



ETUDE

REPORT DE SOINS DES MALADES CHRONIQUES SUITE À LA PANDÉMIE DE COVID-19

Impact de la Covid-19 sur les prestations de
soins



Une publication des **Mutualités Libres**

Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles

T. : 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Rédaction > Güngör Karakaya, Dominique De Temmerman, Renata Van Woensel

www.mloz.be

(©) Mutualités Libres/Bruxelles, septembre 2021

(Numéro d'entreprise 411 766 483)



REPORT DE SOINS DES MALADES CHRONIQUES SUITE À LA PANDÉMIE DE COVID-19

Impact de la Covid-19 sur les prestations de soins

Table des matières

01	INTRODUCTION	4
02	DONNEES ET METHODOLOGIE	7
03	DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE.....	9
04	RESULTATS	12
	Aperçu général.....	12
	Contacts physiques avec prestataire de soins	13
	Impact des soins à distance	20
	Délivrance de médicaments en officine publique.....	23
	Hospitalisation avec et sans nuitée	26
	Urgence.....	30
05	CONCLUSION	32
06	RECOMMANDATIONS.....	34
07	REFERENCES	35

01

INTRODUCTION

La pandémie actuelle de Covid-19 a impacté et changé nos vies à l'échelle mondiale depuis son apparition et sa propagation depuis la Chine à la fin de l'année 2019. Ni la Belgique, ni l'Europe entière n'y ont échappé.

Avec près de 4 millions de décès dans le monde, dont plus de 700.000 décès en Europe et plus de 25.000 décès en Belgique, il est fort probable que l'on se souvienne de cette pandémie comme de la plus grande calamité de la décennie. Cependant, les effets de la Covid-19 ne se limitent pas à ces chiffres et pourraient dépasser de loin le bilan direct déjà dramatique.

La nouvelle maladie infectieuse respiratoire, particulièrement présente en Belgique lors de la première vague aux mois de mars et avril 2020 et lors de la seconde vague qui a démarré au mois de septembre 2020, a aussi entraîné un ralentissement (voire la fermeture) d'une grande partie de l'activité économique et sociale du pays suite aux mesures de confinement prises par les autorités.

La Covid-19 a également eu un impact significatif sur notre système de soins de santé. Selon les derniers chiffres de la Commission technique du Service du contrôle administratif de l'INAMI, les hôpitaux ont enregistré 49.478 hospitalisations liées à la Covid-19 en 2020 (soit moins de 3% du nombre total d'hospitalisations d'une année ordinaire telle que 2019) avec des entrées qui se sont essentiellement concentrées lors des phases ascendantes des deux vagues de la pandémie. Cette importante sollicitation des hôpitaux a eu pour conséquence l'arrêt et le report des soins réguliers non urgents afin de faire face à l'afflux d'hospitalisations liées à la Covid-19. Comme le souligne le rapport du KCE (2020a), les mesures adoptées et appliquées pendant la pandémie de Covid-19 ont également entraîné des dommages collatéraux. Elles ont eu un impact non seulement sur la santé et le bien-être du personnel de santé, mais aussi sur le recours aux soins qui s'est soldé par des annulations ou des reports significatifs de certains soins au plus fort de la pandémie. Ces annulations et reports de soins ont bien entendu des conséquences néfastes pour le patient telles que le retardement de diagnostics médicaux (cancers, maladies cardiovasculaires, etc.) et donc des séquelles qui risquent d'être bien plus lourdes, le report de soins chroniques et donc une prise en charge non optimale d'une population en besoin de suivi médical régulier. Notons toutefois que dès le début de la première vague de la pandémie l'INAMI a autorisé le recours aux téléconsultations (consultations à distance par téléphone ou vidéo) pour assurer la continuité des soins aux patients, ce qui a permis de limiter les arrêts et reports de soins des patients.

Sur la base des entretiens du KCE (KCE, 2020a) et d'une enquête de la Plateforme flamande des patients (Vlaams Patiëntenplatform, 2020a), l'annulation et le report de soins ne peuvent pas s'expliquer uniquement par la baisse de l'offre de soins (imposée au plus fort de la pandémie par les autorités). D'autres facteurs, tels que le climat de peur généralisé (peur d'être infecté par le coronavirus), le ressenti non urgent et non essentiel du soin demandé, le fait d'attendre que la situation s'améliore et les mesures

de lutte contre la prolifération de Covid-19, ont également contribué à expliquer la baisse de la demande de soins.

Sur la base des données de remboursement de l'assurance maladie, l'Agence Intermutualiste (AIM, 2021) constate une baisse de 47% du nombre d'admissions à l'hôpital (hospitalisation classique avec au moins une nuitée dans un hôpital général) pendant la période de confinement (du 16 mars au 3 mai 2020) comparée à l'année 2019. La situation s'est ensuite améliorée avec l'affaiblissement de la pandémie puisque la différence n'est plus que de 23% du 4 mai au 28 juin 2020 et de 10% du 29 juin au 4 octobre 2020. Avec la reprise de la pandémie et l'entrée en phase 1A et 1B afin de libérer des lits en soins intensifs réservés aux patients Covid-19 (ce qui signifie que la planification et l'organisation des autres soins et interventions doivent être adaptées, voire suspendues), la différence remonte à 26% du 5 octobre au 27 décembre 2020. Ces données montrent clairement que l'activité hospitalière normale diminue au plus fort de la pandémie. L'AIM a également constaté que certains services hospitaliers ont été plus fortement impactés que d'autres pendant la période de confinement comparée à la même période de l'année précédente (baisse du nombre d'admissions hospitalières de 66% en chirurgie, de 57% en pédiatrie, de 38% en médecine interne et de 36% en gériatrie). La situation s'est ensuite améliorée au début de l'été 2020 avec un retour progressif de l'activité hospitalière à son niveau de 2019 (sans pouvoir l'atteindre), sauf en pédiatrie où le nombre d'admissions était 44% plus faible que celui de l'année précédente. Le recours aux soins intensifs a également été impacté par la pandémie puisque le nombre d'admissions a diminué de 16% du 16 mars au 3 mai 2020, de 14% du 4 mai au 28 juin 2020 et de 8% en été par rapport aux mêmes périodes de l'année précédente.

La Fondation Registre du Cancer (2020a, 2020b) et l'INAMI (2021) ont montré que des soins essentiels et urgents (consultations, examens et interventions) ont également été reportés suite à la pandémie. Selon les chiffres de la Fondation Registre du Cancer, le nombre de nouveaux diagnostics de cancers a diminué de 14% pendant la période du 1^{er} mars au 18 septembre 2020 en comparaison avec la même période de l'année 2019. Si l'on regarde cette baisse par type de cancers, ce sont les diagnostics de cancers du côlon, de la peau, de la vessie, du rein, de la tête et du cou qui ont enregistré les plus fortes baisses pendant cette période par rapport à celle de l'année précédente (environ -20%). Viennent ensuite les cancers du sein, de la prostate et les hémopathies malignes (environ -15%). La diminution a été moins prononcée pour d'autres cancers plus agressifs tels que les cancers du poumon, du pancréas et de l'œsophage (environ -10%). La baisse représente un total d'environ 5.000 diagnostics de cancers qui n'auraient pas encore été posés à la date du 18 septembre 2020. La diminution des nouveaux diagnostics de cancer a été particulièrement prononcée lors de la phase ascendante de la première vague de la pandémie (entre mars et début avril). Par la suite, le nombre de nouveaux diagnostics de cancers a augmenté progressivement pour se rapprocher de son niveau de l'année 2019 à partir du mois de juin de l'année 2020. Les statistiques de la Fondation Registre du Cancer se limitent au 18 septembre 2020. L'interruption temporaire (entre mars et mai) des programmes de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon contribue à expliquer la diminution observée des nouveaux diagnostics pour ces cancers.

Les récentes statistiques de l'INAMI (INAMI, 2021) ont également montré que des soins médicaux essentiels et urgents ont été impactés par la crise du coronavirus. En effet, le nombre d'infarctus du myocarde détectés sur la base de prestations/interventions spécifiques remboursées par l'assurance maladie a fortement diminué au cours des mois de mars (-16,4%), avril (-39,2% - pic de la première vague) et mai (-23,5%) de 2020 par rapport aux mêmes mois de 2019. A partir du mois de juin jusqu'au mois de septembre, on a constaté un certain rattrapage avec une hausse de près de 15% par rapport à 2019. De même pour les admissions pour accident vasculaire cérébral aigu, l'INAMI a observé une baisse remarquable pendant les mois de mars (-20,3%), avril (-16,6%) et mai (-7,4%) de 2020 par rapport aux mêmes mois de 2019. Cette diminution a été suivie par un rattrapage à partir du mois de juin jusqu'au mois de septembre (hausse de près de 10% par rapport à 2019). Les données de l'INAMI ne permettent pas encore d'analyser l'impact de la seconde vague de Covid-19 en raison de l'indisponibilité de données complètes.

Une enquête réalisée par la Plateforme flamande des patients (Vlaams Patiëntenplatform, 2020a) a montré que l'annulation et le report de soins ont aussi touché des personnes atteintes d'une maladie chronique, autrement dit des personnes en besoin de suivi médical régulier. En effet, 8 personnes interviewées souffrant d'une maladie chronique sur 10 ont affirmé avoir dû reporter un rendez-vous médical prévu à l'hôpital entre le 6 mars et le 13 avril 2020. Environ 40% de ces personnes ont déclaré que ce report a eu un impact modéré à grave sur leur état de santé. Une autre enquête de la Plateforme flamande des patients (Vlaams Patiëntenplatform, 2020b) a révélé que les soins reportés ont ensuite repris avec le déconfinement sans pouvoir rattraper le retard avant le début de l'été.

Les travaux de Palmer et al (2020) mettent aussi en lumière les conséquences néfastes pour le patient -et plus particulièrement pour les personnes souffrant d'une maladie chronique- des annulations et reports de soins. Bien que la prévalence des maladies chroniques puisse diminuer sous l'effet de la Covid-19, l'épidémie et les mesures prises pour la combattre compromettront sans doute l'état déjà fragile de ces patients. Il nous a dès lors semblé important de mener nos investigations en matière de report de soins sur cette population fragile en besoin de suivi médical régulier.

La présente étude exploratoire vise à analyser l'impact de la Covid-19 sur les prestations de soins de santé et l'utilisation de certains médicaments (délivrés en ambulatoire) des personnes atteintes d'une pathologie chronique. Ne disposant pas du diagnostic médical, nous avons employé des indicateurs basés sur l'utilisation de certains médicaments ou de certaines prestations de soins (codes nomenclature) pour identifier les malades chroniques.

Le travail est structuré de la manière suivante. Le chapitre suivant présente les données et la méthodologie utilisées dans notre étude. Nous décrivons ensuite la population sur laquelle porte nos analyses, à savoir les personnes atteintes de pathologie chronique. Le chapitre qui suit présente les résultats de l'étude dont la question de recherche consiste à analyser l'impact de la Covid-19 sur les malades chroniques. Une conclusion qui synthétise les résultats de l'étude est ensuite reprise. Nous finalisons enfin notre travail avec une série de recommandations.

02

DONNEES ET METHODOLOGIE

Les données de remboursement de soins utilisées dans le cadre de cette étude sont de nature administrative et se réfèrent aux affiliés des Mutualités Libres souffrant d'une pathologie chronique en 2019. Comme nous ne disposons pas du diagnostic médical, nous avons employé des indicateurs -que nous définissons plus loin- basés sur l'utilisation de certains médicaments ou de certaines prestations de soins (codes nomenclature) remboursés par l'assurance maladie pour identifier les malades chroniques en 2019. Pour rappel, la dernière étude des Mutualités Libres publiée en 2020 a montré qu'environ 25% de ses affiliés étaient atteintes d'une maladie chronique en 2018, soit un total de plus de 500.000 personnes. La population sur laquelle nous nous basons dans cette étude pour analyser l'impact de la Covid-19 sur les prestations de soins de santé et l'utilisation de certains médicaments remboursés par l'assurance maladie comptera donc environ 500.000 personnes.

Pour définir les pathologies chroniques, nous employons la même méthodologie et les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion que ceux utilisés dans nos études précédentes¹. Au total, ce sont 23 affections chroniques fréquentes qui ont été identifiées par l'intermédiaire de ces critères. Pour la majorité d'entre elles, une consommation de médicaments spécifiques pendant au moins 90 jours dans l'année est requise (ou 120 jours dans le cas de la dépression). Pour l'insuffisance rénale et le cancer, nous nous basons sur certains codes nomenclature de l'INAMI. Pour les maladies rares, la consommation de certains types de médicaments est requise et pour les problèmes de santé mentale sévère nous nous basons sur l'admission dans un service psychiatrique ou un hôpital psychiatrique. Bien entendu, la liste des médicaments inclus dans les critères est régulièrement complétée afin de la maintenir à jour (ajout des nouveaux médicaments apparus sur le marché). Pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'hépatite B et C plus particulièrement, de nouvelles molécules et de nouveaux traitements qui ont évolué ont été pris en compte.

Plus formellement, nous nous chargeons d'abord d'identifier les personnes atteintes d'une maladie chronique sur la base des critères définis et des données relatives à l'année 2019. Nous ne retenons que les personnes également présentes en 2020 afin de suivre et comparer leurs prestations de soins et leurs délivrances de médicaments en ambulatoire entre les années 2019 et 2020. Les personnes décédées en 2019 et celles qui ont muté vers d'autres organismes assureurs en 2019 sont exclues de l'étude. Après exclusion, nous arrivons à une population totale de 528.014 malades chroniques (soit environ 25% de l'ensemble des affiliés des Mutualités Libres). C'est sur cette population que nos analyses vont porter.

Sur la base des documents d'admission 721bis envoyés par les hôpitaux aux mutualités, des codes nomenclature de l'INAMI et des codes CNK des médicaments délivrés en ambulatoire, il nous est possible d'identifier les admissions hospitalières (dont les

¹ Les détails méthodologiques sont disponibles dans l'étude des Mutualités Libres de 2013 (Karakaya, G., Vanrillaer, V. et Van Tielen, R. (2013). "Concentration des dépenses en soins de santé. Analyse des remboursements de l'assurance maladie". Etude des Mutualités Libres, Décembre 2013, 60 pages).

services hospitaliers et les évènements hospitaliers), les consultations chez le médecin généraliste, le médecin spécialiste (avec la qualification du prestataire de soins sur la base du numéro d'agrément du prestataire de soins), le dentiste et le kinésithérapeute, les délivrances de médicaments en ambulatoire par groupe de médicaments (sur la base des codes ATC et CNK), le recours aux urgences hospitalières, les prestations de téléconsultations pendant la pandémie, etc.

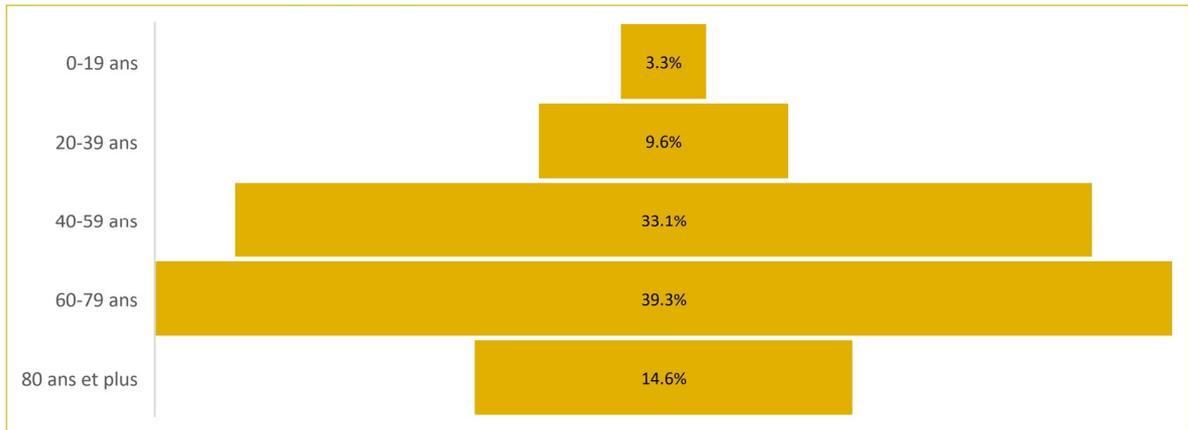
Toutes les données utilisées dans cette étude sont basées sur les remboursements de l'assurance maladie. Les prestations non remboursées ne sont donc pas prises en considération.

03

DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

La figure 1 présente la composition par groupe d'âge de la population étudiée dans cette étude, à savoir les personnes atteintes de pathologie chronique en 2019 et également présentes dans nos bases de données en 2020 (soit un total de 528.014 personnes).

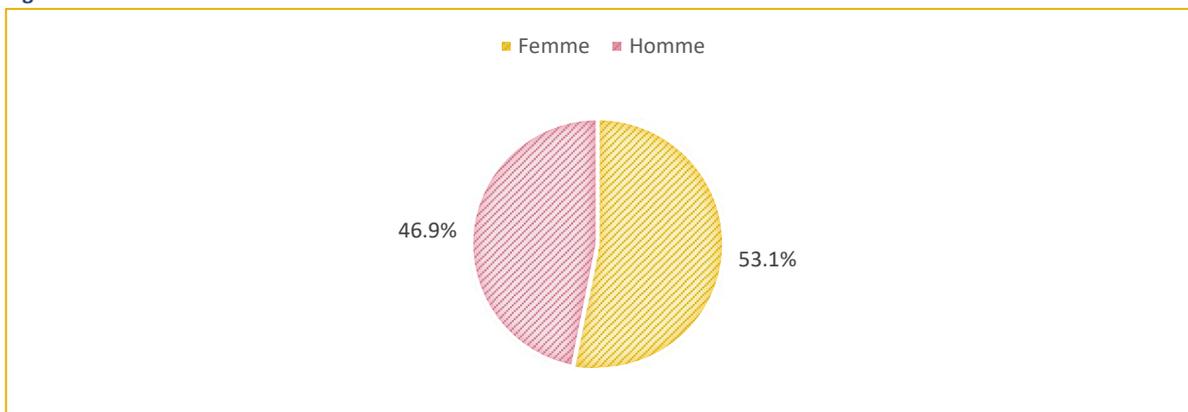
Figure 1 : Ventilation selon le groupe d'âge



Comme nous pouvons le voir, les personnes de moins de 20 ans sont très peu présentes parmi les malades chroniques (3,3%). Plus de la moitié des individus souffrant de pathologie chronique ont plus de 60 ans (54%) et une personne sur trois (33,1%) est âgée de 40 à 59 ans.

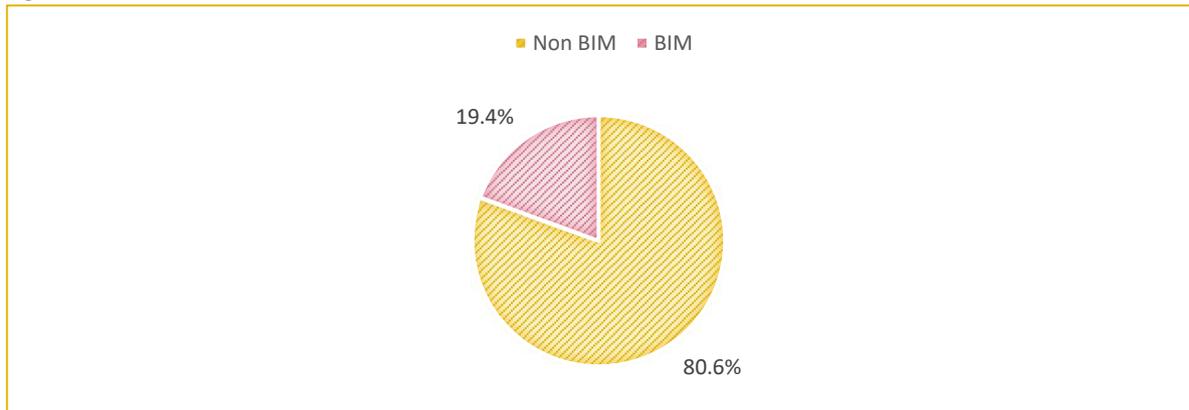
La figure 2 montre que les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes dans la population étudiée (53% de femmes).

Figure 2 : Ventilation selon le sexe



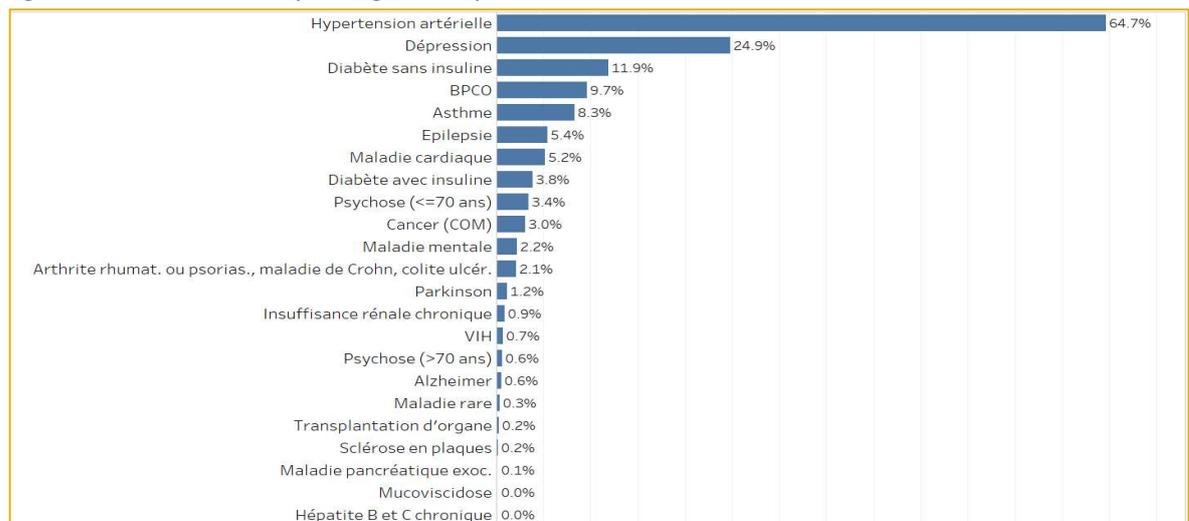
Une personne sur cinq (19,4%) parmi les personnes atteintes d'une maladie chronique bénéficie de l'intervention majorée.

Figure 3 : Ventilation selon le statut BIM



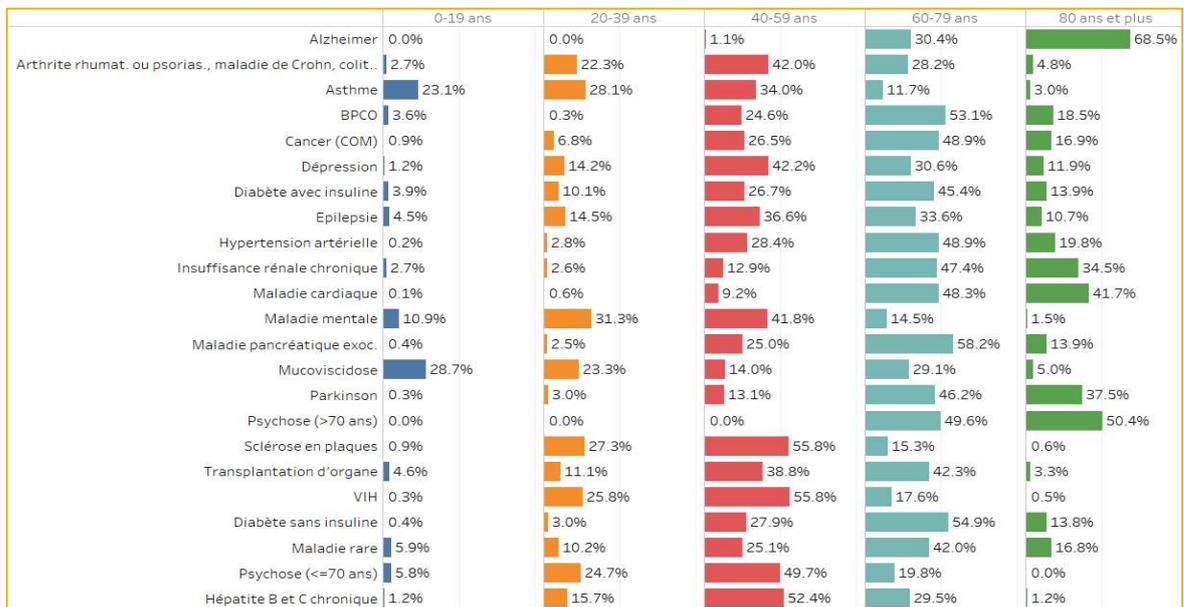
La figure 4 révèle que les pathologies les plus fréquentes parmi les 23 pathologies chroniques retenues pour sélectionner la population étudiée sont l'hypertension artérielle (qui touche près de 2 personnes sur 3 de la population étudiée), la dépression (1 personne sur 4), le diabète avec et sans insuline (près de 1 personne sur 6), la BPCO (1 personne sur 10) et l'asthme (près de 1 personne sur 10).

Figure 4 : Ventilation selon la pathologie chronique



La figure 5 présente la répartition par groupe d'âge des 23 pathologies chroniques ayant servi à identifier la population de notre étude. La plupart des pathologies chroniques touchent des personnes âgées de plus de 60 ans. Les individus des classes d'âge intermédiaires (20-59 ans) sont relativement bien présents parmi ceux atteints d'arthrite rhumatoïde ou psoriasique/maladie de Crohn/colite ulcéreuse, d'asthme, de dépression, d'épilepsie, de problèmes de santé mentale nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, de mucoviscidose, de sclérose en plaques, de VIH, de psychose, d'hépatite B et C ou ayant eu une transplantation d'organe. Les jeunes de moins de 20 ans sont uniquement bien représentés (> 10%) parmi les personnes souffrant d'asthme, de mucoviscidose ou de problèmes de santé mentale nécessitant une hospitalisation en psychiatrie.

Figure 5 : Ventilation des pathologies chroniques selon le groupe d'âge



04

RESULTATS

Cette partie de l'étude vise à analyser l'impact de la Covid-19 sur les prestations de soins de santé et l'utilisation de certains médicaments (délivrés en ambulatoire) des personnes atteintes d'une pathologie chronique. Toutes les données utilisées sont basées sur les remboursements de l'assurance maladie. Les prestations non remboursées ne sont donc pas prises en considération.

Dans ce chapitre, nous dressons d'abord un aperçu général du recours à des prestations de soins ou médicaments remboursés par l'assurance maladie en 2019 et 2020. Ensuite, nous suivons l'évolution mensuelle entre 2019 et 2020 des contacts physiques avec un professionnel de la santé des personnes atteintes de pathologie chronique. Ne distinguant pas de différence significative dans nos analyses relatives à cette évolution entre le nombre de contacts physiques et le nombre de personnes qui ont eu au moins un contact physique, nous ne retiendrons que le nombre de contacts physiques dans notre étude pour éviter d'alourdir le travail. Dans les autres parties de ce chapitre, nous adopterons le même raisonnement. La section suivante étudie l'impact des soins à distance (téléconsultations) remboursés depuis le 14 mars 2020 sur le report ou l'annulation des contacts physiques résultant de la crise sanitaire. Nous suivons ensuite l'évolution mensuelle entre 2019 et 2020 des délivrances de médicaments remboursés par l'assurance maladie les plus souvent achetés en officine publique, des hospitalisations avec et sans nuitée et du recours aux urgences.

Aperçu général

Pour avoir un aperçu général de la situation de 2020, il nous semble important d'analyser avant tout les contacts avec un médecin généraliste, un médecin spécialiste, le recours aux prestations de téléconsultations (soins à distance) qui sont d'application depuis le 14 mars 2020 afin de garantir la continuité des soins, la sécurité des patients et de soutenir les dispensateurs de soins pendant la pandémie, les délivrances de médicaments en officine publique, les hospitalisations avec nuitée (hospitalisation conventionnelle/classique) et les hospitalisations de jour ou one-day-clinic (hospitalisation sans nuitée).

Le tableau 1 montre que l'année 2020 a été particulière, aussi bien pour les personnes souffrant d'une pathologie chronique que celles qui n'en souffrent pas, en termes de recours aux prestations de soins remboursées par l'assurance maladie. En effet, la proportion d'affiliés (malades chroniques ou non) qui ont été en contact avec un médecin, qui se sont vus délivrer au moins un médicament remboursé en officine publique ou qui ont été hospitalisés avec ou sans nuitée a diminué de manière non négligeable entre 2019 et 2020. Le report ou l'annulation de soins est donc bien visible pendant l'année impactée par la pandémie. Comme nous allons aussi le voir dans la suite du travail, aucune prestation de soins ne semble avoir été épargnée. Cependant, les soins à distance (téléconsultations) ont permis d'assurer une certaine continuité des soins en 2020, aussi bien pour les malades chroniques que les personnes non atteintes de pathologie chronique. Plus de la moitié des malades chroniques (56%) ont eu recours à au moins un soin à distance, alors que ce taux est de 31,1% parmi les non-malades

chroniques (soit près de deux fois moins). Comme nous pouvons le voir dans le tableau 1, les téléconsultations ont permis de retrouver pratiquement la même proportion de personnes ayant été en contact avec un médecin entre 2019 et 2020. Autrement dit, le remboursement des soins à distance dès le début de la pandémie en Belgique a incontestablement limité l'impact négatif de la crise sanitaire sur le recours aux soins de santé. Notons que le nombre de personnes hospitalisées en 2020 a été significativement plus faible que celui de 2019 aussi bien pour les hospitalisations avec nuitée que celles sans nuitée (-15,6% et -17,9% respectivement pour les malades chroniques, soit des taux très similaires à ceux des personnes non atteintes de pathologie chronique). La proportion de personnes qui se sont vues délivrer au moins un médicament en officine publique ne varie pas entre 2019 et 2020 pour les malades chroniques, étant donné que la plupart des indicateurs utilisés pour définir notre population cible (à savoir les malades chroniques) sont basés sur l'utilisation régulière de médicaments. Il est donc normal de se retrouver avec un taux de 100% pour cette population. Par contre, nous constatons une diminution de 7% du nombre de personnes non atteintes de pathologie chronique recevant au moins un médicament remboursé en officine publique entre 2019 et 2020.

Dans la suite de notre travail, nous nous limiterons à suivre les prestations mensuelles de soins des malades chroniques pendant les années 2019 et 2020 afin de répondre à notre question de recherche qui consiste à analyser l'impact de la pandémie du coronavirus sur les prestations de soins de santé et l'utilisation de certains médicaments (délivrés en ambulatoire) des personnes atteintes d'une pathologie chronique.

Tableau 1 : Part des affiliés des Mutualités Libres ayant eu recours à des prestations de soins ou médicaments remboursés par l'assurance maladie (2019 et 2020)

	Malade chronique			Non-malade chronique		
	2019	2020	Evolution (2019-2020)	2019	2020	Evolution (2019-2020)
Médecin généraliste (MG)	89,4%	86,5%	-3,2%	64,6%	61,5%	-4,8%
Médecin spécialiste (MS)	81,1%	73,8%	-9,0%	54,6%	49,4%	-9,6%
MG ou MS	97,4%	94,9%	-2,5%	78,4%	75,3%	-3,9%
+ téléconsultation	\	96,1%	-1,3%	\	78,1%	-0,4%
Téléconsultation	\	56,0%	\	\	31,1%	\
Médicament (officine publique)	100,0%	100,0%	0,0%	62,6%	58,3%	-7,0%
Hospitalisation avec nuitée	19,7%	16,6%	-15,6%	6,6%	5,6%	-15,0%
One-day-clinic	15,8%	13,0%	-17,9%	7,0%	5,8%	-17,7%

Contacts physiques avec prestataire de soins

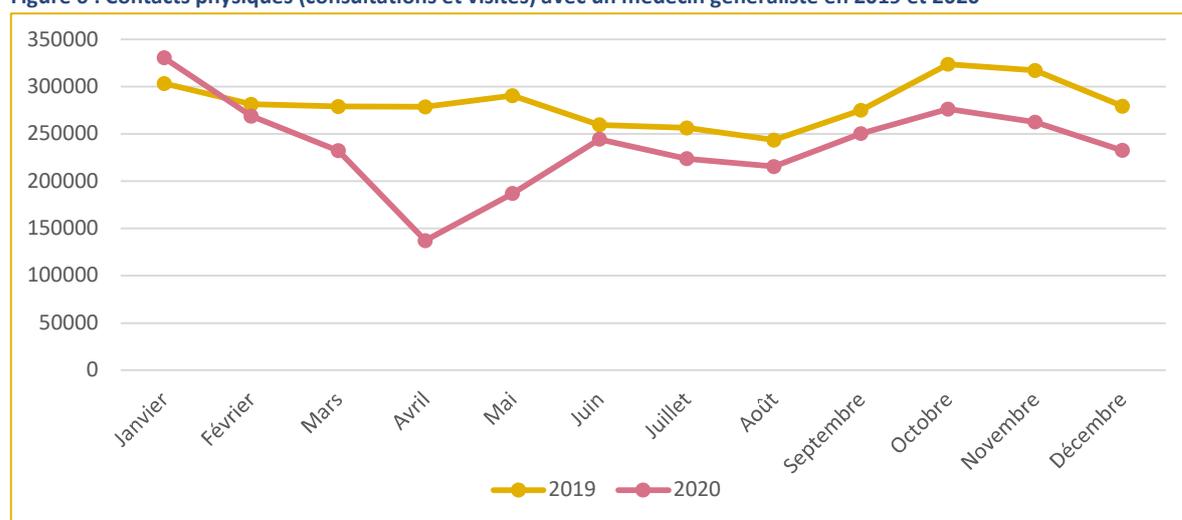
Médecine générale

La figure 6 présente le nombre de contacts physiques par mois (pendant les années 2019 et 2020) avec un médecin généraliste des personnes atteintes de pathologie chronique.

L'impact des deux vagues de la pandémie sur le recours à la première ligne de soins est bien visible, mais la première (et plus particulièrement lors du pic de l'épidémie en avril 2020) a eu des conséquences nettement plus importantes que la seconde qui a démarré

en septembre 2020. En 2020, le nombre de consultations et visites avec un médecin généraliste a fortement diminué aux mois de mars (-17%), d'avril (-51%) et de mai (-36%) par rapport aux mêmes mois de 2019. Une certaine reprise de l'activité normale en médecine générale semble ensuite se dessiner entre les deux vagues de la pandémie (de juin à septembre 2020) avec l'affaiblissement de l'épidémie. Au cours des 3 derniers mois de 2020, qui correspondent à la seconde vague de la pandémie, nous constatons de nouveau une baisse (-17%) des contacts physiques avec un médecin généraliste par rapport aux mêmes mois de 2019.

Figure 6 : Contacts physiques (consultations et visites) avec un médecin généraliste en 2019 et 2020

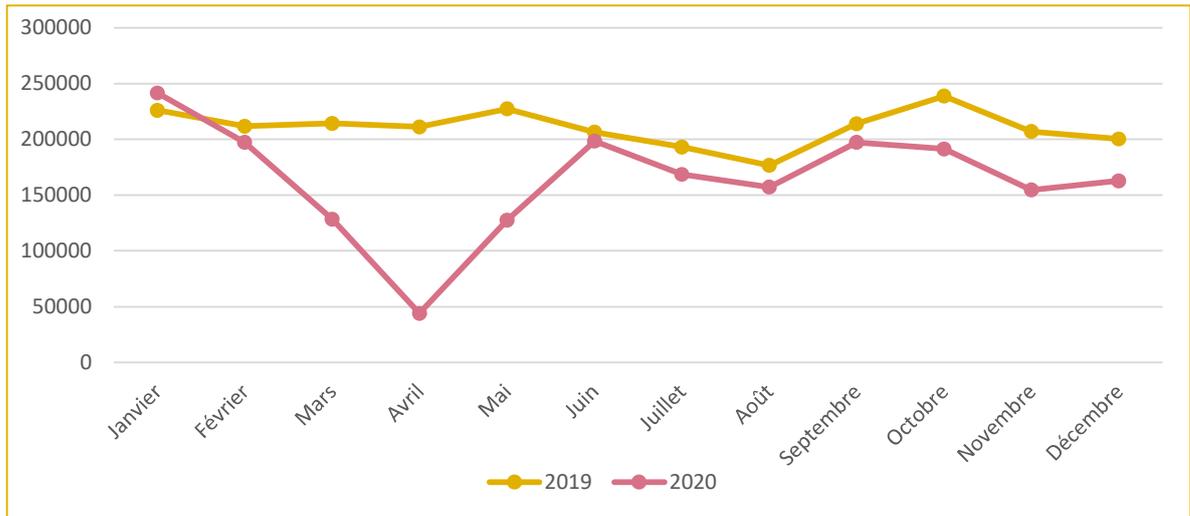


Médecine spécialisée

La figure 7 illustre le nombre de contacts physiques par mois avec un médecin spécialiste des personnes atteintes de pathologie chronique.

La situation n'est pas fort différente de celle des contacts physiques avec un médecin généraliste. Notons toutefois que le report (ou l'annulation) de contacts physiques avec un spécialiste a été plus marqué que celui avec un généraliste. L'impact des deux vagues de la pandémie se ressent bien, mais c'est surtout la première vague qui a entraîné la plus forte baisse des contacts physiques avec un médecin spécialiste. En 2020, le nombre de consultations et visites avec un spécialiste a significativement diminué aux mois de mars (-40%), d'avril (-79%) et de mai (-44%) par rapport aux mêmes mois de 2019. Pendant la période entre les deux vagues de la pandémie, on observe un retour (sans rattrapage complet) à l'activité normale en médecine spécialisée. Au dernier trimestre de 2020, nous remarquons une baisse plus limitée (-21%) des contacts physiques avec un médecin spécialiste par rapport au même trimestre de 2019.

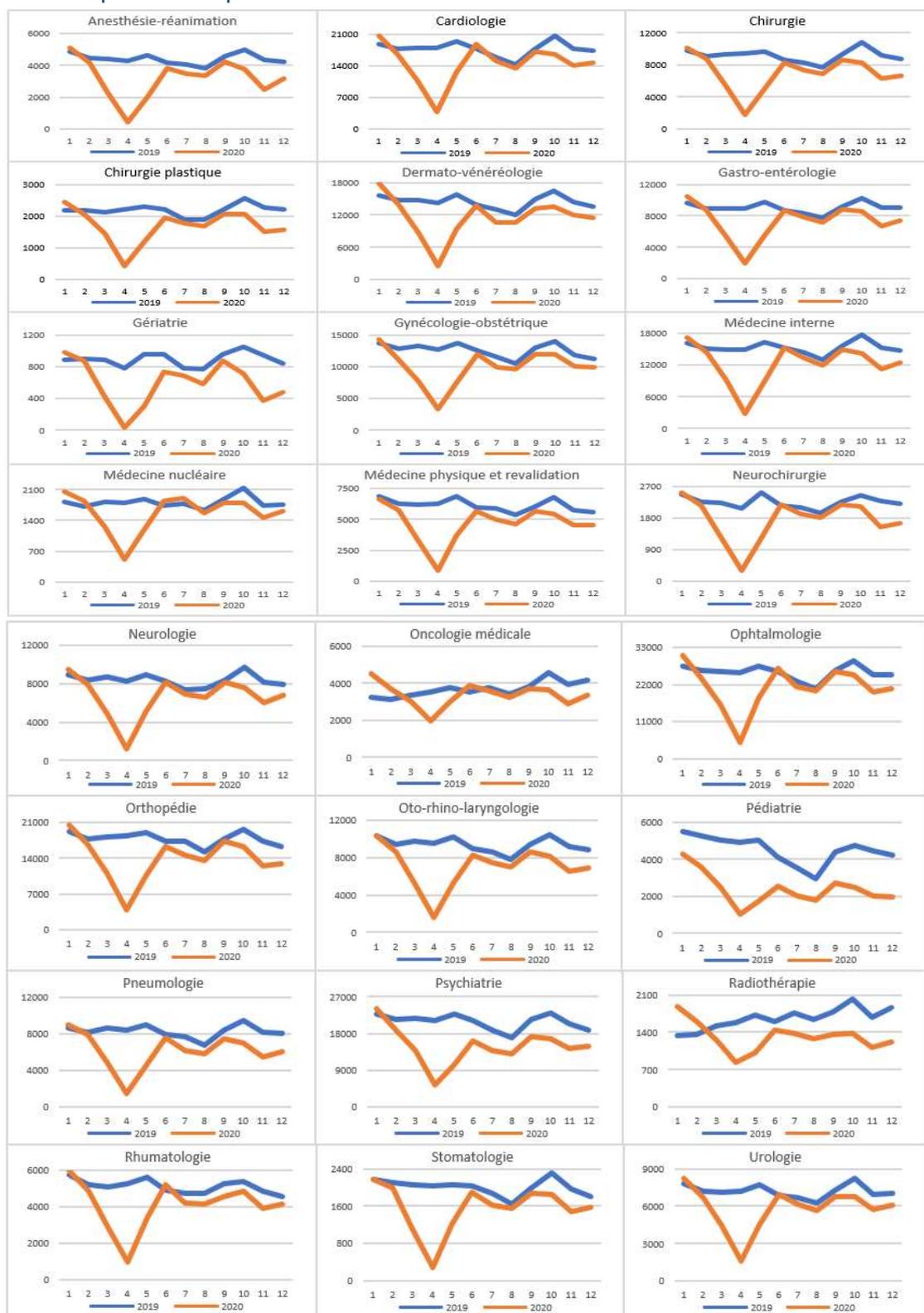
Figure 7 : Contacts physiques (consultations et visites) avec un médecin spécialiste en 2019 et 2020



La figure 8 présente de manière détaillée les contacts physiques par mois selon la qualification du prestataire de soins. Les constats faits à partir de la figure 7 pour les contacts physiques avec un spécialiste sont également valables lorsque nous analysons les consultations et visites selon la qualification du prestataire de soins.

La forte baisse des contacts physiques chez le spécialiste au mois d'avril 2020 -qui correspond au pic de l'épidémie- est observée dans chaque qualification de spécialiste (baisse de plus de 70% dans chaque qualification). Il en est de même pour le dernier trimestre de 2020 où nous constatons une diminution moins marquée mais bien présente des contacts physiques par rapport à celui de 2019. Notons toutefois que les consultations physiques en oncologie médicale et en radiothérapie ont été moins impactées par la pandémie en 2020 que les autres qualifications de spécialiste. La baisse a tout de même été de 45% au mois d'avril 2020 par rapport à avril 2019 pour ces deux qualifications.

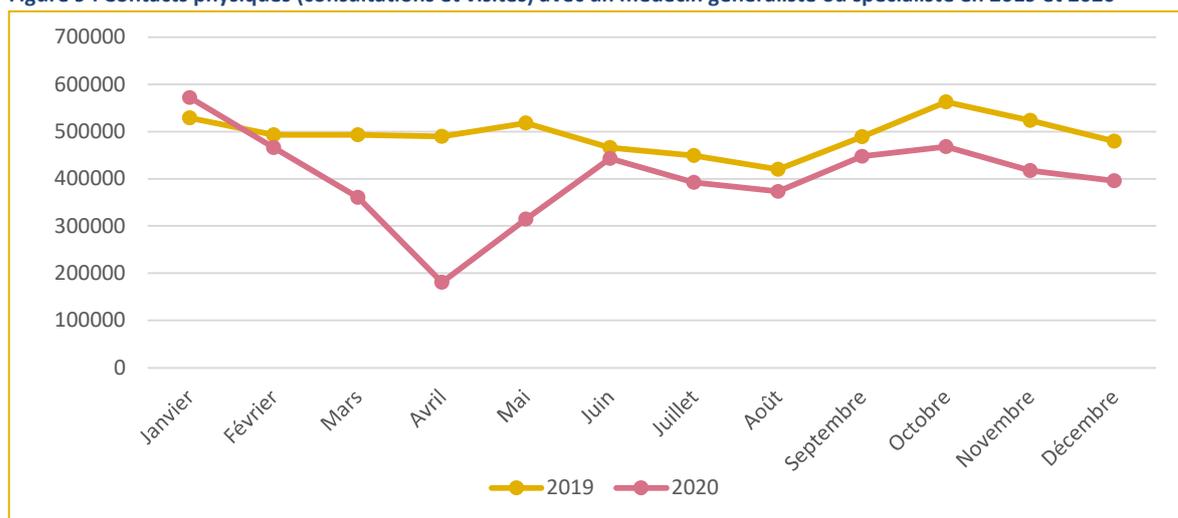
Figure 8 : Contacts physiques (consultations et visites) avec un médecin spécialiste en 2019 et 2020, selon la qualification du prestataire de soins



Médecine générale et médecine spécialisée

Si l'on regarde l'évolution mensuelle entre 2019 et 2020 de l'ensemble des contacts physiques avec un prestataire de soins (généraliste ou spécialiste), nous retrouvons la forte baisse des contacts au plus fort de l'épidémie (entre mars et mai 2020) suivie d'un rattrapage de l'activité normale entre les deux vagues de la pandémie (entre juin et septembre 2020) et d'une nouvelle diminution moins marquée pendant la seconde vague de la pandémie (à partir de septembre 2020). En 2020, la baisse a été de 27% en mars, de 63% en avril et de 39% en mai par rapport aux mêmes mois de 2019. Le dernier trimestre de 2020 a enregistré une diminution des contacts physiques avec un prestataire de soins limitée à 20%. Comme nous le verrons plus loin dans notre étude (chapitre 4.3.1), les soins à distance par téléphone ou vidéo avec un prestataire de soins (médecin généraliste ou spécialiste) remboursés dès le début du premier confinement (14 mars) ont permis d'amortir l'impact de la Covid-19 sur les contacts avec la médecine générale et spécialisée et ainsi assurer une certaine continuité des soins dans ces secteurs.

Figure 9 : Contacts physiques (consultations et visites) avec un médecin généraliste ou spécialiste en 2019 et 2020



Psychologie et psychiatrie

Plusieurs études scientifiques et enquêtes (KCE, 2020a ; Palmer et al., 2020 ; Mengin et al., 2020 ; Lorant et al., 2021 ; Sciensano, 2021) ont révélé que la pandémie de Covid-19 et les mesures adoptées et appliquées dans la lutte contre la propagation de la maladie ont également entraîné des dommages collatéraux. Elles ont notamment eu un impact sur la santé mentale et le bien-être de la population. La sixième et dernière enquête de Sciensano (Sciensano, 2021) qui porte sur les personnes âgées de 18 ans et plus a montré que les troubles anxieux et dépressifs ont fortement augmenté pendant la crise sanitaire par rapport à l'année 2018. La prévalence des troubles anxieux est passée de 11% à 23% entre 2018 et le mois d'avril 2020 (pic de l'épidémie), tandis que celle des troubles dépressifs est montée de 9,5% à 20% pendant cette même période. Il est intéressant de remarquer que les multiples enquêtes réalisées par Sciensano sur la santé mentale de la population belge ont montré une évolution assez proche de la prévalence des problèmes de santé mentale (anxiété et dépression) et de la propagation de Covid-19.

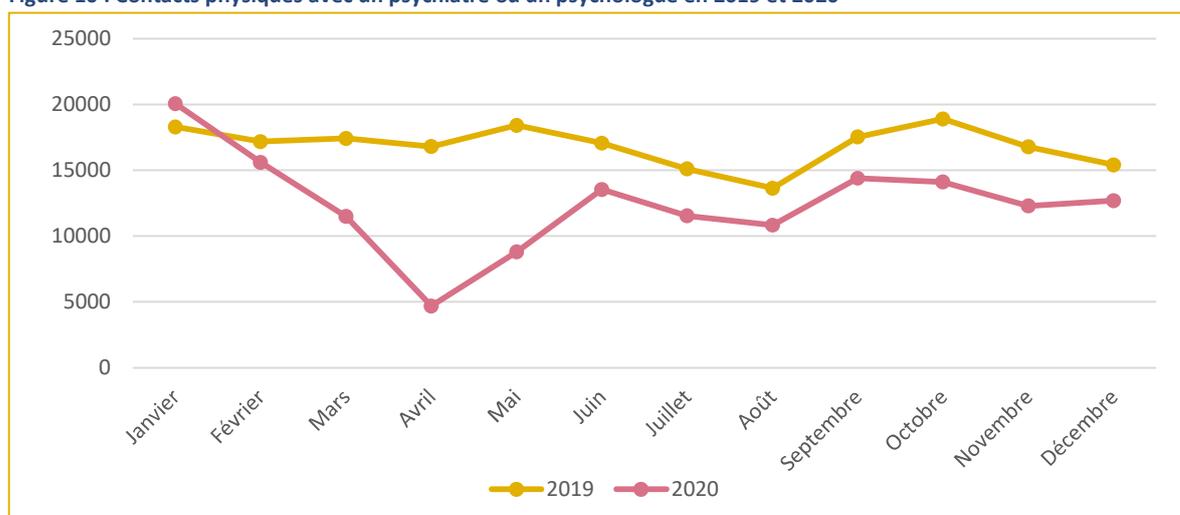
Autrement dit, les troubles anxieux et dépressifs ont eu tendance à être fortement ressentis au sein de la population de 18 ans et plus lorsque la pandémie a gagné du terrain.

Voyons à présent si nos données de remboursement de soins relatives aux contacts physiques avec un psychiatre ou un psychologue pendant les années 2019 et 2020 révèlent la même tendance ou, au contraire, un report de soins dispensés par ces prestataires de soins. Pour répondre correctement à cette question, il sera plus pertinent de prendre également en compte les soins à distance prodigués par des psychiatres et psychologues (ce point sera abordé plus en profondeur au chapitre 4.3.2), néanmoins la figure 10 donne déjà une bonne indication à ce sujet.

L'évolution des contacts physiques avec un psychiatre ou un psychologue pendant la pandémie ressemble fort à celle observée pour les contacts avec un prestataire de soins (généraliste ou spécialiste). Le report (ou l'annulation) de contacts physiques avec un professionnel spécialisé en santé mentale est donc également bien présent pendant les temps forts de l'épidémie (entre mars et mai 2020). La baisse des contacts physiques avec ces prestataires de soins a été de 34% en mars, de 72% en avril et de 52% en mai par rapport aux mêmes mois de 2019. Elle est de près de 25% au dernier trimestre de 2020.

Ce constat est inquiétant si l'on se réfère aux diverses études scientifiques et enquêtes (KCE, 2020a ; Palmer et al., 2020 ; Mengin et al., 2020 ; Lorant et al., 2021 ; Sciensano, 2021) qui ont montré une dégradation des problèmes de santé mentale fortement ressentie au sein de la population pendant la crise sanitaire, et plus particulièrement pendant les phases ascendantes de l'épidémie. Cependant, les soins à distance par téléphone ou vidéo avec un psychiatre ou un psychologue ont permis d'assurer une certaine continuité des soins en santé mentale (chapitre 4.3.2 pour plus de détails). L'impact de la Covid-19 sur le report (ou l'annulation) de contacts avec un professionnel spécialisé en santé mentale a donc été limité en 2020.

Figure 10 : Contacts physiques avec un psychiatre ou un psychologue en 2019 et 2020

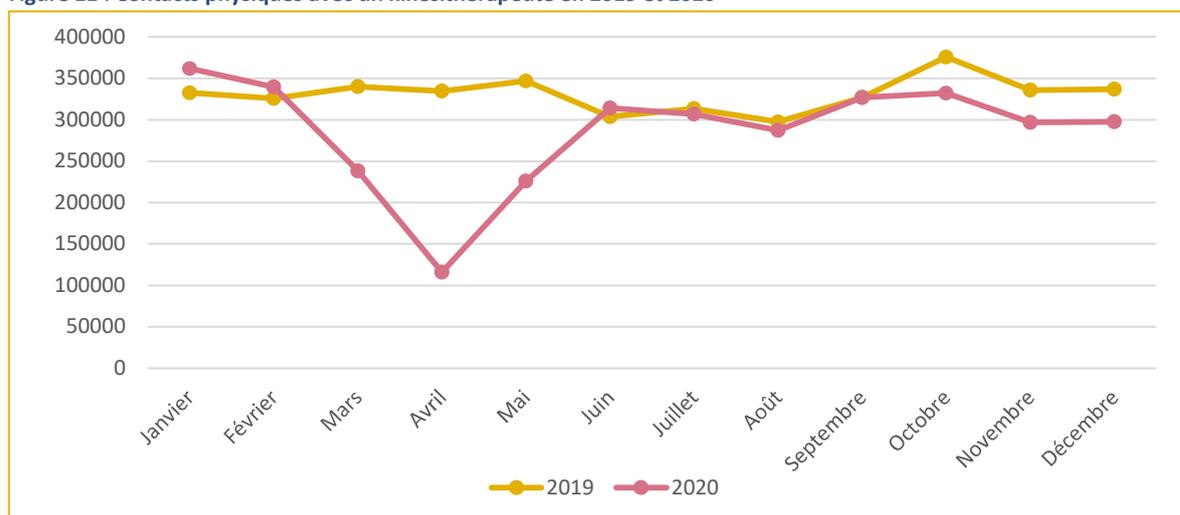


Kinésithérapie

Intéressons-nous à présent aux contacts physiques avec un kinésithérapeute pendant les années 2019 et 2020 (figure 11).

Alors que l'impact de la Covid-19 sur le report ou l'annulation de soins physiques est également bien ressenti dans le secteur de la kinésithérapie (-30% en mars, -65% en avril et -35% en mai par rapport aux mêmes mois de 2019), nous constatons ici une belle reprise (et même un rattrapage parfait) de l'activité normale dans ce secteur entre les mois de juin et de septembre. Comme nous le verrons plus loin dans l'étude (chapitre 4.3.3), les soins à distance par téléphone ou vidéo avec un kinésithérapeute n'ont pas permis d'assurer la continuité des soins dans ce secteur lors de la première (et seconde) vague de la pandémie, ce qui explique sans doute ce bon rattrapage entre les mois de juin et de septembre 2020.

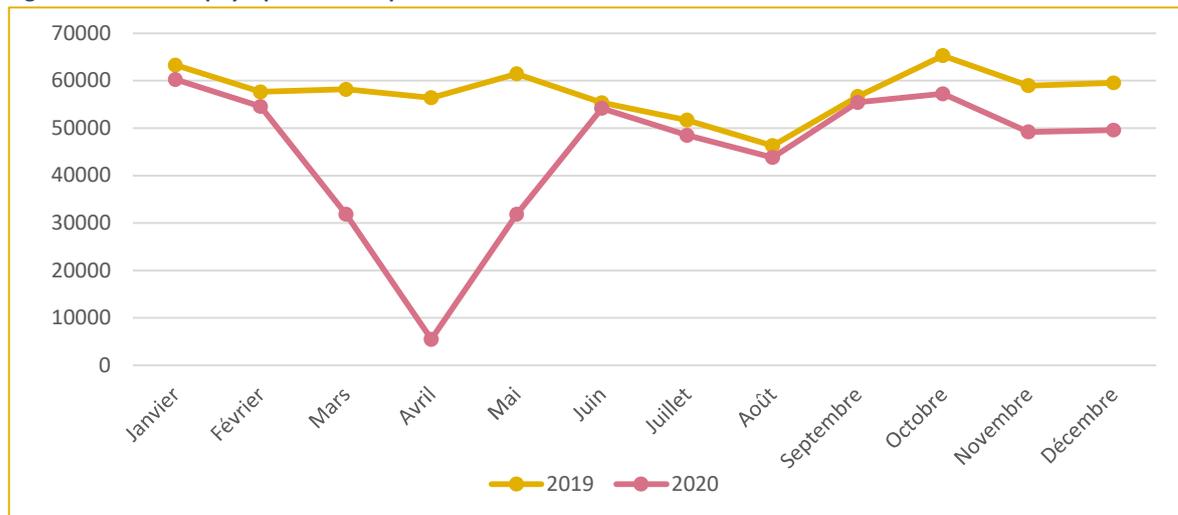
Figure 11 : Contacts physiques avec un kinésithérapeute en 2019 et 2020



Soins dentaires

La figure 12 permet de constater l'impact de la Covid-19 sur les contacts physiques avec un professionnel en soins dentaires. Nous retrouvons ici aussi un important report (ou une annulation) de contacts physiques dans le secteur dentaire pendant la première vague de la pandémie (entre mars et mai 2020) suivi d'un rattrapage quasi-parfait de l'activité normale entre les deux vagues de la pandémie (entre juin et septembre 2020) et d'une nouvelle diminution moins marquée pendant la seconde vague de la pandémie (à partir de septembre 2020). En 2020, la baisse des contacts physiques dans le secteur dentaire a été de 45% en mars, de 90% en avril (l'activité était pratiquement à l'arrêt pendant ce mois) et de 48% en mai par rapport aux mêmes mois de 2019. Ces chiffres nous montrent que ce secteur a été le plus touché lors de la première vague de la pandémie en termes de report de soins physiques. Le dernier trimestre de 2020 a enregistré une diminution des contacts physiques avec un prestataire de soins dentaires limitée à 15%. Tout comme la kinésithérapie, les soins à distance par téléphone ou vidéo avec un professionnel en soins dentaires n'ont pas permis d'assurer la continuité des soins dans ce secteur lors des deux vagues de la pandémie (ce point est abordé en chapitre 4.3.4).

Figure 12 : Contacts physiques avec un professionnel en soins dentaires en 2019 et 2020



Impact des soins à distance

Pour faire face à la propagation de Covid-19, plusieurs mesures -dont un confinement généralisé et une demande aux professionnels de la santé d'annuler ou de reporter les actes médicaux non urgents et non essentiels- ont été adoptées par les autorités et appliquées dès le début de la pandémie. Afin de limiter au minimum les dommages collatéraux susceptibles de résulter de ces mesures, l'INAMI a autorisé le recours aux téléconsultations (consultations à distance par téléphone ou vidéo) à partir du 14 mars 2020, de manière à garantir la continuité des soins, la sécurité des patients et soutenir les dispensateurs de soins pendant la pandémie.

Comme nous l'avons déjà souligné dans une étude sur les maladies chroniques (Mutualités Libres, 2020), il est indispensable de répondre aux besoins médicaux spécifiques ou continus des citoyens dans ce contexte particulier de Covid-19, et plus particulièrement des personnes qui nécessitent un suivi médical régulier (telles que les malades chroniques). Les expériences à l'étranger et celle de la Belgique (CIN, 2020 ; KCE, 2020b) ont permis de mettre en évidence que les soins à distance conviennent bien pour le suivi des patients atteints d'une maladie chronique pour autant que cette autre manière de soigner se fasse avec les mêmes exigences de qualité et de sécurité que les soins ordinaires avec présence physique.

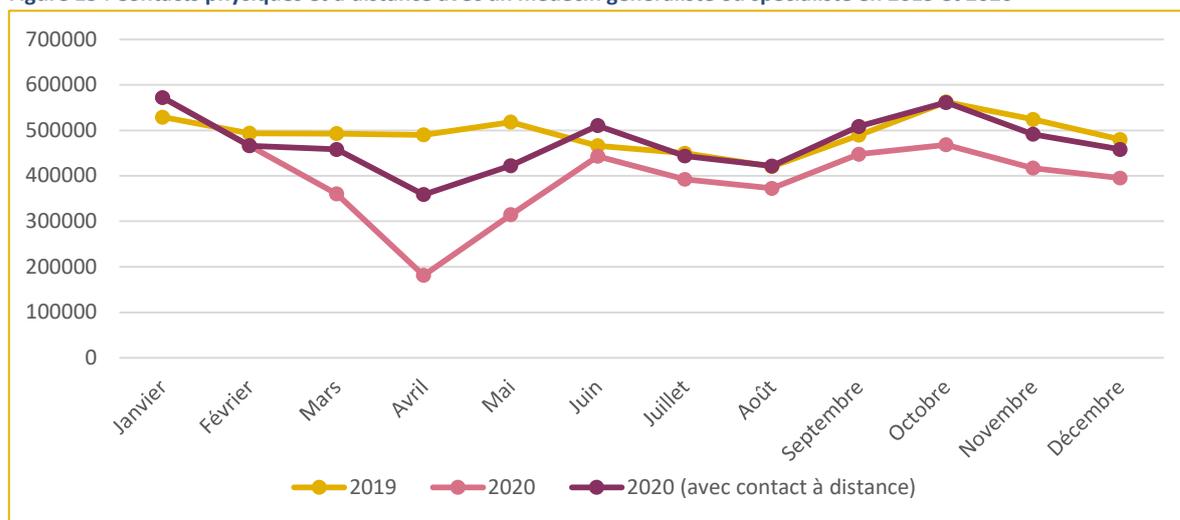
Voyons à présent, sur la base de nos données administratives de remboursement de mutualités, si ces téléconsultations ont réellement permis de limiter le report (ou l'annulation) de soins et ainsi d'assurer la continuité des soins des personnes atteintes de pathologie chronique pendant la crise sanitaire.

Médecine générale et médecine spécialisée

La figure 13 montre de manière incontestable que les soins à distance par téléphone ou vidéo avec un prestataire de soins (médecin généraliste ou spécialiste) ont permis d'amortir l'impact de la Covid-19 sur les contacts avec la médecine générale et spécialisée et ainsi assurer une certaine continuité des soins des malades chroniques dans ces secteurs de soins. En effet, près de la moitié des contacts physiques reportés

ou annulés pendant la première vague (entre mars et mai 2020) a été résorbée par les contacts à distance. Alors que la diminution des contacts physiques en médecine générale et spécialisée était de 27% en mars, de 63% en avril et de 39% en mai 2020 par rapport à 2019, elle n'est plus que de 7% en mars, de 27% en avril et de 18% en mai lorsqu'on compte également les contacts à distance. A partir de juin, nous constatons même que le report (ou l'annulation) des contacts physiques est entièrement résorbé par les contacts à distance.

Figure 13 : Contacts physiques et à distance avec un médecin généraliste ou spécialiste en 2019 et 2020

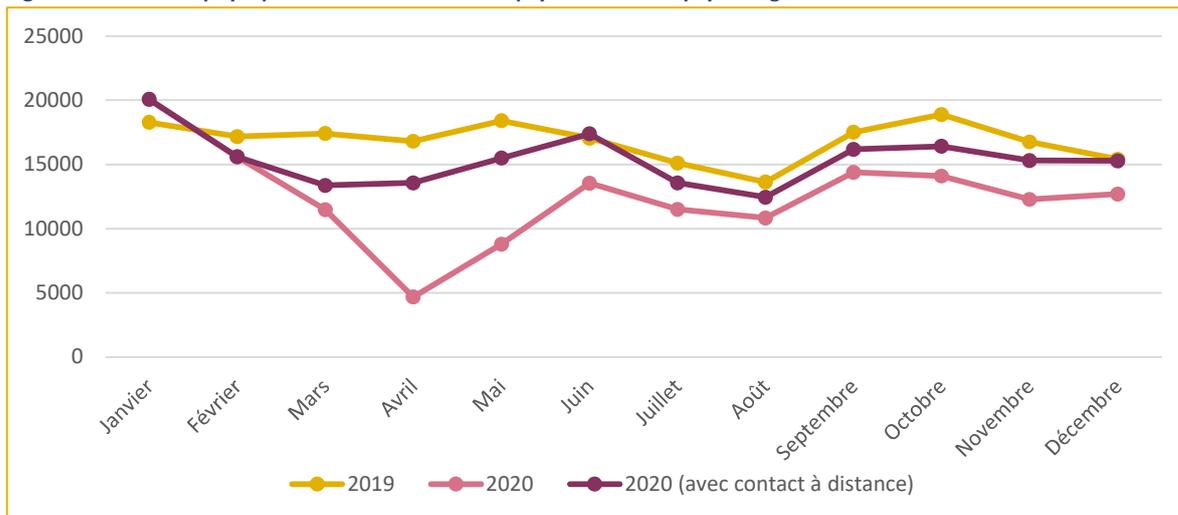


Psychologie et psychiatrie

La contribution des téléconsultations dans la prise en charge des patients ayant des problèmes de santé mentale est bien visible dans nos données de remboursement de soins. Au même titre que la médecine générale et la médecine spécialisée, les soins à distance par téléphone ou vidéo avec un psychiatre ou un psychologue ont donc permis d'assurer une bonne continuité des soins en santé mentale. Plus de la moitié des contacts physiques reportés ou annulés pendant la première vague (entre mars et mai 2020) a été résorbée par les contacts à distance. La diminution des contacts avec un psychologue ou un psychiatre entre 2019 et 2020 est passée de 34% à 23% en mars, de 72% à 19% en avril et de 52% à 16% en mai grâce aux téléconsultations. A partir de juin, nous constatons que nous nous rapprochons de la situation de 2019 avec les contacts à distance.

Contrairement au ressenti de la population (enquête de Sciensano), nos données de remboursement de soins ne semblent pas montrer une multiplication des problèmes de santé mentale pendant la crise sanitaire.

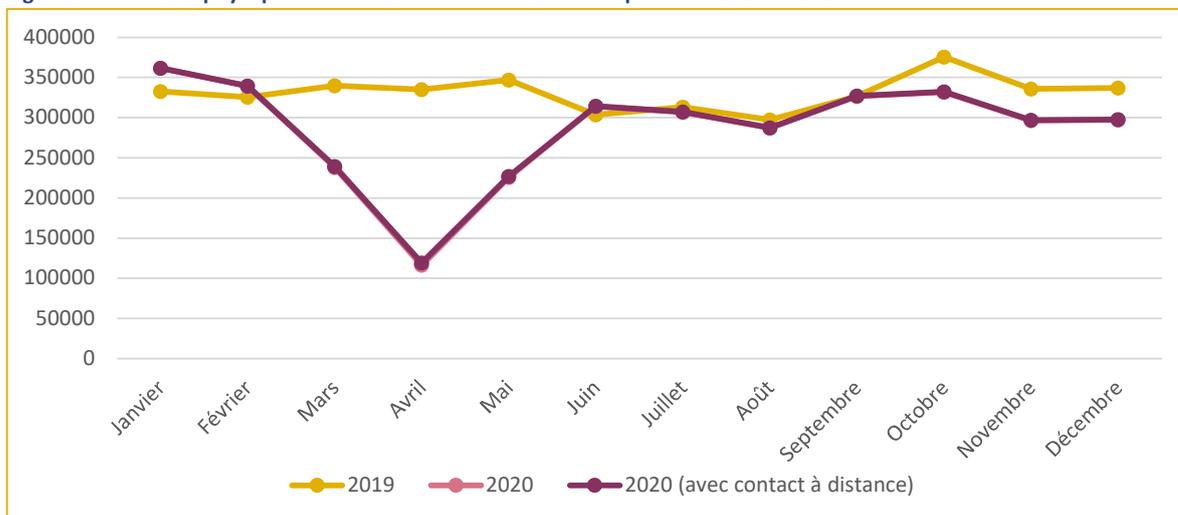
Figure 14 : Contacts physiques et à distance avec un psychiatre ou un psychologue en 2019 et 2020



Kinésithérapie

La figure 15 montre que les soins à distance en kinésithérapie n'ont pas eu autant de succès qu'en médecine générale et spécialisée et en psychiatrie et psychologie. Ils n'ont eu aucun effet sur le report (ou l'annulation) de contacts physiques lors de la crise sanitaire.

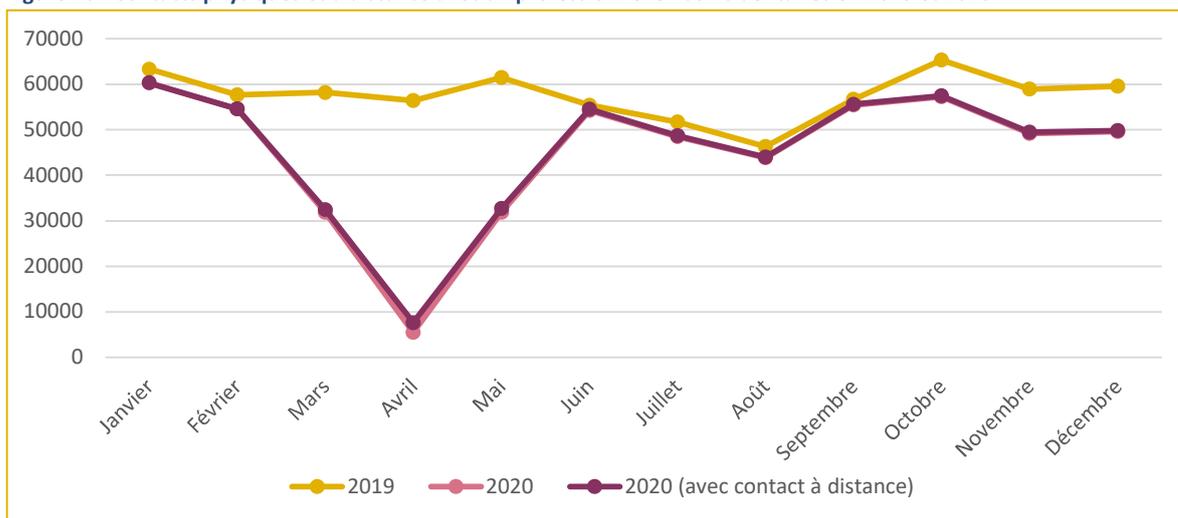
Figure 15 : Contacts physiques et à distance avec un kinésithérapeute en 2019 et 2020



Soins dentaires

Même constat que pour la kinésithérapie. Les soins à distance avec un prestataire de soins dentaires n'ont eu aucun effet sur le report (ou l'annulation) de contacts physiques lors de la crise sanitaire.

Figure 16 : Contacts physiques et à distance avec un professionnel en soins dentaires en 2019 et 2020



Délivrance de médicaments en officine publique

Dans cette partie de l'étude, nous nous intéressons aux médicaments remboursés par l'assurance maladie les plus souvent délivrés en officine publique aux personnes atteintes de pathologie chronique. Nous suivons l'évolution mensuelle entre 2019 et 2020 du nombre de délivrances de ces produits pharmaceutiques de manière à voir si le report (ou l'annulation) des consultations avec un professionnel de la santé a eu un impact sur le recours aux médicaments pendant la crise sanitaire. Les médicaments non remboursés par l'assurance maladie n'ont pas été analysés dans ce travail.

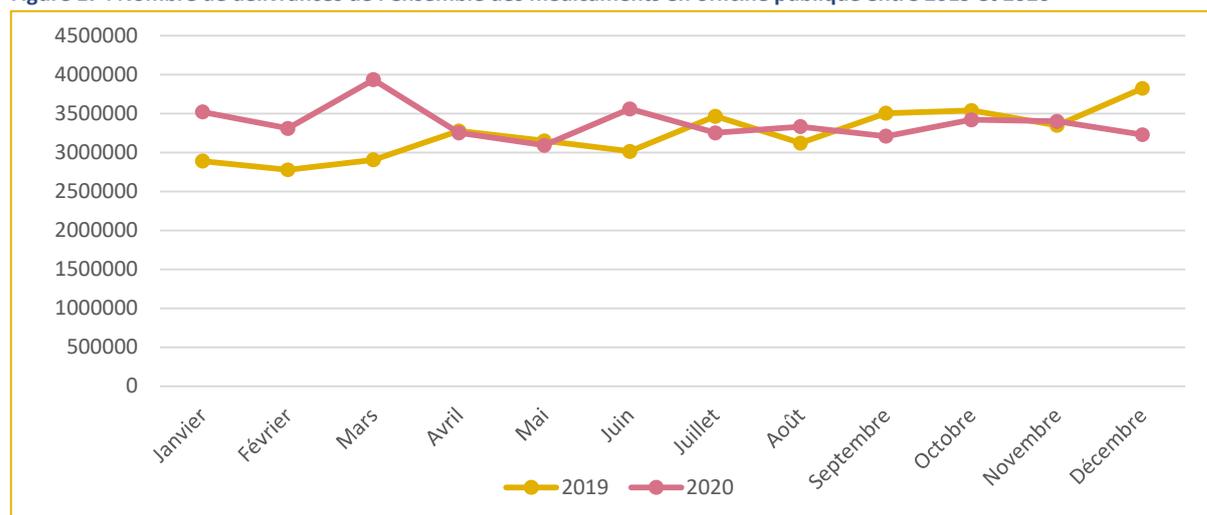
Les délivrances plus élevées aux mois de janvier et février 2020 par rapport aux mêmes mois de 2019 pour la plupart des médicaments suivis s'expliquent essentiellement par un niveau de délivrance de médicaments relativement limité au début de l'année 2019 (figure 17). En effet, la population que nous étudions, à savoir les personnes atteintes de pathologie chronique, a principalement été sélectionnée sur la base de l'utilisation de médicaments spécifiques pendant au moins 90 jours (120 jours pour les antidépresseurs) dans le courant de l'année 2019. Il est donc tout à fait possible que certaines personnes aient commencé leur traitement médicamenteux plus tard en 2019 (car diagnostiquées plus tard dans l'année). Cela expliquerait le niveau faible des délivrances de médicaments en début d'année 2019 par rapport à 2020, et plus particulièrement pour les médicaments utilisés pour traiter des pathologies chroniques. La comparaison de nos données relatives à l'année 2020 avec celles de 2019, et plus précisément avec les premiers mois de ces années, doit se faire en étant conscient de cette limite.

Pour l'ensemble des médicaments délivrés en officine publique aux malades chroniques (figure 17) et la majorité des groupes de médicaments analysés (figure 18), nos données

montrent une délivrance de médicaments élevée au mois de mars 2020. Nos données semblent révéler un important approvisionnement ou stockage de médicaments essentiels aux personnes atteintes de pathologie chronique au début de la crise sanitaire qui correspond à la phase ascendante de la pandémie en Belgique. Ce constat corrobore les résultats de EPI-PHARE (2020, 2021) qui mettent en évidence un phénomène de stockage pour les traitements de pathologies chroniques au cours de la deuxième quinzaine de mars en France.

Nos données montrent que les mois d'avril et mai 2020 marquent plutôt une rupture dans cet approvisionnement/ce stockage de médicaments. A partir de juin, les délivrances de médicaments restent relativement stables (sauf pour les vaccins contre la grippe) jusqu'à la fin de l'année 2020. Il semblerait donc que la seconde vague de la pandémie n'ait eu aucun impact sur la délivrance des médicaments analysés dans cette étude. Ces résultats corroborent parfaitement ceux de EPI-PHARE (2021) qui suggèrent que, contrairement au premier confinement de 2020, le second confinement à l'automne 2020 n'a pas montré de phénomène de stockage de médicaments et a été globalement marqué par une consommation médicamenteuse relativement stable. Les soins à distance (téléconsultations), qui ont complètement compensé les reports ou annulations de soins à partir de juin 2020 (voir plus haut la figure 13), ont certainement permis la continuité des délivrances de médicaments aux malades chroniques. Pouvons-nous en dire autant pour les mois d'avril et mai 2020 ? Le report ou l'annulation de contacts avec un prestataire de soins, bien visible pendant ces deux mois, semble avoir eu un impact négatif sur les délivrances de médicaments aux personnes souffrant de pathologie chronique, mais l'important approvisionnement/stockage de médicaments au mois de mars 2020 et les soins à distance remboursés partir du 14 mars 2020 ont permis aux malades chroniques de poursuivre leur traitement médicamenteux normalement entre mars et mai 2020.

Figure 17 : Nombre de délivrances de l'ensemble des médicaments en officine publique entre 2019 et 2020



Pendant la période qui semble avoir été fort impactée par la pandémie (entre mars et mai 2020), les délivrances de médicaments en officine publique faites aux personnes atteintes de pathologie chronique ont même augmenté de 10% par rapport à la même

période de 2019. Entre juin et décembre 2020, les délivrances sont restées relativement stables (-2%) par rapport à l'année précédente.

La situation n'est pas différente pour les délivrances de la plupart des médicaments étudiés (figure 18). Entre mars et mai 2020, les délivrances ont crû de 11% pour les antidépresseurs, de 15% pour les antipsychotiques, de 12% pour les antihypertenseurs et les antiépileptiques, de 17% pour les antithrombotiques (utilisés contre la formation de caillots sanguins pouvant entraver la circulation sanguine normale), de 9% pour les antidiabétiques, de 10% pour les IPP/inhibiteurs de la pompe à protons (utilisés contre l'ulcère gastro-intestinal et le reflux) et les statines (utilisées pour baisser la cholestérolémie), de 23% pour les antidouleurs (utilisés contre la douleur) et de 4% pour les opiacés (utilisés contre la douleur) par rapport à la même période de 2019. L'utilisation d'antithrombotiques, d'antipsychotiques et d'antidouleurs tels que le paracétamol a été particulièrement importante (plus de 15%) pendant la première vague de l'épidémie par rapport à 2019. Entre juin et décembre 2020, les délivrances n'ont pas vraiment varié par rapport à l'année précédente pour ces médicaments : -3% pour les antidépresseurs, +2% pour les antipsychotiques, -2% pour les antihypertenseurs, les opiacés et les IPP, +1% pour les antiépileptiques, -1% pour les antithrombotiques, +0% pour les antidiabétiques et les statines et +4% pour les antidouleurs.

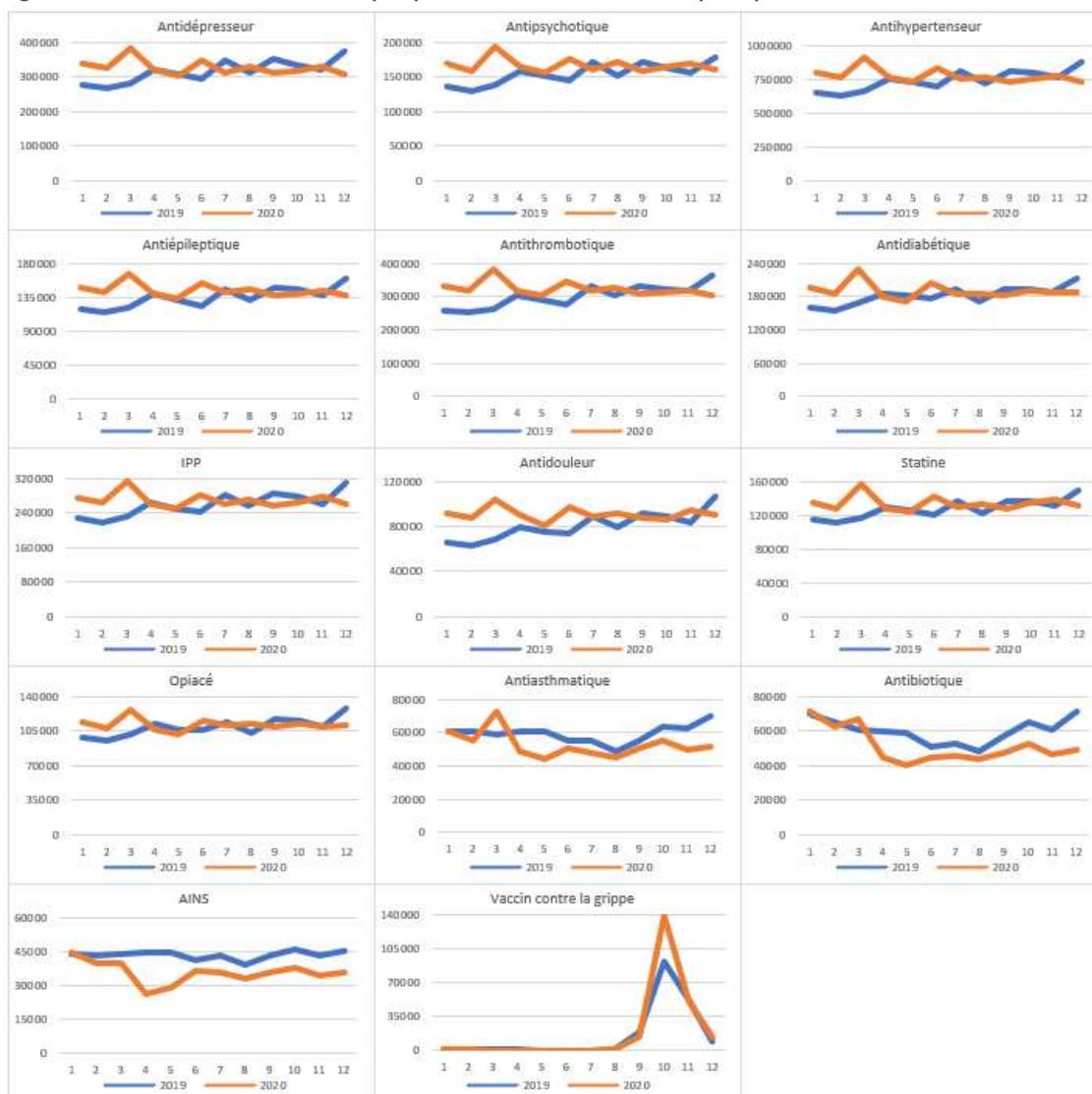
Par contre pour les autres médicaments (antiasthmatiques, antibiotiques à usage systémique utilisés contre les infections bactériennes, AINS/anti-inflammatoires non stéroïdiens et vaccins contre la grippe), nous constatons que leur évolution a été particulièrement influencée par la crise sanitaire. Les délivrances mensuelles d'AINS, d'antiasthmatiques et d'antibiotiques en 2020 ont été systématiquement inférieures à celles de 2019, sauf au mois de mars pour les antiasthmatiques et les antibiotiques. Entre mars et mai 2020, les délivrances ont diminué de 29% pour les AINS, de 9% pour les antiasthmatiques et de 16% pour les antibiotiques par rapport à la même période de 2019. Entre juin et décembre 2020, les délivrances de ces médicaments ont également baissé par rapport à 2019 (-18% pour les AINS, -15% pour les antiasthmatiques et -19% pour les antibiotiques).

Les rapports de EPI-PHARE (2020, 2021) ont également montré un effondrement de l'utilisation de l'antibiothérapie, en particulier chez les enfants, qui a persisté pendant toute l'année 2020 en France avec une baisse fort prononcée (-30% à -40%) lors de la première vague de l'épidémie et en fin d'année. Ce phénomène inhabituel en France et en Belgique est sans doute lié aux mesures de lutte contre la propagation de Covid-19 (distanciation sociale, port du masque, télétravail intense, fermeture des crèches et écoles, etc.) qui ont permis d'arrêter ou de réduire la transmission des affections virales saisonnières. Les travaux de EPI-PHARE (2020, 2021) ont également mis en avant, au même titre que les antibiotiques, la forte baisse des délivrances d'AINS à partir de mars 2020 jusqu'à la fin de l'année en raison de la baisse des infections ORL et pulmonaires hors Covid-19 probablement liée aux mesures sanitaires en vigueur.

Nos données montrent aussi une évolution particulière pour les vaccins contre la grippe en 2020. Au cours des trois derniers mois de l'année 2020, le nombre de vaccinations contre la grippe a augmenté de 33% par rapport à la même période de l'année précédente. Il semblerait donc que les personnes à risque aient eu plus largement recours à la vaccination dans le contexte de la Covid-19 afin d'éviter que les

conséquences d'une épidémie de grippe s'ajoutent aux conséquences de la pandémie de Covid-19.

Figure 18 : Nombre de délivrances de quelques médicaments en officine publique entre 2019 et 2020



Hospitalisation avec et sans nuitée

Cette partie de l'étude analyse l'activité hospitalière en termes d'admissions entre 2019 et 2020. A partir des chiffres présentés par l'INAMI dans le rapport « Monitoring Covid-19 » (INAMI, 2021), nous pouvons constater que la pandémie de 2020 a eu un impact significatif sur les admissions à l'hôpital. Selon les dernières données de la Commission technique du Service du contrôle administratif de l'INAMI, les hôpitaux ont enregistré 49.478 hospitalisations liées à la Covid-19 en 2020 avec des entrées qui se sont essentiellement concentrées lors des phases ascendantes des deux vagues de la pandémie. Cette importante sollicitation des hôpitaux a eu pour conséquence l'arrêt et le report des soins réguliers non urgents afin de faire face à l'afflux d'hospitalisations liées à la Covid-19. Cependant, l'INAMI a constaté que les soins urgents affichent

également une forte baisse, principalement au cours du mois d'avril 2020. Les données de l'INAMI ne permettent pas encore d'analyser l'impact de la seconde vague de Covid-19 en raison de l'indisponibilité de données complètes.

Voyons ce qu'il en est avec les données de remboursement des Mutualités Libres qui contiennent de manière exhaustive toutes les admissions hospitalières de l'année 2019 et 2020.

Dans la suite de notre étude, nous suivons le nombre total d'admissions avec au moins une nuitée (c'est-à-dire les hospitalisations conventionnelles/classiques) et sans nuitée (c'est-à-dire les hospitalisations de jour/one-day-clinic). Ensuite, nous ventilons les données d'admissions selon le service hospitalier en nous concentrant sur les services les plus sollicités, à savoir les services de diagnostic et de traitement chirurgical et médical, de neuropsychiatrie, de gériatrie, de soins intensifs et de pédiatrie. Finalement, nos analyses portent sur quelques soins médicaux urgents et non urgents (ou plutôt généralement non urgents).

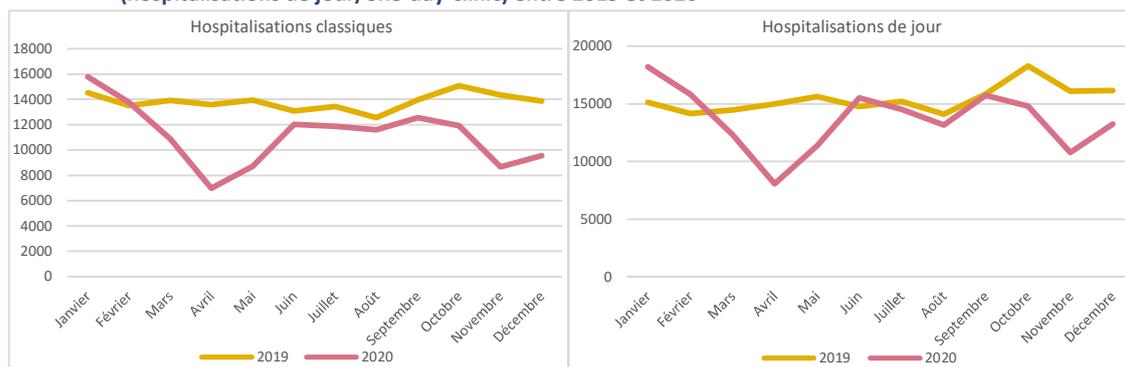
En concertation avec les autorités fédérales et en accord avec les associations professionnelles concernées, le GBS (Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes) a mis à disposition un cadre de référence pour chaque spécialité concernant la nécessité et l'urgence des soins. A partir de la liste des degrés d'urgence par spécialité établie par le GBS, nous aurions bien voulu analyser quelques soins médicaux urgents et non urgents réalisés en milieu hospitalier en 2019 et 2020 afin de voir si nos données affichent également un report de soins médicaux urgents pendant la pandémie de Covid-19. Malheureusement, sur la base de cette liste, il sera difficile de définir les interventions à maintenir ou à reporter en contexte de pandémie pour des raisons telles que des degrés de sévérité variables pour une même pathologie, des comorbidités associées, la disponibilité locale des blocs opératoires, etc. Nous ne ferons donc pas cette distinction entre soins urgents et non urgents pour toutes les interventions suivies dans notre étude. Cependant, pour certaines d'entre elles, nous pouvons affirmer qu'il s'agit sans conteste de soins urgents (admissions pour accident vasculaire cérébral/AVC et admissions relatives au traitement des arythmies cardiaques)².

La figure 19 montre que les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour ont enregistré une diminution significative de leur nombre d'admissions pendant la première vague de la pandémie (entre mars et mai 2020). En 2020, la baisse du nombre des séjours avec au moins une nuitée a été de 22% en mars, de 49% en avril et de 37% en mai par rapport à l'année précédente. Pour les hospitalisations de jour, elle a été de 15% en mars, de 46% en avril et de 27% en mai par rapport à 2019. Entre juin et septembre 2020, nous constatons une belle reprise de l'activité hospitalière aussi bien pour les hospitalisations classiques que pour les hospitalisations de jour. Nous pouvons même dire qu'il y a eu un rattrapage quasi-parfait (retour à l'activité normale) des hospitalisations de jour pendant cette période. Avec la seconde propagation importante de Covid-19 et les mesures prises pour éviter une saturation des hôpitaux (à partir d'octobre), l'activité hospitalière baisse de nouveau. La diminution des admissions par

² Ces deux types d'admissions sont aussi ceux repris dans le rapport « Monitoring Covid-19 » de l'INAMI.

rapport à 2019 a été de 21% en octobre, de 40% en novembre et de 31% en décembre pour les hospitalisations avec nuitée. Pour les hospitalisations de jour, elle a été de 19% en octobre, de 33% en novembre et de 18% en décembre. Ces chiffres nous montrent que les hospitalisations classiques ont été un peu plus impactées que les hospitalisations de jour pendant la pandémie de Covid-19 et la seconde vague a été moins percutante que la première.

Figure 19 : Nombre d'hospitalisations avec au moins une nuitée (hospitalisations classiques) et sans nuitée (hospitalisations de jour/one-day-clinic) entre 2019 et 2020



La figure 20 présente les admissions avec au moins une nuitée pour les principaux services hospitaliers. Les six services hospitaliers repris dans l'étude contiennent à eux seuls 95% de l'ensemble des admissions avec nuitée.

Nos données permettent de constater que tous les services hospitaliers analysés ont été impactés par la crise sanitaire en 2020, et plus particulièrement lors des deux vagues de la pandémie. Ce sont toutefois les services de pédiatrie (-60% en mars, -77% en avril, -71% en mai, -68% en octobre, -70% en novembre et -75% en décembre par rapport à 2019), de neuropsychiatrie (-42% en mars, -55% en avril, -50% en mai, -36% en octobre, -36% en novembre et -40% en décembre par rapport à 2019), de diagnostic et de traitement chirurgical (-31% en mars, -67% en avril, -44% en mai, -29% en octobre, -57% en novembre et -29% en décembre par rapport à 2019) et de diagnostic et de traitement médical (-14% en mars, -39% en avril, -33% en mai, -15% en octobre, -32% en novembre et -31% en décembre par rapport à 2019) qui ont enregistré les plus fortes variations de leur activité. Les services de soins intensifs et de gériatrie ont été les moins impactés par la pandémie, ce qui s'explique probablement par des services particulièrement sollicités par les personnes atteintes de Covid-19 lors des deux vagues. Le nombre d'admissions en soins intensifs a augmenté de 10% en mars et de 13% en octobre, alors qu'il a diminué de 11% en avril, de 24% en mai, de 21% en novembre et de 36% en décembre par rapport à 2019. En gériatrie, il a baissé de 5% en mars, de 18% en avril, de 11% en mai, de 1% en octobre, de 11% en novembre et de 14% en décembre par rapport à 2019.

Figure 20 : Nombre d'hospitalisations avec au moins une nuitée selon le service hospitalier entre 2019 et 2020



La baisse généralisée des admissions hospitalières pendant la pandémie, et plus particulièrement lors des deux vagues, est également présente pour l'ensemble des interventions et soins médicaux repris sur la figure 21. L'activité hospitalière en termes d'admissions au mois d'avril (pic de l'épidémie) est même pratiquement à l'arrêt pour la plupart des interventions et soins médicaux étudiés et est fortement influencée au mois de novembre 2020.

Les admissions pour des soins urgents (accident vasculaire cérébral/AVC, traitement d'arythmie cardiaque et prostatectomie) ont également été touchées par la pandémie mais de manière moins forte pour les séjours hospitaliers destinés à traiter un accident vasculaire cérébral.

Entre les deux vagues de l'épidémie, nous constatons une bonne reprise de l'activité normale pour l'ensemble des interventions étudiées, voire même un rattrapage (partiel) des interventions non réalisées lors de la première vague pour la pose de prothèse de genou et de hanche et la chirurgie de hernie autre que discale (à savoir les hernies inguinales, hiatales et diaphragmatiques).

En comparant la période allant de mars à mai 2020 avec celle de 2019, nous pouvons affirmer que le nombre d'admissions a diminué de 63% pour la chirurgie de cataracte, de 65% pour la chirurgie du canal carpien, la pose de prothèse de genou et la chirurgie méniscale, de 43% pour la pose de prothèse de hanche, de 58% pour la chirurgie de hernie autre que discale, de 47% pour la chirurgie de hernie discale et le traitement de l'arythmie cardiaque, de 69% pour la bariatrie, de 56% pour la chirurgie de la prostate, de 59% pour la chirurgie de varice et de 17% pour l'AVC.

Bien que moins prononcées (sauf pour l'AVC), ces diminutions sont aussi présentes lorsque nous comparons le dernier trimestre de l'année 2020 avec celui de 2019. Elles sont de 38% pour la chirurgie de cataracte et de varice, de 46% pour la chirurgie du canal carpien, de 57% pour la pose de prothèse de genou, de 30% pour la pose de prothèse de hanche, de 47% pour la chirurgie de hernie autre que discale, de 29% pour la chirurgie de hernie discale, de 39% pour la chirurgie méniscale, de 15% pour le traitement de l'arythmie cardiaque, de 59% pour la bariatrie, de 40% pour la chirurgie de la prostate et de 22% pour l'AVC.

Figure 21 : Nombre d'hospitalisations selon le type d'interventions et de soins médicaux entre 2019 et 2020



Urgence

Nos données montrent une baisse significative et continue du nombre d'entrées aux urgences hospitalières à partir de mars 2020. Elle a été d'environ 25% au cours des deux vagues de la pandémie (mars à mai 2020 et octobre à décembre 2020) par rapport à 2019.

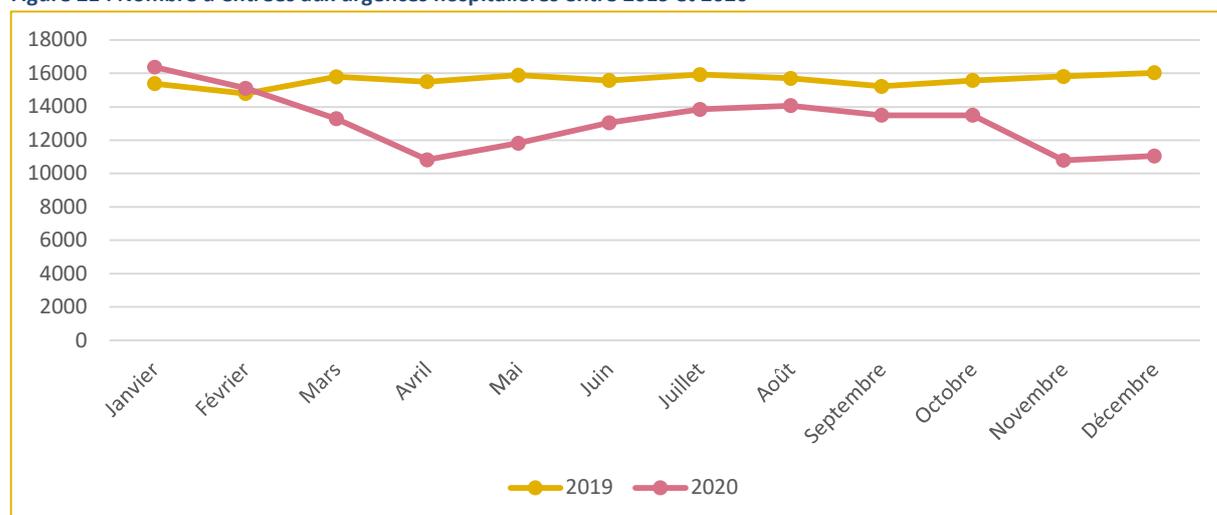
Entre les deux vagues de la pandémie (entre juin et septembre 2020), la diminution du recours aux urgences a été de 13% par rapport à 2019. L'impact de la pandémie sur les urgences a donc été plus fort lors des deux vagues de l'épidémie.

La prise en charge des urgences semble ainsi être bouleversée par les mesures indispensables adoptées pour contenir la pandémie de Covid-19. Cette situation peut paraître inquiétante si l'on se réfère à l'étude de Marijon et al (2020) qui a révélé un doublement de l'incidence des arrêts cardiaques extra-hospitaliers en Île-de-France du 16 mars au 26 avril 2020. Le nombre de morts subites en Île-de-France, dont la quasi-totalité a eu lieu à domicile, a fortement augmenté et la mortalité a doublé lors du pic de l'épidémie. Les auteurs de l'étude pointent le retard des soins qui a été extrêmement préjudiciable à la survie.

Au début de la pandémie de Covid-19, la Ligue Cardiologique Belge avait également tiré la sonnette d'alarme à ce sujet en rappelant que les urgences cardiaques et coronaires restaient une priorité et devaient être prises en charge.

Ne disposant pas des diagnostics médicaux dans nos bases de données administratives, il ne nous est pas possible d'identifier le type d'urgence qui a été le plus impacté par la pandémie.

Figure 21 : Nombre d'entrées aux urgences hospitalières entre 2019 et 2020



05

CONCLUSION

Cette étude exploratoire basée sur des données réelles de remboursement de soins de santé des Mutualités Libres nous a permis d'évaluer et de mieux comprendre l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les prestations de soins de santé et l'utilisation de médicaments des personnes souffrant de pathologie chronique.

Il ressort de nos analyses que les contacts physiques avec la médecine générale et spécialisée ont été particulièrement touchés par les deux vagues de la pandémie, mais la première (et plus particulièrement lors du pic en avril 2020) a eu des conséquences nettement plus importantes que la seconde qui a démarré en septembre 2020. Une certaine reprise de l'activité normale semble ensuite se dessiner pour les consultations physiques entre les deux vagues de la pandémie (de juin à septembre 2020) avec l'affaiblissement de l'épidémie. Au plus haut de celle-ci, la baisse des contacts physiques a été de 27% en mars, de 63% en avril et de 39% en mai, tandis qu'elle a été limitée à 20% pendant le dernier trimestre de 2020 par rapport à 2019. Le report (ou l'annulation) de contacts physiques avec un spécialiste pendant la crise sanitaire a été plus marqué que celui avec un généraliste.

Les soins à distance par téléphone ou vidéo remboursés dès le début du premier confinement (14 mars) ont incontestablement permis d'atténuer l'effet de la Covid-19 sur les contacts avec la médecine générale et spécialisée (sauf pour les soins dentaires et la kinésithérapie) et ainsi assurer une certaine continuité des soins des malades chroniques dans ces secteurs de soins. Près de la moitié des contacts physiques reportés ou annulés pendant la première vague de la pandémie a été résorbée par les contacts à distance. A partir de juin, les contacts à distance ont compensé l'entièreté des reports (ou annulations) des contacts physiques.

Contrairement au ressenti de la population observé à partir des enquêtes de Sciensano, nos données de remboursement de soins ne semblent pas montrer une dégradation des problèmes de santé mentale pendant la crise sanitaire. Il est toutefois possible que cette accumulation de problèmes de santé mentale ressentis se reflète plus tard à travers nos données de remboursement de soins de santé.

Le report ou l'annulation de contacts avec un prestataire de soins, bien visible lors de la première vague, n'a pas eu d'impact sur les délivrances de médicaments en officine publique aux personnes souffrant de pathologie chronique. En effet, l'important stockage de médicaments au mois de mars 2020 et les soins à distance ont permis aux malades chroniques de poursuivre leur traitement médicamenteux normalement pendant cette période. La seconde vague de l'épidémie n'a pas montré de phénomène de stockage de médicaments et a été globalement marquée par une consommation médicamenteuse relativement stable.

Un constat important et inhabituel en Belgique, probablement lié aux mesures de lutte contre la propagation de la Covid-19 (distanciation sociale, port du masque, télétravail intense, fermeture des crèches et écoles, etc.) ayant permis de réduire la transmission des infections ORL et pulmonaires hors Covid-19, est une diminution significative de

l'utilisation de l'antibiothérapie et des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Ce phénomène a également été observé dans d'autres pays tels que la France. Le nombre de vaccinations contre la grippe a par contre augmenté de 33% au dernier trimestre 2020 par rapport à la même période de l'année précédente.

Notre étude a également permis de constater que la pandémie de 2020 a eu un impact significatif sur les admissions à l'hôpital. Comme pour les consultations physiques avec un prestataire de soins, les hospitalisations avec et sans nuitée ont enregistré une diminution significative de leur nombre d'admissions pendant la première vague de la pandémie et, dans une moindre mesure, lors de la seconde vague. La période entre les deux vagues est marquée par une belle reprise de l'activité hospitalière normale. Les hospitalisations classiques ont été un peu plus impactées que les hospitalisations de jour pendant la pandémie de Covid-19.

Les services de soins intensifs et de gériatrie ont été les services les moins impactés par la pandémie, ce qui s'explique probablement par des services particulièrement sollicités par les personnes atteintes de Covid-19 lors des deux vagues.

Un constat inquiétant est de voir que les admissions pour des soins urgents (accident vasculaire cérébral, traitement d'arythmie cardiaque et prostatectomie) ont également été touchées par la pandémie.

06

RECOMMANDATIONS

Parallèlement aux efforts destinés à contenir la propagation de la Covid-19, les Mutualités Libres recommandent que :

- le système de santé puisse répondre aux besoins de l'ensemble de la population, y compris des personnes atteintes de maladies chroniques. Il est nécessaire de veiller à ce que les services de santé existants continuent de fonctionner pour éviter des conséquences sanitaires qui pourraient être pires que l'épidémie elle-même ;
- des messages ciblés soient donnés aux personnes souffrant de maladies chroniques et aux autres populations vulnérables en ce qui concerne le risque d'infection et la gestion de leur maladie ;
- les consultations à distance se maintiennent partiellement, dans un contexte encore à préciser qui puisse garantir la qualité et la sécurité des soins. Un support continu par téléphone, vidéoconférence ou même des visites à domicile devraient être maintenus pour assurer une continuité des soins, aussi bien pour les malades chroniques que les personnes non atteintes de pathologie chronique. Au même titre que les autres disciplines, notre étude a montré que les soins à distance par téléphone ou vidéo avec un psychiatre ou un psychologue ont permis d'assurer une bonne continuité des soins en santé mentale. Il est dès lors nécessaire de garantir que les patients présentant des symptômes d'anxiété, de dépression ou d'autres problèmes mentaux développés ou aggravés pendant la pandémie reçoivent des soins adéquats et en temps opportun ;
- les efforts soient poursuivis pour garantir un accès continu aux médicaments et aux fournitures et veiller à une répartition optimale des médicaments en période de crise, bien informer le patient et apporter des solutions adéquates aux problèmes d'indisponibilités en général ;
- les soins d'urgence (lorsqu'ils sont indiqués) ne soient pas retardés en faveur d'une prise en charge expectative/conservatrice par crainte des risques de morbidité ou de mortalité liés à la Covid-19. Les patients doivent être informés des risques associés à un retard de prise en charge, notamment en cas d'urgence ou de maladie grave ;
- les autorités sanitaires, les organismes assureurs, les hôpitaux et les professionnels de la santé tirent des leçons de la pandémie en mettant en place une planification précise (« plan pandémie ») et en prévoyant des mesures claires pour faire face aux besoins des patients en cas de nouvelle pandémie.

- AIM (2021), "Statistiques Covid-19 - Admissions hôpitaux".
- CIN (2020), "Enquête Intermutualiste - Téléconsultations", en collaboration avec l'INAMI, Septembre 2020.
- EPI-PHARE (2020), "Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation à la fin mars 2020. Etude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS", Rapport 1, Avril 2020.
- EPI-PHARE (2021), "Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021 Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS", Rapport 6, Mai 2021.
- Fondation Registre du Cancer (2020a), "Forte diminution des nouveaux diagnostics de cancer en avril en raison de la crise du coronavirus", Communiqué de presse publié le 15/07/2020.
- Fondation Registre du Cancer (2020b), "5000 diagnostics de cancer attendus selon les estimations n'ont pas encore été établis", Etude publiée le 20/11/2020.
- INAMI (2021), "Monitoring Covid-19 - Update mars 2021".
- KCE (2020a), "Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de COVID-19 - Synthèse". Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 335Bs.
- KCE (2020b), "Video consultations in the care for patients with a chronic somatic disease". Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 328.
- Lorant V., P. Smith, K. Van den Broeck, P. Nicaise (2021), "Psychological distress associated with the COVID-19 pandemic and suppression measures during the first wave in Belgium", *BMC Psychiatry*, 21, 112.
- Marijon E., N. Karam, D. Jost, D. Perrot, B. Frattini, C. Derkenne, A. Sharifzadehgan, V. Waldmann, F. Beganton, K. Narayanan, A. Lafont, W. Bougouin, X. Jouven (2020), "Out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic in Paris, France: a population-based, observational study", *The Lancet Public Health*, Vol. 5(8), e437-e443.
- Mutualités Libres (2020), "Etude sur les maladies chroniques en Belgique - Evolution entre 2010 et 2018", Etude des Mutualités Libres, Novembre 2020.
- Mutualités Libres (2013), "Concentration des dépenses en soins de santé. Analyse des remboursements de l'assurance maladie". Etude des Mutualités Libres, Décembre 2013.
- Palmer K., A. Monaco, M. Kivipelto, G. Onder, S. Maggi, J.P. Michel, R. Prieto, G. Sykara, S. Donde (2020), "The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing", *Aging Clinical and Experimental Research*, Vol. 32(7), 1189-1194.
- Sciensano (2021), "Cinquième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires", Bruxelles, avril 2021.
- Vlaams Patiëntenplatform (2020a), "Wordt zorg bij personen met een chronische aandoening uitgesteld wegens het coronavirus COVID-19?" Heverlee: 2020.
- Vlaams Patiëntenplatform (2020b), "Hoe verloopt de heropstart van de zorg voor personen met een chronische aandoening?" Heverlee: 2020.



Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles
T 02 778 92 11

Nos études sur www.mloz.be

(©) Mutualités Libres/Bruxelles, septembre 2021
(Numéro d'entreprise 411 766 483)

Les Mutualités Libres regroupent :

