur les populations annuelles globales.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires ayant des antidiabétiques de par les années est vraisemblablement plus importante que l'augmentation réelle de la prévalence du diabète. Cette évolution pourrait être expliquée en partie par une médicalisation plus poussée.

C. Nombre total de nouveaux cas de cancer par groupe d'âge et par site primaire le plus fréquent

Ces données sont issues de la Fondation Registre du Cancer. L'enregistrement de ces données a commencé plus tardivement à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre. La couverture régionale totale n'est disponible qu'à partir de 2004.

Le terme « cancer » englobe un groupe de maladies se caractérisant par la multiplication et la propagation anarchiques de cellules anormales. Si les cellules cancéreuses ne sont pas éliminées, l'évolution de la maladie va mener plus ou moins rapidement au décès de la personne touchée.

Le nombre de cas de cancer reprend le nombre de nouveaux diagnostics qui ont été enregistrés au cours d'une année donnée. Le fait que les cancers soient mieux détectés aujourd'hui joue un rôle dans l'augmentation du nombre de cas de cancer dans les statistiques des populations.

D. Nombre de personnes en invalidité

Ces données sont issues de l'INAMI. Est ici repris le nombre de personnes qui sont en incapacité de travail depuis plus d'un an. La période d'invalidité débute donc à partir de la deuxième année de l'incapacité de travail. Il s'agit d'une « photo » de la situation du nombre d'invalides au 31 décembre de l'année décrite. Un cas correspond à une personne physique. Rupture méthodologique à partir de 2016 : avant cette date, le dernier domicile connu en Belgique était utilisé pour les résidents étrangers. A partir de 2016, les résidents étrangers qui perçoivent des indemnités d'invalidité sont comptabilisés dans la catégorie « Hors Belgique ».

RÉFÉRENCES

Enquêtes Santé de Sciensano : <https://his.wiv-isp.be/FR/SitePages/Accueil.aspx>

Atlas AIM de l'Agence InterMutualiste : <http://atlas.aim-ima.be>

Registre du Cancer : <http://www.registreducancer.be>

INAMI : <http://www.inami.fgov.be/fr/statistiques>

1.2 Pratiques médicales

A. Le dossier médical global (DMG)

Le **Dossier Médical Global (DMG)** contient toutes les données médicales d'un patient (opérations, maladies chroniques, traitements en cours...). Il permet un meilleur accompagnement individuel et une meilleure concertation entre les médecins. Le DMG est gratuit et entraîne un remboursement plus important des soins médicaux. Il doit être demandé par le patient à son médecin de famille ou peut être proposé par le médecin.

B. Taux de couverture du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

Ces deux indicateurs sont calculés par l'Agence InterMutualiste (AIM).

Le **taux de couverture du dépistage du cancer du sein** est basé sur le pourcentage des femmes entre 50 et 69 ans ayant eu au moins une mammographie diagnostique et/ou un mammothest dans l'année ou l'année précédente. Un mammothest est une mammographie réalisée dans le cadre d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein.

Au numérateur sont repris les bénéficiaires du groupe-cible qui a subi une mammographie diagnostique et/ou un mammothest dans l'année, c'est-à-dire une mammographie d'un sein réalisé en ambulatoire chez un radiologue ou un gynécologue, ou une mammographie des deux seins (première lecture) réalisée dans le cadre d'un dépistage de masse organisé par une autorité. Le dénominateur est constitué par le nombre de femmes affiliées à un organisme assureur qui font partie des catégories d'âge cible (de 50 à 69 ans). Ce sont des femmes dans la base de données Population AIM de l'année (= combinaison des photos du 30 juin et du 31 décembre) sans exclusion des décédées.

Le calcul est effectué séparément pour l'année (t) et l'année précédente (t-1). Si une femme a été comptée dans le numérateur de l'année précédente (t-1), elle ne peut plus être comptée dans le numérateur de l'année (t). Les totaux par année sont ensuite additionnés. Les périodes de deux années civiles consécutives s'étendent du 1 janvier au 31 décembre et correspondent à l'intervalle théorique recommandé entre deux examens de dépistages.

Le **taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus** était basé jusqu'en 2013 sur le pourcentage de femmes entre 25 et 64 ans s'étant vu attester un frottis de dépistage dans une période de 3 années calendrier (année, année -1, année -2). Depuis 2014, il n'est plus calculé à partir des attestations d'un frottis de dépistage mais à partir des attestations d'une cytologie d'un frottis de dépistage. L'AIM a observé que le prélèvement du frottis n'était pas toujours facturé par le médecin à l'INAMI. La couverture basée sur le prélèvement était donc en partie sous-estimée. Sur base de la nouvelle méthodologie, l'AIM a recalculé tous les taux de couverture des années antérieures (depuis 2008). Il n'y a donc pas de rupture méthodologique dans les chiffres présentés dans le tableau.

Au numérateur sont repris les bénéficiaires du groupe-cible pour lesquelles une cytologie d'un frottis cervical et vaginal dans le cadre du dépistage a été remboursé dans une des années calendrier. Le dénominateur comprend le nombre total de femmes entre 25 et 64 ans dans la base de données Population AIM de cette même année.

Le calcul est effectué séparément pour l'année calendrier t, l'année t-1 et l'année t-2. Les totaux sont ensuite additionnés. Si une femme a été remboursée plusieurs fois pour un frottis de dépistage sur la période de trois ans, elle n'est comptée qu'une seule fois pour cette période. Une période calendrier va du 1^{er} janvier au 31 décembre. Les données indiquées sous l'année 2008 correspondent donc à la période 2006-2008.

Par ailleurs, depuis 2014 les chiffres pour la Flandre ne sont plus calculés par l'AIM mais par le CvKO (Centrum voor Kankeropsporing). En Flandre, le taux de dépistage se base sur les frottis et non la cytologie. Les chiffres ne sont donc plus comparables entre les régions et il n'y a plus de chiffre disponible pour l'ensemble de la Belgique. Par conséquent, le tableau présente uniquement les chiffres bruxellois, au niveau communal.

C. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse selon le domicile de la femme

La Commission nationale d'évaluation d'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) a été créée le 13 août 1990 et se charge d'évaluer l'application des dispositions légales relatives à la loi du 3 avril 1990 relatives à **l'interruption volontaire de grossesse**. Elle rédige tous les deux ans un rapport à l'intention du Parlement fédéral dont les données ici présentées sont issues.

Pour des raisons qui demeurent inexplicables, il y a des différences de nombres entre les déclarations d'IVG faites par les médecins, établies individuellement, et les rapports annuels des institutions au sein desquelles ces médecins pratiquent leur art. La Commission est sans pouvoir pour vérifier si les données communiquées par les médecins et par les institutions correspondent à une réalité scientifiquement établie, elle est même sans pouvoir pour vérifier si les documents qui lui sont communiqués ont été correctement remplis, et elle n'a pas davantage le pouvoir d'exiger d'une institution ou d'un médecin qu'ils fassent des déclarations. La Commission est donc totalement tributaire des données qui lui sont fournies.

RÉFÉRENCES

Enquêtes Santé de Sciensano : <https://his.wiv-isp.be/FR/SitePages/Accueil.aspx>

Atlas AIM de l'Agence InterMutualiste : <http://atlas.aim-ima.be>

Commission Nationale d'Evaluation des Interruptions de Grossesse
<http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-nationale-devaluation-interruption-de-grossesse>