

Impact de la crise du coronavirus : report de soins

Volet ophtalmologie

2024

Auteurs : David Jaminé, Johan Vanoverloop

Colophon

Date de publication : septembre 2024

Rédaction : Erik Roelants

Traduction : Jérôme Paque

Références recommandées : Jaminé, David ; Vanoverloop, Johan (2024), Impact de la crise du coronavirus : report de soins. Volet ophtalmologie, AIM Agence Intermutualiste, Bruxelles.

Coordonnées : ASBL AIM • Avenue du Boulevard 21 B7 • 1210 Bruxelles
Tél. 02 891 72 11 • ima-aim@intermut.be • www.ima-aim.be
BCE 0478.655.210 • RPM Bruxelles

Remerciements : Merci à Pieter Nelis, Agnès Leclercq, Bart Demyttenaere et Luk Bruyneel pour leur collaboration.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site web www.ima-aim.be.

La reproduction partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Abstract	1
1. Introduction.....	2
2. Méthodologie.....	4
2.1. Composition de la population d'étude	4
2.2. Nombre de patients et de prestations.....	5
2.3. Stratification sociale.....	6
2.4. Impact intra-hospitalier	7
2.5. Impact de la surmortalité	7
3. Résultats	9
3.1. Description de la population	9
3.2. Évolution du nombre de prestations et de patients.....	11
3.3. Recours aux différents circuits de soins	25
4. Conclusion	35
Bibliographie.....	36

Abstract

La présente étude porte sur l'impact de la pandémie de Covid 19 sur plusieurs interventions données, plus précisément les interventions visant à traiter les cataractes primaire et secondaire, les injections intravitréennes et les vitrectomies.

La pandémie de Covid a entraîné le report des soins non essentiels. La question de recherche vise ici à déterminer dans quelle mesure ces soins ont fait l'objet d'un rattrapage par la suite et s'il s'est opéré identiquement dans différents groupes de la population.

Nous n'observons aucun mouvement de rattrapage complet sur toute la période d'étude. Il est à souligner que l'impact est nettement plus marqué parmi les revenus les plus bas que parmi les revenus plus élevés. Proportionnellement, le nombre de patients et de prestations en 2020, année marquée par le coronavirus, a diminué davantage chez les bas revenus que chez les hauts revenus. Cet écart peut notamment s'expliquer par le fait que les personnes à faible revenu ont relativement plus souvent recours au circuit de soins intra-hospitalier.

Afin de limiter l'impact du report des soins non essentiels, des mesures d'atténuation ont été prises, déplaçant une partie de ces soins vers le circuit de soins extrahospitalier. En témoigne notamment la délivrance de médicaments pour injections intravitréennes en officine publique. Dans la pratique, ces mesures semblent également profiter davantage aux hauts revenus.

Le stress financier dont souffrent les personnes à faible revenus peut jouer un rôle important dans leur choix de se tourner vers le circuit de soins extrahospitalier. En effet, le taux de conventionnement y est plus bas et les suppléments plus importants. Il est essentiel de lutter contre ces inégalités et de garantir que tous les groupes de revenus aient accès à des soins ophtalmologiques extrahospitaliers adéquats, quelle que soit leur situation financière.



1. Introduction

Au cours de la pandémie de Covid-19, des mesures visant à endiguer la propagation du virus SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) ont été prises dans le monde entier [1]. Nécessité faisant loi, de nombreux soins non essentiels ont été relégués au second plan afin de pouvoir mobiliser un maximum de ressources pour lutter contre le virus. La Belgique n'a pas fait figure d'exception : toute une série de mesures ont été prises à différents niveaux pendant la première année de coronavirus. Ainsi, l'organe consultatif *Hospital & Transport Surge Capacity* (HTSC), qui conseillait les hôpitaux en matière de contrôle durant la crise de Covid-19, a annoncé à la mi-mars 2020 l'annulation de tous les soins non essentiels une fois l'augmentation exponentielle constatée de l'afflux de patients souffrant de Covid-19 vers les hôpitaux [2].

Fin 2021, l'Unité Audit Hôpitaux (une collaboration entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité [INAMI], le Service public fédéral Santé publique et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé [AFMPS]) a réalisé une estimation des soins non effectués pendant les 1^{re}, 2^e et 3^e vagues de Covid-19 [3]. Celle-ci a révélé que la première vague (avril 2020) avait été marquée par une importante diminution des interventions chirurgicales essentielles et une suspension quasi-totale des interventions non essentielles. De même, la 2^e vague (novembre 2020) a vu ces deux types d'intervention diminuer, mais dans une moindre mesure. On a observé durant la période suivant la 2^e vague (de décembre 2020 à fin mars 2021) un mouvement de rattrapage, que ce soit pour les prestations

chirurgicales essentielles ou non. Ce mouvement de rattrapage a stagné pendant la 3^e vague (avril-mai 2021), les retards augmentant à nouveau.

S'agissant des interventions chirurgicales et non chirurgicales relevant de **l'article 14h** (Ophtalmologie) de la nomenclature de l'INAMI [4], l'estimation a révélé un retard général de 9 % dont un retard important dans les interventions spécifiques telles que les extractions extracapsulaires effectuées dans le cadre de chirurgies de la cataracte (20 %). En revanche, nous n'avons pas pu estimer l'impact d'une éventuelle surconsommation de ce type de soins médicaux.

La présente étude fait le lien avec la précédente et analyse en détail l'impact de la pandémie de Covid-19 sur une sélection d'interventions (concomitantes en grande partie) relevant de cet article de la nomenclature de l'INAMI, notamment les interventions visant à traiter les cataractes primaire et secondaire, les injections intravitréennes et les vitrectomies (opération du corps vitré). À cet effet, nous nous penchons sur le rôle de plusieurs caractéristiques démographiques et socio-économiques des populations de patients en cas d'éventuel report de soins. Plusieurs rapports antérieurs de l'AIM ont en effet déjà révélé que les différences de revenus pouvaient notamment entraîner une consommation différente de certains types de soins de santé [5]. Dans ce contexte, nous étudierons également le lieu où certaines interventions ont lieu : dans le circuit des hôpitaux généraux ou en dehors.



2. Méthodologie

Cette analyse fait appel aux données issues de deux bases de données de **l'Agence Intermutualiste (AIM)** : les bases de données **Population** et **Soins de santé**. La première contient des informations socio-démographiques relatives à l'ensemble des membres des sept mutualités de Belgique, représentant environ 98 % de la population figurant au Registre national belge soit plus de 11 millions de personnes. La seconde renferme également des données administratives et comptables concernant toutes les prestations de soins (partiellement) remboursées par les mutualités dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire des membres des organismes assureurs. La base de données Soins de santé servira à analyser non pas les frais de l'assurance maladie, mais uniquement le nombre de patients et de prestations fournies au cours de la période d'étude.

2.1. Composition de la population d'étude

Afin de pouvoir définir la population d'étude et le nombre de prestations fournies, nous avons d'abord sélectionné toutes les personnes ayant bénéficié du remboursement (partiel) des prestations de soins suivantes au cours de la période 2019-2021 (tableau 1) :

Tableau 1 : codes nomenclature INAMI¹ pour la sélection d'interventions de cataracte primaire (*) et secondaire (), d'injections intravitréennes et de vitrectomies.**

Codes	Description
246595, 246606	Extraction du cristallin (quelle que soit la technique), y compris l'implantation intra-oculaire éventuelle d'une lentille (*)
246912, 246923	Extraction extracapsulaire du cristallin par une méthode de fragmentation au moyen d'ultrasons, de laser ou d'une autre méthode similaire, y compris l'implantation éventuelle d'une lentille (*)
246610, 246621	Implantation ou réimplantation d'une lentille intraoculaire dans un temps autre que l'extraction du cristallin (*)
246676, 246680	Extraction du cristallin (quelle que soit la technique), y compris l'implantation éventuelle d'une lentille, combinée à la cure chirurgicale du glaucome par fistulisation (*)
246934, 246945	Extraction extracapsulaire du cristallin par une méthode de fragmentation au moyen d'ultrasons, de laser ou d'une autre méthode similaire, y compris l'implantation éventuelle d'une lentille, combinée à la cure chirurgicale du glaucome par fistulisation (*)
248275, 248286	Traitement par laser d'une cataracte secondaire, par séance (maximum 3 séances) (**)
246632, 246643	Cataracte secondaire (**)
248334, 248345	Injection intravitréenne effectuée dans des conditions d'asepsie stricte
246654, 246665	Transparsplana vitrectomie

2.2. Nombre de patients et de prestations

Afin de déterminer le nombre de prestations, seules les prestations principales sont retenues. Toutes les prestations qui concernent des remboursements p.ex. pour une aide opératoire à la prestation principales, sont exclues de cette analyse.

Afin de mieux comprendre l'éventuel impact de plusieurs événements survenus durant la période Covid-19 (p.ex. confinement) sur la prestation de soins, nous allons comparer entre elles, par type d'intervention, l'évolution (cumulative ou non) du nombre de prestations par semaine civile sur les trois années d'étude. Afin de comparer l'évolution du nombre de patients, nous étudierons principalement le

¹ Liste de codes de prestations de soins de santé établie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), qui rembourse entièrement ou partiellement l'assurance maladie (assurance soins de santé).

nombre cumulatif de patients par année qui, au cours d'une semaine civile donnée, subissent une intervention donnée pour la première fois.

Dans l'analyse approfondie des opérations de la cataracte, les codes nomenclature 246595, 246606, 246912 et 246923 sont considérés ensemble, car ils concernent des interventions similaires. De même, les codes nomenclature 246676, 246680, 246934 et 246945 concernent des opérations similaires de la cataracte visant à traiter un glaucome et sont donc rassemblés dans cette analyse.

Afin de pouvoir estimer si on observe un mouvement de rattrapage d'un éventuel report de soins au cours de la première année de coronavirus, nous réaliserons une extrapolation brute à partir de l'évolution du nombre de patients durant la période 2017-2019.

2.3. Stratification sociale

Afin de pouvoir estimer si le statut socio-économique d'un groupe de la population joue un rôle sur l'accès aux soins, il convient idéalement de tenir compte du revenu et/ou du niveau d'éducation de ce groupe. Cependant, les organismes assureurs belges ne disposent que de données partielles relatives au revenu de leurs affiliés (p.ex. *via* le maximum à facturer), et même d'aucune donnée concernant le niveau d'éducation. La présente étude applique donc une méthode de stratification sociale basée sur les statistiques fiscales produites et diffusées par **Statbel**, l'office belge de la statistique, à savoir le revenu fiscal des personnes physiques par secteur statistique [6]. Le secteur statistique est la plus petite unité géographique administrative définie sur la base de caractéristiques morphologiques et/ou socio-démographiques. Chaque secteur est généralement composé de quelques rues. La Belgique compte environ 20 000 secteurs statistiques répartis sur plus de 580 communes. Le secteur statistique de la grande majorité des personnes qui figurent dans la base de données AIM Population (96 % à 99 % selon l'année de population) est également documenté.

La méthode de stratification présentée ci-après n'est qu'une approximation de la situation socio-économique d'un individu, étant donné que l'on ne peut tenir compte des éventuels écarts de prospérité qui existent entre les ménages d'un même secteur statistique. En revanche, l'utilisation d'un gradient des différentes classes de revenu approximatives permet une analyse plus nuancée que les méthodes basées sur la jouissance ou non du droit à l'intervention majorée (BIM) [5].

Seul le revenu médian est utilisé dans le cadre de la présente étude, car il est moins sensible aux extrêmes. Statbel emploie l'exercice fiscal 2019 comme période de référence, donc l'exercice d'imposition 2020.

La stratification est appliquée au niveau de l'ensemble de la population figurant dans la base de données AIM Population avec 2019 comme année de référence. Cette population est alors répartie sur la base du revenu médian en cinq groupes égaux (quintiles), le 1^{er} quintile correspondant aux secteurs statistiques dont le revenu médian est le plus bas (approximation du groupe de population le plus défavorisé socio-économiquement) et le 5^e quintile aux secteurs statistiques relatifs dont le revenu médian est le plus élevé (approximation du groupe de population le plus favorisé socio-économiquement).

Sur la base de cette stratification, on attribue un quintile à chaque personne composant la population d'étude.

2.4. Impact intra-hospitalier

Depuis mai 2009, les interventions ophtalmologiques réalisées sous anesthésie locale ou topique n'exigeant pas de sédation du patient sont également remboursées lorsqu'elles ont lieu dans un environnement « extra-muros » [7], à savoir hors du circuit intra-hospitalier d'un hôpital général officiellement reconnu doté au minimum d'un service C (bloc opératoire) ou d'un service D (médecine interne). Nous évaluerons dans la présente étude si la crise de Covid-19 a entraîné un transfert (temporaire et/ou partiel) du volume d'interventions du circuit intra-hospitalier au niveau extra-muros. À cet effet, nous examinerons le rapport entre les chiffres hebdomadaires intra-muros et extra-muros des interventions de traitement par laser d'une cataracte secondaire (248275-248286), d'extraction du cristallin et d'implantation éventuelle d'une lentille (246595-246606, 246912-246923) et d'injections intravitréennes (248334-248345).

Les interventions qui, en règle générale, ont lieu (presque) exclusivement en circuit intra-hospitalier et qui, ensuite, ne pourraient être prises en charge en extra-muros (p.ex. vitrectomie), et/ou celles qui ne sont pas suffisamment nombreuses ne sont pas davantage approfondies dans cette analyse.

2.5. Impact de la surmortalité

Les années 2020 et 2021 ont notamment été marquées par une surmortalité résultant de l'épidémie de Covid-19 [8,9]. Les patients ayant subi des interventions qui sont analysées dans la présente étude sont en moyenne bien plus âgés que la population générale en Belgique, et présentent notamment un risque plus élevé de mortalité due au Covid-19. La diminution du nombre de patients et de prestations durant une année de pandémie par rapport à 2019 peut donc partiellement être due au nombre plus élevé de décès plutôt qu'à un report de soins. Afin de mieux comparer

2019 à la première année coronavirus, nous estimerons également les chiffres potentiels des patients et des prestations de 2019 en considérant que, cette année-là, le taux de mortalité avait été le même qu'en 2020. Dans cette optique, nous composons un premier échantillon (stratifié selon la ventilation par âge de la population de 2020) de personnes comptant une intervention en 2019 qui ne sont pas décédées au cours de la période d'étude 2019-2021. Cet échantillon est équivalent à la surmortalité de 2020 (nombre de décès en 2020 - nombre de décès en 2019). Ensuite, une semaine de décès est attribuée aléatoirement à chaque personne de l'échantillon (selon la ventilation de la mortalité par semaine civile en 2020). À partir de cet échantillon, nous supprimons toutes les données relatives à des interventions réalisées au moins huit semaines précédant la semaine de décès attribuée (partant du principe qu'un patient n'aura subi aucune intervention ophtalmologique au cours des dernières semaines de sa vie).

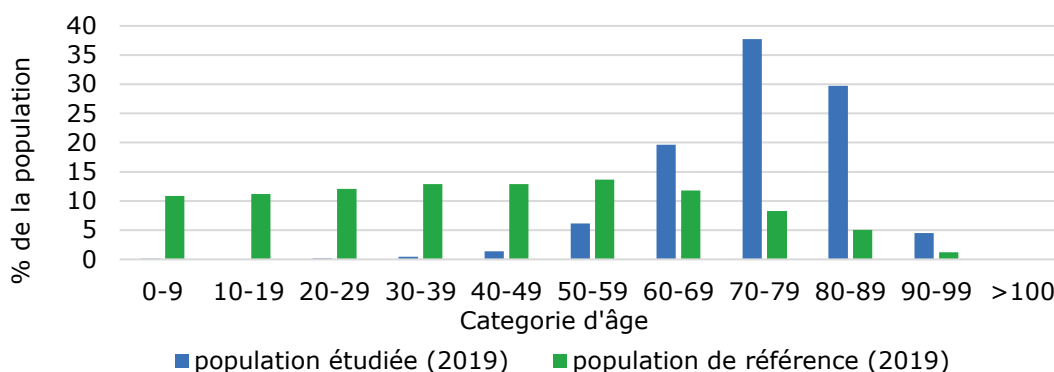


3. Résultats

3.1. Description de la population

Au cours de la période d'étude 2019-2021, 386 277 personnes comptent au moins une prestation principale relevant des codes nomenclature sélectionnés. Par rapport à l'ensemble de la population figurant dans la base de données AIM Population en 2019, la population d'étude totale compte davantage de femmes (58,1 % contre 50,8 % de femmes respectivement dans la population d'étude et la population générale) et est nettement plus âgée (moyennes respectives : 74,3 ans et 41,9 ans). Ainsi, 72,0 % des personnes de la population d'étude sont âgées de 70 ans et plus, contre seulement 14,6 % des personnes de la population générale en 2019 (diagramme à bâtons 1).

Diagramme à bâtons 1 : ventilation de l'âge de la population d'étude et de la population générale en 2019, tous types d'interventions confondus.



En moyenne, les patients qui comptent des injections intravitréennes composent la population la plus âgée, tandis que ceux ayant subi des opérations du corps vitré sont les plus jeunes et on y retrouve davantage d'hommes (tableau 2).

Tableau 2: sexe, âge moyen, intervention majorée (BIM), taille de la population et nombre d'interventions par type en 2019

Type d'intervention	Nombre de personnes (P) et d'interventions (I)	% hommes	% femmes	Âge moyen (années)	% personnes avec BIM
Interventions de cataracte	P: 132 356 I: 208 123	41,1	58,9	73,9	26,6
Injections intravitréennes	P: 37 773 I: 179 557	44,3	55,7	76,8	30,7
Vitrectomies	P: 8 472 I: 10 519	55,0	45,0	66,2	20,7
Toutes les interventions ensemble	P: 167 841 I: 398 199	41,9	58,1	74,3	27,3

La population d'étude compte davantage de bénéficiaires de l'intervention majorée que la population générale : 26,6 % de la population d'étude sur la période 2019-2021 en bénéficient depuis au moins 1 an ; ce taux ne s'élève qu'à 21,3 % parmi la population générale (respectivement 27,3 % et 18,9 % si l'on considère uniquement l'année 2019). Nous observons également que l'âge constitue un facteur : la population la plus âgée, donc celle qui a subi des injections intravitréennes, compte proportionnellement le plus grand taux de BIM, tandis que le pourcentage de BIM est le plus faible parmi la population la plus jeune (patients comptant des vitrectomies) (tableau 2).

La stratification basée sur le revenu fiscal approximatif révèle que le pourcentage de personnes qui ont droit à l'intervention majorée croît à mesure que le quintile de

revenu diminue (tableau 3). De même, la population d'étude compte proportionnellement plus de BIM que la population générale dans les quintiles de revenu plus élevés : vu l'âge moyen nettement plus avancé de la population d'étude, une pension modeste donne souvent lieu au droit à l'intervention majorée.

Bien que la population d'étude compte davantage de femmes que la population générale, le ratio homme/femme grandit à mesure que le quintile de revenu augmente. Cela vaut aussi lorsque, dans la population générale, l'on réalise un échantillon aléatoire pour une partie de la population avec la même ventilation par âge que dans la population d'étude (chiffres AIM). L'âge moyen dans la population d'étude varie cependant peu selon le quintile.

Tableau 3 : stratification sociale selon le revenu approximatif : nombre de personnes, taux intervention majorée (BIM) et ratio homme/femme (tous types d'intervention confondus)²

Quintile	Population étudiée					Population générale (2019)	
	Personnes (nombre)	Personnes (%)	Personnes avec BIM (% du quintile)	Ratio homme / femme	Âge moyen (années)	Personnes (%)	Personnes avec BIM (% du quintile)
1 (bas)	67 086	17,4	41,1	0,67	72,2	20,0	38,8
2	81 220	21,0	28,5	0,68	73,6	20,0	22,6
3	80 291	20,8	24,4	0,70	73,5	20,0	15,8
4	76 899	19,9	21,3	0,77	73,0	20,0	11,6
5 (haut)	76 396	19,8	15,5	0,80	72,6	20,0	7,6

3.2. Évolution du nombre de prestations et de patients

3.2.1. Évolution générale (toutes interventions confondues)

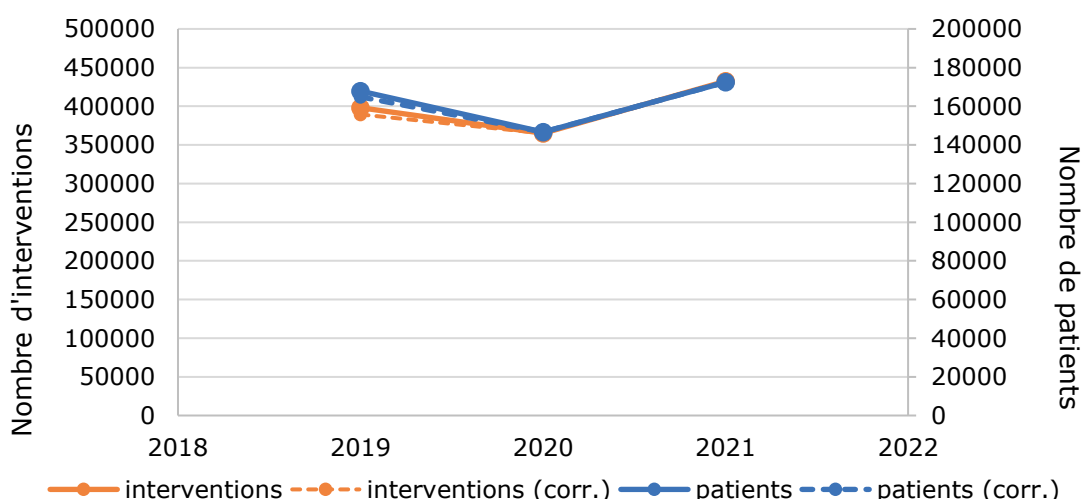
Si l'on considère tous les types d'intervention ensemble, on observe que le nombre de patients traités au cours de l'année 2020, marquée par la crise de Covid-19, fut largement inférieur à celui de l'année précédente (2019) : 167 841 patients en 2019

² Stratification basée sur 96,7 % de la population générale de l'année 2019 (3,3 % des personnes n'ont pu être prises en compte en l'absence d'informations suffisantes concernant le domicile et/ou le revenu fiscal approximatif). Ainsi, il a été possible d'attribuer un quintile à 98,9 % des personnes composant la population d'étude.

contre 146 644 en 2020 soit un recul de 12,6 %. De même, le nombre total de prestations réalisées était moins élevé en 2020 qu'en 2019 : 398 199 prestations en 2019 contre seulement 365 029 en 2020 soit une baisse de 8,3 % (graphique 1). Même lorsqu'on applique la surmortalité de 2020 aux données 2019, la diminution du nombre de patients (164 895 patients, diminution de 11,1 %) et de prestations (389 370 soit une baisse de 6,3 %) qui s'opère en 2020 est très nette.

En 2021, le nombre de patients traités (172 430) et de prestations (432 349) dépassait à nouveau ceux de 2019 et 2020 : augmentation de 17,6 % de patients et de 18,4 % des prestations par rapport à 2020 et 2,7 % de patients et 11,0 % de prestations en plus par rapport à 2019 (4,6 % de patients et 11,0 % de prestations en plus par rapport aux données de 2019 corrigées à l'aide de la surmortalité de 2020).

Graphique 1 : évolution du nombre de patients et d'interventions pour l'ensemble de la population d'étude avec (lignes pleines) et sans (lignes pointillées) corrections pour décès



3.2.2. Interventions de la cataracte

Généralités

La cataracte est une affection due à la dégradation des protéines dans l'œil, entraînant une opacification du cristallin et un trouble de la vue chez le patient. La chirurgie de la cataracte consiste à enlever le cristallin opacifié et à remplacer la lentille originale par une lentille artificielle (codes nomenclature 246595-246606 et 246912-246923). Les interventions de la cataracte peuvent également être combinées à un traitement du glaucome, un groupe d'affections ophtalmologiques

chroniques endommageant le nerf optique (codes nomenclature 246676-246680 et 246934- 246945).

La chirurgie de la cataracte est généralement effectuée sous anesthésie locale ou topique (par gouttes), ce qui permet de les exécuter en ambulatoire ; le patient peut alors regagner son domicile le jour même. Dans de rares cas, une hospitalisation classique peut s'avérer nécessaire, notamment si l'état de santé du patient l'exige. Lors d'une intervention de la cataracte primaire, le retrait du cristallin s'accompagne presque systématiquement de la pose d'un implant. Cependant, certains cas exceptionnels entraînent des complications, ce qui empêche la pose d'une nouvelle lentille lors de la première opération et en nécessite une seconde (codes nomenclature 246610-246621).

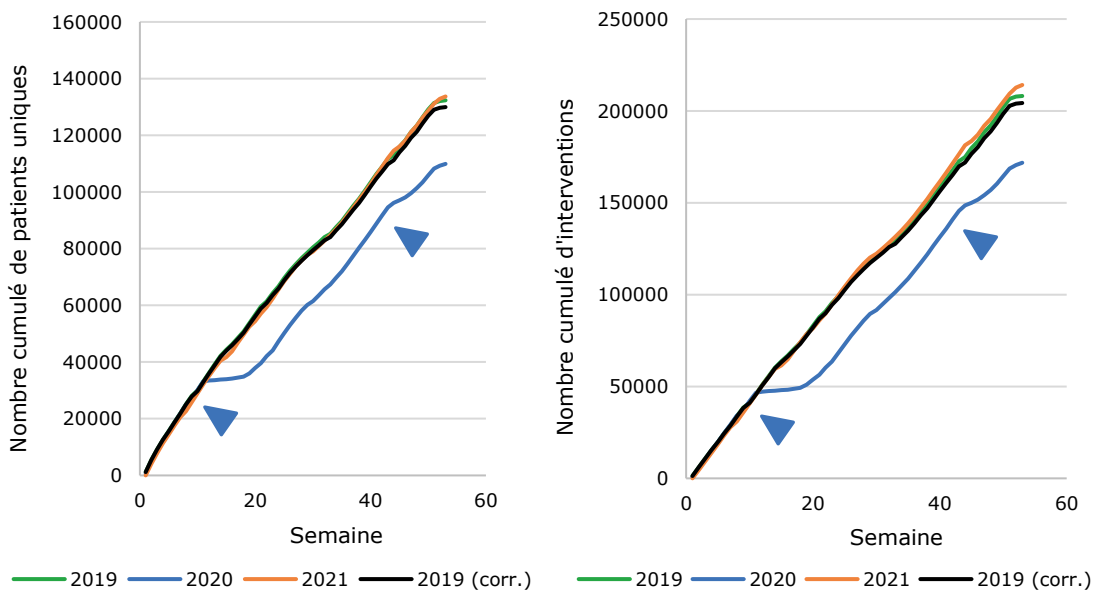
La cataracte secondaire, ou « séquelle de cataracte », n'est pas une véritable « cataracte », mais bien la complication la plus courante faisant suite à une chirurgie de la cataracte. Dans la majorité des cas, elle se manifeste des mois voire des années après une opération de la cataracte originale. La cataracte secondaire est due à des cellules restantes du cristallin original qui couvrent la capsule où se trouve la lentille et opacifient la capsule postérieure. Elle peut être traitée à l'aide d'une incision au laser de la partie centrale de la capsule postérieure visant à éliminer l'opacification de l'œil. (codes nomenclature 248275-248286) ou au moyen d'autres interventions chirurgicales (246632-246643).

Tous types d'interventions de la cataracte rassemblés

L'impact du Covid-19 s'observe clairement tant dans le nombre de patients traités que des interventions réalisées, principalement durant la première vague de l'épidémie autour des semaines de confinement (semaines 12-18) et dans une moindre mesure pendant la deuxième vague, après que le niveau d'alerte fut relevé (niveau d'alerte 4 du baromètre Covid-19) le 19 octobre 2020. Ainsi, au cours des semaines 12 à 18 de l'année 2020, seuls 301 patients en moyenne ont été traités chaque semaine, là où les sept semaines précédant cette période, on dénombrait une moyenne de 4 210 patients traités par semaine. Entre ces deux périodes critiques de l'année 2020, le nombre de patients traités chaque semaine était comparable à celui de 2019 (respectivement 3 560 et 3 574 patients traités par semaine au cours des semaines 20 à 40). Sur l'année entière, la crise du coronavirus a entraîné en 2020 un recul de 16,9 % du nombre de patients traités (de 132 356 à 109 926 patients) et de 17,4 % des interventions (de 208 123 à 171 812 prestations) par rapport à l'année 2019. En 2021, on observe une augmentation annuelle de 21,8 % des patients et de 24,9 % des prestations par rapport à 2020 soit une hausse de 1,2 % des patients et de 3,1 % des prestations par rapport à l'année 2019 (graphiques 2 et 3).

Même lorsqu'on applique la surmortalité de 2020 à l'année 2019, on constate toujours une nette diminution durant la première année de pandémie de coronavirus (-15,4 % des prestations et -15,9 % des prestations).

Graphiques 2 et 3 : évolution par année du nombre de patients uniques comptant une chirurgie de la cataracte (gauche) et du nombre cumulé de prestations (droite) au cours d'une année donnée. Les corrections liées à la surmortalité de 2020 sont appliquées à 2019 (courbe de tendance noire). Triangles bleus : 1^{er} confinement (semaine 12) et passage au niveau d'alerte 4 du baromètre Covid-19 (semaine 43).



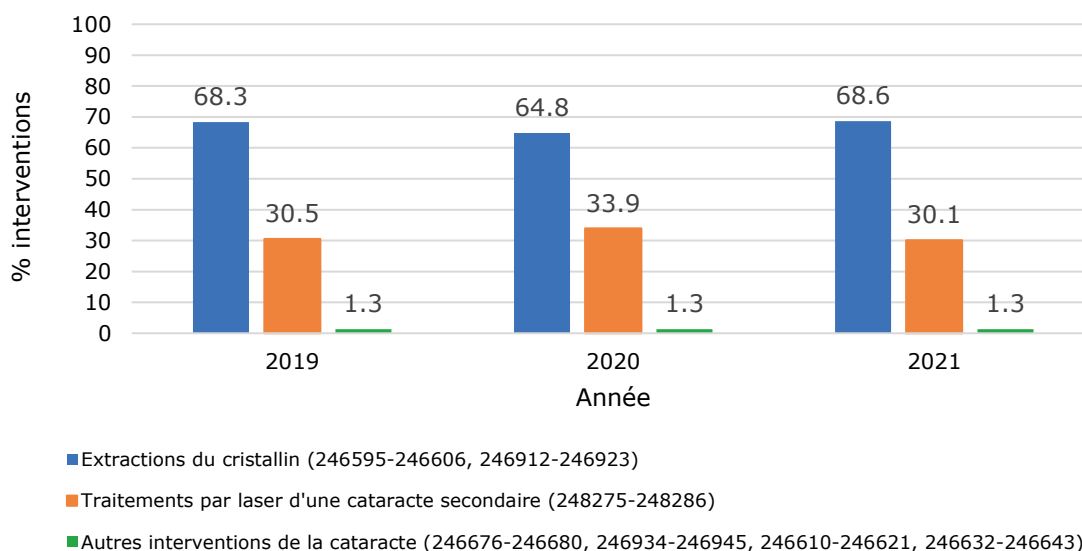
L'analyse de l'évolution du nombre de patients selon la stratification sociale révèle que la tendance à la baisse 2019-2020 est plus prononcée parmi les personnes à qui la stratification sociale a attribué le quintile de revenu approximatif le plus faible (tableau 4).

Tableau 4 : évolution du nombre de patients comptant une intervention de la cataracte au cours de la période 2019-2021 selon le quintile de revenus³

Quintile	Nombre de patients			Différence patients en pourcentage		
	2019	2020	2021	2019-2020	2020-2021	2019-2021
1 (bas)	23 556	18 594	23 140	-21,1	24,4	-1,8
2	28 190	22 888	27 913	-18,8	22,0	-1,0
3	27 314	22 938	27 689	-16,0	20,7	1,4
4	26 311	22 158	26 647	-15,8	20,3	1,3
5 (haut)	25 645	22 155	26 944	-13,6	21,6	5,1

Parmi les interventions de la cataracte, les extractions du cristallin, y compris l'implantation intra-oculaire éventuelle d'une lentille représentent le groupe d'interventions le plus important au cours des trois années étudiées, suivies par les traitements par laser d'une cataracte secondaire. En la matière, l'année 2020 a été marquée par une baisse relative du nombre d'extractions du cristallin par rapport aux traitements par laser d'une cataracte secondaire (diagramme à bâtons 2).

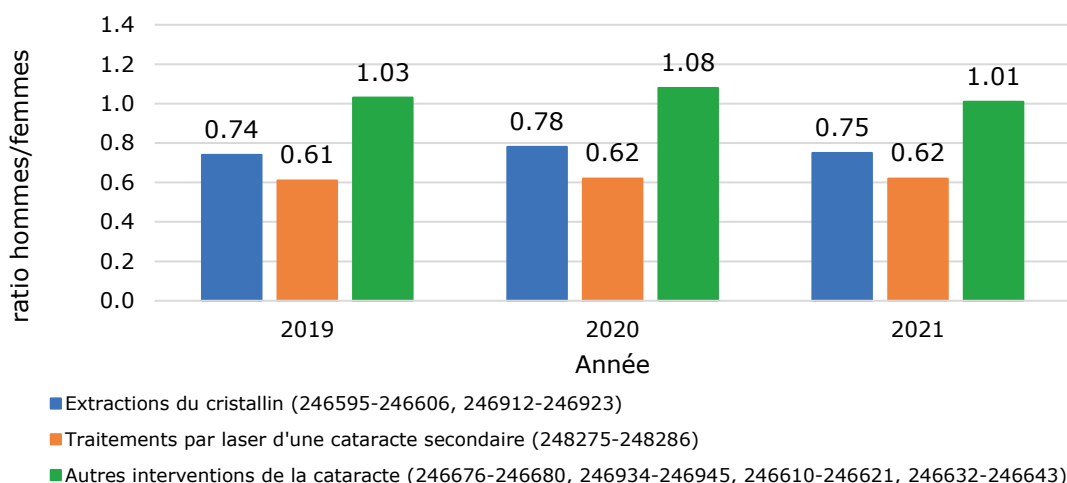
Diagramme à bâtons 2 : ventilation des types d'intervention de la cataracte au cours de la période 2019-2021.



³ Nombre de personnes comptant une opération de la cataracte sans quintile de revenu attribué : 1 340, 1 139 et 1 606 respectivement en 2019, 2020 et 2021.

Sur l'année entière, le ratio hommes/femmes ayant subi au moins 1 intervention de la cataracte n'évolue guère (diagramme à bâtons 3).

Diagramme à bâtons 3 : ratio hommes/femmes des types d'interventions de la cataracte au cours de la période 2019-2021.

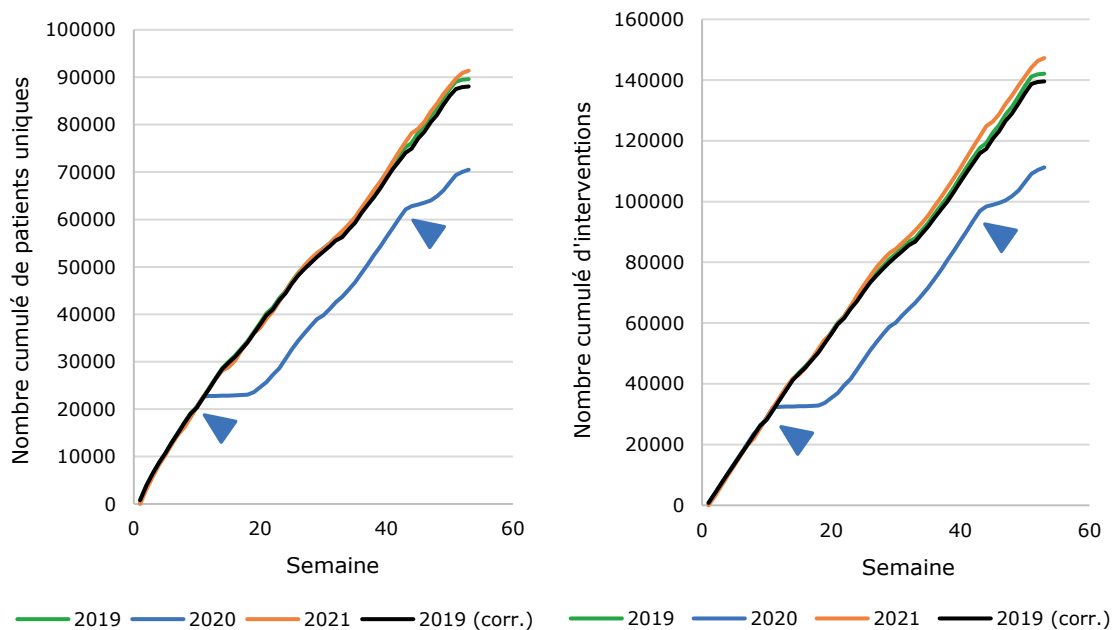


Extraction du cristallin et implantation d'une lentille (246595-246606, 246912-246923)

La pandémie de Covid-19 en 2020 a manifestement entraîné un report des extractions du cristallin, y compris l'implantation intra-oculaire éventuelle d'une lentille, aussi bien pendant le premier confinement de 2020 qu'au cours de la période ayant suivi le rehaussement au niveau d'alerte 4 du baromètre Covid-19 survenu le 19 octobre 2020. Cette année-là, le nombre d'interventions a diminué de 21,7 % (de 142 102 à 111 272) et le nombre de patients de 21,3 % (de 89 608 à 70 500). Même si le taux de mortalité de 2019 avait été similaire à celui de 2020, la baisse restait assez significative : respectivement -20,3 % et -19,9 % en nombre prestations et de patients (graphiques 4 et 5). Nous pouvons donc en conclure que l'impact de la surmortalité sur le nombre de prestations est négligeable.

L'année 2021 connaît une tendance similaire à celle de 2019 : le nombre de prestations et de patients par rapport à l'année pré-coronavirus n'augmente respectivement que de 3,6 % et 2,0 %.

Graphiques 4 et 5 : évolution du nombre de patients uniques ayant subi une extraction du cristallin, y compris l'implantation intra-oculaire (gauche) et nombre cumulé de prestations (droit) au cours d'une année donnée. Les données 2019 considérant une mortalité similaire en 2019 et 2020 (courbe de tendance noire) sont également affichées. Triangles bleus : 1^{er} confinement de 2020 (semaine 12) et rehaussement au niveau 4 du baromètre Covid-19 (semaine 43).

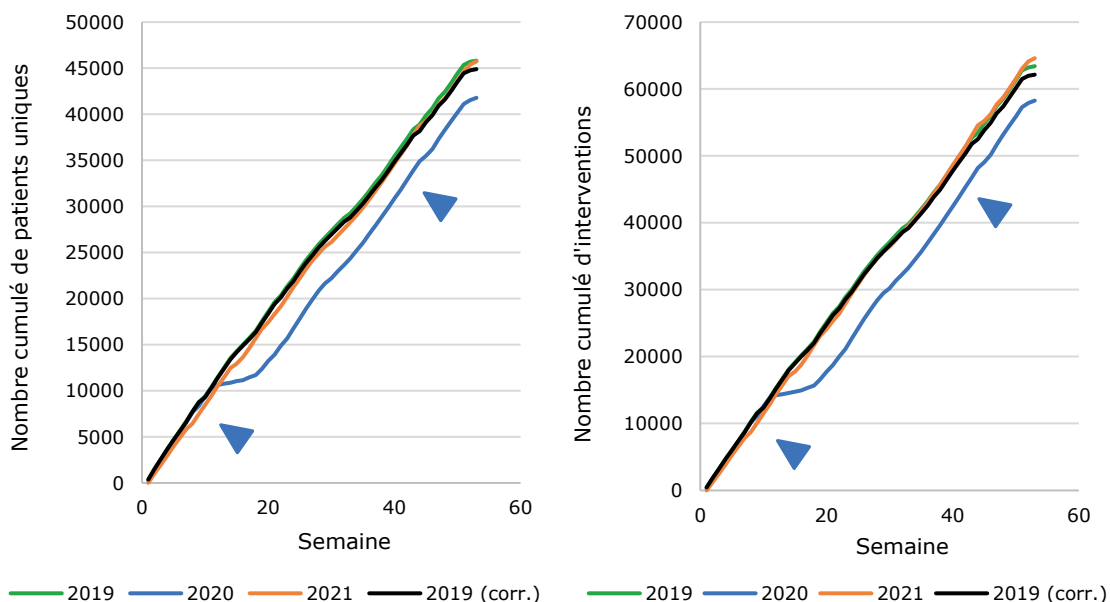


Traitement par laser d'une cataracte secondaire (248275-248286)

Contrairement à la situation des extractions du cristallin, y compris l'implantation intra-oculaire éventuelle, la pandémie de Covid-19 a presque exclusivement entraîné une diminution des traitements par laser d'une cataracte secondaire en termes de nombre d'interventions et de patients au cours du premier confinement (graphiques 6 et 7). La baisse annuelle fut aussi inférieure à celle des extractions du cristallin : -8,1 % (de 63 403 à 58 263) de prestations fournies et -8,8 % (de 45 810 à 41 782) de patients. En appliquant la surmortalité de 2020, la diminution de 2020 est estimée respectivement à 6,2 % et 6,9 % de prestations et de patients par rapport à 2019.

On observe également un mouvement de rattrapage en 2021 par rapport à 2020. En effet, la deuxième année de coronavirus ressemble fortement à l'année 2019, pré-coronavirus (seulement 1,9 % de prestations en plus et 0,2 % de patients en moins qu'en 2019).

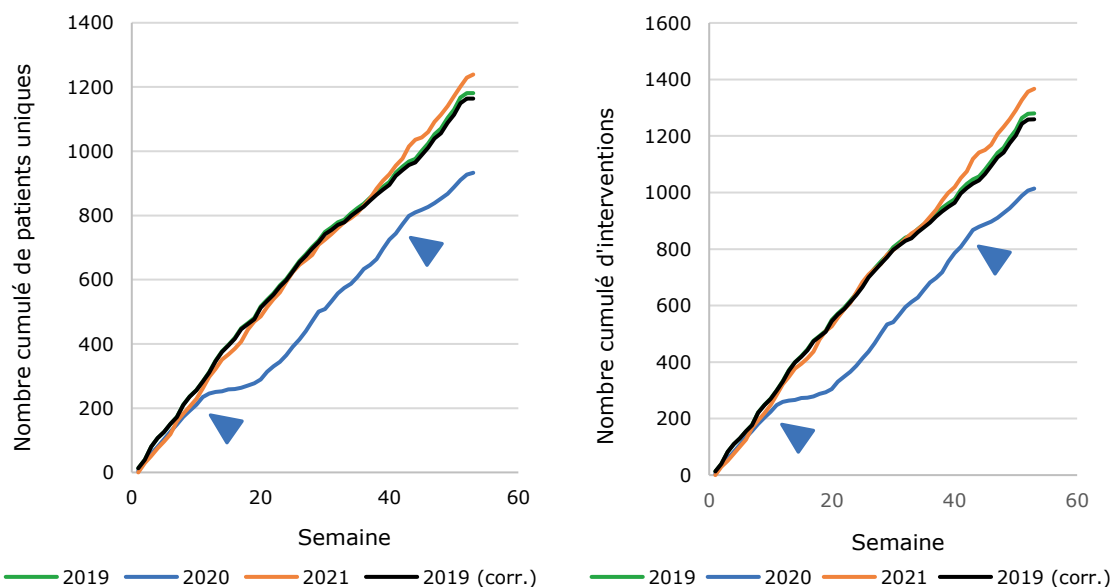
Graphiques 6 et 7 : évolution annuelle du nombre de patients uniques ayant subi un traitement par laser d'une cataracte secondaire (gauche) et nombre cumulé de prestations (droit) au cours d'une année donnée. Les données 2019 considérant une mortalité similaire en 2019 et 2020 (courbe de tendance noire) sont également affichées. Triangles bleus : 1^{er} confinement de 2020 (semaine 12) et rehaussement de l'alerte au niveau 4 du baromètre Covid-19 (semaine 43).



Autres interventions de la cataracte

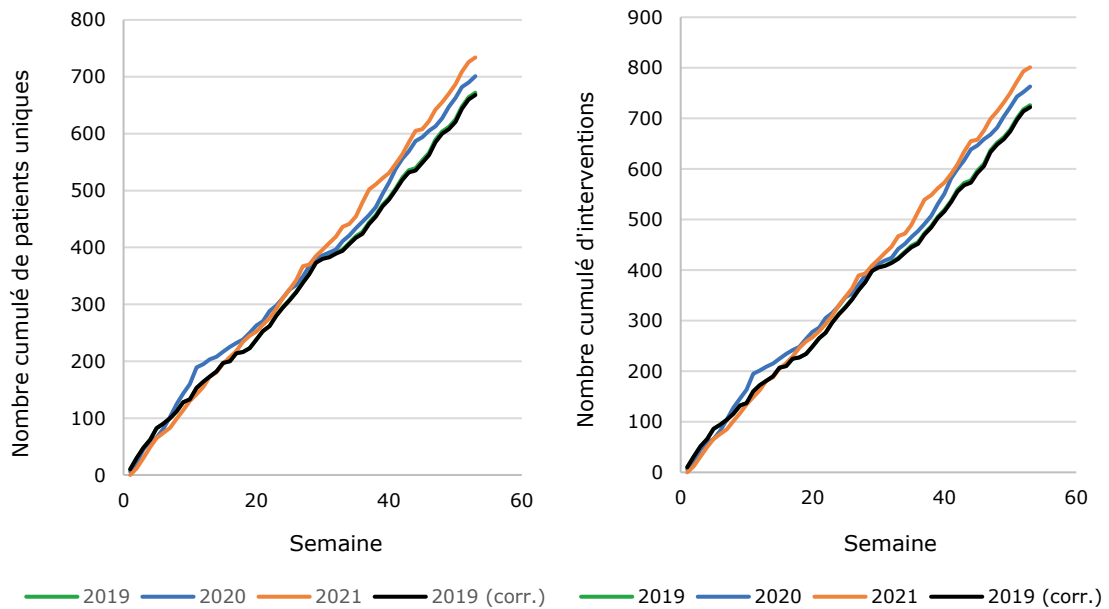
S'agissant de l'implantation (ou réimplantation) d'une lentille intraoculaire dans un temps autre que l'extraction du cristallin (codes nomenclature 246610-246621), on observe une diminution (graphiques 8 et 9) aussi bien lors du premier confinement que pendant la période ayant suivi le rehaussement de l'alerte au niveau 4 du baromètre Covid-19 (19 octobre 2020). Conséquence : une baisse de respectivement 20,8 % et 21,0 % des prestations et des patients en 2020 par rapport à 2019. La hausse en termes d'interventions et de patients ne s'élevant respectivement qu'à 6,8 % et 4,9 % en 2021 par rapport à 2019, il ne peut être question de rattrapage.

Graphiques 8 et 9 : évolution annuelle du nombre de patients uniques ayant subi une (ré-)implantation d'une lentille intraoculaire dans un temps autre que l'extraction du cristallin (gauche) et nombre cumulé de prestations (droit). Les données 2019 considérant une mortalité similaire en 2019 et 2020 (courbe de tendance noire) sont également affichées. Triangles bleus : 1^{er} confinement de 2020 (semaine 12) et rehaussement de l'alerte au niveau 4 du baromètre Covid-19 (semaine 43).



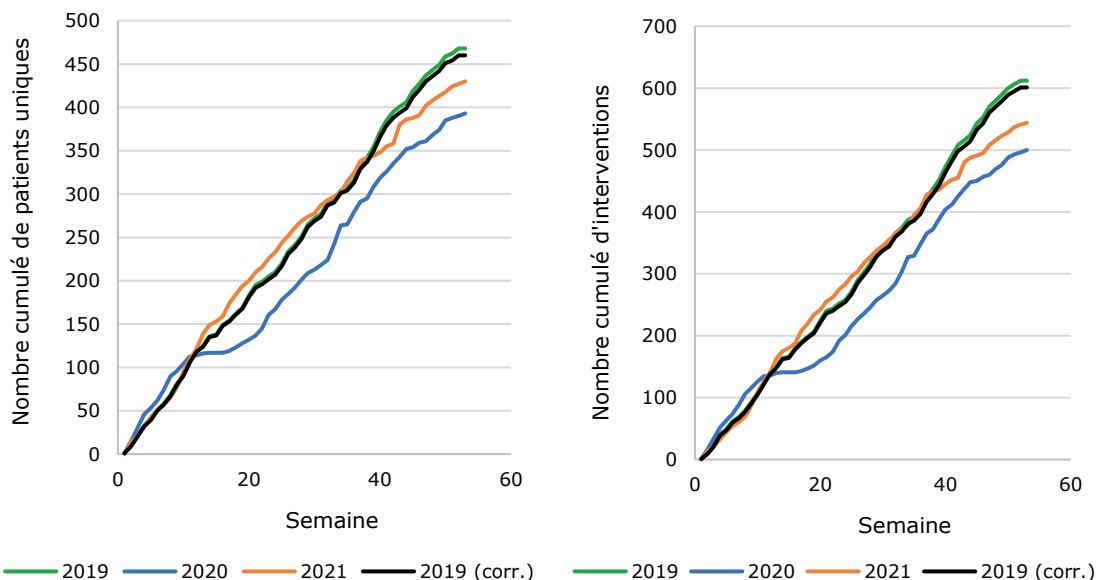
On note en 2020 une augmentation de 4,3 % de patients ayant subi d'autres traitement chirurgicaux d'une cataracte secondaire (246632-246643) par rapport à 2019. Les faibles chiffres de cette population et l'importante fluctuation au cours des années ayant précédé le coronavirus ne nous permettent cependant pas d'interpréter davantage ces chiffres de manière claire (graphiques 10 et 11).

Graphiques 10 et 11 : évolution annuelle du nombre de patients uniques ayant subi un traitement chirurgical d’une cataracte secondaire (gauche) et nombre cumulé de prestations (droite). Les données 2019 considérant une mortalité similaire en 2019 et 2020 (courbe de tendance noire) sont également affichées.



Par rapport à 2019, on observe une diminution du nombre de patients et d’intervention en matière de chirurgie de la cataracte visant à traiter un glaucome (codes nomenclature 246676-246680 et 246934-246945). Les faibles valeurs et la fluctuation importante au cours des années ayant précédé le coronavirus ne nous permettent cependant pas d’en déduire clairement un mouvement de rattrapage en ce qui concerne ce type d’intervention.

Graphiques 12 et 13 : évolution annuelle du nombre de patients uniques ayant subi une chirurgie de la cataracte visant à traiter un glaucome (gauche) et nombre de prestations cumulé (droite). Les données 2019 considérant une mortalité similaire en 2019 et 2020 (courbe de tendance noire) sont également affichées.



3.2.3. Injections intravitréennes

Généralités

L'injection intravitréenne consiste à injecter un médicament directement dans la cavité vitrénienne (vitré) de l'œil afin de traiter notamment la dégénérescence maculaire humide, la rétinopathie diabétique (altération des capillaires dans la rétine due à un excès de sucre dans le sang), l'œdème maculaire (accumulation de liquide dans la macula) et les occlusions vasculaires. Les médicaments administrés lors de cette intervention sont habituellement des inhibiteurs du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VGEF) tels que Lucentis[®] et Eylea[®], dont le rôle est de stopper la croissance et la perméabilité des vaisseaux sanguins.

Évolution des injections intravitréennes

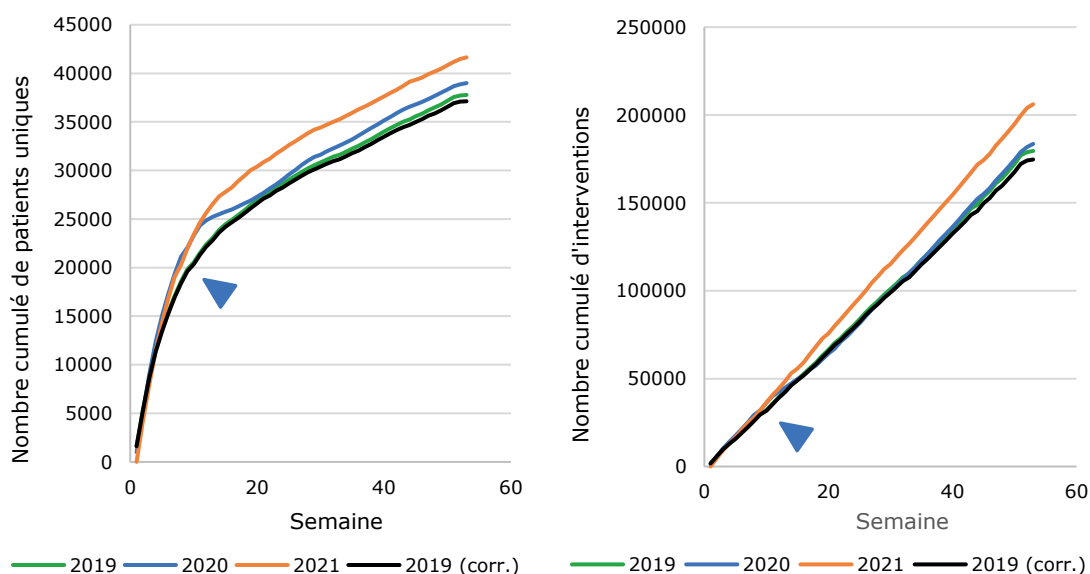
À première vue, l'analyse des injections intravitréennes ne montre pas d'impact clair de la Covid-19 : le nombre de patients traités comme celui des prestations fournies était plus élevé en 2020 qu'en 2019 (respectivement 3,2 % et 2,2 %). En revanche, par rapport à l'augmentation annuelle moyenne de 15,3 % du nombre d'interventions durant la période 2011-2019 [10] et plus précisément à la hausse de 6,9 % des patients et de 12,9 % des interventions (chiffres AIM) survenue entre 2018 et 2019, l'effet de la pandémie de Covid-19 est très nettement démontré. Le nombre de

patients chez qui une première chirurgie a été effectuée en 2020 affiche une tendance à la baisse à partir de la semaine du premier confinement (graphique 14). Les patients qui, en 2020, n'ont subi leur première injection intravitréenne qu'après le confinement instauré le 15 mars, sont généralement des patients « plus récents » : seuls 33,6 % de ces 14 664 patients ont également reçu au moins une injection intravitréenne en 2019 (4,2 prestations fournies en moyenne). Cependant, parmi les 24 331 patients à qui on a administré une première injection en 2020 avant le confinement, 87,1 % en avaient reçu au moins une en 2016 (6,0 prestations fournies en moyenne).

On observe que l'évolution entre les années 2020 et 2021 (graphiques 14 et 15), avec une augmentation de 6,8 % des patients et de 12,3 % des prestations, est similaire à celle qui s'est opérée de 2018 à 2019 (chiffres AIM).

La moyenne des injections par patients est restée stable au cours de l'année coronavirus 2020 : 4,7 cette année-là par rapport aux 4,8 de 2019 (valeur médiane = 4 les deux années).

Graphiques 14 et 15 : évolution annuelle du nombre de patients uniques ayant subi une injection intravitréenne (gauche) et nombre de prestations cumulé (droite). Les données 2019 considérant une mortalité similaire en 2019 et 2020 (courbe de tendance noire) sont également affichées. Triangle bleu : premier confinement de 2020 (semaine 12).



Comparée à l'évolution annuelle moyenne sur la période 2011-2019, la tendance à la baisse 2019-2020 est plus prononcée dans le groupe de personnes qui, en raison de la ventilation selon la stratification sociale, se sont vu attribuer le quintile de revenu approximatif le moins élevé. Au cours de la première année de coronavirus,

seuls les groupes des quintiles de revenu les plus élevés semblent poursuivre l'évolution antérieure à la période de pandémie (tableau 5).

Tableau 5 : évolution du nombre de patients comptant une injection intravitréenne selon le quintile de revenu⁴

Quintile	Nombre de patients			Différence patients en pourcentage		
	2019	2020	2021	2019-2020	2020-2021	2019-2021
1 (bas)	6 869	6 810	7 253	-0,9	6,5	5,6
2	8 231	8 391	8 881	1,9	5,8	7,9
3	8 111	8 408	8 802	3,7	4,7	8,5
4	7 282	7 613	8 273	4,5	8,7	13,6
5 (haut)	6 918	7 391	7 981	6,8	8	15,4

Tout comme pour les interventions de la cataracte, le rapport hommes/femmes comptant au moins une injection intravitréenne ne varie guère : 0,80, 0,79 et 0,81 respectivement en 2019, 2020 et 2021.

3.2.4. Vitrectomies

Généralités

La vitrectomie par la pars plana (VPP) ou opération du corps vitré est une intervention ophtalmologique pratiquée dans le traitement de diverses affections du corps vitré ou de la rétine. Elle consiste à remplacer le vitré de l'œil par de l'humeur aqueuse, du gaz ou de l'huile de silicone. Elle est notamment utilisée dans le traitement des affections suivantes : rétinopathie diabétique, hémorragie vitréenne, dégénérescence de la macula ('tache jaune') ou inflammation intraoculaire.

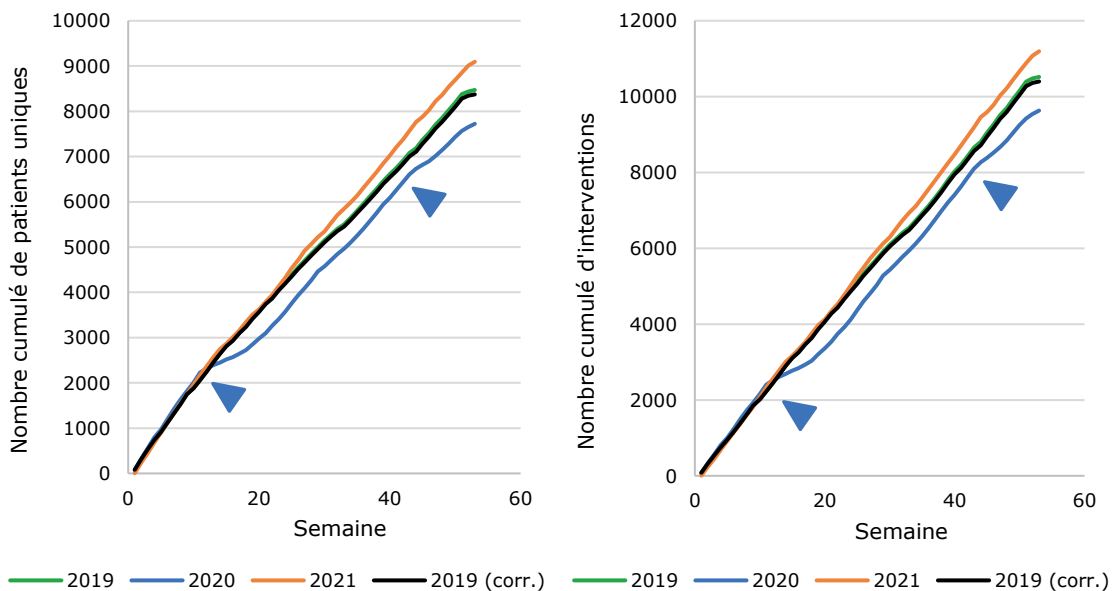
Évolution des opérations du corps vitré

La période antérieure au coronavirus s'étendant de 2011 à 2019 se caractérise par une croissance annuelle moyenne de 3,64 % du nombre de chirurgies du corps vitré [11]. Cependant, entre 2019 et 2020, ces interventions ont connu une diminution annuelle de 8,4 % (de 10 518 à 9 631 prestations) par rapport à 2019, le nombre de patients reculant quant à lui de 8,8 % (de 8 471 à 7 723). Cette diminution a eu lieu pendant le premier confinement (semaines 12 à 18) et dans une

⁴ Nombre de patients comptant une injection intravitréenne sans quintile de revenu attribué: 362, 382 et 489 respectivement en 2019, 2020 et 2021.

moindre mesure après que l'alerte a été relevée au niveau 4 du baromètre Covid-19 le 19 octobre 2020. Même lorsqu'on applique la surmortalité de 2020 au nombre de patients et de prestations de 2019, la diminution reste nette (-7,4 % de prestations et -7,8 % de patients). Les chiffres repartent à la hausse en 2021 : +7,7 % d'interventions et +8,6 % de patients par rapport à 2020 soit une augmentation respective de 6,4 % et 6,0 % des interventions et des patients par rapport à 2019 (graphiques 16 et 17).

Graphiques 16 et 17 : évolution annuelle du nombre de patients ayant subi une vitrectomie (gauche) et nombre de prestations cumulé (droite). Triangles bleus : 1^{er} confinement de 2020 (semaine 12) et rehaussement de l'alerte au niveau 4 du baromètre Covid-19 (semaine 43).



À nouveau, la tendance à la baisse ayant eu lieu entre 2019 et 2020 est plus prononcée parmi les personnes qui, selon la stratification sociale, se sont vu attribuer le quintile de revenu approximatif le plus bas (tableau 6).

Tableau 6 : évolution du nombre de patients comptant une chirurgie du corps vitré selon le quintile de revenu⁵

Quintile	Nombre de patients			Différence patients en pourcentage		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
1 (bas)	1 444	1 256	1 458	-13,0	16,1	1,0
2	1 698	1 530	1 753	-9,9	14,6	3,2
3	1 694	1 554	1 831	-8,3	17,8	8,1
4	1 698	1 574	1 872	-7,3	18,9	10,2
5 (haut)	1 859	1 695	2 015	-8,8	18,9	8,4

Le rapport hommes/femmes comptant au moins une injection intravitréenne ne varie guère : 1,22, 1,22 et 1,19 respectivement en 2019, 2020 et 2021.

3.3. Recours aux différents circuits de soins

3.3.1. Injections intravitréennes

La grande majorité des injections intravitréennes de la période 2019-2021 ont été réalisées en intra-hospitalier. Cette période se caractérise par une tendance à la baisse du rapport entre les prestations intra-muros et extra-muros, due notamment à l'augmentation des interventions dans le circuit de soins intra-muros, passant de 24 254 prestations en 2019 à 39 257 en 2021 (+61,9 %), contre une hausse limitée de 7,7 % en hôpital général (de 155 303 à 167 304 prestations de 2019 à 2021). La part de la population associée aux revenus les plus bas a proportionnellement davantage recours au circuit intra-hospitalier que celles à qui on a attribué les quintiles de revenu les plus élevés, aussi bien l'année ayant précédé la crise de Covid-19 qu'en 2020-2021 (tableau 7).

⁵ Nombre de patients ayant subi une chirurgie du corps vitré sans quintile de revenu attribué : 79, 114 et 179 respectivement en 2019, 2020 et 2021.

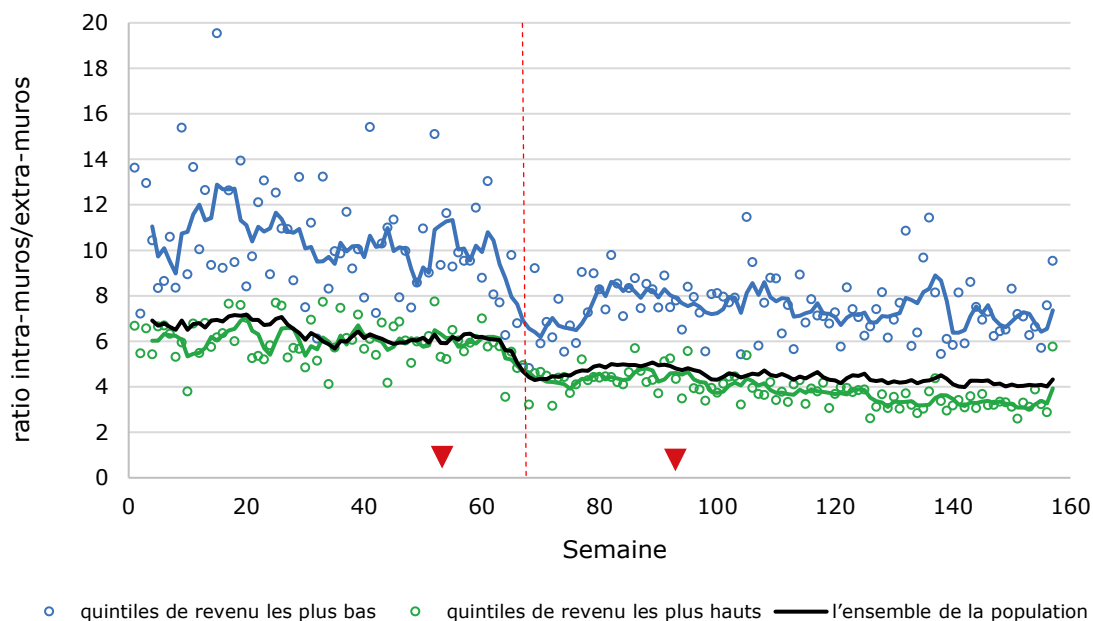
Tableau 7 : évolution annuelle du rapport injections intravitréennes intra-muros et extra-muros selon le quintile de revenu et pour l'ensemble de la population

Quintile	2019	2020	2021
1 (bas)	10,08	7,83	7,13
2	6,56	5,20	4,82
3	5,54	4,37	3,89
4	5,50	4,12	3,55
5 (haut)	6,00	4,54	3,45
Population entière	6,40	4,93	4,26

Afin de limiter l'impact du report de soins dans les hôpitaux faisant suite à la crise de Covid-19, l'INAMI a décidé que les spécialités pharmaceutiques utilisées en cas d'injection intravitréenne (Eylea® et Lucentis®) pouvaient temporairement être délivrées en officine publique, à savoir du 1^{er} avril au 31 mai. L'objectif de cette mesure était de faciliter l'administration des médicaments nécessaires dans les pratiques (chez un ophtalmologue ou dans un centre privé) qui garantissent des conditions aseptiques optimales conformément aux directives de l'AFMPS (Agence fédérale des médicaments et des produits de santé). La mesure relative à la délivrance en officine publique est restée en vigueur jusque fin janvier 2023 [12].

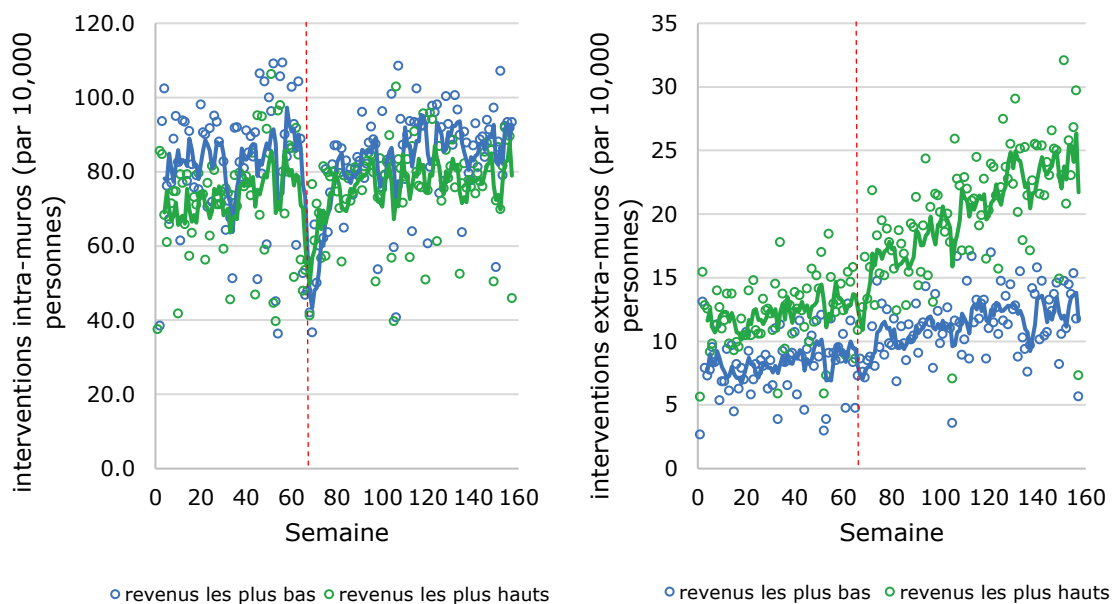
Au cours des deux premiers mois de délivrance de médicaments par les officines publiques, on observe une diminution du ratio entre les prestations intra-muros et extra-muros (graphique 18). Celle-ci est principalement due à une forte baisse des interventions intra-hospitalières et, dans une moindre mesure, à une augmentation des chirurgies effectuées ailleurs.

Graphique 18 : évolution hebdomadaire du rapport intra-muros/extra-muros des injections intravitréennes pour l'ensemble de la population (courbe de tendance : moyennes progressives sur 4 semaines) et les groupes de population à qui on a attribué les quintiles de revenu les plus bas (courbe de tendance et ratios hebdomadaires bleus) et les plus hauts (courbe de tendance et rapports hebdomadaires verts). Ligne rouge verticale : entrée en vigueur de la délivrance de médicaments pour injection intravitréenne en officine publique. Triangles rouges : repères nouvelle année civile.



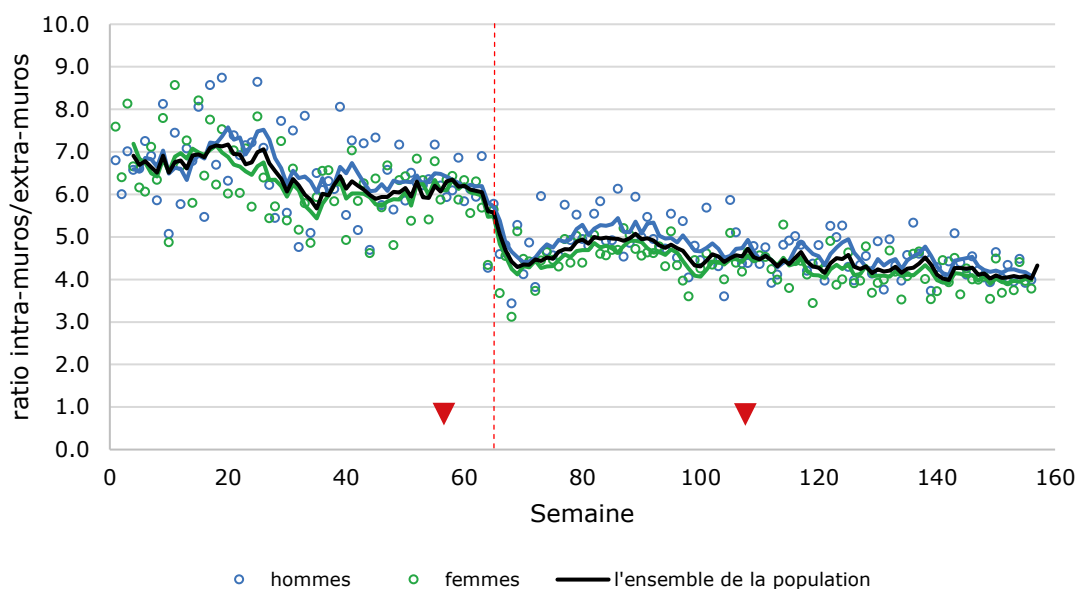
Si l'on compare les neuf semaines de cette période aux neuf semaines ayant précédé le début du premier confinement de 2020 (semaines 3 à 11), il en ressort une diminution de 21,3 % du nombre moyen de prestations hebdomadaires en hôpital général dans l'ensemble de la population (passant de 3 086 à 2 429 prestations hebdomadaires en moyenne). Parmi la population faisant partie du quintile de revenu le plus bas, la moyenne hebdomadaire des prestations d'une période à l'autre diminue presque exclusivement en intra-muros (-30,3 %), les prestations extra-muros observant un *statu quo* (+0,4 %). Les prestations intra-hospitalières du quintile de revenu le plus élevé affichent une baisse plus limitée (-16,9 %), qui est compensée par une hausse de la moyenne hebdomadaire des interventions en extra-muros (+14,8 %). Depuis l'entrée en vigueur de la délivrance de médicaments en officine publique jusqu'à la fin de l'année 2021, on note que l'écart de consommation du circuit de soins extra-muros, notamment entre les quintiles extrêmes, s'accroît de manière régulière (graphiques 19 et 20).

Graphiques 19 et 20 : évolution hebdomadaire du nombre d'injections intravitréennes en intra-muros (gauche) et extra-muros (droite) dans les quintiles de revenu le plus bas et le plus haut, exprimée selon la taille de la population du quintile. Ligne rouge verticale : entrée en vigueur de la délivrance de médicaments pour injection intravitréenne en officine publique.



Bien que le ratio homme/femme de l'ensemble de la population d'étude augmente proportionnellement au quintile de revenu, les ratios des prestations intra-muros/extra-muros des hommes et des femmes de cette population évoluent de manière similaire (graphique 21).

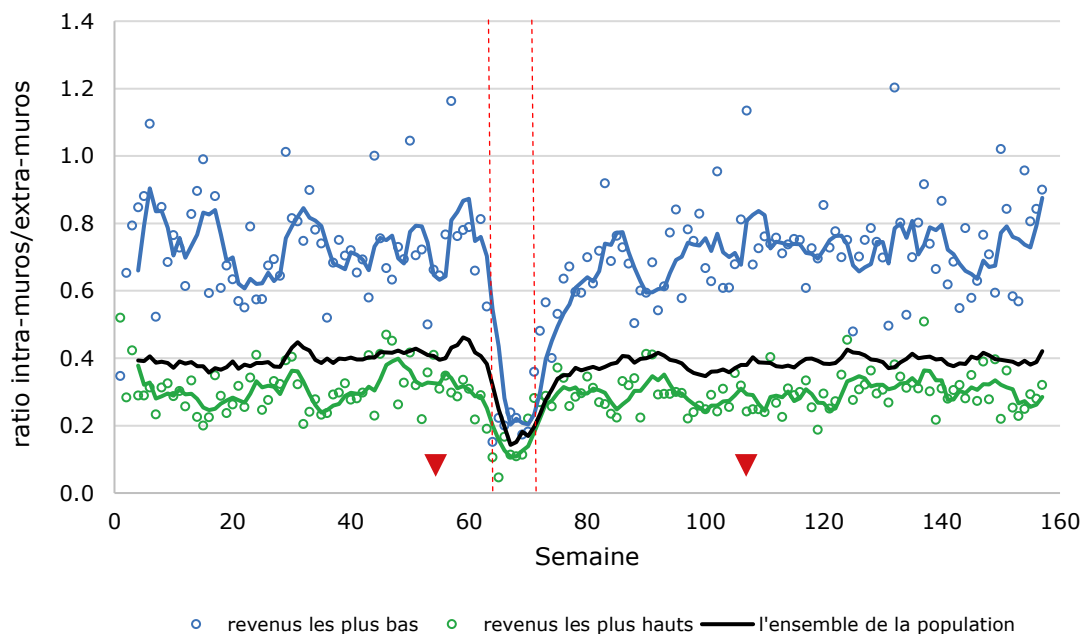
Graphique 21 : évolution hebdomadaire du ratio intra-muros/extra-muros d'injections intravitréennes pour l'ensemble de la population (courbe de tendance noire : moyennes progressives sur 4 semaines) et pour la population masculine (courbe de tendance et ratios hebdomadaires bleus) et féminine (courbe de tendance et ratios hebdomadaires verts). Ligne rouge verticale entrée en vigueur de la délivrance de médicaments pour injection intravitréenne en officine publique. Triangles rouges : repères nouvelle année civile.



3.3.2. Traitement par laser d'une cataracte secondaire

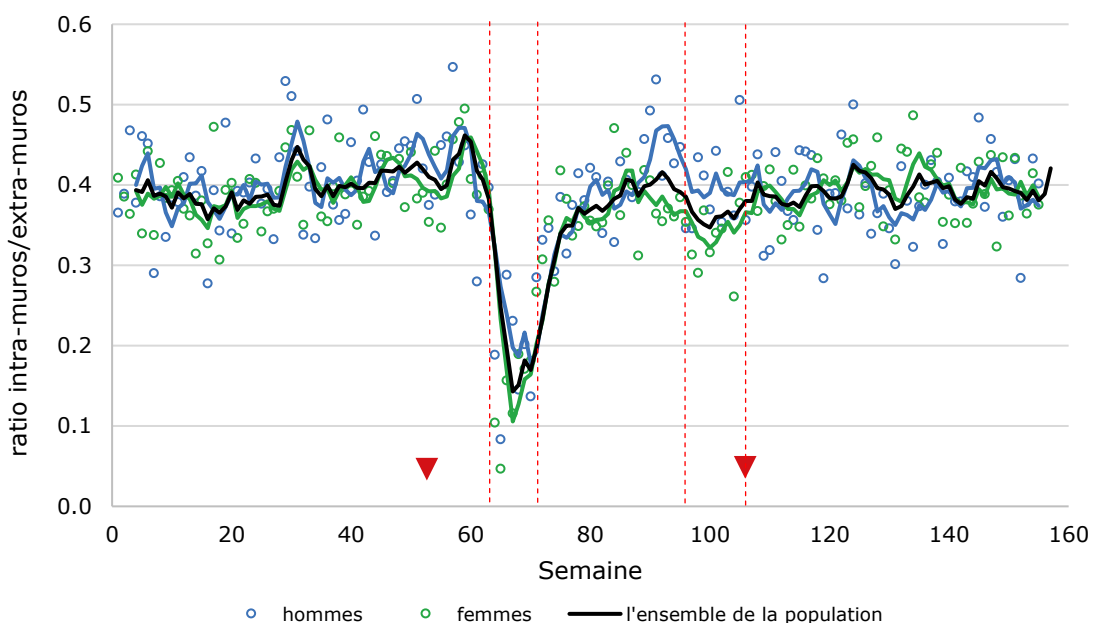
En 2020, on observe au cours des semaines 11 à 17 une diminution très importante du ratio des interventions intra-muros/extra-muros : seuls 13,5 % de l'ensemble des traitements par laser d'une cataracte secondaire ont eu lieu en extra-muros, alors que ce taux s'élevait encore à 28,9 % au cours des sept semaines antérieures à cette période (graphique 22). L'impact de la crise de Covid-19 est un peu plus important parmi la population à qui on a attribué le quintile de revenu le plus bas, étant donné que, comme pour les injections intravitréennes, ces patients avaient déjà recours au circuit de soins intra-hospitalier plus fréquemment que la moyenne avant la crise du coronavirus (baisse de 94,9 % des soins intra-hospitaliers au cours des semaines 11-17 par rapport aux semaines 4 à 10, comparée à une diminution moyenne de 91,1 % dans l'ensemble de la population).

Graphique 22 : évolution hebdomadaire du rapport intra-muros/extra-muros des traitements par laser d'une cataracte secondaire pour l'ensemble de la population (courbe de tendance : moyennes progressives sur 4 semaines) et les groupes de population à qui on a attribué les quintiles de revenu les plus bas (courbe de tendance et ratios hebdomadaires bleus) et les plus hauts (courbe de tendance et rapports hebdomadaires verts). Ligne rouge verticale : entrée en vigueur de la délivrance de médicaments pour injection intravitréenne en officine publique. Triangles rouges : repères nouvelle année civile.



Tout comme pour les injections intravitréennes, les ratios des prestations intra-muros/extra-muros des hommes et des femmes de cette population évoluent de manière similaire (graphique 23).

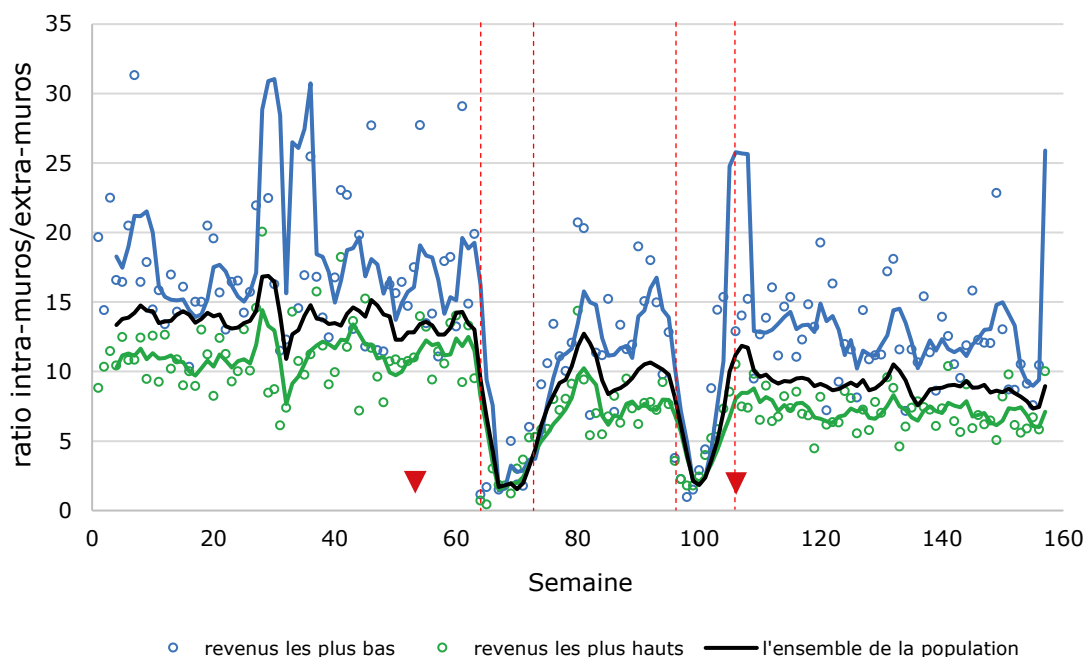
Graphique 23 : évolution hebdomadaire du ratio intra-muros/extra-muros de traitements par laser d'une cataracte secondaire pour l'ensemble de la population (courbe de tendance noire : moyennes progressives sur 4 semaines) et pour la population masculine (courbe de tendance et ratios hebdomadaires bleus) et féminine (courbe de tendance et ratios hebdomadaires verts). Ligne rouge verticale entrée en vigueur de la délivrance de médicaments pour injection intravitréenne en officine publique. Triangles rouges : repères nouvelle année civile.



3.3.3. Extraction du cristallin et implantation éventuelle d'une lentille

L'analyse des extractions du cristallin parmi l'ensemble de la population (graphique 24) révèle une double diminution du ratio en 2020. La première correspond en grande partie à la période du premier confinement (pendant les semaines 11-18, 95,5 % d'interventions intra-muros en moins que les semaines 3-10) et la seconde au cours des semaines suivant le rehaussement de l'alerte au niveau 4 du baromètre Covid-19, survenu le 19 octobre (pendant les semaines 43-47, 76,3 % de moins que les semaines 38-42). Cependant, ce n'est que pendant le premier confinement que la forte baisse des interventions intra-hospitalières s'accompagne d'une diminution significative du nombre de prestations extra-muros (-76,3 % les semaines 43-47 par rapport aux semaines 38-42) ; la tendance à la baisse ne se poursuit pas pendant la seconde période de baisse du ratio (+0,7 % au cours des semaines 43-47 par rapport aux semaines 38-42).

Graphique 24 : évolution hebdomadaire du rapport intra-muros/extra-muros des extractions du cristallin et implantations pour l'ensemble de la population (courbe de tendance : moyennes progressives sur 4 semaines) et les groupes de population à qui on a attribué les quintiles de revenu les plus bas (courbe de tendance et ratios hebdomadaires bleus) et les plus hauts (courbe de tendance et rapports hebdomadaires verts). Lignes rouges verticales : 1^{er} confinement et rehaussement niveau d'alerte niveau 4 jusque fin 2021. Triangles rouges : repères nouvelle année civile.

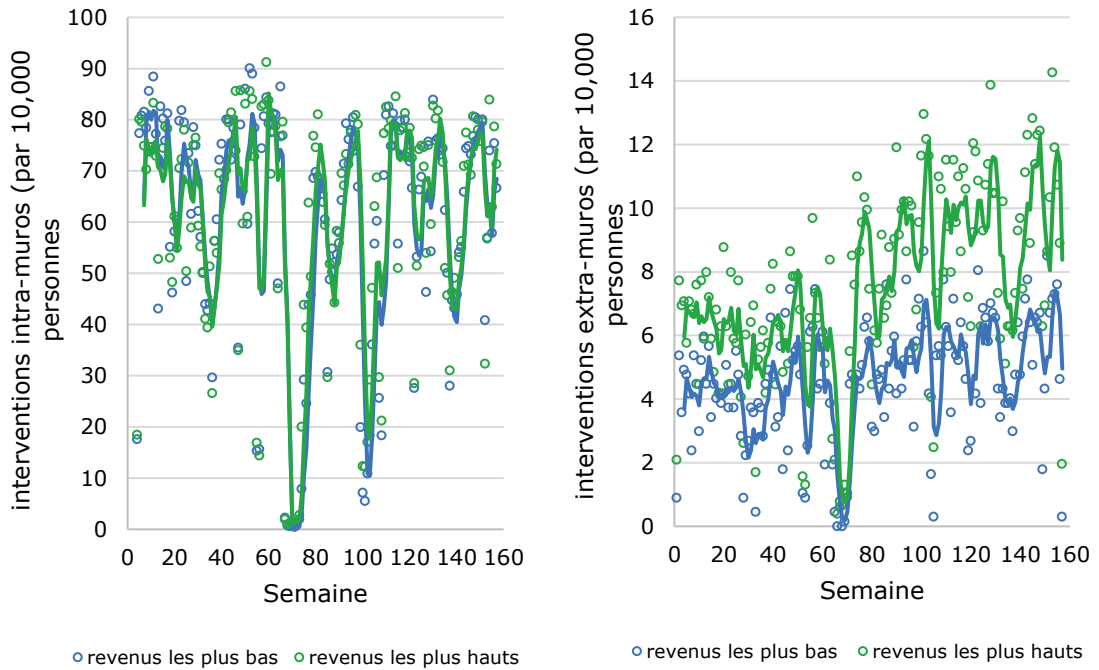


Si l'on considère les groupes de population ventilés en quintiles de revenu, on observe dans la population au quintile le plus bas que le premier épisode de baisse de ratio est marqué par une diminution des prestations plus élevée que la moyenne, et ce aussi bien en intra-muros qu'en extra-muros (respectivement -97,5 % et -78 % par rapport aux huit semaines précédant la première baisse de ratio). Parmi la population faisant partie du quintile de revenus le plus élevé, ces diminutions sont légèrement inférieures à la moyenne (-94,9 % en intra-muros et -73,7 % en extra-muros).

En 2020, au cours des semaines 43-47, la diminution du nombre de prestations intra-hospitalières est plus prononcée parmi la population du quintile de revenu le plus bas que dans le plus élevé (respectivement -83,7 % contre -72,2 % par rapport aux semaines 38-42). Cependant, seule la population du quintile de revenu le plus élevé enregistre un recul des prestations extra-muros (-9,7 % contre une évolution de 0,0 % dans le quintile de revenu le plus bas).

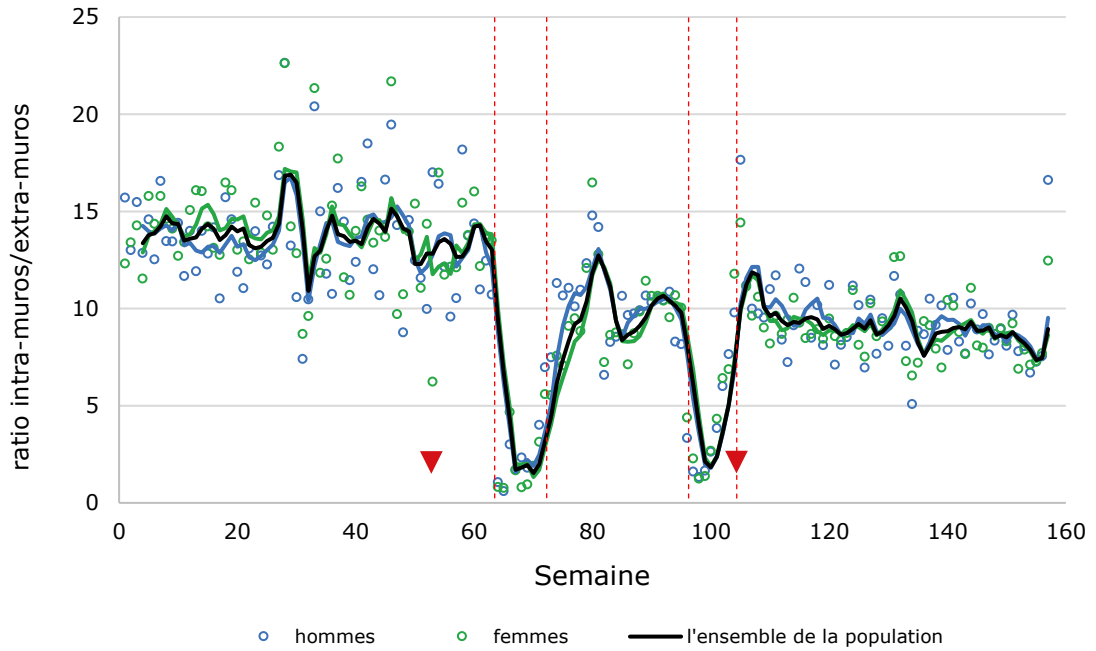
De même, la population aux revenus les plus élevés a davantage recours au circuit de soins extra-muros, bien que l'écart avec la population aux revenus les plus bas soit moins prononcé qu'en cas d'injection intravitréenne (graphiques 25 et 26).

Graphiques 25 et 26 : évolution hebdomadaire du nombre d'interventions d'extraction du cristallin et implantations éventuelles en intra-muros (gauche) et extra-muros (droite) parmi les populations aux quintiles de revenu le plus bas et le plus haut, exprimée selon la taille de la population du quintile.



Ici encore, les ratios des prestations intra-muros/extra-muros des hommes et des femmes de cette population évoluent de manière similaire (graphique 27).

Graphique 27 : évolution hebdomadaire du ratio intra-muros/extra-muros des extractions du cristallin et implantations pour l'ensemble de la population (courbe de tendance noire : moyennes progressives sur 4 semaines) et pour la population masculine (courbe de tendance et ratios hebdomadaires bleus) et féminine (courbe de tendance et ratios hebdomadaires verts). Triangles rouges : repères nouvelle année civile.





4. Conclusion

On n'observe aucun mouvement de rattrapage complet des interventions analysées sur l'ensemble de la période d'étude. L'impact de la crise du coronavirus est nettement plus marqué parmi les bas revenus que chez les revenus élevés ; au cours de l'année 2020, marquée par le coronavirus, le nombre de patients et d'interventions a diminué proportionnellement plus chez les premiers que chez les seconds. Cet écart tient notamment au fait que les bas revenus ont recours relativement plus souvent au circuit intra-hospitalier.

Afin de limiter l'impact du report des soins non essentiels, des mesures d'atténuation ont été prises visant à transférer une partie de ces soins vers le circuit de soins extra-muros. En témoigne notamment la délivrance de médicaments pour les injections intravitréennes par les officines publiques. Dans la pratique, ces mesures semblent pourtant profiter davantage aux hauts revenus.

Le stress financier dont souffrent les personnes à faible revenus peut expliquer leur tendance à se tourner vers le circuit de soins extrahospitalier. Cela peut être dû au plus faible taux de conventionnement en extrahospitalier et aux suppléments plus importants.

Cette constatation importante peut être généralisée : lorsque sont prises des mesures de transfert de certains soins du circuit intra-hospitalier vers l'extra-muros, il est essentiel de faire en sorte que la facture à la charge du patient ne soit pas plus salée : le taux de prestataires de soins non conventionnés y est plus élevé, et avec lui le risque de suppléments.

Bibliographie

[1] Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open* 2021;11:e045343.

[2] Service public fédéral Sécurité sociale, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement :

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_f/ile/200313 - capacite de pointe des hopitaux et des transports.pdf

[3] Institut national d'assurance maladie-invalidité, Audit Hôpitaux version 14 (jusque fin mai 2021) : <https://www.inami.fgov.be/fr/actualites/covid-19-estimation-des-soins-non-effectues-dans-les-hopitaux-pendant-les-1re-2e-et-3e-vagues>

[4] Institut national d'assurance maladie-invalidité, nomenclature Ophtalmologie, Art. 14h : https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart14h_20240601_01.pdf

[5] Avalosse, Hervé ; Maron, Leila ; Lona, Murielle ; Guillaume, Joeri ; Allaoui, El Maâti ; Di Zinno, Tonio (2019), Inégalités sociales en santé, AIM Agence Intermutualiste, Bruxelles.

[6] StatBel, Statistiques fiscales par secteur statistique (Table D : Revenu total net imposable par secteur statistique. Nombre de déclarations, revenu total net imposable, valeurs moyennes, mesures de dispersion et asymétrie. Année de revenu 2019). <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>

[7] Service public fédéral Sécurité sociale. Arrêté royal du 16/02/2009 modifiant l'article 15, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

[8] N. Bustos Sierra, N. Bossuyt, T. Braeye, F. Haarhuis, I. Peeters, K. Proesmans, S. Fierens, F. Renard, A. Scohy, M. Vanhaverbeke, M. Vermeulen, C. Vernemmen, J. Van der Heyden. Oversterfte tijdens de eerste en tweede golf van de COVID-19-epidemie in België (gegevens van 10 maart 2020 tot en met 14 februari 2021). Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2021/14.440/64.

[9] Sciensano, Coin presse, Analyse de la surmortalité en 2021 (publié le 26/01/2022) : <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/analyse-de-la-surmortalite-en-2021>.

[10] Institut national d'assurance maladie-invalidité. Variations de pratiques médicales : Injection intravitréenne. Analyse de la répartition et de l'évolution de la pratique médicale en volumes et en dépenses par assuré en Belgique (analyses et tendances par régions, provinces et arrondissements) pour l'année 2021. https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Injection_intravitreenne_2021.pdf

[11] Institut national d'assurance maladie-invalidité. Variations de pratiques médicales : vitrectomie. Analyse de la répartition et de l'évolution de la pratique médicale en volumes et en dépenses par assuré en Belgique (analyses et tendances par régions, provinces et arrondissements) pour l'année 2021. https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Vitrectomie_2021.pdf

[12] Institut national d'assurance maladie-invalidité. Covid-19 - Report des soins non urgents : ajustement des règles de remboursement de certains médicaments. <https://www.inami.fgov.be/fr/theme/covid-19-eviter-l-impact-du-report-des-soins-non-urgents-nous-ajustons-les-regles-de-remboursement-de-certains-medicaments#ophtalmologie--injection-intravitreennes-de-eylea-et-lucentis>