

## Renoncement aux soins médicaux et confinement: les enseignements d'une enquête en ligne

*La situation sanitaire inédite générée par la pandémie de la COVID-19 a conduit à un effort collectif de mobilisation de toutes les ressources nécessaires afin de soigner et sauver les malades de la COVID-19 durant le printemps 2020. Les soignants, institutions de soins ainsi que les patients ont ainsi été conduits à annuler de nombreux rendez-vous médicaux. Ce numéro de Regards économiques fournit un état des lieux : quels soins ont été interrompus, pour quelles raisons et avec quelles conséquences de court terme sur la santé de la population ?*

**Marie Bertier**

**Jeroen Luyten**

**Sandy Tubeuf<sup>1</sup>**

A l'avant-garde de la pandémie de la COVID-19, le secteur de la santé a dû faire face à une crise sanitaire sans précédent. À compter du mois de mars 2020, les systèmes de soins ont dû s'adapter rapidement, libérer de l'espace dans les établissements de santé et reporter les soins non urgents pour garantir une capacité hospitalière suffisante afin de traiter les patients atteints de COVID-19. En parallèle, les mesures de confinement imposées par les gouvernements, l'incertitude et la peur liées à la pandémie, ont poussé les individus à réduire leur risque de contracter le virus ou de le transmettre à d'autres, en adaptant et limitant leur utilisation des services de santé. Ainsi, la pandémie a inévitablement conduit à une diminution simultanée de l'offre de soins et de la demande de soins.

Que sait-on des soins de santé non satisfaits durant la pandémie et des conséquences sur l'état de santé de la population en Belgique ? Dans ce numéro de *Regards économiques*, nous présentons les enjeux individuels et collectifs du renoncement aux soins en général et plus particulièrement dans le contexte de la crise de la COVID-19. En nous appuyant sur les données de l'enquête sur l'*Utilisation des Soins : Recours, Report, Renoncement* (US3R) menée en collaboration par l'UCLouvain et la KU Leuven durant la première vague de la COVID-19 en mai et juin 2020 dans les trois régions du pays, nous dressons un premier état des lieux de l'ampleur du renoncement aux soins durant le confinement, du type de soins auxquels les belges ont renoncé, et des raisons qui expliquent ces renoncements. En outre, nous étudions comment le renoncement à des soins médicaux a affecté

<sup>1</sup> Les auteurs remercient vivement Muriel Dejemeppe et Bruno Van der Linden pour leurs commentaires avisés sur cet article. Les auteurs remercient aussi William D'Hoore, Séverine Henrard, Catherine Legrand, Jean Macq, Sophie Thunus, Thérèse Van Durme, et Dominique Vanpee pour leurs commentaires sur le questionnaire de l'enquête US3R. Les participants à l'enquête sont aussi sincèrement remerciés.

inégalement les personnes ayant une santé plus fortement détériorée et étant socialement défavorisées. Nous discutons enfin ces premiers résultats à la lumière de la littérature internationale récente et proposons des pistes de recherches futures, qui permettront de mesurer les conséquences à court et long termes de ce choc pandémique non seulement sur l'offre et la demande de soins médicaux, mais aussi sur le recours aux soins, l'état de santé et la mortalité prématurée.

## **1. Renoncement aux soins médicaux : de quoi parle-t-on ?**

Dans cette section, nous présentons quelques faits stylisés sur le renoncement aux soins médicaux. Comment le définir et quelles en sont les conséquences ? Après avoir défini le renoncement aux soins, nous discutons les conséquences connues sur la santé du renoncement aux soins et présentons notre enquête pour étudier le renoncement aux soins dans le contexte du confinement.

### ***1.1. Le renoncement aux soins : définition et déterminants***

Le renoncement aux soins concerne les besoins de soins médicaux non satisfaits, c'est-à-dire non reçus alors que le patient en ressentait la nécessité (Desprès *et al.*, 2011). On distingue deux types de renoncements : le renoncement-barrière et le renoncement-refus (Desprès *et al.*, 2011). Dans le cas du renoncement-barrière, la personne fait face à un environnement de contraintes (financières, distance, temps) qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. En revanche, le renoncement-refus correspond à l'expression d'un choix tel que se traiter par soi-même, ou ne rien faire et voir comment le problème de santé évolue.

Avant le confinement de 2020, les études scientifiques ont surtout observé un renoncement pour raisons financières. Elles montrent que la précarité, les difficultés économiques et l'insécurité financière en sont les principaux déterminants (Dourgnon *et al.*, 2012). Le renoncement pour raisons financières s'observe non seulement pour des soins plus onéreux comme les soins dentaires et d'optique mais également pour les consultations de généralistes et de spécialistes.

Alors que le système de soins recherche l'équité horizontale dans les soins, c'est-à-dire que les personnes ayant des besoins égaux reçoivent un traitement égal et un accès aux soins égal, le renoncement-barrière traduit une inégalité d'accès dans la santé. Dans le contexte de la crise sanitaire, le système de soins a dû donner la priorité aux patients COVID-19 et a donc probablement généré des barrières dans l'accès aux soins de santé pour les patients non atteints de la COVID-19 malgré leurs besoins de santé identifiés. Analyser le renoncement aux soins dans ce contexte nous donne donc l'opportunité d'étudier le renoncement à des soins pour d'autres raisons que des raisons financières et donc au-delà des plus pauvres.

### ***1.2. Quelles sont les conséquences du renoncement aux soins médicaux ?***

La plupart des travaux sur le renoncement aux soins montrent qu'il est associé à une dégradation ultérieure de l'état de santé et cette dégradation est d'autant plus importante que les personnes ont une mauvaise santé. Par exemple, lorsqu'elles renoncent à des soins, les personnes avec une maladie chronique voient leur état de santé se dégrader plus vite que les personnes sans maladie chronique (Dourgnon *et al.*, 2012). De plus, renoncer à des soins entraîne un risque plus important de dégradation de l'état de santé au cours du temps, et ceci indépendamment des caractéristiques socioéconomiques individuelles qui influeraient sur l'évolution de l'état de santé. Ainsi les retards, annulations et renoncements à des soins de santé peuvent augmenter le risque de morbidité et de mortalité<sup>2</sup> associées à des

---

<sup>2</sup> Alors que la morbidité mesure la prévalence d'une maladie dans la population, la mortalité représente le nombre de décès dans la population.

**... Quelles sont les conséquences du renoncement aux soins médicaux ?**

problèmes de santé initialement évitables et conduire directement ou indirectement à une surmortalité (Weissman *et al.*, 1991).

Si l'on imagine bien que des personnes en relativement bonne santé ont pu renoncer à des soins médicaux durant le confinement sans que cela ait des conséquences néfastes sur leur santé, le renoncement aux soins de personnes atteintes de cancers, de maladies chroniques ou qui avaient une mauvaise santé initiale, pourrait avoir un effet délétère sur leur état de santé futur. Il y a un risque accru que des problèmes de santé existants s'aggravent en absence de recours aux soins médicaux ou que des problèmes secondaires s'ajoutent (Van Ballegooijen *et al.*, 2020), rendant alors les traitements futurs d'autant plus nécessaires et considérables (Gonzalez *et al.*, 2020). Ainsi, d'un point de vue collectif, la morbidité accrue par le renoncement aux soins durant le confinement pourrait avoir un impact économique sur le budget des soins de santé. Il en va de même avec les annulations de rendez-vous liés à la prévention et au dépistage de certaines maladies. Des retards dans la détection de problèmes de santé graves, tels que des cancers ou des maladies cardio-vasculaires par exemple, peuvent engendrer des pertes de chances de guérison, d'amélioration de l'état de santé voire de survie de long terme et des coûts accrus de prise en charge tardive pour le système de soins (Gonzalez *et al.*, 2020).

**1.3. Une enquête pour évaluer le renoncement aux soins durant le confinement**

Hors crise sanitaire, des choix sont faits régulièrement dans le secteur des soins. Par exemple, décider entre plusieurs traitements lesquels seront couverts ou non par l'assurance maladie, c'est aussi arbitrer entre différents types de patients. L'existence de contraintes sur les ressources budgétaires pousse les pouvoirs publics à utiliser le calcul économique pour évaluer l'entrée de nouveaux traitements dans le panier de soins remboursables aux assurés sociaux. Ce calcul économique compare alors le coût total attendu d'une stratégie de santé avec ses bénéfices sanitaires espérés. L'arbitrage est alors fondé sur des preuves médico-économiques, qui encouragent un meilleur usage des ressources économiques.

Au moment de la première vague de la pandémie, l'engorgement attendu des services de soins a conduit le système de soins à s'adapter pour garantir aux hôpitaux une capacité suffisante leur permettant de traiter efficacement les patients atteints de COVID-19 et le gouvernement à adopter des mesures de confinement pour réduire le risque de contamination dans la population. La crise sanitaire a poussé à faire des choix tels que «qui soigner ou qui sauver» ou encore «se soigner ou se confiner». Ainsi, le renoncement aux soins a pris la forme d'un renoncement-barrière par l'adaptation de l'offre de soins avec la fermeture de cabinets médicaux et la restriction aux interventions essentielles. Il a aussi pris la forme d'un renoncement-refus puisque certains patients ont modifié leur demande de soins par peur d'attraper ou de transmettre le coronavirus ou encore d'encombrer les services de soins.

L'urgence de la situation n'a pas permis d'évaluer *ex-ante* les coûts directs et indirects sur la santé des autres malades d'une décision priorisant les malades de l'épidémie, ni les conséquences directes et indirectes sur la morbidité et la mortalité afin de pouvoir arbitrer entre les choix possibles comme pourrait le faire un économiste dans une analyse coût-bénéfices. C'est donc *ex-post* et de manière rétrospective que pourra se faire une analyse fiable des coûts et des bénéfices des décisions de priorisation prises durant la crise sanitaire.

Dans l'immédiat, l'enquête US3R, que nous avons mise en place entre le 4 mai et le 30 juin 2020 (voir l'encadré 1 en fin de texte) fournit des premiers éléments sur l'ampleur du renoncement durant le premier confinement. Un échantillon de 3,164 personnes vivant en Belgique a répondu à l'enquête. Il ne s'agit pas d'un échantillon représentatif de la population; les répondants sont en effet majoritari-

rement des femmes, éduquées. Cependant, cet échantillon permet de mettre en évidence les raisons qui semblent expliquer le renoncement et identifie dans un échantillon plutôt socialement favorisé les différents groupes de personnes dans la population qui ont plus particulièrement renoncé à certains soins.

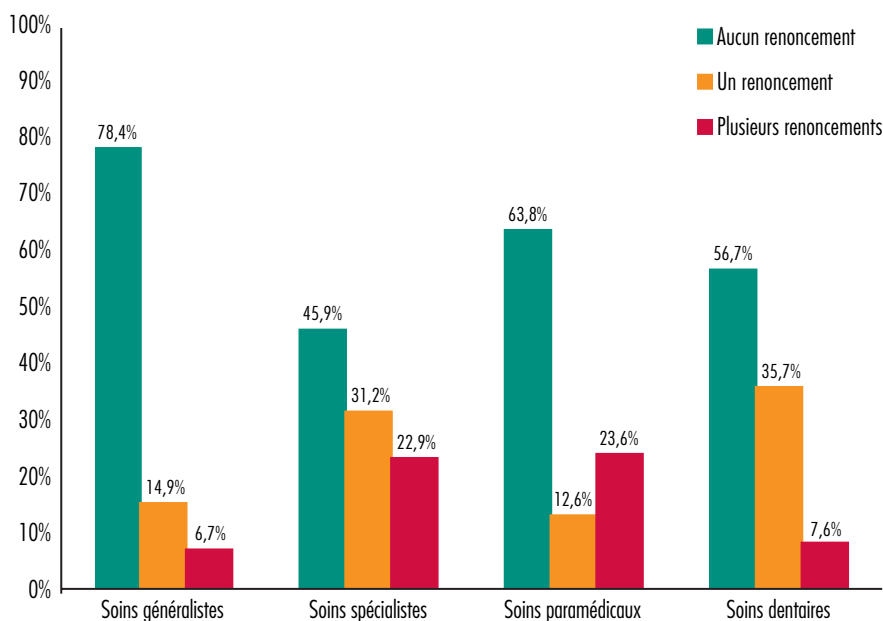
## 2. Renoncement aux soins durant le confinement

L'enquête US3R interroge le renoncement à au moins un rendez-vous pour différents types de soins médicaux, paramédicaux et dentaires durant la période de confinement. Nous présentons dans cette section l'ampleur du renoncement pour différents types de soins, les raisons qui sont avancées par les personnes pour expliquer leur renoncement et nous étudions comment ces renoncements se répartissent dans la population.

### 2.1. Quels renoncements aux soins en Belgique ?

Près de 3 personnes sur 4 (75,2%) parmi les répondants rapportent avoir renoncé à des soins médicaux dont les rendez-vous avaient été pris avant le confinement tandis que seule 1 personne sur 4 rapporte ne pas avoir eu à renoncer à des soins programmés avant le confinement (24,8%). Les soins auxquels les répondants de l'enquête rapportent avoir le plus renoncé sont les soins chez des spécialistes (54,1%) et, parmi les patients ayant dû renoncer à ce type de soins, 43% rapportent avoir dû renoncer à plus d'un rendez-vous (voir le graphique 1). Le renoncement aux soins généralistes est près de 2 fois moins important (21,6%). La différence entre les taux de renoncement des soins spécialistes et généralistes s'explique vraisemblablement par le fait que les soins spécialistes sont généralement planifiés en avance avec un temps d'attente plus ou moins long entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous effectif selon la spécialité. En revanche, les rendez-vous auprès de généralistes correspondent, en général, à un problème de santé aigu et ponctuel et n'appellent donc pas nécessairement à une programmation de rendez-vous très avancée. De plus, le taux plus faible de renoncements à des soins généralistes pourrait être notamment dû au fait que des rendez-vous médicaux avec des généralistes ont pu avoir lieu durant le confinement que ce soit en personne ou par téléphone ou en vidéoconférence (voir l'encadré 2 en fin de texte).

**Graphique 1.** Taux de renoncement par type de soins entre le 4 mai et le 30 juin 2020



**... Quels renoncements aux soins en Belgique ?**

Le renoncement à des consultations paramédicales concerne 36,2% des participants à l'enquête. Lorsqu'ils ont renoncé à ce type de soins, les enquêtés rapportent plus souvent avoir renoncé à plusieurs rendez-vous paramédicaux (65,2%) qu'à un seul (34,8%). De fait, les consultations paramédicales comprennent un ensemble d'activités médicales se consacrant aux soins et au traitement de patients qui nécessitent généralement plusieurs rendez-vous médicaux. En revanche, le renoncement aux soins dentaires s'observe pour 43,3% des personnes qui ont répondu à l'enquête et dans 82,3% des cas, c'est à un seul rendez-vous qu'ont renoncé les répondants.

En ce qui concerne les examens médicaux, 47,8% des répondants rapportent ne pas avoir eu à renoncer à des examens médicaux prévus avant le premier confinement et 7,5% rapportent avoir pu réaliser leurs examens médicaux comme prévu. A contrario, 44,7% des répondants rapportent avoir renoncé à un ou plusieurs examens médicaux, notamment des examens d'imagerie médicale (35%), des prises de sang (26%), des tests de dépistage (18%) et d'autres types d'examen non précisés (21%).

**2.2. Raisons du renoncement : offre ou demande ?**

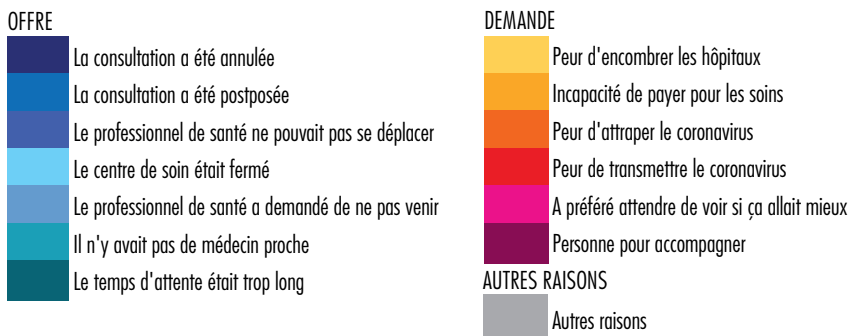
Les raisons qui expliquent les renoncements aux soins des personnes enquêtées varient sensiblement d'un type de soins à l'autre (voir le graphique 2). Mis à part les soins généralistes, les raisons qui expliquent des rendez-vous médicaux non satisfaits relèvent majoritairement de l'offre de soins (57,3% pour les soins spécialistes, autour de 69% pour les soins paramédicaux et dentaires). Ce que nous appelons l'offre de soins regroupe toutes les raisons indépendantes des choix des individus mais liées à des changements dans la façon dont les soins ont été fournis durant le confinement. Sont inclus les annulations ou reports de rendez-vous médicaux par les hôpitaux ou les établissements de soins, qui représentent 55,7% des raisons du renoncement à des soins spécialistes, 37,8% des soins généralistes, 34,3% des soins dentaires et 27,9% des soins paramédicaux. Les personnes rapportent que leurs rendez-vous médicaux ont été plus souvent complètement annulés sans être reportés sauf dans le cas des soins généralistes où le taux de consultations postposées est de 26,3% contre 11,5% pour les consultations complètement annulées. Ainsi, il est à craindre que ces besoins de soins non satisfaits durant le confinement ne soient pas systématiquement rattrapés quand le rendez-vous n'a pas été postposé à une date que le patient connaît. Le renoncement aux soins paramédicaux et dentaires s'explique aussi largement par le fait que les cabinets de soins étaient fermés (36,8% des raisons énoncées dans les soins paramédicaux et 32% des soins dentaires). Il est ici aussi très incertain que les rendez-vous annulés soient rattrapés, notamment parce qu'au moment de la fermeture des cabinets la date de réouverture était inconnue. Dans le cas des soins paramédicaux, le fait que les professionnels de santé ne pouvaient se déplacer au domicile des personnes à cause du confinement est aussi une raison pour laquelle les soins n'ont pu avoir lieu (4,6%).

Les raisons avancées pour expliquer le renoncement aux soins de généralistes relèvent dans 44,6% des cas de la demande plutôt que de l'offre; pour les soins de spécialistes, dentaires et paramédicaux, les raisons liées à la demande représentent entre 25,5% et 29,2% des raisons avancées. Quel que soit le type de soins, la raison individuelle la plus souvent avancée pour expliquer le renoncement à des soins est la crainte de contracter le coronavirus en allant se faire soigner (15,1% des raisons de renoncements aux soins généralistes, 11% des soins spécialistes et paramédicaux, 9,7% des soins dentaires). En effet, alors que près de 29% des personnes ne rapportent aucune crainte à aller se faire soigner durant le confinement, 35% rapportent une légère crainte, 27% une crainte moyenne et 10% expriment une très forte crainte à y aller. Ce résultat souligne qu'il est important de rassurer les patients sur la façon dont les soins sont fournis et le respect des mesures

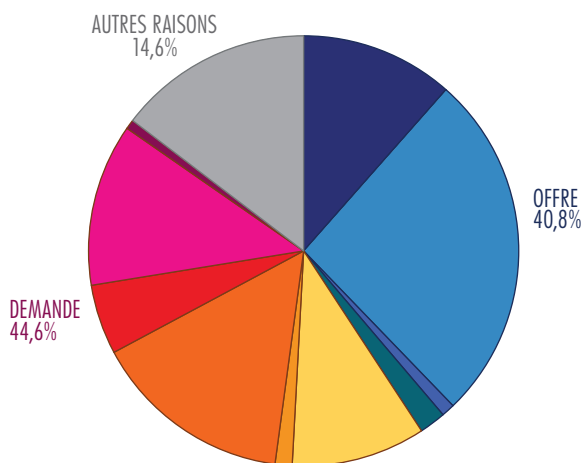
**... Raisons du renoncement : offre ou demande ?**

d'hygiène pour réduire leur crainte d'aller se faire soigner. Les autres raisons qui relèvent de la demande de soins incluent le choix de ne pas surcharger les professionnels de santé et d'attendre de voir si le problème de santé s'arrange de lui-même avec le temps sans nécessiter d'un soin médical. Ces deux raisons sont notamment avancées pour expliquer le renoncement aux soins de généralistes par une personne sur dix.

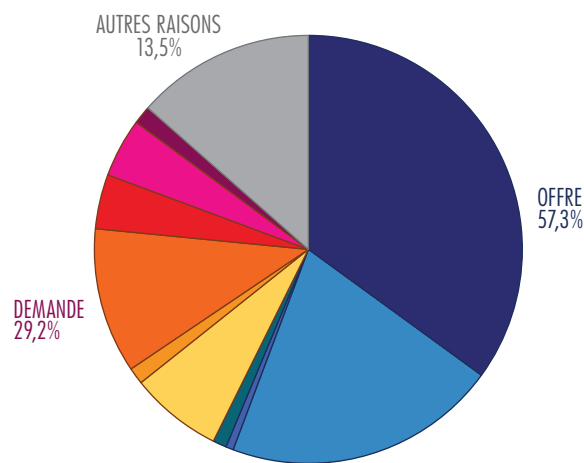
**Graphique 2.** Raisons avancées pour expliquer le renoncement aux différents types de soins



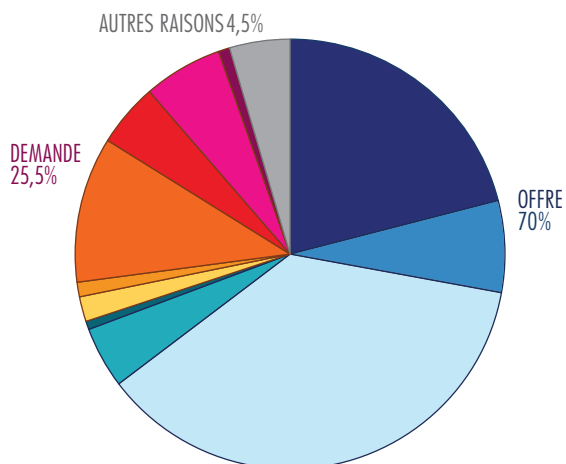
**SOINS GÉNÉRALISTES**



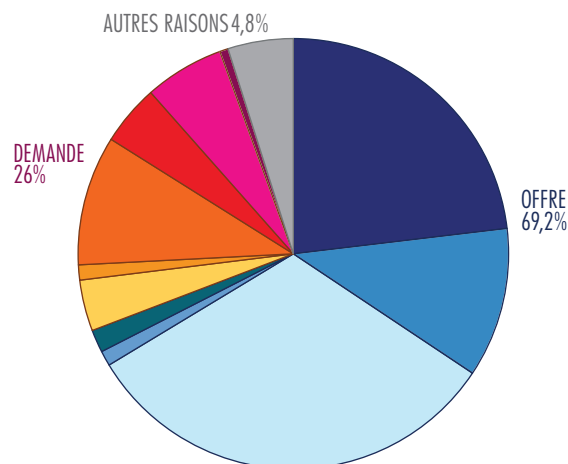
**SOINS SPÉCIALISTES**



**SOINS PARAMÉDICAUX**



**SOINS DENTAIRES**



**... Raisons du renoncement :  
offre ou demande ?**

Alors que les barrières habituelles aux soins incluent les raisons financières, dans le contexte du confinement, le renoncement aux soins pour ce motif n'est proposé comme explication dans seulement 1% des cas pour la plupart des soins.

En ce qui concerne les examens médicaux, un rendez-vous sur deux a été annulé par le centre de soins (52,2%), un sur quatre a été reporté à une date ultérieure (27,3%) par le centre de soins et un sur cinq a été annulé par le patient lui-même (20,5%). L'enquête US3R a collecté les raisons avancées par les participants seulement quand ils avaient annulé le rendez-vous médical de leur propre initiative. Parmi les raisons avancées pour expliquer leur choix d'annuler l'examen, une personne sur 3 rapporte qu'elle a eu peur d'attraper le coronavirus en allant se faire soigner (33,1%) et environ une personne sur trois qu'elle craignait d'encombrer les services de soins (30,7%), les autres raisons incluent la peur de transmettre le coronavirus, et le choix d'attendre de voir si leur état de santé s'améliorait de lui-même.

Il est important de souligner que les raisons qui relèvent de la demande sont fortement corrélées aux raisons qui relèvent de l'offre. En effet, il est attendu que la volonté de ne pas surcharger les hôpitaux est liée au message émanant des institutions de soins et du gouvernement concernant les statistiques accrues d'hospitalisations de patients COVID-19. De même, la crainte d'attraper ou de transmettre la COVID-19 en allant se faire soigner est vraisemblablement liée aux mesures gouvernementales appelant les citoyens à rester chez eux afin de limiter les contacts avec autrui et diminuer la propagation du virus dans la population.

**2.3. Inégalités dans le  
renoncement aux soins**

Nous avons également étudié les déterminants de la probabilité individuelle de renoncer à chaque type de soins à travers l'estimation de modèles statistiques.<sup>3</sup> Parmi les facteurs explicatifs retenus figurent un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques individuelles ainsi qu'un indicateur des besoins en santé. Celui-ci est une mesure composite de l'état de santé auto-rapporté par les répondants et de leur besoin d'un suivi médical régulier. Plus l'état de santé est dégradé et plus il y a un besoin d'un suivi régulier, plus l'indicateur de besoins en santé est élevé. Outre ces différents facteurs traditionnels, nous avons exploré comment la période de réponse à l'enquête et la crainte d'aller se faire soigner étaient associées à la probabilité de renoncer à des soins. Nous avons ensuite évalué l'importance de chacun de ces facteurs individuels comme déterminant de la probabilité de renoncer à chaque type de soins (graphique 3).

L'analyse montre qu'une très large part du renoncement à tous types de soins médicaux est associée aux besoins de soins. Ces derniers expliquent 52,5% des variations interindividuelles dans la probabilité de renoncer à des soins paramédicaux et 43% de celles dans la probabilité de renoncer à des soins généralistes et spécialistes. La probabilité de renoncer à des soins a donc été d'autant plus grande pour les personnes dont les besoins de santé sont importants. En effet, plus une personne est en mauvaise santé, plus elle aura des rendez-vous médicaux et plus elle aura dès lors de risques d'avoir eu à renoncer à des rendez-vous médicaux durant le confinement. Toutes choses égales par ailleurs, les personnes en très mauvaise santé ont renoncé 8 fois plus à des soins que les personnes en très bonne santé, celles en mauvaise santé 6,2 fois plus et celles en assez bonne santé 3,3 fois plus.

En revanche, les variations interindividuelles de la probabilité de renoncer à des soins dentaires s'expliquent majoritairement par des facteurs socio-économiques

---

<sup>3</sup> Nous modélisons la probabilité de renoncer à des soins à travers une régression logistique. Dans une telle régression, la variable à expliquer est une variable binaire (= 1 si la personne renonce à des soins; = 0 autrement) qui est supposée dépendre d'une série de facteurs dont on cherche à estimer l'effet.

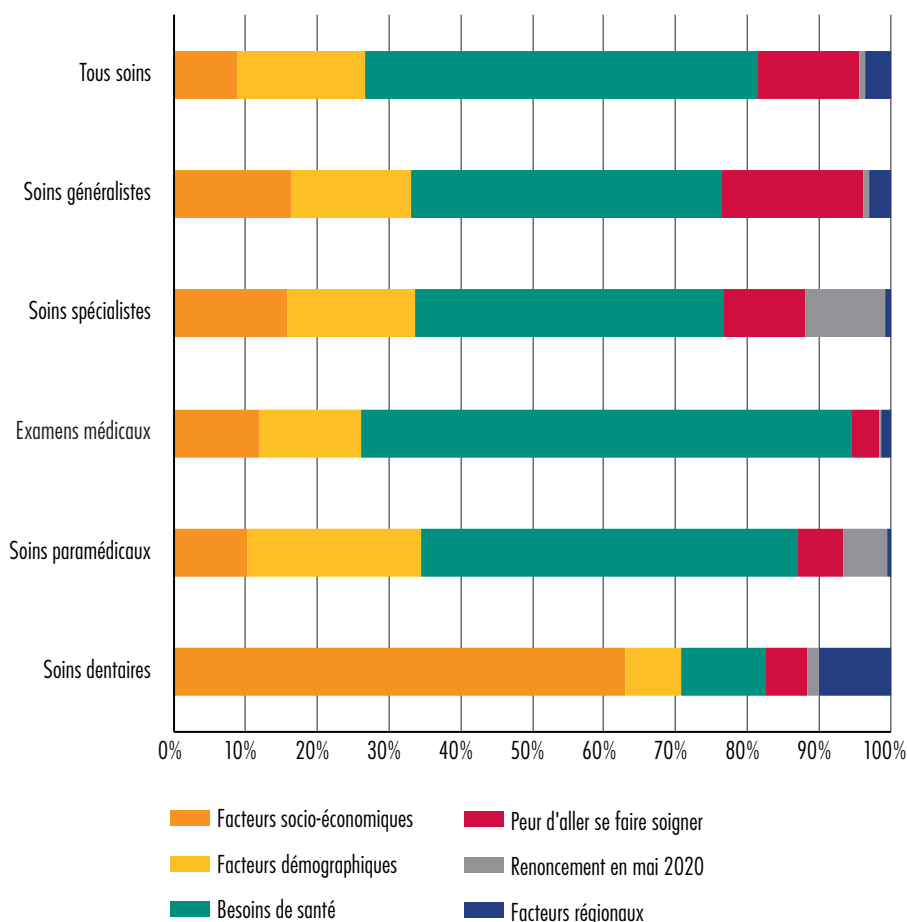
... Inégalités dans le renoncement aux soins

(62,8%), qui incluent le niveau d'éducation, la composition du ménage, le statut d'activité sur le marché du travail et le revenu. Par exemple, les personnes avec un revenu de moins de 1.499 euros par mois ont renoncé 1,5 fois plus à des soins dentaires que les personnes avec un revenu entre 1.500 et 4.000 euros par mois. Pour les autres types de soins, les facteurs socioéconomiques expliquent entre 10% et 15% des différences interindividuelles dans la probabilité d'y renoncer. Par exemple, les personnes avec un revenu inférieur à 1.499 euros par mois ont près de 2 fois plus de risques d'avoir renoncé à des soins que les personnes avec un revenu entre 1.500 et 4.000 euros par mois. Ainsi, le renoncement aux soins, particulièrement dentaires, durant le confinement aura probablement accentué les inégalités sociales d'accès aux soins.

Les facteurs démographiques (âge et sexe) expliquent quant à eux 18% des différences entre répondants dans la probabilité de renoncer à tous types de soins (24,3% pour les soins paramédicaux et 7,8% pour les soins dentaires). Pour la plupart des soins, les personnes entre 18 et 34 ans ont moins renoncé à des soins que les personnes entre 50 et 65 ans. Cependant, pour les soins paramédicaux, il s'agit d'un effet du genre plus que de l'âge, les femmes renonçant deux fois plus à ces soins que les hommes, toutes choses égales par ailleurs.

La région d'habitation explique une part moins large mais non négligeable des différences interindividuelles dans le renoncement aux soins excepté pour les soins dentaires où elle explique 10% de ces différences. L'analyse montre qu'une personne habitant à Bruxelles ou en Wallonie a 1,4 fois plus de chance de renoncer à ses soins qu'une personne résidant en Flandre. Ainsi, le renoncement aux soins durant le confinement aura probablement accentué les inégalités régionales d'accès aux soins.

**Graphique 3.** Décomposition en facteurs explicatifs de la probabilité de renoncer à tous soins et à chaque type de soins





*... Inégalités dans le renoncement aux soins*

Nous avons, par ailleurs, exploré l'impact de la date de réponse à l'enquête sur la probabilité de renoncer aux soins. Nous trouvons que la probabilité de renoncer à des soins n'est en général pas associée à la date de réponse à l'enquête sauf pour les soins paramédicaux et spécialistes. Les personnes ayant répondu entre le 4 mai et le 25 mai 2020 ont 1,6 (respectivement 1,4) fois plus de risques d'avoir renoncé à des soins spécialistes (respectivement paramédicaux) que les personnes ayant répondu entre le 26 mai et le 30 juin 2020. Il est probable que ces différences s'expliquent par un effet de réouverture des centres de soins à compter du mois de mai.

La crainte d'aller se faire soigner explique 14% des variations dans la probabilité de renoncer à tous types de soins, et de façon plus importante pour les soins généralistes (19,8%). Plus précisément, une personne qui a rapporté être très effrayée d'attraper la COVID-19 en allant se faire soigner a renoncé 2,6 fois plus à des soins généralistes, 1,7 fois plus à des soins de spécialistes et 1,3 fois plus à des examens médicaux et des soins dentaires qu'une personne ne rapportant aucun crainte d'aller se faire soigner.

### **3. Conséquences sur le recours aux soins futurs et la santé de la population**

Dans cette section, nous présentons les conséquences du renoncement perçues par les enquêtés sur leur santé ainsi que leurs intentions concernant leur futur recours aux soins. Nous discutons plus largement les conséquences attendues sur la santé de la population belge du report et renoncement aux soins durant le confinement.

#### ***3.1. Conséquences sur la santé et recours aux soins futurs dans US3R***

Si le renoncement aux soins pour raisons financières est souvent associé à un pire état de santé futur, il importe de savoir si les renoncements à des soins durant le confinement a eu ou aura un effet néfaste sur la santé. Parmi les personnes qui ont dû renoncer à des soins durant le confinement, 20,9% rapportent que leur santé s'est détériorée ou se détériorera «assez fortement» voire «très fortement», 43,5% «pas très fortement» et 35,6% «pas du tout». Si l'on considère tout particulièrement les personnes avec une maladie chronique, les effets délétères sur la santé s'accroissent et la proportion de personnes qui rapportent que leur santé s'est détériorée d'assez à très fortement passe à 28,2% et ceux dont la santé ne s'est pas du tout détériorée à 27,6%. Une explication de cet état de santé détérioré provient du faible suivi dans les soins durant le confinement. En effet, la moitié des personnes qui déclarent avoir besoin d'un suivi régulier rapportent que leur suivi a été moins satisfaisant durant les semaines de confinement qu'auparavant (54,4%). De plus, environ 2 répondants sur 5 rapportent que le renoncement et/ou le report de soins médicaux durant le confinement a détérioré la santé d'un membre de leur famille (39%). Les membres les plus affectés sont plus souvent les parents des enquêtés que leur conjoint ou leurs enfants. Ainsi, le renoncement aux soins dû au confinement semble avoir dégradé l'état de santé d'une partie de la population et plus particulièrement les malades et les plus vieux.

Si l'on ne peut pas mesurer les effets sur la santé de long terme avec l'enquête US3R, nous pouvons néanmoins jauger comment la santé pourrait continuer à se dégrader si le confinement a changé la façon de recourir aux soins. L'enquête a interrogé les personnes sur leur recours aux soins futurs si elles avaient un problème de santé dans les semaines suivant leur participation à l'enquête. Globalement, près d'une personne sur deux rapporte soit qu'elle consulterait en personne sans aucun doute (44,4%), soit qu'elle ne consulterait en personne que si elle juge le problème de santé sévère (44,6%); près d'une personne sur 10 rapporte qu'elle consulterait par téléphone (8,7%) et seulement une personne sur 50 ne consulterait pas du tout (2,3%). Les raisons avancées par les personnes pour justifier leurs choix de ne pas consulter systématiquement en face-à-face incluent par exemple la volonté d'attendre et de voir si leur état de santé s'améliore sans aucun traite-

*... Conséquences sur la santé et recours aux soins futurs dans US3R*

ment médical (32,8%) et de ne pas surcharger les hôpitaux et institutions de soins (23,8%) ainsi que la crainte d'attraper le coronavirus en allant se faire soigner (19,8%). Ainsi, une part de la population envisageait de continuer à renoncer à satisfaire des besoins de soins alors que les cabinets médicaux commençaient à rouvrir au moment de l'enquête et que de nombreux médecins s'alarmaient dans les médias de la désertification des services de soins.

En croisant les réponses sur le futur recours aux soins avec la date de réponse à l'enquête, il apparaît que les personnes qui ont répondu à l'enquête avant le 25 mai 2020 étaient moins favorables à consulter en personne que celles qui ont répondu après le 25 mai (34,9% contre 54,7%) et, inversement, elles étaient plus nombreuses à ne consulter en personne que si elles jugeaient le problème de santé sévère (48,9% contre 32%) et à envisager une téléconsultation (10,1% contre 5,3%). Ainsi, le renoncement à des soins pourtant identifiés comme nécessaires semble perdurer mais s'amoinrir avec le temps. Cette tendance, si elle se confirme, pourrait donc limiter les effets délétères du confinement sur la santé dans le long terme.

**3.2. Conséquences sur la santé et le recours aux soins futurs dans la population belge**

Il est encore trop tôt pour mesurer l'effet causal du renoncement à l'utilisation des services de santé dû à la pandémie sur l'état de santé ou la surmortalité dans la population mais plusieurs études internationales sur les effets de la COVID-19 fournissent des premières évaluations de l'ampleur de l'interruption des soins (voir l'encadré 3 en fin de texte). Concernant la Belgique, des tendances similaires de réduction des soins hospitaliers et des soins primaires sont observées selon les statistiques récemment publiées par l'INAMI.<sup>4</sup> Cependant, il sera nécessaire d'aller au-delà des statistiques brutes, utiliser différentes sources de données et des méthodes d'inférence causale.

Des données administratives comme celles de remboursement de soins et de séjours hospitaliers observées avant, durant et après la pandémie devront être mobilisées et mises en lien avec des données d'état de santé pour mesurer de manière rigoureuse l'impact sur la santé et la surmortalité dans la population et dans certains sous-groupes.

Méthodologiquement, une évaluation d'impact rigoureuse s'appuie généralement sur une évaluation aléatoire qui compare la situation de deux groupes tirés au sort, un groupe «traitement» recevant le programme alors que l'autre groupe «contrôle» ne le reçoit pas (Pariété, 2016). Dans le contexte de la pandémie, il sera possible de considérer le confinement comme un choc aléatoire sur la demande et l'offre de soins et d'évaluer son impact sur l'interruption de soins à partir de méthodes de simples différences où seront comparés les différents types de soins médicaux avant et après le confinement. Idéalement, les données en termes de nombres de visites et de dépenses de santé au cours de plusieurs années précédentes seront comparées à celles observées en 2020.<sup>5</sup> De plus, il importera d'évaluer si les soins ont été «seulement» différés de quelques mois ou s'ils ont été entièrement abandonnés sur le long terme. Selon les récentes études américaines (voir l'encadré 3), il semblerait que des effets de rattrapages dans la consommation de soins s'observent sans toutefois atteindre un niveau de consommation habituellement observé hors période de pandémie. L'identification d'un effet de rattrapage dans la consommation de soins pourrait alors suggérer un effet moindre du renoncement aux soins sur l'état de santé de long terme.

Comme la «consommation» de soins par les patients vise le diagnostic et le trai-

---

<sup>4</sup> <https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-impact-covid19-remboursement-soins-sante.aspx>

<sup>5</sup> Ces méthodes ont été utilisées dans les articles scientifiques récents sur le sujet (voir encadré 3).

*... Conséquences sur la santé et recours aux soins futurs dans la population belge*

tement de leurs affections pathologiques, les soins médicaux sont des moyens d'améliorer ou de maintenir la santé; ils ont donc des répercussions sur la santé. Il serait aussi envisageable de construire un modèle du recours aux soins sur des données historiques pour prédire l'évolution du recours aux soins en l'absence de pandémie et de comparer ensuite cette évolution contrefactuelle avec l'évolution observée à partir de 2020. Il importera alors que les déterminants du recours aux soins dans le modèle utilisé pour la prévision soient des variables qui n'aient pas été affectées directement par la pandémie comme par exemple la population par classe d'âge ou le nombre de médecins par habitant.

#### **4. Quelles perspectives pour les décideurs politiques ?**

A partir de ces premiers résultats chiffrés de l'ampleur et les raisons du renoncement aux soins durant le premier confinement, nous formulons trois points d'attention pour les décideurs politiques. Le premier point d'attention concerne la généralisation des résultats de cette enquête non représentative à l'ensemble de la population. Le second s'appuie sur la distinction des confinements suivants par rapport au premier. Enfin, le troisième concerne les conséquences attendues pour l'organisation des soins à la suite de la pandémie.

##### ***4.1. Généraliser les conclusions de l'enquête US3R***

Le profil de répondants à l'enquête US3R est socialement plus avantagé que la population générale. Il s'agit en effet majoritairement de femmes actives, très éduquées et plutôt en bonne santé avant le confinement. Cela étant, l'enquête fait état de certains faits saillants dans cette sous-population favorisée : un fort renoncement à des soins spécialistes et des examens médicaux; des disparités dans le renoncement aux différents types de soins au détriment des plus malades; des disparités dans le renoncement aux soins dentaires au détriment des plus pauvres; une détérioration perçue de l'état de santé chez une personne sur 5, et une proportion non négligeable de personnes qui rapportent ne pas envisager d'aller consulter lors d'un futur besoin de soins. Ainsi, la non-représentativité de cette enquête tend à suggérer que ces résultats sont une borne inférieure de l'ampleur du renoncement aux soins dans la population belge et des conséquences futures sur la santé de la population. Les conséquences de soins médicaux non satisfaits sont susceptibles d'être encore plus importantes dans des sous-groupes de la population moins socialement favorisés. En effet, ces derniers cumuleront non seulement un renoncement aux soins médicaux pour raisons financières mais aussi un renoncement dû au confinement. De plus, s'ils subissent des pertes d'emploi ou de revenu accrues en raison de la COVID-19, leur probabilité de renoncer à des soins médicaux pour raisons financières pourrait s'accroître dans le futur.

##### ***4.2. Craindre (ou pas) que le second confinement ait davantage accentué le renoncement aux soins ?***

Nous avons choisi de ne pas reconduire l'enquête US3R lors des confinements suivants. Nous ne pouvons donc pas comparer l'ampleur du renoncement aux soins entre des confinements. Le confinement d'automne a eu l'avantage majeur d'avoir été précédé du confinement de printemps qui s'était instauré dans un contexte de forte incertitude quant à la contagion de la COVID-19. Cette incertitude avait poussé les décideurs politiques à employer une règle uniforme de fermeture des cabinets médicaux et d'annulation de tous les soins jugés non urgents ou essentiels. Au second confinement, il a été primordial d'assurer la continuité des soins non-COVID et de préserver les capacités hospitalières autant que possible pour les autres patients que les patients COVID. L'offre de soins a donc été moins contrainte. De plus, les professionnels de santé dans le paramédical et le dentaire ont poursuivi leur activité. Ainsi, il est intuitivement attendu que les externalités négatives du second confinement et des suivants sur les autres malades que les malades COVID-19 seront plus faibles qu'au premier confinement. Néanmoins,

il sera nécessaire d'utiliser des données administratives et des méthodes d'évaluation rigoureuses pour comparer les conséquences sur le recours aux soins, la santé et la surmortalité entre les différents confinements.

### **4.3. Tirer des leçons de la pandémie pour identifier les besoins de soins futurs**

Alors que le concept d'équité fait référence à l'idée que des personnes ayant des besoins égaux reçoivent un traitement égal et un accès aux soins égal, la crise a conduit à donner la priorité aux patients COVID-19 et a généré des barrières dans l'accès aux soins de santé pour les patients non-COVID malgré leurs besoins de santé identifiés. Ces obstacles à l'accès aux soins de santé et les besoins insatisfaits ont mis en évidence la difficulté du système de santé à être suffisamment résilient pour absorber le choc d'une pandémie. La résilience du système de santé est la capacité des acteurs de santé, des institutions et de la population à répondre de manière efficace aux crises, c'est-à-dire de maintenir les fonctions essentielles. L'annulation, le report et le renoncement aux soins montrent le degré d'incapacité du système à avoir maintenu ses fonctions essentielles et à répondre à tous les besoins de santé de la population (Kruk *et al.*, 2017). Nous identifions deux leçons apprises pendant la crise concernant le renoncement aux soins.

Premièrement, des analyses empiriques rigoureuses permettront d'évaluer l'ampleur du renoncement aux soins et s'il aura été rattrapé dans le temps. Dans le meilleur des cas, les soins de santé essentiels auront été reportés à plus tard. Cependant, on peut envisager que dans de nombreux cas, les personnes auront complètement renoncé à des soins médicaux et ne combleront pas des besoins de santé insatisfaits. Il sera donc important que les décideurs politiques envisagent des plans nationaux de santé publique de grande ampleur qui «ramènent» les patients vers les soins. Il s'agira non seulement d'encourager les patients dont le suivi s'est interrompu à reprendre leur traitement et à évaluer la détérioration de leur état de santé mais aussi d'encourager tous les patients qui ont manqué une opportunité de dépistage de ne pas perdre plus de temps dans l'identification potentielle de problèmes de santé sévères. Renforcer les capacités de dépistage est essentiel pour limiter les pertes de chances en termes de qualité de vie et de survie.

Deuxièmement, il sera important dans l'étude du non-recours aux soins durant le confinement d'identifier non seulement les conséquences négatives mais aussi des conséquences positives que ce non-recours aura pu avoir. La demande de soins de santé liée au traitement de certaines maladies telles que le cancer, les maladies cardiaques et le diabète pour lesquelles un traitement est retardé pourra entraîner une réduction substantielle de la qualité de vie et une augmentation des risques de mortalité («soins essentiels»). Néanmoins, le report de certains soins pourra avoir eu des effets souhaitables sur la santé des patients, par exemple dans le cas de procédures à faible efficacité ou à haut risque de complications supplémentaires. De même, l'annulation de tests inutilement dupliqués ou de sur-prescription de certains médicaments pourra avoir des effets positifs tant sur la santé de la population que sur le budget des soins de santé.

## **Conclusion**

Cette étude met en évidence un renoncement particulièrement important à des soins spécialistes et des examens médicaux dans l'échantillon de la population qui a répondu à l'enquête en ligne que nous avons menée au printemps 2020. Les raisons qui expliquent les renoncements aux soins des personnes enquêtées relèvent majoritairement de l'offre de soins, notamment le fait que les hôpitaux ou les établissements de soins ont annulé ou reporté les rendez-vous médicaux ou que les professionnels de santé avaient fermé leur cabinet. Puisqu'ils sont nécessairement de plus grands utilisateurs de soins, ce sont les plus malades qui ont particulièrement renoncé à des soins médicaux. Une détérioration de l'état de santé de la population est donc à craindre du fait du renoncement à des soins

médicaux durant le confinement. Ce premier constat appelle à une évaluation de grande ampleur à partir de méthodes d'évaluation rigoureuses et utilisant des données de consommation de soins quand celles-ci seront disponibles.

---

Marie Bertier est étudiante en Master à l'Economics School of Louvain de l'UCLouvain.

Jeroen Luyten est professeur en économie de la santé à la KU Leuven et chercheur à la Leuven Institute for Healthcare Policy (KU Leuven).

Sandy Tubeuf est professeure en économie de la santé à l'UCLouvain et chercheuse à l'IRSS- IRES/LIDAM (UCLouvain).

Marie Bertier, Jeroen Luyten et Sandy Tubeuf

marie.bertier@student.uclouvain.be  
jeroen.luyten@kuleuven.be  
sandy.tubeuf@uclouvain.be

---

## Références

Braekman, E., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Hermans, L., Van der Heyden, J. (2020). Quatrième enquête de santé Covid-19 : Résultats préliminaires. *Sciensano*. <https://doi.org/10.25608/jmgf-2028>

Chatterji, P., Li, Y. (2021). Effects of the COVID-19 Pandemic on Outpatient Providers in the United States. *Medical care*, 59(1), 58–61. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001448>

COVIDSurg Collaborative (2020). Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *The British journal of surgery*, 107(11), 1440–1449. <https://doi.org/10.1002/bjs.11746>

Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins une approche socio-anthropologique. *Question d'économie de la santé*, 169. <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>

Dourgnon, P., Jusot, F., Fantin, R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Economie publique : Etudes et recherches = Public economics*, Institut d'économie publique (IDEP), pp.123-147. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01593811>

Gonzalez, D., Zuckerman, S., M. Kenney, G., Karpman, M. (2020). Almost half of adults in families losing work during the pandemic avoided health care because of costs or Covid-19 concerns. *Urban Institute*. [https://www.urban.org/sites/default/files/publication/102548/almost-half-of-adults-in-families-losing-work-avoided-health-care-because-of-cost-or-covid-19-concerns\\_1.pdf](https://www.urban.org/sites/default/files/publication/102548/almost-half-of-adults-in-families-losing-work-avoided-health-care-because-of-cost-or-covid-19-concerns_1.pdf)

Hartnett, K.P., Kite-Powell, A., DeVies, J., Coletta, M.A., Boehmer, T.K., Adjemian, J., Gundlapalli, A.V., National Syndromic Surveillance Program Community of Practice (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits — United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(23), 699–704. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6923e1>

Kruk, M.E., Ling E.J., Bitton A., Cammett M., Cavanaugh K., Chopra M., El-Jardali F., Macauley R.J., Muraguri M.K., Konuma S., Marten R. (2017). Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. *British Medical Journal*, 357:j2323.

Mehrotra, A., Chernew, M., Linetsky, D., Hatch, H., Cutler, D. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Outpatient Visits: A Rebound Emerges. *To the Point (blog)*, Commonwealth Fund. <https://doi.org/10.26099/ds9e-jm36>

Parienté, W. (2016). Mesurer l'effet des politiques publiques : l'essor des évaluations aléatoires. *Regards économiques*, Numéro 124. <https://doi.org/10.14428/regardseco2016.03.03>

Pikoulis, E., Solomos, Z., Riza, E., Puthooppambal, S.J., Pikoulis, A., Karamagioli, E., Puchner, K.P. (2020). Gathering evidence on the decreased emergency room visits during the coronavirus disease 19 pandemic. *Public health*, 185, 42–43. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.036>



Van Ballegooijen, H., Goossens, L., H. Bruin, R., Michels, R., Krol, M. (2020). Concerns, quality of life, access to care and productivity of the general population during the first 8 weeks of the coronavirus lockdown in Belgium and the Netherlands. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.07.24.20161554>

Weissman, J.S., Stern, R., Fielding, S.L., Epstein, A.M. (1991). Delayed access to health care: risk factors, reasons and consequences. *Annals of internal medicine*, 114, 325-331. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-114-4-325>

Ziedan, E., Simon, K.I., Wing, C. (2020). Effects of State COVID-19 Closure Policy on NON-COVID-19 Health Care Utilization. *National Bureau of Economic Research (NBER) Working Paper Series*, 27621.

ENCADRÉ 1

**L'enquête US3R  
(Utilisation  
de Soins :  
Recours, Report,  
Renoncement)**

L'enquête US3R est une enquête en population générale développée en collaboration entre l'UCLouvain et la KU Leuven durant la première vague de la COVID-19 et disponible en ligne entre le 4 mai et le 30 juin 2020. Son objectif était de mesurer l'ampleur du report, du renoncement ou du recours aux autres soins médicaux que ceux liés aux symptômes du coronavirus durant la période de confinement en Belgique. Un échantillon de 3.164 personnes y ont répondu.

**Qui a répondu à l'enquête ?**

**Caractéristiques socio-démographiques**

L'âge moyen des participants à l'enquête est de 49 ans. Il s'agit principalement de femmes ayant un niveau d'éducation élevé et de répondants vivant dans des ménages de 2,7 personnes en moyenne. Les ménages avec enfants ont en moyenne 1,83 enfants. Les répondants sont plus éduqués que l'ensemble de la population résidente en Belgique (73,5% possèdent un diplôme de l'enseignement supérieur). Au 1<sup>er</sup> mars 2020, c'est-à-dire avant le confinement, la majorité des répondants avaient une activité rémunérée (63,7%) et 22,4% des répondants étaient prépensionnés ou pensionnés. Parmi les personnes ayant une activité rémunérée, la plupart d'entre elles étaient des salariées (84,4%). A la suite des mesures de confinement, une large proportion de personnes ayant une activité rémunérée rapportent travailler à temps plein depuis leur domicile (41,7%) contre 18,9% de travailleurs travaillant à temps plein sur leur lieu de travail. Environ 16% des travailleurs se sont retrouvés à devoir partager leur temps de travail entre leur lieu de travail et leur domicile. Et 21,8% d'entre eux rapportent qu'ils ont fait face à d'autres agencements de leur temps et lieu de travail depuis le début du confinement. Ces statistiques sont proches de celles évaluées par Sciensano dans leur rapport sur la troisième enquête de santé COVID-19 (Braekman *et al.*, 2020), qui montrent que 42,5% des travailleurs ont eu recours au télétravail afin de pouvoir poursuivre leur activité professionnelle durant le confinement.

Près d'une personne enquêtée sur 4 rapporte dans l'enquête que le revenu de leur ménage s'est dégradé depuis le début du confinement. Selon les données récoltées par Sciensano, il s'agirait seulement d'une personne sur 5 (Braekman *et al.*, 2020).

**Caractéristiques de santé**

Les répondants étaient plutôt en bonne santé avant le confinement et ont consulté des médecins généralistes et spécialistes régulièrement au cours des 12 derniers mois. Trois personnes enquêtées sur 5 estiment avoir une bonne voire très bonne santé (60,03%). En outre, 1 personne enquêtée sur 2 déclare avoir au moins un problème de santé chronique et 38,76% des répondants rapportent être limités dans les activités de la vie quotidienne à la suite d'un problème de santé. Par ailleurs, la moitié de ces personnes atteintes d'un problème de santé déclare qu'elles ont besoin d'un suivi régulier. Ainsi, au cours des 12 derniers mois, les personnes enquêtées ont régulièrement consulté des médecins généralistes et spécialistes. Près de 3 répondants sur 5 (59,62%) sont allés voir à raison de 1 à 3 fois un médecin généraliste (contre 56,94% pour les médecins spécialistes) et près d'un quart des répondants (26,54%) sont allés voir plus de 3 fois un médecin généraliste (contre 23,49% pour un médecin spécialiste).



ENCADRÉ 2

**Recours aux soins durant le confinement**

Dans l'enquête US3R, 25% des enquêtés ont eu une consultation durant le confinement pour un problème de santé autre que des symptômes liés à la COVID-19 et 15% ont eu plusieurs consultations auprès d'un médecin hors de l'hôpital. Sont incluses à la fois les consultations au cabinet d'un médecin, les consultations dans un centre médical, les consultations à domicile, et les consultations par téléphone ou sur internet. Parmi ceux qui ont eu une consultation durant le confinement, près d'une personne sur deux rapporte au moins une consultation à distance (41,2%). Lors des consultations en personne, la grande majorité des répondants (91,3%) estime que le médecin a passé suffisamment de temps avec eux et rapportent que la consultation a été aussi satisfaisante qu'avant le confinement (79,9%). Seulement 14% des personnes rapportent que la consultation a été moins satisfaisante que les consultations en personne hors de la période de confinement. Concernant les consultations à distance, elles se sont majoritairement faites par téléphone (90,41%). Une large majorité des personnes considèrent que le médecin leur a consacré suffisamment de temps (80%). Cependant, plus de la moitié des personnes enquêtées (55,7%) estime que la téléconsultation a été moins satisfaisante qu'une consultation en personne et seulement 39% rapportent que la téléconsultation a été aussi satisfaisante qu'une consultation en face-à-face.

ENCADRÉ 3

**Renoncement aux soins durant la COVID-19 : que sait-on ?**

L'impact du confinement et de la gestion de la crise de la COVID-19 sur le recours aux soins a fait l'objet de plusieurs études récentes dans la littérature internationale, notamment sur données américaines. De nombreuses recherches empiriques devraient être publiées dans les mois et années à venir au fur et à mesure que les données administratives et d'assurance sont mises à la disposition des chercheurs dans leur totalité. Les premières études qui cherchent à évaluer une relation de cause à effets entre la pandémie et le recours aux soins montrent une forte baisse des admissions d'urgence (Hartnett *et al.*, 2020), des chirurgies électives, des soins de routine ainsi que du recours aux soins primaires (Mehrota *et al.*, 2020). Chatterji et Li (2021) identifient une forte baisse du nombre de visites ambulatoires la semaine du 15 mars, la même semaine où il y avait une augmentation massive du nombre de cas COVID-19 confirmés. Ils montrent que la pandémie a conduit à une baisse de 67% du nombre total de visites ambulatoires à la mi-avril 2020 par rapport à la même semaine les années précédentes. De même, Mehrota *et al.* (2020) montrent une diminution entre 60 et 70% des interventions chirurgicales en avril, mai et juin, en particulier auprès des patients les plus jeunes. Selon la Collaboration COVIDSurg (2020), 28,4 millions de chirurgies ont été annulées dans le monde pendant les 12 semaines ayant suivi l'apparition de la pandémie de COVID-19 de mars à mai 2020. Si les visites de soins ambulatoires ont diminué de près de 60% en avril, elles ont repris en mai et juin. Cependant, elles sont restées un tiers en dessous de la moyenne de visites pré-pandémie.

Certaines recherches ont également porté sur les visites aux urgences. En comparant les données de mars-avril 2019 et 2020 aux États-Unis, Harnett *et al.* (2020) montrent une réduction de 42% des visites aux urgences, les enfants et les femmes étant les plus concernés. De même, plusieurs travaux montrent une diminution des consultations médicales pour certains types de problèmes de santé tels que les accidents vasculaires cérébraux, les syndromes coronariens aigus, les appendicites et les crises d'épilepsie, etc. (Pikoulis *et al.*, 2020). Il n'est pas encore clair si la moindre fréquentation des services d'urgences pour ces pathologies est liée à une diminution de leur fréquence dans la population du fait de patients confinés et moins stressés, ou à une sous-utilisation des services d'urgence par les patients par crainte de contracter ou transmettre le virus de la COVID-19. Certaines statistiques sur l'évolution des soins pour des affections spécifiques telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, ainsi que les soins préventifs sont aussi observées mais la littérature reste assez factuelle et les mécanismes explicatifs restent à explorer.

## **REGARDS ÉCONOMIQUES**

Place Montesquieu, 3  
B1348 Louvain-la-Neuve  
regard-ires@uclouvain.be  
tél. 010 47 34 26  
[www.regards-economiques.be](http://www.regards-economiques.be)



Directeur de la publication :  
*Vincent Bodart*

Rédactrice en chef :  
*Muriel Dejemeppe*

Secrétariat & logistique :  
*Virginie Leblanc*

Graphiste :  
*Dominique Snyers*

Comité de rédaction :

*Paul Belleflamme  
Vincent Bodart  
Muriel Dejemeppe  
Gilles Grandjean  
Jean Hindriks  
William Parienté  
Sandy Tubeuf  
Bruno Van der Linden  
Frédéric Vrins*

