

Année 2020/2021

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
par

Geoffrey BERTHON

Né le 8 décembre 1991 à Tours (37)

Étude des consommations de soins et des ruptures de suivi médical liées à la pandémie de COVID-19, chez les patients atteints de pathologies chroniques, en région Centre-Val de Loire

Présentée et soutenue publiquement le **20 avril 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Leslie GUILLON-GRAMMATICO, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse :

Docteur Martine MORVAN, Médecine Générale, Direction Régionale du Service Médical – Orléans

RÉSUMÉ

Étude des consommations de soins et des ruptures de suivi médical liées à la pandémie de COVID-19, chez les patients atteints de pathologies chroniques, en région Centre-Val de Loire

Introduction : L'accès aux soins est une priorité en France. En mars 2020, la pandémie COVID-19 a amené à confiner la population et a réduit l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Les objectifs de cette étude étaient de décrire l'évolution des consommations de soins des patients en affection de longue durée (ALD), en région Centre-Val de Loire, en 2020, et d'identifier les ruptures de suivi médical et leurs déterminants.

Matériel et méthodes : Cette étude observationnelle à partir des données du Système National des Données de Santé décrivait l'évolution des consommations de soins ambulatoires dans la population cible avant, pendant et après le confinement, et en cas de rupture de suivi médical. Les déterminants de ces ruptures ont été étudiés par régression logistique.

Résultats : Les consultations et actes techniques médicaux des 189 693 patients de l'étude ont diminué au cours du confinement (-32,8 % et -62,9 % vs 2019), malgré un recours accru à la télémedecine. Un retour au niveau antérieur était observé ensuite. Les consommations d'actes infirmiers et de produits de santé étaient plus stables. Les 0-14 ans ont été les plus impactés. Les patients en rupture de suivi médical résidaient plus fréquemment en dehors du département d'Indre-et-Loire (OR = 1,32 à 1,43 selon le département, $p \leq 0,001$). Les affections psychiatriques et la maladie d'Alzheimer étaient des facteurs protecteurs (OR = 0,58, $p < 0,001$ et OR = 0,70, $p = 0,006$ respectivement). De même, le fait que le médecin régulier soit le médecin traitant du patient réduisait le risque de rupture (OR = 0,86, $p = 0,03$).

Conclusion : Une diminution du recours aux soins de ville a été constatée pour les patients en ALD, en particulier pour les plus jeunes. L'étude des facteurs associés aux ruptures de suivi médical confirmait les difficultés d'accès aux soins préexistantes, majorées pendant le confinement.

Mots-clés : maladie chronique, affection de longue durée, COVID-19, confinement, soins ambulatoires, accès aux soins, non-recours aux soins

ABSTRACT

Study of healthcare consumptions and breaks in medical follow-up linked to the COVID-19 pandemic, among patients suffering from chronic diseases, in the Centre-Val de Loire region

Introduction : Access to healthcare is a priority in France. In March 2020, the COVID-19 pandemic led to the lockdown of the population and reduced access to healthcare throughout the country. The objectives of this study were to describe the evolution of healthcare consumptions by patients with long-term diseases in the Centre-Val de Loire region in 2020, and to identify breaks in medical care and their determinants.

Material et methods : This observational study using data from the French National Health Data Information System described the evolution of ambulatory care consumptions in the target population before, during and after lockdown, and upon break in medical follow-up. The determinants of these disruptions were studied by logistic regression.

Results : Consultations and medical procedures of the 189,693 patients in the study decreased during lockdown (-32.8% and -62.9% vs 2019), despite increased use of telemedicine. A return to the prior level was observed afterwards. Consumption of nursing and pharmaceuticals was more stable. The 0-14 year-olds were the most affected. Patients who had broken off medical follow-up resided more frequently outside the department of Indre-et-Loire (OR = 1.32 to 1.43 depending on the department, $p \leq 0.001$). Psychiatric conditions and Alzheimer's disease were protective factors (OR = 0.58, $p < 0.001$ and OR = 0.70, $p = 0.006$ respectively). Similarly, the fact that the regular physician was the referring physician reduced the risk of break (OR = 0.86, $p = 0.03$).

Conclusion : A decrease in the use of ambulatory care has been observed for patients with long-term diseases, especially for younger patients. The study of the factors associated with breaks in medical follow-up confirmed the pre-existing difficulties of access to care, which increased during lockdown.

Keywords : chronic disease, long-term disease, COVID-19, lockdown, ambulatory care, health services accessibility, unmet health care needs, health care renunciation, non take-up

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BRUNAULT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Emmanuel Rusch,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre accompagnement et vos précieux conseils tout au long de mon internat.

Au Professeur Jean Robert,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et pris du temps pour évaluer ce travail.

Au Docteur Leslie Guillon-Grammatico,

Merci pour ton accompagnement tout au long de mes 4 années d'internat, pour tes conseils, ton investissement dans l'internat de santé publique et dans le rayonnement de notre belle spécialité.

Au Docteur Martine Morvan,

Merci pour votre accompagnement tout au long de ce projet et dans les suites que nous allons lui donner, pour votre disponibilité, votre soutien et vos précieux conseils. Merci pour votre accueil au sein de la DRSM.

À mes collègues de la MASI, Jean-François Chardon, Céline Cohonner et Julie Landreau,

Merci pour toutes les heures passées à réfléchir ensemble à la façon de construire ce travail, tous vos conseils, votre expertise et tout le temps passé à extraire les données. Merci Jean-François pour ta disponibilité sans faille et pour les réponses à toutes mes très nombreuses questions. Désolé pour tous les maux de tête que j'ai dû te causer.

Au Docteur Sophie Ruggieri,

Merci pour votre accueil et votre accompagnement dans la construction de ce travail.

Aux équipes de la CPAM du Loiret,

Merci pour votre participation à l'élaboration de ce travail et pour m'avoir fourni des données précieuses.

À l'ensemble de mes collègues de la DRSM,

Merci pour votre accueil et ces deux semestres passés à vos côtés.

À tous ceux que j'ai côtoyés et avec qui j'ai eu la chance de travailler pendant mon internat,

Merci pour votre accueil toujours chaleureux et pour tout ce que j'ai appris à vos côtés. Merci tout particulièrement à toute l'équipe de l'OMÉDIT Centre-Val de Loire, Mary-Christine, Joëlle, Hugues et Matthieu, pour votre bienveillance, votre dynamisme, et pour l'année passionnante passée avec vous. Merci Solène, Fanny et Lucille, pour votre bonne humeur et les six mois très enrichissants passés à vos côtés à l'UEME. Merci à toute l'équipe de santé publique pour votre investissement dans la vie de notre spécialité.

À mes collègues de Master 2,

Merci pour cette année passée avec vous sur les bancs de Paris-Dauphine (et malheureusement aussi derrière nos écrans).

À mes co-internes et à ceux qui sont devenus grands,

Merci pour ces quatre belles années passées à vos côtés, pour les moments partagés ensemble en stage et en dehors. Je ne doute pas que l'on continuera à passer de très bons moments ensemble.

À mes parents,

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté, pour votre indéfectible soutien et tout votre amour depuis toujours. Merci Maman pour tes relectures.

À mes grands-parents,

Merci pour votre amour, pour votre fierté et pour tous les moments passés ensemble qui m'ont fait grandir.

À mes amis,

Merci pour tous ces moments, toujours agréables, passés à vos côtés, pour votre bonne humeur et votre humour. Votre amitié m'est chère. Merci Julien, Olivier, Franck et Tanguy, pour tous les rires et les bons moments passés ensemble depuis nos années d'externat. Merci Co et Jo pour cette fraternité qui nous lie depuis toujours.

À ma belle-famille,

Merci Anne, pour ta générosité et ton éternel enthousiasme. Merci Elora et Clément, pour tous ces bons moments passés ensemble et pour votre humour sans limite. Merci Elora pour ta relecture de l'anglais.

À Marion,

Merci pour ton amour au quotidien, pour tout le bonheur que tu m'apportes, pour ton sourire et pour ton grain de folie.

ÉTUDE DES CONSOMMATIONS DE SOINS
ET DES RUPTURES DE SUIVI MÉDICAL
LIÉES À LA PANDÉMIE DE COVID-19,
CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES
CHRONIQUES, EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux	16
Liste des figures	18
Liste des encadrés	20
Liste des annexes.....	20
Liste des abréviations, des sigles et des acronymes	21
1 Introduction.....	22
2 Matériel et Méthodes	24
2.1 Schéma d'étude.....	24
2.2 Population d'étude.....	24
2.2.1 Population cible.....	24
2.2.2 Sous-population suivie tous les mois en médecine générale.....	24
2.3 Données utilisées	26
2.4 Période d'étude	27
2.5 Analyses statistiques	27
2.5.1 Analyse principale	27
2.5.2 Analyses secondaires.....	28
2.6 Aspects éthiques et réglementaires.....	29
3 Résultats	31
3.1 Caractéristiques de la population	31
3.2 Analyse des consommations de soins ambulatoires des patients en ALD.....	34
3.2.1 Consommations globales	34
3.2.2 Consommations par classe d'âge	39
3.2.3 Consommations en rapport avec une ALD ou non.....	46
3.2.4 Recours aux consultations et actes médicaux par spécialité et par modalité de réalisation.....	54
3.2.5 Consommations selon le nombre d'ALD de l'assuré.....	58
3.2.6 Focus sur les cinq ALD les plus représentées	62
3.3 Analyse des ruptures de suivi médical des patients en ALD habituellement suivis tous les mois en médecine générale	70
3.3.1 Description des consommations de la sous-population	70
3.3.2 Analyse des déterminants des ruptures de suivi médical au cours du premier confinement	77

4	Discussion	83
4.1	Principaux résultats	83
4.1.1	Une forte diminution des soins médicaux.....	83
4.1.2	Des soins infirmiers moins impactés	85
4.1.3	Un stockage des produits de santé	86
4.1.4	Des jeunes particulièrement impactés.....	86
4.1.5	Des patients atteints de pathologies psychiatriques moins impactés mais plus durablement.....	88
4.1.6	Des ruptures de soins globales.....	88
4.1.7	Des ruptures de soins liées à la pathologie	89
4.1.8	Des difficultés d'accès aux soins majorées par le confinement	90
4.1.9	Les Communautés professionnelles territoriales de santé comme levier d'action	91
4.2	Limites de l'étude	91
4.3	Forces de l'étude	95
5	Conclusion	96
6	Bibliographie.....	97
7	Annexes	104

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des patients de la population d'étude et des sous-populations, au 1er janvier 2020.....	32
Tableau II : Nombre moyen d'actes hebdomadaires en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, par type de soins et selon la période de l'année, dans la population d'étude.....	34
Tableau III : Nombre moyen d'actes hebdomadaires en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, par type de soins et selon la période de l'année, chez les 0-14 ans (n = 4 309)	39
Tableau IV : Nombre moyen d'actes hebdomadaires en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, par type de soins et selon la période de l'année, chez les 15-34 ans (n = 8 169)	40
Tableau V : Nombre moyen d'actes hebdomadaires en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, par type de soins et selon la période de l'année, chez les 35-54 ans (n = 19 707)	40
Tableau VI : Nombre moyen d'actes hebdomadaires en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, par type de soins et selon la période de l'année, chez les 55-64 ans (n = 25 119)	40
Tableau VII : Nombre moyen d'actes hebdomadaires en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, par type de soins et selon la période de l'année, chez les 65-74 ans (n = 58 313)	41
Tableau VIII : Nombre moyen d'actes hebdomadaires en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, par type de soins et selon la période de l'année, chez les 75 ans et plus (n = 74 076).....	41
Tableau IX : Nombre moyen d'actes hebdomadaires en rapport avec une ALD en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, par type de soins et selon la période de l'année, dans la population d'étude..	46
Tableau X : Nombre moyen d'actes hebdomadaires sans rapport avec une ALD en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, par type de soins et selon la période de l'année, dans la population d'étude..	46
Tableau XI : Nombre moyen d'actes médicaux hebdomadaires en médecine générale en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, selon le rapport avec une ALD et selon la période de l'année, dans la population d'étude.....	51
Tableau XII : Nombre moyen d'actes médicaux hebdomadaires hors médecine générale en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, selon le rapport avec une ALD et selon la période de l'année, dans la population d'étude.....	51
Tableau XIII : Nombre moyen d'actes médicaux hebdomadaires en médecine générale en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, selon la modalité de réalisation et selon la période de l'année, dans la population d'étude.....	54
Tableau XIV : Nombre moyen d'actes médicaux hebdomadaires hors médecine générale en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, selon la modalité de réalisation et selon la période de l'année, dans la population d'étude.....	54
Tableau XV : Nombre moyen d'actes hebdomadaires en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, par type de soins et selon la période de l'année, chez les patients ayant une seule ALD (n = 139 933)	58
Tableau XVI : Nombre moyen d'actes hebdomadaires en 2019 et 2020 et évolution 2019-2020, par type de soins et selon la période de l'année, chez les patients ayant plusieurs ALD (n = 49 760)	58

Tableau XVII : Nombre moyen d'actes hebdomadaires par type de soins, chez les patients en ALD n°8 (n = 37 342), en 2019 et 2020, selon la période de l'année et évolution 2019-2020	62
Tableau XVIII : Nombre moyen d'actes hebdomadaires par type de soins, chez les patients en ALD n°30 (n = 20 806), en 2019 et 2020, selon la période de l'année et évolution 2019-2020	64
Tableau XIX : Nombre moyen d'actes hebdomadaires par type de soins, chez les patients en ALD n°23 (n = 14 911), en 2019 et 2020, selon la période de l'année et évolution 2019-2020	66
Tableau XX : Nombre moyen d'actes hebdomadaires par type de soins, chez les patients en ALD n°13 (n = 14 564), en 2019 et 2020, selon la période de l'année et évolution 2019-2020	68
Tableau XXI : Nombre moyen d'actes hebdomadaires par type de soins, chez les patients en ALD n°5 (n = 11 571), en 2019 et 2020, selon la période de l'année et évolution 2019-2020	69
Tableau XXII : Nombre moyen d'actes hebdomadaires par type de soins, chez les patients en rupture de suivi médical en médecine générale au cours du confinement (n = 2245), en 2019 et 2020, selon la période de l'année et évolution 2019-2020.....	71
Tableau XXIII : Nombre moyen d'actes hebdomadaires par type de soins, chez les patients sans rupture de suivi médical en médecine générale au cours du confinement (n = 8485), en 2019 et 2020, selon la période de l'année et évolution 2019-2020	71
Tableau XXIV : Délais de consultations et réalisation de consultations post-confinement, selon la survenue d'une rupture de suivi médical ou non pendant le confinement, dans la sous-population des patients habituellement suivis tous les mois en médecine générale	73
Tableau XXV : Résultats des analyses univariées et multivariées des facteurs associés à la rupture de suivi médical en médecine générale au cours du confinement, dans la sous-population des patients habituellement suivis tous les mois en médecine générale	78

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de consultations médicales hebdomadaires, dans la population d'étude, en 2019 et 2020, entre les semaines 2 et 30	35
Figure 2 : Nombre d'actes techniques médicaux, dans la population d'étude, en 2019 et 2020, entre les semaines 2 et 30	36
Figure 3 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de consultations médicales et d'actes techniques médicaux, dans la population d'étude	36
Figure 4 : Nombre hebdomadaire d'actes infirmiers, dans la population d'étude, en 2019 et 2020, entre les semaines 2 et 30.....	37
Figure 5 : Nombre de consommateurs hebdomadaires d'actes infirmiers, dans la population d'étude, en 2019 et 2020, entre les semaines 2 et 30	37
Figure 6 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire d'actes infirmiers et de leurs consommateurs, dans la population d'étude.....	37
Figure 7 : Nombre de délivrances en officine, dans la population d'étude, en 2019 et 2020, entre les semaines 2 et 30.....	38
Figure 8 : Nombre de boîtes de médicaments délivrées en officine, dans la population d'étude, en 2019 et 2020, entre les semaines 2 et 30	38
Figure 9 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de délivrances en officine et de boîtes délivrées, dans la population d'étude	39
Figure 10 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de consultations médicales, par classe d'âge, dans la population d'étude	43
Figure 11 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire d'actes médicaux, par classe d'âge, dans la population d'étude	44
Figure 12 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire d'actes infirmiers, par classe d'âge, dans la population d'étude	44
Figure 13 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de délivrances en officine, par classe d'âge, dans la population d'étude	44
Figure 14 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de boîtes délivrées en officine, par classe d'âge, dans la population d'étude	45
Figure 15 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de consultations médicales dans la population d'étude, selon le rapport ou non avec une ALD	47
Figure 16 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire d'actes médicaux dans la population d'étude, selon le rapport ou non avec une ALD.....	48
Figure 17 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire d'actes infirmiers dans la population d'étude, selon le rapport ou non avec une ALD.....	48
Figure 18 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de consommateurs d'actes infirmiers dans la population d'étude, selon le rapport ou non avec une ALD.....	49

Figure 19 : Évolution du nombre hebdomadaire de délivrances en officine dans la population d'étude en 2020 par rapport à 2019, selon le rapport ou non de la prestation avec une ALD.....	49
Figure 20 : Évolution du nombre hebdomadaire de boîtes délivrées en officine dans la population d'étude en 2020 par rapport à 2019, selon le rapport ou non de la prestation avec une ALD	50
Figure 21 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de consultations médicales par spécialité et selon le rapport ou non avec une ALD, dans la population d'étude.....	52
Figure 22 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire d'actes techniques médicaux par spécialité et selon le rapport ou non avec une ALD, dans la population d'étude.....	53
Figure 23 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de consultations médicales au cabinet, par spécialité, dans la population d'étude	55
Figure 24 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire d'actes médicaux au cabinet, par spécialité, dans la population d'étude	55
Figure 25 : Nombre hebdomadaire de téléconsultations, par spécialité, dans la population d'étude, en 2019 et 2020.....	56
Figure 26 : Nombre hebdomadaire de visites à domicile, par spécialité, dans la population d'étude, en 2019 et 2020.....	57
Figure 27 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de consultations médicales selon le nombre d'ALD, dans la population d'étude	59
Figure 28 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire d'actes médicaux selon le nombre d'ALD, dans la population d'étude.....	59
Figure 29 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire d'actes infirmiers selon le nombre d'ALD, dans la population d'étude.....	60
Figure 30 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de consommateurs d'actes infirmiers selon le nombre d'ALD, dans la population d'étude.....	60
Figure 31 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de délivrances en officine selon le nombre d'ALD, dans la population d'étude	61
Figure 32 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de boîtes délivrées en officine selon le nombre d'ALD, dans la population d'étude	61
Figure 33 : Évolution du nombre d'actes hebdomadaires par type de soins chez les patients en ALD 8, en 2020 par rapport à 2019.....	63
Figure 34 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de boîtes délivrées pour la classe ATC 2 des médicaments du diabète, dans la population d'étude.....	63
Figure 35 : Évolution du nombre d'actes hebdomadaires par type de soins chez les patients en ALD 30, en 2020 par rapport à 2019.....	65
Figure 36 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de boîtes délivrées pour la classe ATC 2 des antinéoplasiques, dans la population d'étude	65
Figure 37 : Évolution du nombre d'actes hebdomadaires par type de soins chez les patients en ALD 23, en 2020 par rapport à 2019.....	66

Figure 38 : Évolution 2019-2020 du nombre hebdomadaire de boîtes délivrées pour les classes ATC 2 des psychoanaleptiques et psycholeptiques, dans la population d'étude	67
Figure 39 : Évolution du nombre d'actes hebdomadaires par type de soins chez les patients en ALD 13, en 2020 par rapport à 2019.....	69
Figure 40 : Évolution du nombre d'actes hebdomadaires par type de soins chez les patients en ALD 5, en 2020 par rapport à 2019.....	70
Figure 41 : Évolution du nombre hebdomadaire de consultations médicales, dans la sous-population de patients suivis tous les mois, en 2020 par rapport à 2019, selon qu'ils aient été ou non en rupture de suivi médical au cours du confinement de mars 2020.....	72
Figure 42 : Évolution du nombre hebdomadaire d'actes techniques médicaux, dans la sous-population de patients suivis tous les mois, en 2020 par rapport à 2019, selon qu'ils aient été ou non en rupture de suivi médical au cours du confinement de mars 2020.....	74
Figure 43 : Évolution du nombre hebdomadaire d'actes infirmiers, dans la sous-population de patients suivis tous les mois, en 2020 par rapport à 2019, selon qu'ils aient été ou non en rupture de suivi médical au cours du confinement de mars 2020.....	75
Figure 44 : Évolution du nombre hebdomadaire de délivrances en officine, dans la sous-population de patients suivis tous les mois, en 2020 par rapport à 2019, selon qu'ils aient été ou non en rupture de suivi médical au cours du confinement de mars 2020.....	76
Figure 45 : Évolution du nombre hebdomadaire de boîtes de médicaments délivrées en officine, dans la sous-population de patients suivis tous les mois, en 2020 par rapport à 2019, selon qu'ils aient été ou non en rupture de suivi médical au cours du confinement de mars 2020	76
Figure 46 : Associations statistiques (odds ratios et intervalles de confiance à 95 %) entre les facteurs étudiés et la rupture de suivi médical en médecine générale au cours du confinement, dans la sous-population des patients habituellement suivis tous les mois en médecine générale	80

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 : Liste des affections de longue durée.....	25
Encadré 2 : SNDS et caractéristiques socio-économiques	26
Encadré 3 : Informations préalables	31
Encadré 4 : Consommations de psychoanaleptiques et de psycholeptiques	67

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Liste des variables du SNDS traitées.....	104
Annexe 2 : Variations calendaires hebdomadaires entre 2019 et 2020	105

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
AIC	<i>Akaike information criterion</i>
ALD	Affection longue durée
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^{ème} révision
Classe ATC	Classe anatomique, thérapeutique et chimique
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale de l'Assurance Maladie
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CPAM	Caisse primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSS	Complémentaire santé solidaire
DRSM	Direction régionale du service médical
FDep	<i>French deprivation index</i>
IC95	Intervalle de confiance à 95 %
IDE	Infirmier diplômé d'État
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
Odenore	Observatoire des non-recours aux droits et services
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	<i>Odds ratio</i>
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SARS-CoV-2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>
SNDS	Système national des données de santé
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie
vs	versus

1 INTRODUCTION

Le modèle social français assure un niveau de protection élevé auquel la population est très attachée. Aujourd'hui la soutenabilité du système est fragilisée notamment par le vieillissement de la population et la chronicisation des maladies qui entraînent des besoins nouveaux. L'un des enjeux majeur est, dans ce contexte, de pouvoir garantir à tous l'accès aux soins.

Renforcer l'accès au système de soins est au centre de la mission et des engagements de l'Assurance Maladie et constitue en ce sens, l'axe premier de la convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour la période 2018-2022 (1).

Dans ce cadre, le développement de travaux de recherche sur ce sujet à partir des bases de données de l'Assurance Maladie constitue un levier précieux (2). En effet, comprendre les mécanismes qui conduisent certaines personnes à s'éloigner du système de santé peut conduire à mettre en œuvre des programmes adaptés.

Cette démarche prend un sens tout particulier dans le contexte de la pandémie de COVID-19 qui touche le pays depuis le début de l'année 2020.

Les premiers cas sur le territoire national français ont été rapportés dès le 24 janvier 2020 (3). La situation sanitaire en France s'est ensuite rapidement aggravée pour atteindre, au 15 mars 2020, 6378 cas confirmés dont 285 avaient nécessité ou nécessitaient encore une prise en charge en service de réanimation. À cette date, la France déplorait 161 décès liés à la COVID-19 (4).

La progression inquiétante et non-contrôlée de la pandémie a conduit le gouvernement à mettre en place des mesures inédites de restriction. Ainsi, un premier confinement de la population, à l'échelle de tout le territoire national, a débuté le 17 mars 2020, limitant au strict minimum les déplacements en dehors du domicile. Après plusieurs prolongations, il s'est achevé 55 jours plus tard, le 11 mai 2020, date à laquelle a débuté un déconfinement progressif de la population (5–10).

La crise sanitaire en elle-même, combinée aux mesures prises, a réduit l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, menant à des phénomènes de non-recours et de renoncement aux soins¹. Dès la mise en place du confinement, le niveau de recours aux soins a très rapidement chuté sur l'ensemble du territoire, à l'hôpital comme en ville (12).

Le renoncement aux soins, comme le non-recours, sont classiquement associés à des obstacles financiers. Ils demeurent toutefois des phénomènes multifactoriels dont les déterminants se trouvent dans tous les aspects de la vie de la personne (2,13). Dans le contexte particulier de la pandémie de COVID-19, ces phénomènes relèvent, en plus, de mécanismes propres à la situation sanitaire et à ses répercussions sur la vie des Français. Le premier est l'annulation ou le report d'une majeure partie de l'activité programmée et non urgente en raison des mesures de confinement et pour éviter les contacts interpersonnels. Le second phénomène est un non-recours aux soins, volontaire ou non, par les patients, soit par crainte d'une contamination à l'occasion du recours aux

¹ Le renoncement aux soins, par définition déclaratif, fait référence à un besoin de soins perçu par un individu, qu'il considère ne pas satisfaire. Le non-recours renvoie, lui, à un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait. Si elles ne se superposent pas totalement, ces deux notions concordent dans la majorité des situations (11).

soins, soit par volonté de ne pas perturber le travail des professionnels de santé confrontés à la gestion de l'épidémie, pour des motifs en apparence moins importants (14–18).

Si le non-recours aux soins n'est pas systématiquement synonyme de conséquences dramatiques, il peut conduire, dans certains cas, à une détérioration de l'état de santé ou à l'aggravation de pathologies. Les répercussions peuvent en être immédiates ou plus tardives (11,12,14). Des travaux, menés au début de la crise sanitaire, illustrent parfaitement le phénomène. En France, comme cela a aussi été décrit en Chine ou en Italie, une diminution importante de cas de certaines urgences vitales arrivant aux urgences, notamment les infarctus du myocarde ou les accidents vasculaires cérébraux, a été observée (12,19). De nombreux éléments indiquent que cette baisse s'explique en partie par un recours plus tardif, voire un non-recours des patients, au moment de l'évènement de santé. Une étude de l'Hôpital européen Georges Pompidou, analysant les registres d'appels des sapeurs-pompiers et les données hospitalières, a montré, sur la période de confinement, un doublement des arrêts cardiaques extrahospitaliers en région Ile-de-France, associé à une létalité majorée (20). Une étude du SAMU 93 indique que la prise en charge pré-hospitalière par les secours et la réanimation cardiopulmonaire avant leur arrivée ne semblent pas s'être significativement dégradées pendant le confinement (21). Cet ensemble d'éléments suggère fortement le rôle d'un recours plus tardif aux soins en cas d'évènement cardio-vasculaire aigu.

Au-delà d'évènements de santé aigus, l'aggravation de pathologies chroniques concerne plus particulièrement les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Ces patients ont, par définition, un besoin de traitement prolongé et de soins réguliers auquel il convient de répondre (22).

En l'absence d'études recensées dans la littérature sur la population des patients atteints de pathologies chroniques, il nous a paru pertinent d'étudier l'impact, dans notre région, de la première vague de la pandémie et du confinement de mars 2020 sur les consommations de soins de ces patients. Car, si la région Centre-Val de Loire a été moins touchée par la première vague de la pandémie de COVID-19, comparativement à d'autres régions françaises, elle s'inscrit dans un contexte de fragilité préexistante d'accès aux soins, liée à une démographie médicale faible.

Dans cette perspective, l'objectif principal de cette étude était de décrire les consommations de soins ambulatoires des assurés du régime général, en ALD², en région Centre-Val de Loire, au cours des premiers mois de la crise sanitaire de la COVID-19, pendant 3 périodes – avant, pendant et après le confinement de mars 2020 – en regard des mêmes périodes en 2019.

L'objectif secondaire était d'identifier les ruptures de suivi médical et leurs déterminants sur la population des assurés les plus fragiles, à haut risque de dégradation de leur état de santé en l'absence de ce suivi.

² Dans la suite du document le terme « ALD » est utilisé dans le sens des ALD exonérantes, c'est-à-dire pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 SCHÉMA D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective. Elle comporte une partie descriptive et une partie analytique.

2.2 POPULATION D'ÉTUDE

2.2.1 Population cible

Les patients atteints de pathologies chroniques ont été définis comme ceux bénéficiant d'une prise en charge en affection de longue durée. La population cible était composée des assurés du régime général de la région Centre-Val de Loire et de leurs bénéficiaires, porteurs d'une ALD liste ou hors liste³ et ayant eu au moins un remboursement de soins sur la période d'étude.

Critères d'inclusion :

- être affilié au régime général de l'Assurance Maladie tout au long de la période d'étude ;
- être affilié à la même Caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la région Centre-Val de Loire tout au long de la période d'étude ;
- être bénéficiaire, de façon continue pour au moins une même pathologie, du statut ALD exonérante du ticket modérateur pour au moins une ALD liste ou hors liste (encadré 1) ;
- avoir eu, au minimum, une consommation de soins remboursée par l'Assurance Maladie pendant la période d'étude ;
- être vivant au 31 juillet 2020.

Critères d'exclusion : aucun.

L'ensemble des individus répondant aux critères d'inclusion a été inclus dans l'étude.

2.2.2 Sous-population suivie tous les mois en médecine générale

Pour répondre aux objectifs secondaires, une sous-population de patients, habituellement suivis de façon mensuelle en médecine générale dans le cadre de leur prise en charge ALD, a été définie.

Y ont été inclus les individus ayant eu au moins 5 consultations de médecine générale en rapport avec leur ALD, quelles qu'en soient les modalités (au cabinet, visite à domicile ou téléconsultation). Ces consultations devaient être réparties sur 5 mois différents, sur la période des 6 mois pleins ayant précédé le confinement de mars 2020, soit entre le 1er septembre 2019 et le 29 février 2020.

³ Ces ALD regroupent les affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, telles que définies aux alinéas 3 et 4 de l'article L322-3 du code de la sécurité sociale (23)

ENCADRÉ 1 : LISTE DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

La liste des ALD, fixée par l'article D322-1 du Code de la Sécurité sociale, a été actualisée par le décret n°2011-77 du 19 janvier 2011 et par le décret n°2011-726 du 24 juin 2011 (ALD liste ou ALD 30) (24–26) :

ALD n°1 : accident vasculaire cérébral invalidant

ALD n°2 : insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques

ALD n°3 : artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques

ALD n°4 : bilharziose compliquée

ALD n°5 : insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves

ALD n°6 : maladies chroniques actives du foie et cirrhoses

ALD n°7 : déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine

ALD n°8 : diabète de type 1 et diabète de type 2

ALD n°9 : formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave

ALD n°10 : hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères

ALD n°11 : hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves

ALD n°12* : hypertension artérielle sévère

ALD n°13 : maladie coronaire

ALD n°14 : insuffisance respiratoire chronique grave

ALD n°15 : maladie d'Alzheimer et autres démences

ALD n°16 : maladie de Parkinson

ALD n°17 : maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé

ALD n°18 : mucoviscidose

ALD n°19 : néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif

ALD n°20 : paraplégie

ALD n°21 : vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique

ALD n°22 : polyarthrite rhumatoïde évolutive

ALD n°23 : affections psychiatriques de longue durée

ALD n°24 : rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives

ALD n°25 : sclérose en plaques

ALD n°26 : scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne

ALD n°27 : spondylarthrite grave

ALD n°28 : suites de transplantation d'organe

ALD n°29 : tuberculose active, lèpre

ALD n°30 : tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

* Le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 a retiré l'hypertension artérielle sévère (anciennement désignée sous ALD n°12) de la liste des affections de longue durée. Les patients admis au titre de l'hypertension artérielle sévère avant la parution de ce décret ne sont pas concernés par cette mesure. Le droit au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur est renouvelé dans les conditions antérieures à ce texte, sous réserve que les critères médicaux soient toujours présents lors de la demande de renouvellement (22,26).

Une affection non inscrite sur la liste mentionnée ci-dessus mais constituant une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave, nécessitant des soins prolongés, ouvre aussi le droit au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, tel que prévu à l'article L322-3 du code de la sécurité sociale (ALD hors liste ou ALD 31) (23).

2.3 DONNÉES UTILISÉES

L'essentiel des données a été extrait du Système national des données de santé (SNDS). Leur extraction a été effectuée par le personnel habilité du service des systèmes d'informations de la Direction régionale du service médical (DRSM). Elle a été réalisée à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide®, version 7.15 HF8 (7.100.5.6214), dans l'environnement sécurisé en ligne du SNDS.

Ces données concernaient :

- les caractéristiques des individus de la population de l'étude (encadré 2) ;
- les consommations de soins ambulatoires remboursées par l'Assurance Maladie en termes de : consultations médicales, actes techniques médicaux, actes infirmiers, délivrances en pharmacie d'officine et quantités de boîtes de médicaments délivrées ;
- les caractéristiques des médecins auxquels la population d'étude a eu recours.

L'ensemble des variables traitées (annexe 1) a été extrait du SNDS en « vue patient », c'est-à-dire en référence à leur caisse d'affiliation quel que soit le lieu de réalisation du soin.

Les consommations de soins ont été considérées en date de réalisation pour les actes et en date de délivrance pour les produits de santé. Elles ont été agrégées avant mise à disposition pour l'analyse.

Les données relatives à la cartographie régionale des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) signataires de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ont été fournies par les CPAM de la région. Ces données ont permis de déterminer les territoires couverts par une CPTS et, le cas échéant, l'état d'avancement de cette communauté.

Les données écologiques relatives aux caractéristiques des territoires (typologie des communes) étaient issues de la base des unités urbaines au 1^{er} janvier 2020 publiée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et disponible en libre accès en ligne (27).

Seules les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche ont été traitées.

ENCADRÉ 2 : SNDS ET CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Les données socio-économiques présentes dans le SNDS sont limitées. Au niveau individuel, le fait de bénéficier de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), ou de la Complémentaire santé solidaire (CSS), qui depuis novembre 2019 regroupe ces deux dispositifs, peut permettre de caractériser en partie cette dimension socio-économique.

La dimension socio-économique a également été approchée à l'échelle territoriale par l'intermédiaire de l'indice de défavorisation sociale ou « FDep » (*French deprivation index*), habituellement utilisé par la CNAM et disponible dans le SNDS.

Cet indicateur est construit à l'échelle communale à partir de quatre variables, représentant toutes une dimension fondamentale du niveau socio-économique : le pourcentage d'ouvriers dans la population active, le pourcentage de bacheliers chez les 15 ans et plus, le pourcentage de chômeurs dans la population active et le revenu médian par foyer. Il permet de définir des quintiles de population, du quintile le plus favorisé à celui le plus défavorisé. (28)

2.4 PÉRIODE D'ÉTUDE

La période d'étude s'étend du 1^{er} janvier 2019 au 31 juillet 2020.

Sur l'année 2020, la période a été découpée en trois intervalles :

- la période du 1er janvier au 16 mars (pré-confinement) ;
- la période du 17 mars au 10 mai (confinement) ;
- la période du 11 mai au 31 juillet (post-confinement).

Chacune de ces périodes a été analysée comparativement à la même période de l'année 2019.

2.5 ANALYSES STATISTIQUES

2.5.1 Analyse principale

Les caractéristiques de la population ont été décrites au 1^{er} janvier 2020, soit au début de la période d'intérêt, les données de 2019 n'étant présentes qu'à titre de référence. Les variables quantitatives ont été décrites par leur médiane, 1^{er} et 3^e quartiles. Les variables catégorielles (qualitatives) ont été décrites par les effectifs et fréquences de chaque catégorie.

Les consommations suivantes ont été décrites pour l'ensemble des patients de la population d'étude :

- consultations médicales ;
- actes techniques médicaux ;
- actes infirmiers ;
- délivrances en pharmacie d'officine ;
- quantités de boîtes de médicaments délivrées en officine.

Pour chaque type de soins, les éléments suivants ont été décrits, pour chacune des 3 périodes étudiées :

- nombre hebdomadaire en 2019 ;
- nombre hebdomadaire en 2020 ;
- évolution 2019-2020.

Les évolutions ont été décrites par période, avant, pendant et après le confinement, puis, de façon plus fine, par semaine.

Cette description a également été réalisée selon les modalités suivantes :

- par classe d'âge ;
- selon le rapport ou non du soin avec une ALD ;
- selon le nombre d'ALD en cours (une ou plusieurs) ;
- selon la spécialité du médecin (médecin généraliste ou autre spécialiste) et la modalité de la prestation (cabinet, téléconsultation ou visite à domicile), pour les consultations médicales et les actes techniques médicaux uniquement.

Les classes d'âge retenues pour les analyses étaient celles habituellement utilisées par l'Assurance Maladie dans ses études, à savoir : 0-14 ans, 15-34 ans, 35-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans et 75 ans et plus.

Un focus a été réalisé sur les 5 ALD les plus représentées dans la population d'étude. Seuls les assurés ayant une seule ALD ont été analysés du fait de l'impossibilité technique, pour ceux ayant plusieurs ALD, de savoir avec laquelle un soin était en rapport.

2.5.2 Analyses secondaires

La rupture de suivi médical en médecine générale, au cours du confinement, a été définie comme l'absence de toute consultation réalisée par un médecin généraliste, entre le 17 mars 2020 et le 10 mai 2020 inclus.

Les consommations de soins ont été décrites de façon globale, d'une part, pour les patients qui ont présenté une rupture de suivi médical en médecine générale et, d'autre part, pour ceux n'ayant pas connu ce type de rupture.

Une analyse des délais entre les consultations médicales et de la reprise de consommation post-confinement a été réalisée. Les éléments suivants ont été comparés entre les patients en rupture et ceux sans rupture de suivi médical :

- délai entre les consultations de médecine générale avant le confinement ;
- délai entre la dernière consultation de médecine générale précédant le confinement et le confinement ;
- délai entre la dernière consultation de spécialité en rapport avec une ALD précédant le confinement (hors médecine générale) et le confinement ;
- réalisation d'au moins une consultation de médecine générale après le déconfinement ;
- délai entre le déconfinement et la consultation de médecine générale suivante ;
- réalisation d'au moins une consultation de spécialité en rapport avec une ALD après le déconfinement (hors médecine générale) ;
- délai entre le déconfinement et la consultation de spécialité en rapport avec une ALD suivante (hors médecine générale).

Les délais ont été comparés, entre les deux groupes, à l'aide de tests de Wilcoxon-Mann-Whitney. Les réalisations de consultations post-confinement ont été comparées par des tests du Khi². Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives au seuil $p < 0,05$.

L'étude des déterminants a été faite au moyen d'une régression logistique univariée puis multivariée. Les variables explicatives suivantes ont été utilisées :

- âge du patient ;
- sexe du patient ;
- département de résidence du patient ;
- typologie de la commune de résidence du patient ;
- couverture de la commune de résidence du patient par une CPTS ;
- déclaration de médecin traitant réalisée par le patient ;
- invalidité ou non du patient ;
- patient bénéficiaire de la CSS (ou CMU-C/ACS) ou non ;
- indice de défavorisation sociale du patient en quintile de la population générale ;
- nombre d'ALD du patient ;
- ancienneté du statut ALD du patient ;
- nature de l'ALD ou des ALD du patient ;
- ancienneté d'installation du médecin régulier⁴ ;
- médecin régulier déclaré comme médecin traitant du patient ;
- commune d'exercice du médecin régulier sur le territoire d'une CPTS ;
- médecin régulier exerçant dans la commune de résidence du patient ;
- consultation par le patient d'un médecin spécialiste pour un soin en rapport avec une ALD au cours du confinement.

Les variables explicatives intégrées dans le modèle multivarié étaient toutes celles dont la p-value était inférieure ou égale au seuil de 0,20 lors de l'analyse univariée. Le modèle final, simplifié, expliquant le mieux la variance des données, tout en étant le plus parcimonieux possible, a été sélectionné par procédure pas à pas descendante, basée sur la minimisation du critère d'information d'Akaike ou AIC⁵. Les facteurs ont été considérés comme significativement associés à la rupture de suivi médical au seuil $p < 0,05$. L'analyse portait exclusivement sur les observations sans valeurs manquantes pour l'ensemble des variables considérées.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft® Excel® 2010, version 14.0.7258.5000 et des logiciels R, version 4.0.3 et RStudio, version 1.3.1093.

2.6 ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

La DRSM est un organisme chargé d'une mission de service public bénéficiant d'un accès permanent aux données du SNDS selon le décret n°2016-1871 du 26 décembre 2016, avec une profondeur historique de 5 ans plus l'année en cours (29).

Le traitement des données pseudonymisées a été effectué dans le respect de la réglementation en vigueur. La finalité de cette étude était en accord avec celles autorisées par l'Article L1461-1 du Code de la santé publique (30). L'accès aux données s'est effectué dans des conditions assurant la confidentialité, l'intégrité des données et la traçabilité des accès, conformément aux conditions

⁴ Médecin généraliste consulté le plus fréquemment au cours de la période d'étude, ou, en cas d'ex-aequo, le médecin traitant s'il y en avait un, ou s'il n'y en avait pas, le dernier consulté.

⁵ Mesure de la qualité d'un modèle statistique. Basée sur la comparaison des modèles entre eux pour retenir le modèle expliquant le mieux les données tout en incluant le minimum de variables explicatives. Le modèle considéré comme le meilleur est celui possédant l'AIC le plus faible.

générales d'utilisation du SNDS et dans le respect du référentiel de sécurité du SNDS fixé par l'arrêté du 22 mars 2017 (31).

Aucun transfert de données hors de la DRSM Centre-Val de Loire n'a été effectué.

L'étude a été inscrite au registre interne des traitements de données. Une analyse d'impact relative à la protection des données a été réalisée pour cette étude, par le biais du questionnaire d'évaluation des risques pour le système d'information de santé de l'Assurance Maladie, permettant également de s'assurer du respect des obligations inhérentes à la réglementation « informatique et liberté » en vigueur.

Conformément à la réglementation en vigueur, cette étude ne nécessitait pas de soumission du protocole à un comité de protection des personnes.

Sur le plan éthique, cette étude n'implique pas la personne humaine. Elle présente un intérêt public dans la mesure où elle vise à améliorer l'accès aux soins, l'accompagnement des patients en ALD et des professionnels de santé au cours de la crise sanitaire que nous traversons. L'ensemble des données utilisées étaient préexistantes à l'étude et recueillies en routine par l'Assurance Maladie. Les personnes sont informées de la collecte de leurs données personnelles et de leur réutilisation possible à des fins de recherche sur le site internet de l'Assurance Maladie. Conformément à l'Article R1461-9 du Code de la Santé Publique, toute personne dispose d'un droit d'opposition si elle ne souhaite pas que les données qui la concernent, contenues dans le SNDS, fassent l'objet d'une utilisation à des fins de recherche.

3 RÉSULTATS

ENCADRÉ 3 : INFORMATIONS PRÉALABLES

Structure calendaire

La structure calendaire de l'année 2019 était différente de celle de l'année 2020. Les jours fériés et éventuels ponts ainsi que les vacances scolaires étaient positionnés sur des semaines différentes selon l'année. De ce fait le nombre de jours ouvrables ou ouvrés par semaine pouvait différer d'une année à l'autre. Les différences calendaires sont présentées en annexe 2.

Les semaines 1 et 31, première et dernière semaines de notre période d'étude, partiellement sur les mois de décembre et janvier d'une part et juillet et août d'autre part, étaient à la fois dans et en dehors de cette période et étaient donc incomplètes. Pour cette raison, elles n'ont pas été prises en compte dans l'analyse, qui a porté en conséquent sur les semaines 2 à 30.

Consommations de soins

Les consommations de soins hebdomadaires n'étant pas constantes au cours d'une année, ce rapport concentre l'analyse de l'impact du confinement sur la comparaison 2019-2020 plutôt que sur l'évolution des consommations au cours de l'année 2020 seule.

Dans la suite de ce rapport, les consommations de soins sont décrites en nombre de consultations, d'actes techniques médicaux (qui n'incluent pas les consultations médicales), d'actes infirmiers, de délivrances en pharmacie d'officine et de boîtes de médicaments. Lorsque des éléments remarquables étaient observés en termes de nombre de consommateurs, ceux-ci sont également décrits. Dans le cas contraire, les observations concernant cette modalité étaient comparables à celles faites en matière de nombre de consultations, d'actes, de délivrances ou de volume de boîtes de médicaments.

Figures

Attention, l'échelle utilisée pour représenter l'axe des ordonnées peut varier selon les figures.

3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

La population d'étude comptait 189 694 assurés. L'âge médian était de 71 ans. Les femmes représentaient 50,7 % de la population. La majorité de la population était urbaine (69,6 %), résidant sur un territoire couvert par une CPTS fonctionnelle (52,4 %). La majorité des patients (96,4 %) avait un médecin traitant. Huit pour cent des patients étudiés étaient bénéficiaires de la CSS ou d'une des deux composantes qu'elle a remplacées (ACS et CMU-C) et plus de la moitié de la population (53,8 %) vivait dans des communes appartenant aux deux quintiles de la population générale les plus défavorisés. Près de trois quarts des individus n'avaient qu'une seule ALD (73,8 %). L'ensemble des caractéristiques de la population d'étude et de la sous-population est présenté dans le tableau I.

TABEAU I : CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS DE LA POPULATION D'ÉTUDE ET DES SOUS-POPULATIONS, AU 1ER JANVIER 2020

Caractéristiques	Population totale N = 189 693	Sous-population des patients suivis mensuellement en médecine générale n = 10 730
Age - médiane (1^e quartile-3^e quartile) (années)	71 (62-80)	75 (65-85)
Classes d'âge - n (%)		
0-14 ans	4 309 (2,3%)	78 (0,7%)
15-34 ans	8 169 (4,3%)	145 (1,4%)
35-54 ans	19 707 (10,4%)	1 147 (10,7%)
55-64 ans	25 119 (13,2%)	1 184 (11,0%)
65-74 ans	58 313 (30,7%)	2 687 (25,0%)
75 ans et plus	74 076 (39,1%)	5 489 (51,2%)
Sexe - n (%)		
Hommes	93 431 (49,3%)	4 228 (39,4%)
Femmes	96 262 (50,7%)	6 502 (60,6%)
Département de résidence - n (%)		
Cher	24 566 (13,0%)	1 215 (11,3%)
Eure-et-Loir	29 435 (15,5%)	1 286 (12,0%)
Indre	19 454 (10,3%)	1 118 (10,4%)
Indre-et-Loire	41 197 (21,7%)	3 856 (35,9%)
Loir-et-Cher	25 106 (13,2%)	1 312 (12,2%)
Loiret	48 913 (25,8%)	1 884 (17,6%)
Hors région	1 022 (0,5%)	59 (0,5%)
Type de commune de résidence⁶ - n (%)		
Ville-centre	65 480 (34,5%)	4 081 (38,0%)
Banlieue	45 947 (24,2%)	2 574 (24,0%)
Ville isolée	20 643 (10,9%)	1 128 (10,5%)
Rurale	55 625 (29,3%)	2 858 (26,6%)
Non connu	1 998 (1,1%)	89 (0,8%)
Commune de résidence couverte par une CPTS - n (%)		
CPTS fonctionnelle	99 423 (52,4%)	6 466 (60,3%)
CPTS en cours de structuration	86 969 (45,8%)	4 116 (38,4%)
Pas de CPTS	3 301 (1,7%)	148 (1,4%)
Bénéficiaire de la CSS (ou ACS/CMU-C) - n (%)		
Oui	15 421 (8,1%)	1 278 (11,9%)
Non	174 272 (91,9%)	9 452 (88,1%)
Indice de défavorisation sociale en quintile de population générale - n (%)		
Q1 (le moins défavorisé)	14 162 (7,5%)	790 (7,4%)
Q2	25 200 (13,3%)	1 165 (10,9%)
Q3	47 838 (25,2%)	3 085 (28,8%)
Q4	50 926 (26,8%)	2 909 (27,1%)
Q5 (le plus défavorisé)	51 206 (27,0%)	2 773 (25,8%)
Non connu	361 (0,2%)	8 (0,1%)
Médecin traitant - n (%)		
Oui	182 799 (96,4%)	10 670 (99,4%)
Non	6 894 (3,6%)	60 (0,6%)
Ancienneté du contrat de médecin traitant - médiane (1^e quartile-3^e quartile) (années)	6,2 (2,4-17,3)	6,5 (2,5-14,3)
Invalidité - n (%)		
Oui	11 557 (6,1%)	1 006 (9,4%)
Non	178 136 (93,9%)	9 724 (90,6%)

⁶ Ville-centre : commune composant une unité urbaine multicommunale et représentant plus de 50 % de la population de cette agglomération, ou, le cas échéant, toutes les communes qui ont une population supérieure à 50 % de la commune la plus peuplée, ainsi que cette dernière. Banlieue : communes urbaines qui ne sont pas villes-centres. Ville isolée : unité urbaine constituée d'une seule commune. Commune rurale : commune n'appartenant pas à une unité urbaine. Unité urbaine : commune ou ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants, où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres, et au sein de laquelle chaque commune concernée possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie. (27,32) Non connu : commune ayant disparu du fait de la fusion avec une ou plusieurs autres communes

Caractéristiques	Population totale	Sous-population des patients suivis mensuellement en médecine générale
Nombre d'ALD - n (%)		
1	139 933 (73,8%)	6 719 (62,6%)
2	37 027 (19,5%)	2 702 (25,2%)
3	9 452 (5,0%)	926 (8,6%)
4	2 526 (1,3%)	284 (2,6%)
5 et plus	755 (0,4%)	99 (0,9%)
Ancienneté du statut ALD de l'assuré - médiane (1^e quartile-3^e quartile) (années)	9,1 (3,6-17,3)	11,9 (4,0-18,9)
ALD - n (%)*		
1. accident vasculaire cérébral invalidant	8 036 (4,2%)	584 (5,4%)
2. insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	450 (0,2%)	26 (0,2%)
3. artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	9 824 (5,2%)	676 (6,3%)
4. bilharziose compliquée	4 (0,0%)	0 (0,0%)
5. insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	22 969 (12,1%)	1 632 (15,2%)
6. maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	2 704 (1,4%)	204 (1,9%)
7. déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine	1 528 (0,8%)	80 (0,7%)
8. diabète de type 1 et diabète de type 2	59 103 (31,2%)	3 260 (30,4%)
9. formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	6 064 (3,2%)	362 (3,4%)
10. hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	363 (0,2%)	11 (0,1%)
11. hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	755 (0,4%)	45 (0,4%)
12. hypertension artérielle sévère	9 097 (4,8%)	731 (6,8%)
13. maladie coronaire	27 216 (14,3%)	1 534 (14,3%)
14. insuffisance respiratoire chronique grave	5 527 (2,9%)	552 (5,1%)
15. maladie d'Alzheimer et autres démences	5 094 (2,7%)	476 (4,4%)
16. maladie de Parkinson	2 212 (1,2%)	180 (1,7%)
17. maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	1 389 (0,7%)	53 (0,5%)
18. mucoviscidose	117 (0,1%)	1 (0,0%)
19. néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	3 079 (1,6%)	188 (1,8%)
20. paraplégie	570 (0,3%)	53 (0,5%)
21. vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique	1 778 (0,9%)	121 (1,1%)
22. polyarthrite rhumatoïde évolutive	3 781 (2,0%)	248 (2,3%)
23. affections psychiatriques de longue durée	21 919 (11,6%)	1 880 (17,5%)
24. rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	2 250 (1,2%)	92 (0,9%)
25. sclérose en plaques	1 336 (0,7%)	66 (0,6%)
26. scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne	560 (0,3%)	23 (0,2%)
27. spondylarthrite grave	2 816 (1,5%)	180 (1,7%)
28. suites de transplantation d'organe	251 (0,1%)	13 (0,1%)
29. tuberculose active, lèpre	125 (0,1%)	9 (0,1%)
30. tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	34 645 (18,3%)	1 718 (16,0%)
Hors liste	8 331 (4,4%)	598 (5,6%)

* De nombreux individus ayant plusieurs ALD en cours, la somme des effectifs de chacune des ALD est supérieure à l'effectif de la population et la somme des pourcentages est supérieure à 100 %

La sous-population des patients suivis habituellement de façon mensuelle en médecine générale comptait 10 730 personnes et était différente de la population d'étude totale sur plusieurs critères :

- les patients étaient plus âgés (âge médian supérieur de 4 ans) ;
- les 75 ans et plus représentaient plus de la moitié de la sous-population (51,2 % vs 39,1 %) ;
- les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses (60,6 % vs 50,7 %) ;
- cette sous-population était plus urbaine (72,5 % vs 69,6 %), résidait plus fréquemment en Indre-et-Loire (35,9 % vs 21,7 %) et, à l'inverse, moins fréquemment dans le Loiret (17,6 % vs 25,8 %) ;
- ces patients résidaient plus fréquemment sur le territoire d'une CPTS déjà fonctionnelle (60,3 % vs 52,4 %) ;
- ils étaient plus souvent bénéficiaires de la CSS (11,9 % vs 8,1 %) et dans les 2 quartiles de la population générale les plus défavorisés ;
- la quasi-totalité d'entre eux avaient un médecin traitant (99,4 % vs 96,4 %) ;
- ces patients étaient plus fréquemment en invalidité (9,4 % vs 6,1 %) ;
- ils avaient plus souvent plusieurs ALD en cours (37,3 % vs 26,2 %) et depuis plus longtemps (ancienneté médiane de l'ALD supérieure de 2,8 années) ;
- les pathologies cardio-vasculaires étaient plus fréquemment rencontrées, de même que les affections neuropsychiatriques.

3.2 ANALYSE DES CONSOMMATIONS DE SOINS AMBULATOIRES DES PATIENTS EN ALD

3.2.1 Consommations globales

Le tableau II présente le nombre d'actes hebdomadaires par type de soins selon la période de l'année en 2019 et 2020 et son évolution entre 2019 et 2020.

TABEAU II : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, PAR TYPE DE SOINS ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	30 350	22 407	147 243	57 001	353 866
	2020	27 303	18 273	171 893	56 114	356 146
	évolution	-10,0 %	-18,5 %	+16,7 %	-1,6 %	+0,6 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	32 684	23 759	146 367	58 985	365 298
	2020	31 667	23 350	168 590	59 204	365 372
	évolution	-3,1 %	-1,7 %	+15,2 %	+0,4 %	+0,0 %
S12 à S19 (confinement)	2019	29 056	21 560	148 842	55 979	345 773
	2020	19 511	7 995	172 251	51 654	350 059
	évolution	-32,8 %	-62,9 %	+15,7 %	-7,7 %	+1,2 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	29 170	21 796	146 878	55 940	349 359
	2020	29 003	21 131	174 893	56 547	352 184
	évolution	-0,6 %	-3,1 %	+18,9 %	+1,1 %	+0,8 %

Le confinement de mars 2020 a fortement impacté les consommations de soins. Le niveau de consommation était globalement proche de celui de 2019 avant le confinement, à l'exception des actes infirmiers pour lesquels nous observons un niveau supérieur à 2019. Les consommations ont ensuite chuté au cours du confinement, principalement concernant les actes médicaux. Les actes

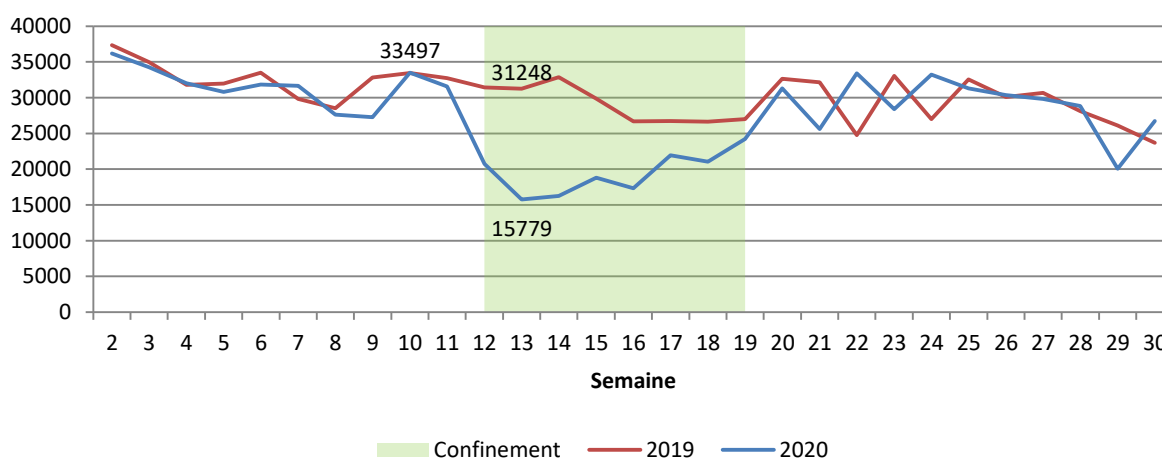
infirmiers et le volume de boîtes délivrées en officine se sont maintenus. Nous observons globalement, à l'issue du confinement, un retour à l'état antérieur.

L'étude des consommations hebdomadaires permet une analyse plus précise. Les figures 1 à 9 présentent, par semaine, les dynamiques de consommation observées en 2019 et en 2020 pour chaque type de soins, en valeur absolue, et les évolutions relatives des consommations hebdomadaires en 2020 par rapport à 2019.

Dès le début du confinement, le nombre de consultations médicales a chuté de 34,0 % par rapport à 2019 en semaine 12 (-30,9 points de pourcentage⁷ par rapport à la période précédant le confinement⁸). Les consultations ont repris progressivement. À l'issue du confinement, les consommations ont dépassé le niveau observé en début d'année (+2,5 points vs pré-confinement) (figures 1 et 3).

La chute des consommations d'actes techniques médicaux a été, au cours du confinement, plus importante (-59,6 % vs 2019 en semaine 12). Le minimum a été atteint en semaine 14 (-74,7 points vs pré-confinement). À l'issue du confinement, la reprise des consommations s'est poursuivie pour retrouver et dépasser, à partir de la semaine 24, le niveau de 2019 de 5,3 % (+7,0 points vs pré-confinement) (figures 2 et 3).

FIGURE 1 : NOMBRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES HEBDOMADAIRES, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, EN 2019 ET 2020, ENTRE LES SEMAINES 2 ET 30



⁷ Désigné sous le terme « points » dans la suite de ce travail

⁸ Désigné sous les termes « vs pré-confinement » dans la suite de ce travail

FIGURE 2 : NOMBRE D'ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, EN 2019 ET 2020, ENTRE LES SEMAINES 2 ET 30

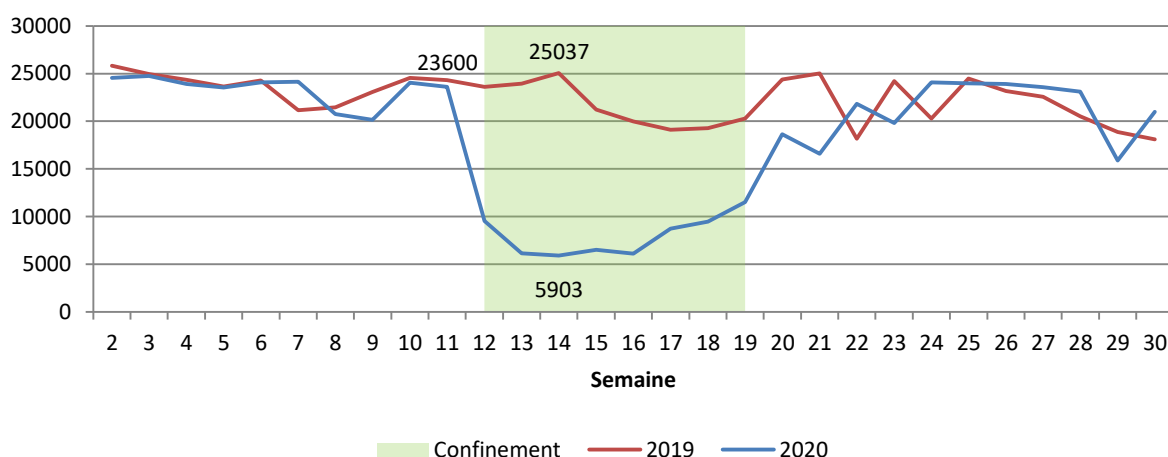
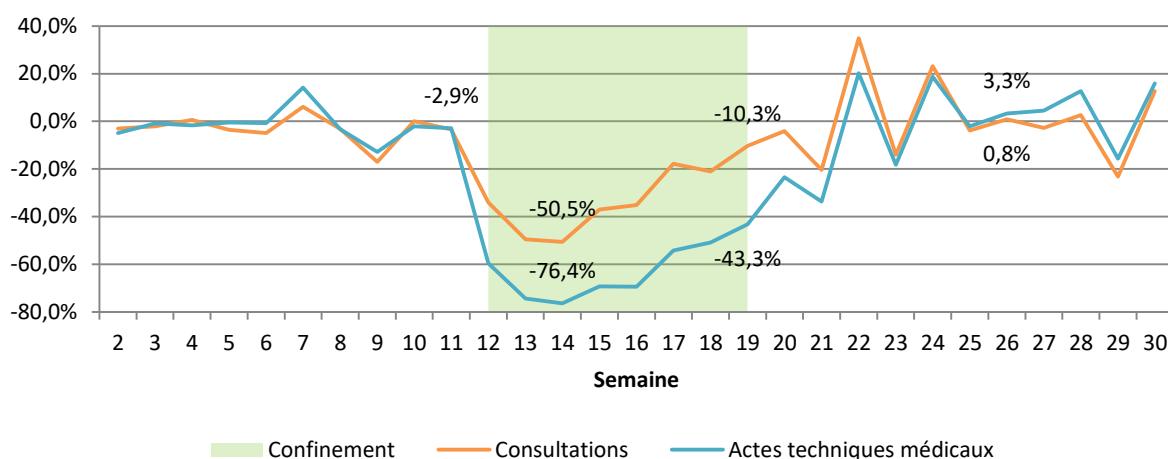


FIGURE 3 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES ET D'ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



Les consommations d'actes infirmiers ont moins diminué en début de confinement, restant supérieures au niveau de 2019 (jusqu'à un minimum de +12,8 % vs 2019 en semaine 14 ; -2,4 points vs pré-confinement). Le retour des consommations à leur niveau pré-confinement a été précoce, dès la semaine 15 (figures 4 et 6).

Contrairement aux autres types de soins, le nombre hebdomadaire de consommateurs a plus diminué que le nombre d'actes en début de confinement (-10,3 % en semaine 14 vs 2019 ; -18,1 points vs pré-confinement). Le retour au niveau antérieur a été observé à la sortie du confinement (figures 5 et 6).

FIGURE 4 : NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES INFIRMIERS, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, EN 2019 ET 2020, ENTRE LES SEMAINES 2 ET 30

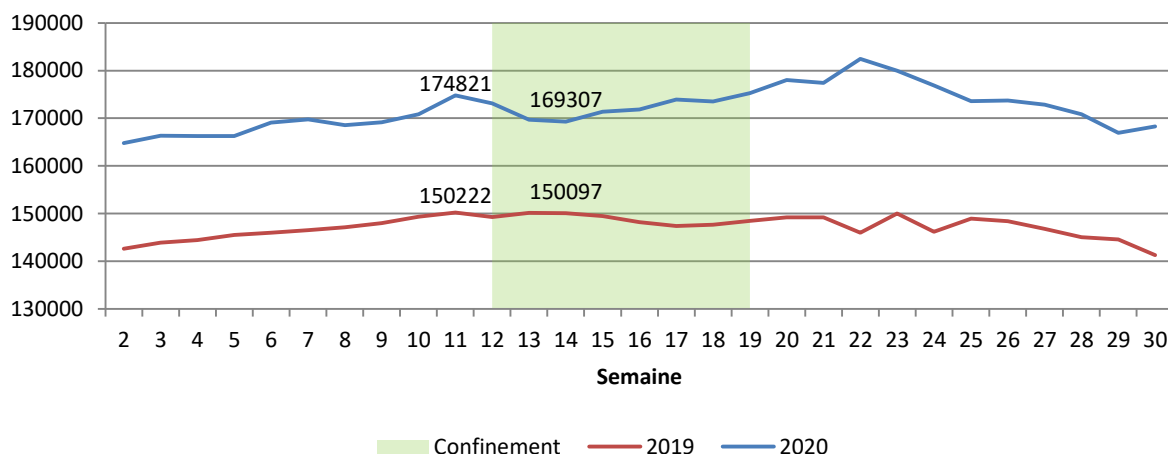


FIGURE 5 : NOMBRE DE CONSOMMANTS HEBDOMADAIRES D'ACTES INFIRMIERS, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, EN 2019 ET 2020, ENTRE LES SEMAINES 2 ET 30

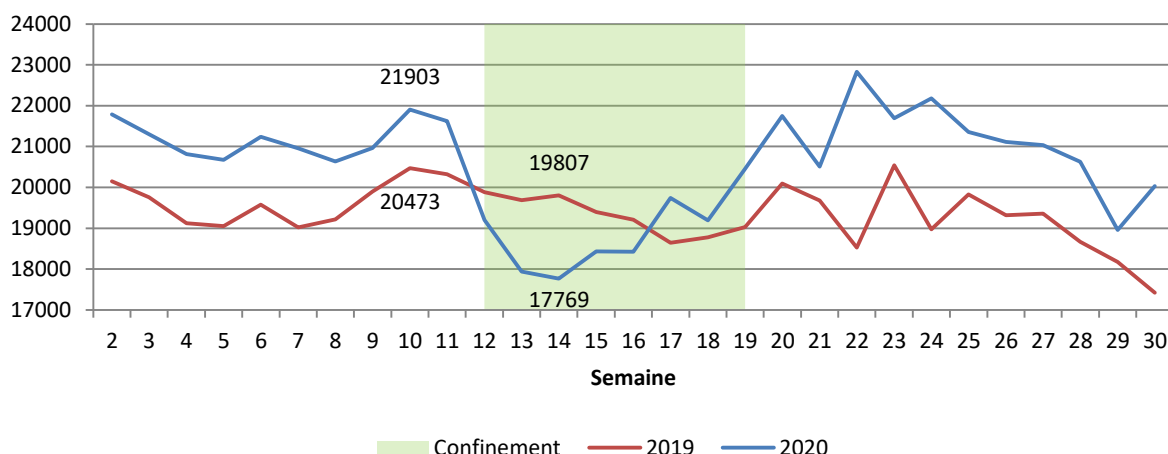
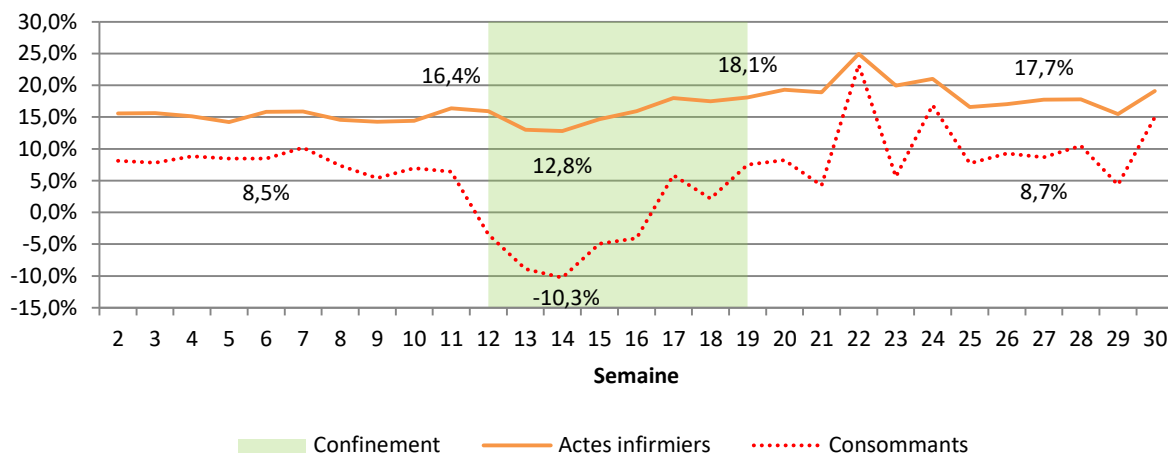


FIGURE 6 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES INFIRMIERS ET DE LEURS CONSOMMANTS, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



Les consommations en officine ont augmenté, par rapport à 2019, au cours des deux semaines précédant le confinement, tant en termes de nombre de délivrances hebdomadaires que de volume de boîtes délivrées. Nous avons ensuite observé un pic de consommation en semaine 12. Il était plus élevé concernant le volume de boîtes délivrées. La baisse des consommations qui lui a succédé était plus importante lorsque l'on considérait le nombre de délivrances. Le retour au niveau de consommation initial était observé dès les premières semaines suivant la fin du confinement (figures 7 à 9).

FIGURE 7 : NOMBRE DE DÉLIVRANCES EN OFFICINE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, EN 2019 ET 2020, ENTRE LES SEMAINES 2 ET 30

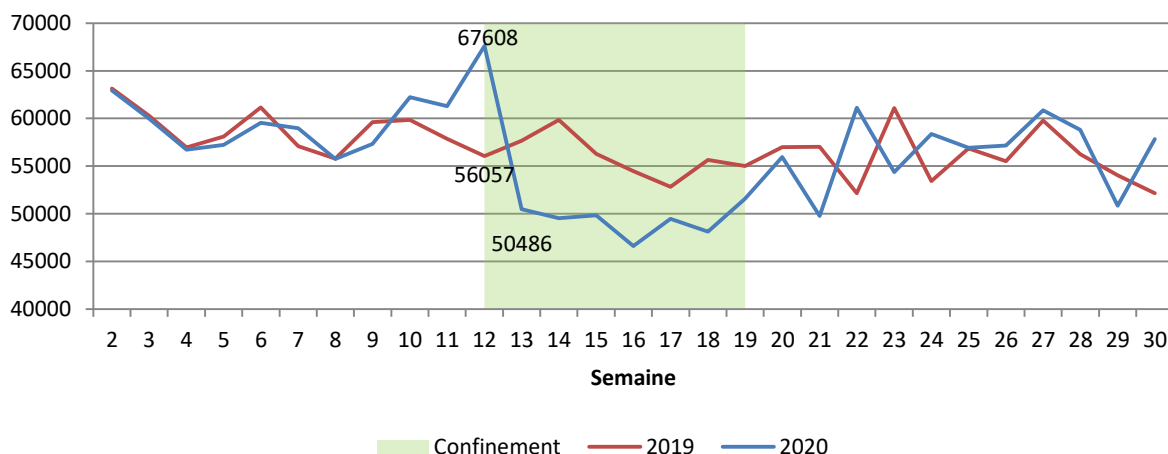


FIGURE 8 : NOMBRE DE BOÎTES DE MÉDICAMENTS DÉLIVRÉES EN OFFICINE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, EN 2019 ET 2020, ENTRE LES SEMAINES 2 ET 30

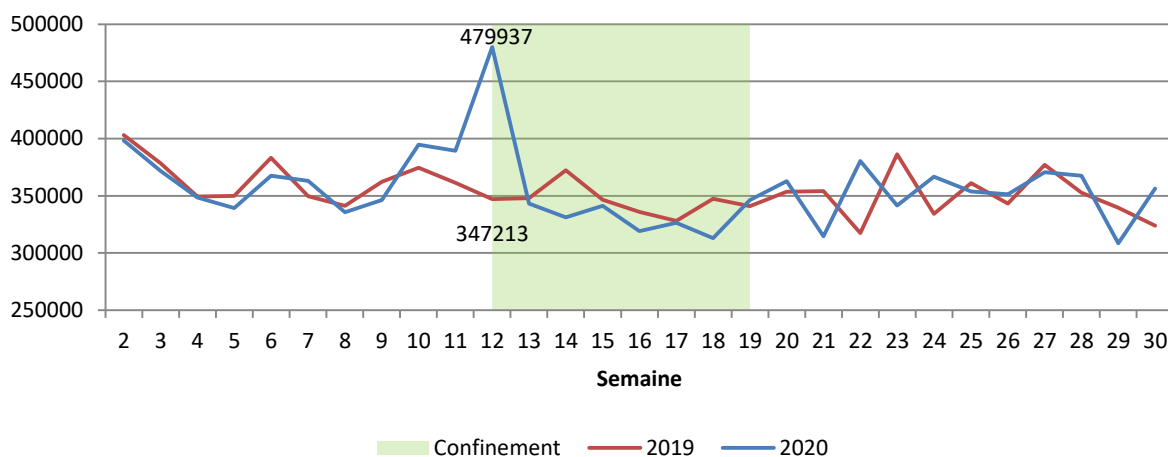
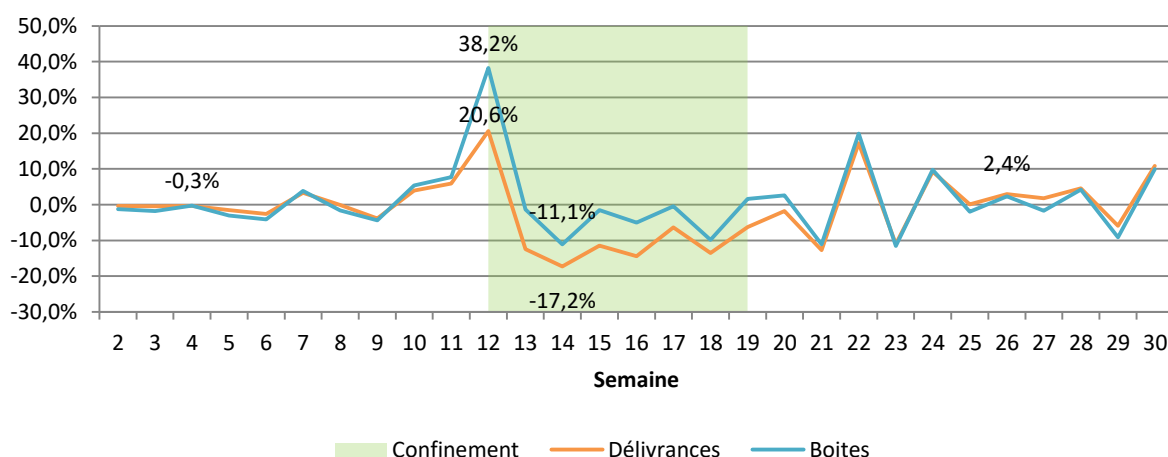


FIGURE 9 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DÉLIVRANCES EN OFFICINE ET DE BOITES DÉLIVRÉES, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



En conclusion de ce chapitre, les variations observées sur les consommations globales concernaient majoritairement le suivi médical des patients en ALD. Les actes infirmiers et les consommations en officine ont été moins impactés au cours de la période d'étude. Globalement un retour au niveau initial était observé en post-confinement.

3.2.2 Consommations par classe d'âge

Les niveaux de consommations par classes d'âge sont décrits pour chaque type de soins et par période dans les tableaux III à VIII.

TABEAU III : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, PAR TYPE DE SOINS ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, CHEZ LES 0-14 ANS (N = 4 309)

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boites délivrées en officine
S2 à S30	2019	479	153	731	704	2 457
	2020	330	108	474	579	2 056
	évolution	-31,2 %	-29,6 %	-35,2 %	-17,7 %	-16,4 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	559	161	793	781	2 734
	2020	482	158	736	717	2 543
	évolution	-13,9 %	-1,8 %	-7,3 %	-8,2 %	-7,0 %
S12 à S19 (confinement)	2019	445	151	712	680	2 337
	2020	186	31	314	481	1 793
	évolution	-58,3 %	-79,4 %	-55,9 %	-29,4 %	-23,2 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	430	148	689	652	2 294
	2020	296	118	352	526	1 803
	évolution	-31,1 %	-20,0 %	-48,9 %	-19,3 %	-21,4 %

TABLEAU IV : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, PAR TYPE DE SOINS ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, CHEZ LES 15-34 ANS (N = 8 169)

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	637	244	1 029	1 129	4 949
	2020	542	191	950	1 065	4 823
	évolution	-14,9 %	-21,9 %	-7,7 %	-5,7 %	-2,5 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	714	262	1 001	1 174	5 153
	2020	652	247	1 002	1 142	5 178
	évolution	-8,6 %	-5,8 %	+0,1 %	-2,7 %	+0,5 %
S12 à S19 (confinement)	2019	603	228	1 080	1 098	4 816
	2020	382	77	916	985	4 583
	évolution	-36,6 %	-66,4 %	-15,2 %	-10,3 %	-4,8 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	591	239	1 018	1 110	4 859
	2020	558	222	928	1 065	4 676
	évolution	-5,6 %	-7,2 %	-8,8 %	-5,1 %	-3,8 %

TABLEAU V : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, PAR TYPE DE SOINS ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, CHEZ LES 35-54 ANS (N = 19 707)

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	2 814	1 376	6 934	5 073	28 928
	2020	2 527	1 081	7 589	4 959	28 688
	évolution	-10,2 %	-21,4 %	+9,4 %	-2,2 %	-0,8 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	3 067	1 496	6 953	5 242	29 730
	2020	2 912	1 416	7 685	5 177	29 664
	évolution	-5,1 %	-5,3 %	+10,5 %	-1,2 %	-0,2 %
S12 à S19 (confinement)	2019	2 711	1 331	7 270	4 979	28 384
	2020	1 980	447	7 542	4 667	28 331
	évolution	-26,9 %	-66,4 %	+3,7 %	-6,3 %	-0,2 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	2 659	1 301	6 672	4 988	28 595
	2020	2 576	1 238	7 535	4 974	28 059
	évolution	-3,1 %	-4,8 %	+12,9 %	-0,3 %	-1,9 %

TABLEAU VI : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, PAR TYPE DE SOINS ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, CHEZ LES 55-64 ANS (N = 25 119)

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	3 691	2 568	11 594	6 948	40 442
	2020	3 344	2 099	12 509	6 896	40 487
	évolution	-9,4 %	-18,3 %	+7,9 %	-0,7 %	+0,1 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	4 003	2 735	11 814	7 198	41 906
	2020	3 860	2 715	12 678	7 216	41 758
	évolution	-3,6 %	-0,7 %	+7,3 %	+0,3 %	-0,4 %
S12 à S19 (confinement)	2019	3 511	2 457	11 611	6 803	39 363
	2020	2 451	893	12 331	6 407	39 611
	évolution	-30,2 %	-63,7 %	+6,2 %	-5,8 %	+0,6 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	3 538	2 498	11 380	6 826	39 897
	2020	3 523	2 417	12 486	6 960	39 968
	évolution	-0,4 %	-3,2 %	+9,7 %	+2,0 %	+0,2 %

TABLEAU VII : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, PAR TYPE DE SOINS ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, CHEZ LES 65-74 ANS (N = 58 313)

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	9 657	8 193	34 154	18 127	110 497
	2020	8 721	6 782	39 091	18 002	112 036
	évolution	-9,7 %	-17,2 %	+14,5 %	-0,7 %	+1,4 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	10 395	8 774	34 360	18 785	114 190
	2020	10 222	8 693	38 880	18 982	115 080
	évolution	-1,7 %	-0,9 %	+13,2 %	+1,0 %	+0,8 %
S12 à S19 (confinement)	2019	9 244	7 846	34 415	17 817	107 833
	2020	6 004	2 941	38 582	16 462	109 699
	évolution	-35,1 %	-62,5 %	+12,1 %	-7,6 %	+1,7 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	9 287	7 916	33 778	17 753	109 076
	2020	9 333	7 839	39 652	18 230	110 969
	évolution	+0,5 %	-1,0 %	+17,4 %	+2,7 %	+1,7 %

TABLEAU VIII : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, PAR TYPE DE SOINS ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, CHEZ LES 75 ANS ET PLUS (N = 74 076)

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	13 073	9 873	92 801	25 020	166 593
	2020	11 839	8 012	111 281	24 613	168 056
	évolution	-9,4 %	-18,9 %	+19,9 %	-1,6 %	+0,9 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	13 945	10 330	91 446	25 806	171 586
	2020	13 539	10 122	107 610	25 971	171 149
	évolution	-2,9 %	-2,0 %	+17,7 %	+0,6 %	-0,3 %
S12 à S19 (confinement)	2019	12 542	9 547	93 754	24 600	163 040
	2020	8 508	3 607	112 566	22 652	166 042
	évolution	-32,2 %	-62,2 %	+20,1 %	-7,9 %	+1,8 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	12 666	9 694	93 341	24 611	164 638
	2020	12 717	9 297	113 683	24 804	166 709
	évolution	+0,4 %	-4,1 %	+21,8 %	+0,8 %	+1,3 %

Le nombre d'actes hebdomadaires était différent selon la classe d'âge considérée. Les 4 309 patients de 0 à 14 ans avaient, en 2019, les consommations les plus faibles, en valeur absolue. À l'inverse, les 74 076 individus de 75 ans et plus consommaient le plus.

Les patients de 35 ans et plus avaient, avant le confinement, des consommations globalement proches de celles observées en 2019, sauf pour les actes infirmiers dont les consommations étaient plus importantes. Le niveau de consommation pré-confinement était retrouvé après celui-ci. Les actes infirmiers et les consommations pharmaceutiques étaient moins impactés.

Leurs consommations suivaient celles décrites pour l'ensemble de la population d'étude pour chaque type de soins (chapitre 3.2.1, p34).

Les figures 10 à 14 illustrent les évolutions hebdomadaires des consommations en 2020 par rapport à 2019 par type de soins et pour chaque classe d'âge.

Le niveau de consommation des patients de 0 à 14 ans était, avant le confinement, inférieur à 2019. Après une chute des recours pour chaque type de soins pendant le confinement, le niveau antérieur n'a pas été retrouvé.

Pour les patients de 15 à 34 ans, la diminution des consommations s'est soldée par un retour au niveau antérieur uniquement pour les consultations et actes techniques médicaux.

Compte tenu des spécificités pour ces 2 classes d'âge, une description plus détaillée a été réalisée :

Concernant les patients de 0 à 14 ans :

Nous avons observé une baisse plus importante du recours aux médecins en ville chez les assurés les plus jeunes. Leurs consommations hebdomadaires de consultations médicales étaient inférieures de 44,4 points à celles de 2019, sur l'ensemble du confinement. Elles ont diminué jusqu'à -69,7 % en semaine 14 par rapport à la même semaine en 2019 (-55,8 points vs pré-confinement). La reprise des consommations a ensuite débuté progressivement. Après le déconfinement, elles sont restées nettement inférieures à ce qu'elles étaient en début d'année (-31,1 % vs pré-confinement ; -17,2 points). Les 3 dernières semaines de l'étude montraient toutefois une tendance vers un retour au niveau observé avant le confinement (figure 10).

Les consommations d'actes techniques médicaux ont connu une dynamique similaire. Elles ont chuté, sur l'ensemble du confinement, de 79,4 % par rapport à 2019 (-77,6 points vs pré-confinement). À l'issue du confinement, elles sont restées à un niveau inférieur à ce qui était observé en début d'année (-10,1 % entre les semaines 22 et 30 vs 2019 ; -8,3 points vs pré-confinement) (figure 11).

Les consommations d'actes infirmiers étaient, au cours du confinement, inférieures de 55,9 % à 2019 (-48,6 points vs pré-confinement). Il faut noter que les 0-14 ans étaient la seule classe d'âge à avoir moins recouru aux infirmiers diplômés d'État (IDE) que l'année précédente au cours des semaines précédant le confinement. Une reprise n'a été amorcée qu'à l'issue du confinement. Les consommations sont néanmoins restées largement inférieures au niveau initial jusqu'en semaine 27 (-52,1 % vs 2019 ; -44,8 points vs pré-confinement). Elles ont augmenté à -33,2 % au cours des 3 dernières semaines de l'étude, restant inférieures de 25,9 points au niveau de consommation du début d'année (figure 12).

Concernant la pharmacie d'officine, contrairement aux autres patients, nous n'avons pas observé de pic de délivrances en semaine 12. En revanche, ce pic existait en considérant le volume de boîtes délivrées. La baisse des consommations au cours du reste du confinement a été plus importante que pour les autres patients, tant en nombre de délivrances qu'en volume de boîtes. À l'issue du confinement, les consommations des 0-14 ans sont restées très inférieures à celles observées en début d'année (-11,1 points vs pré-confinement pour le nombre de délivrances ; -14,4 points en volume de boîtes). Nous avons toutefois observé une tendance à l'augmentation, entamée sur les dernières semaines de l'étude (figures 13 et 14).

Concernant les patients de 15 à 34 ans :

La diminution de leur recours aux consultations médicales a été similaire à celle des autres classes d'âge. En revanche, la reprise de ces consommations a été plus tardive. Elles restaient inférieures de 26,7 % à 2019 en semaine 19 (-18,1 points vs pré-confinement). Elles ont rejoint le niveau de consommation des patients plus âgés à partir de la semaine 22 (figure 10).

Leurs consommations d'actes techniques médicaux ont été en retrait de celles des autres patients après le déconfinement, en particulier pendant les semaines 24 à 26 (figure 11).

Leurs consommations d'actes infirmiers ont diminué juste avant le confinement. Elles n'ont ensuite augmenté que tardivement, après le déconfinement. Nous notons une plus forte augmentation au cours des 3 dernières semaines de l'étude, avec un retour au niveau observé en début d'année (figure 12).

Les consommations en officine ont globalement suivi celles des autres patients. Toutefois, la diminution de consommation qui a suivi le pic de la semaine 12 a été plus importante. À l'issue du confinement, la reprise de leurs consommations restait en retrait par rapport aux autres patients avec -5,1 % de délivrances par rapport à 2019 (-1,1 points vs pré-confinement) (figure 13). Le constat était similaire en considérant le volume de boîtes délivrées (figure 14).

FIGURE 10 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES, PAR CLASSE D'ÂGE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

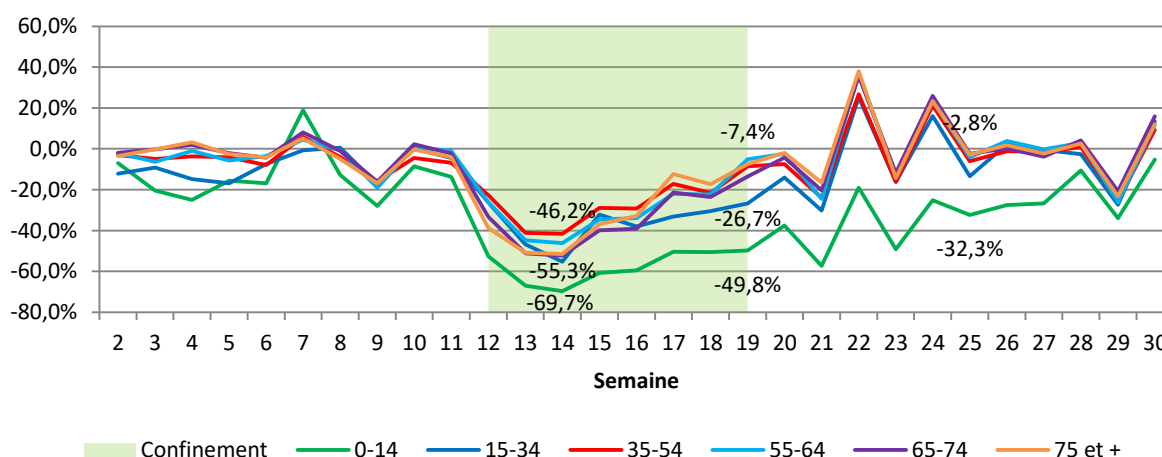


FIGURE 11 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES MÉDICAUX, PAR CLASSE D'ÂGE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

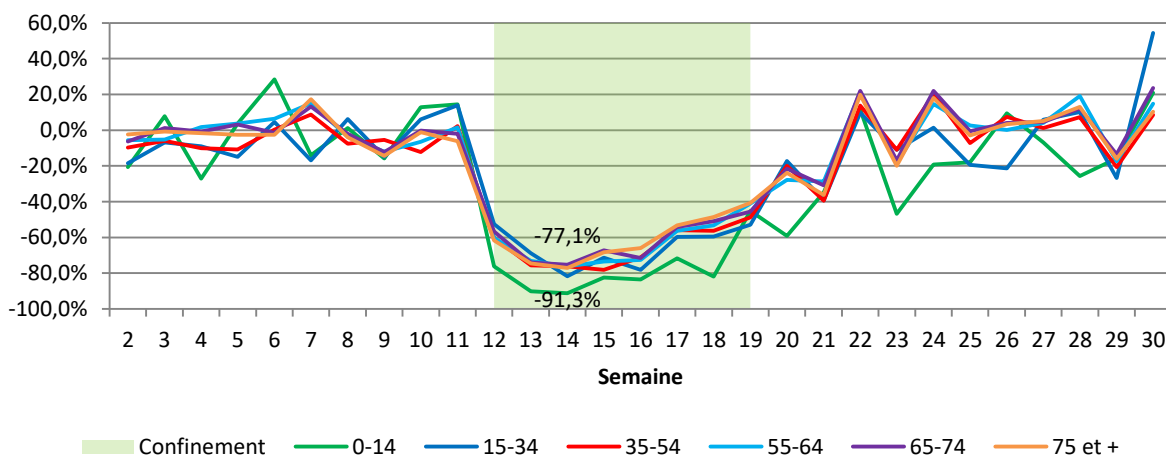


FIGURE 12 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES INFIRMIERS, PAR CLASSE D'ÂGE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

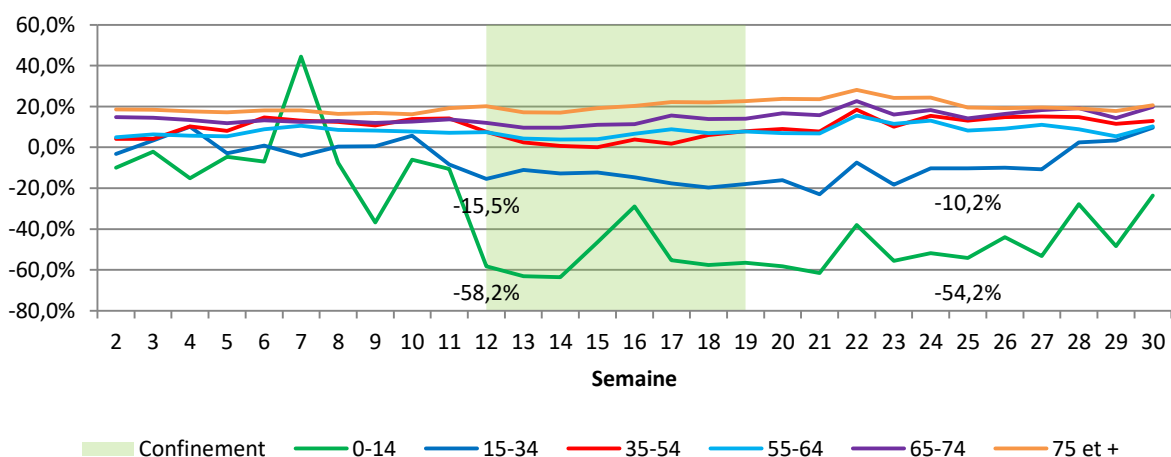


FIGURE 13 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DÉLIVRANCES EN OFFICINE, PAR CLASSE D'ÂGE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

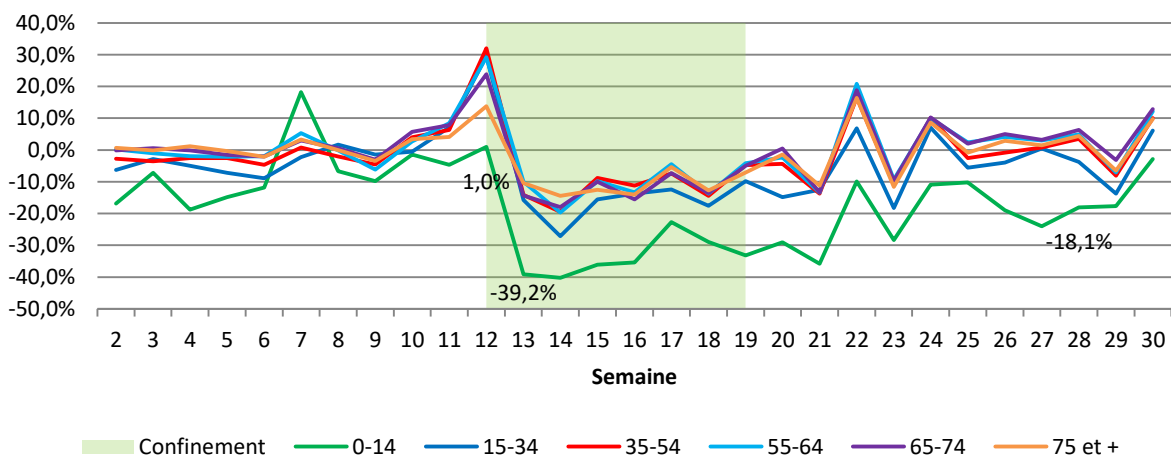
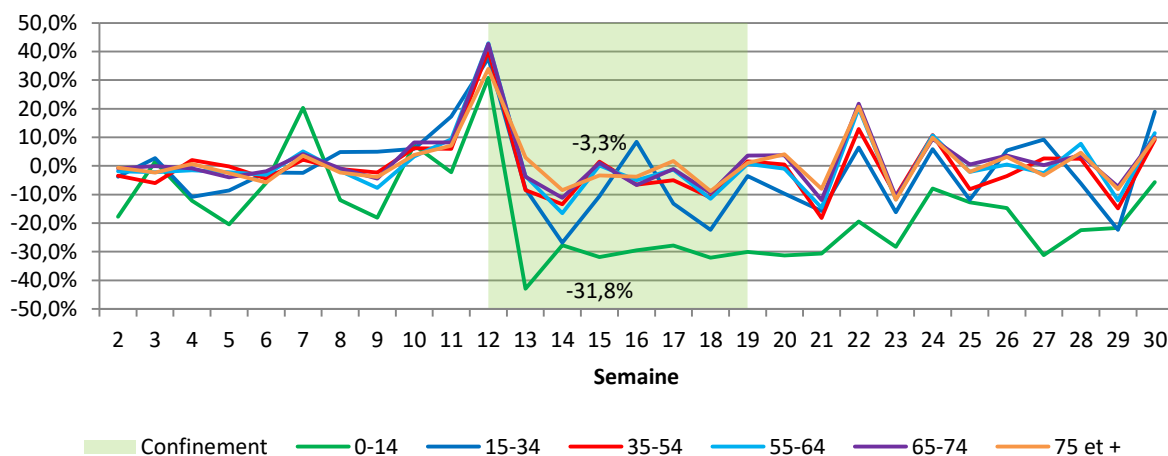


FIGURE 14 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE BOITES DÉLIVRÉES EN OFFICINE, PAR CLASSE D'ÂGE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



Au total, les consommations des plus jeunes ont été modifiées durablement pour l'ensemble des soins étudiés.

3.2.3 Consommations en rapport avec une ALD ou non

3.2.3.1 Par type de soins

Les niveaux de consommation selon le rapport, ou non, du soin avec une ALD sont présentés dans les tableaux IX et X.

TABEAU IX : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES EN RAPPORT AVEC UNE ALD EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, PAR TYPE DE SOINS ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine ⁹	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	22 688	12 027	134 349	38 992	186 375
	2020	20 888	10 358	160 508	39 831	193 876
	évolution	-7,9 %	-13,9 %	+19,5 %	+2,2 %	+4,0 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	24 154	12 816	133 293	39 494	188 299
	2020	23 898	12 517	155 799	40 704	194 292
	évolution	-1,1 %	-2,3 %	+16,9 %	+3,1 %	+3,2 %
S12 à S19 (confinement)	2019	21 729	11 485	135 516	38 453	183 061
	2020	15 106	5 413	162 440	38 470	194 724
	évolution	-30,5 %	-52,9 %	+19,9 %	+0,0 %	+6,4 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	22 052	11 705	134 462	38 927	187 037
	2020	22 356	11 991	163 384	40 027	192 881
	évolution	+1,4 %	+2,4 %	+21,5 %	+2,8 %	+3,1 %

TABEAU X : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES SANS RAPPORT AVEC UNE ALD EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, PAR TYPE DE SOINS ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	7 662	10 380	12 894	40 649	167 491
	2020	6 415	7 915	11 385	39 641	162 270
	évolution	-16,3 %	-23,8 %	-11,7 %	-2,5 %	-3,1 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	8 529	10 942	13 074	42 519	176 999
	2020	7 769	10 833	12 791	42 148	171 080
	évolution	-8,9 %	-1,0 %	-2,2 %	-0,9 %	-3,3 %
S12 à S19 (confinement)	2019	7 328	10 075	13 326	39 805	162 712
	2020	4 406	2 582	9 811	36 155	155 336
	évolution	-39,9 %	-74,4 %	-26,4 %	-9,2 %	-4,5 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	7 118	10 091	12 416	39 563	162 322
	2020	6 646	9 140	11 252	39 898	159 303
	évolution	-6,6 %	-9,4 %	-9,4 %	+0,8 %	-1,9 %

Avant le confinement, les consommations de soins médicaux et en officine, en rapport avec une ALD, étaient proches du niveau de 2019. Les consommations d'actes infirmiers étaient, elles, supérieures à 2019. Les consommations médicales ont diminué au cours du confinement avant de retrouver,

⁹ Le nombre de délivrances présenté dans les tableaux IX et X est supérieur au nombre présenté dans les précédents tableaux. En effet lors d'une délivrance à l'officine, si des médicaments en rapport avec une ALD et d'autres hors ALD sont délivrés, alors deux délivrances (une en rapport avec une ALD et l'autre sans rapport) ont été comptabilisées dans le cas présent.

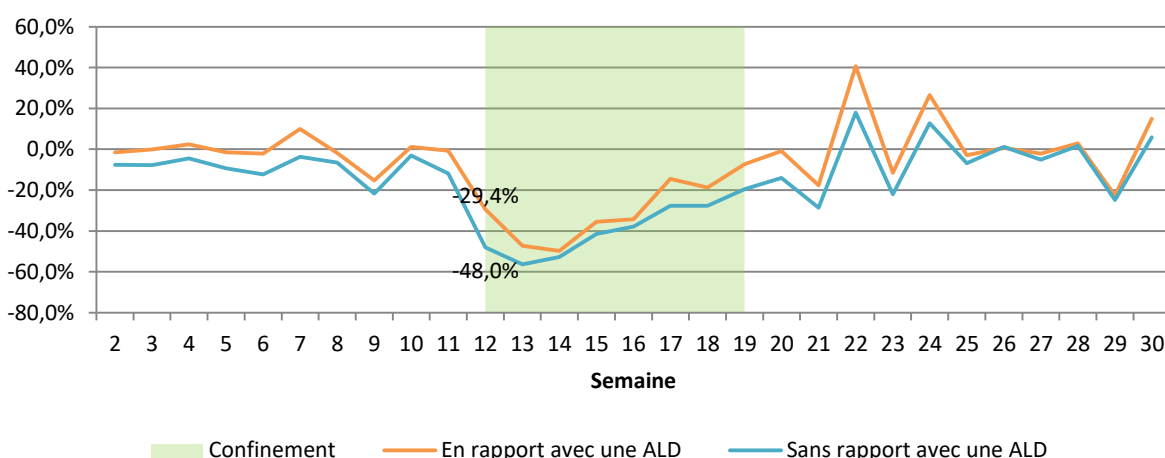
ensuite, leur niveau antérieur. Les consommations d'actes infirmiers et en officine se sont globalement maintenues pendant et après le confinement.

Le niveau de consommation des soins hors ALD était, en début d'année, inférieur à 2019. Une diminution a été observée, au cours du confinement pour chaque type de soins.

Les figures 15 à 20 précisent les évolutions hebdomadaires des consommations en 2020 par rapport à 2019, par type de soins et selon le rapport ou non du soin avec une ALD.

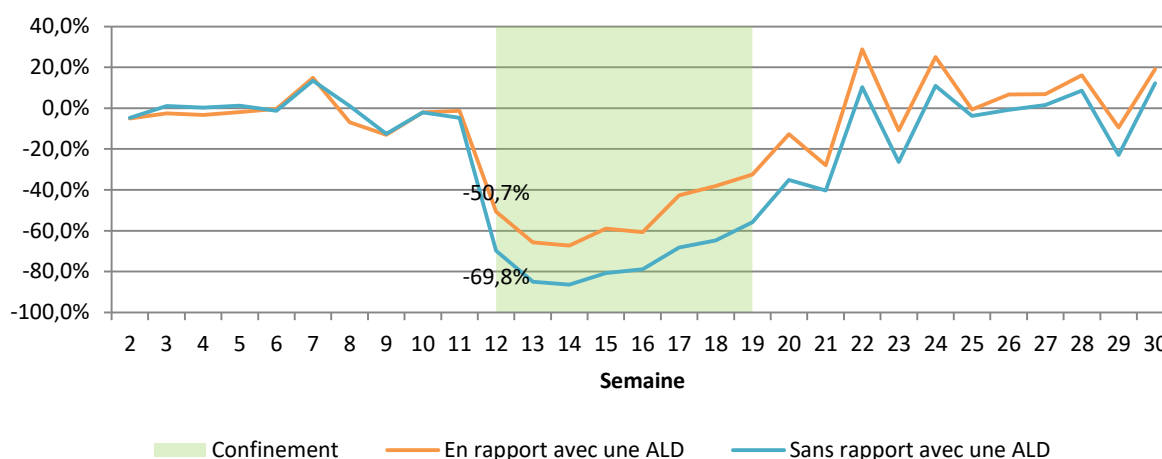
La diminution des recours aux consultations médicales hors ALD a été plus rapide (-39,1 points vs pré-confinement en semaine 12 contre -28,3 points pour les consultations ALD). Dans les deux cas, la baisse des consommations a été de même intensité, avec respectivement un minimum à -47,4 et -48,7 points vs pré-confinement. Après le confinement, les niveaux de consommation en ALD et hors ALD ont retrouvé, à partir de la semaine 25, ceux observés en début d'année (figure 15).

FIGURE 15 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, SELON LE RAPPORT OU NON AVEC UNE ALD



La diminution des consommations d'actes techniques médicaux hors ALD au cours du confinement a été plus marquée que celle des actes en rapport avec une ALD (respectivement -73,0 et -50,6 points vs pré-confinement). Après le déconfinement, à partir de la semaine 25, le niveau de consommation des actes techniques en rapport avec une ALD a retrouvé un niveau plus élevé que celui des actes hors ALD (+8,7 points vs pré-confinement contre +0,2 points) (figure 16).

FIGURE 16 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES MÉDICAUX DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, SELON LE RAPPORT OU NON AVEC UNE ALD



Les consommations d'actes infirmiers en rapport avec une ALD ont suivi la dynamique des consommations globales (chapitre 3.2.1, p34). Les actes infirmiers hors ALD ont, eux, entamé une diminution avant le confinement. À l'issue de ce dernier, les consommations hors ALD n'ont pas retrouvé leur niveau initial, malgré une reprise de l'activité progressive entre les semaines 20 et 24 (figure 17). Il est important de noter que, comme pour les consommations globales, la dynamique était différente en considérant le nombre de consommateurs (figure 18). Le nombre de consommateurs d'actes ALD a diminué durant les 3 premières semaines de confinement. Il a ensuite retrouvé et dépassé son niveau initial, dès la semaine 17 et après le confinement. Concernant les actes hors ALD, le nombre de consommateurs a suivi une dynamique proche de celle du nombre d'actes.

FIGURE 17 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES INFIRMIERS DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, SELON LE RAPPORT OU NON AVEC UNE ALD

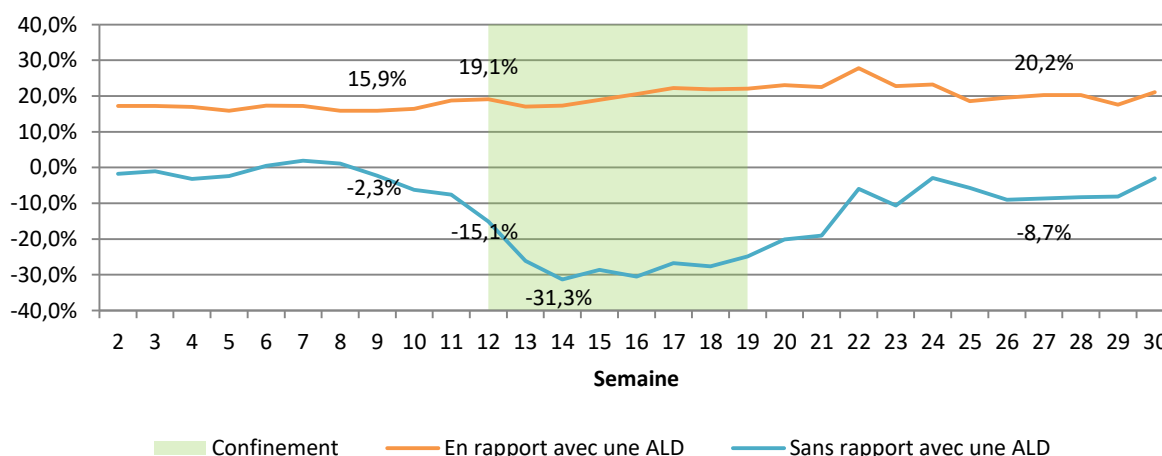
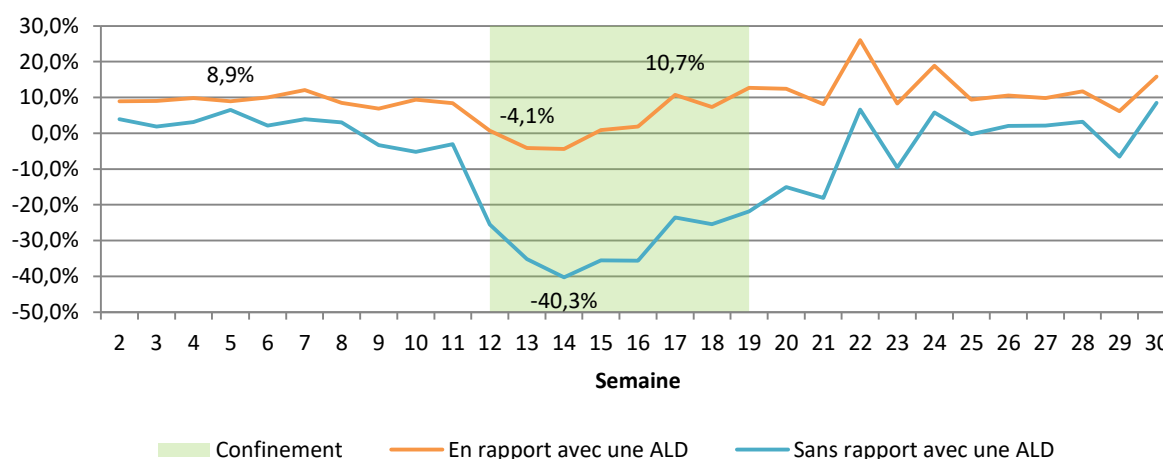


FIGURE 18 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE CONSOMMANTS D'ACTES INFIRMIERS DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, SELON LE RAPPORT OU NON AVEC UNE ALD



Les consommations en officine (délivrances et volume de boîtes) ont suivi la dynamique décrite pour les consommations globales (chapitre 3.2.1, p34). Nous notons que les consommations hors ALD avaient plus diminué que celles en rapport avec une ALD, au cours du confinement. Leur pic en semaine 12 était également moins important. Les niveaux pré-confinement ont été retrouvés dans les deux cas, entre les semaines 20 et 30 (figures 19 et 20).

FIGURE 19 : ÉVOLUTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DÉLIVRANCES EN OFFICINE DANS LA POPULATION D'ÉTUDE EN 2020 PAR RAPPORT À 2019, SELON LE RAPPORT OU NON DE LA PRESTATION AVEC UNE ALD

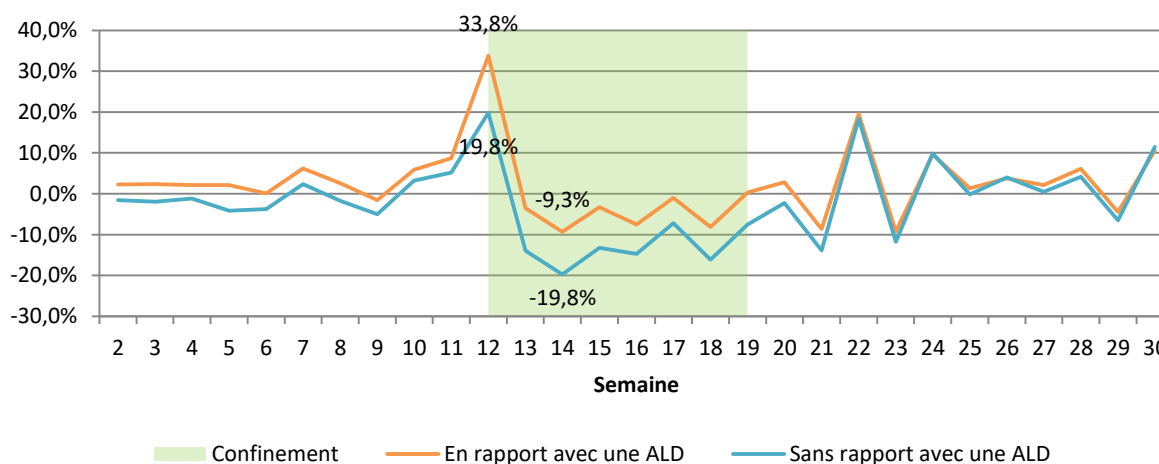
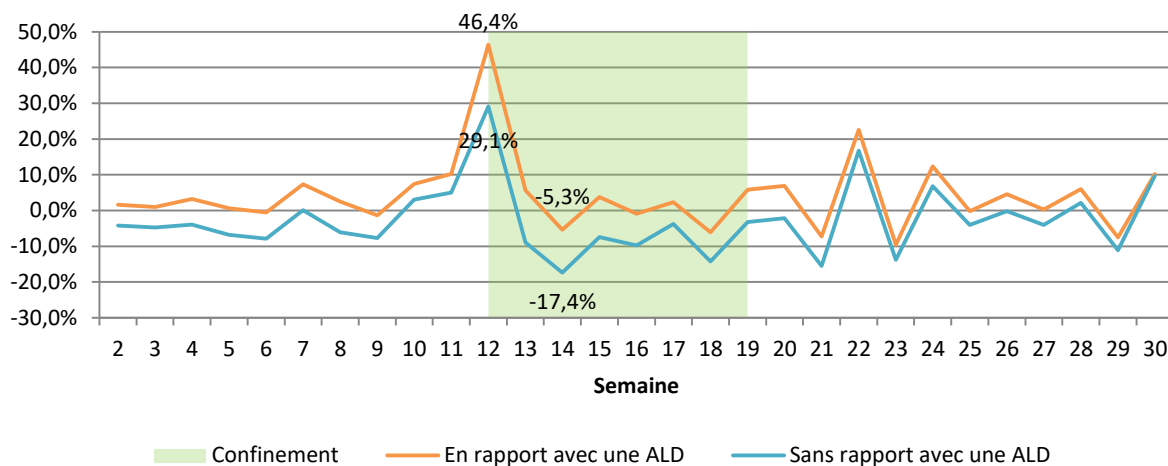


FIGURE 20 : ÉVOLUTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE BOITES DÉLIVRÉES EN OFFICINE DANS LA POPULATION D'ÉTUDE EN 2020 PAR RAPPORT À 2019, SELON LE RAPPORT OU NON DE LA PRESTATION AVEC UNE ALD



En résumé, les consommations de soins hors ALD ont, dans l'ensemble, plus diminué que celles en rapport avec une ALD. Un retour au niveau antérieur a globalement été observé après le confinement.

3.2.3.2 Par spécialité, pour les consultations et actes techniques médicaux

Les niveaux de recours aux consultations, quelle que soit leur modalité (en présentiel ou non) et aux actes techniques médicaux, par spécialité, selon qu'ils étaient ou non en rapport avec une ALD sont présentés dans les tableaux XI et XII.

TABEAU XI : NOMBRE MOYEN D'ACTES MÉDICAUX HEBDOMADAIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, SELON LE RAPPORT AVEC UNE ALD ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

		Consultations médicales		Actes techniques médicaux	
		En rapport avec une ALD	Sans rapport avec une ALD	En rapport avec une ALD	Sans rapport avec une ALD
S2 à S30	2019	16 329	3 960	869	495
	2020	15 332	3 553	766	384
	évolution	-6,1 %	-10,3 %	-11,8 %	-22,4 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	17 338	4 559	880	515
	2020	17 041	4 066	889	508
	évolution	-1,7 %	-10,8 %	+1,0 %	-1,3 %
S12 à S19 (confinement)	2019	15 654	3 767	822	491
	2020	11 947	3 044	451	196
	évolution	-23,7 %	-19,2 %	-45,1 %	-60,0 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	15 902	3 555	892	481
	2020	16 240	3 456	884	409
	évolution	+2,1 %	-2,8 %	-0,9 %	-15,0 %

TABEAU XII : NOMBRE MOYEN D'ACTES MÉDICAUX HEBDOMADAIRES HORS MÉDECINE GÉNÉRALE EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, SELON LE RAPPORT AVEC UNE ALD ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

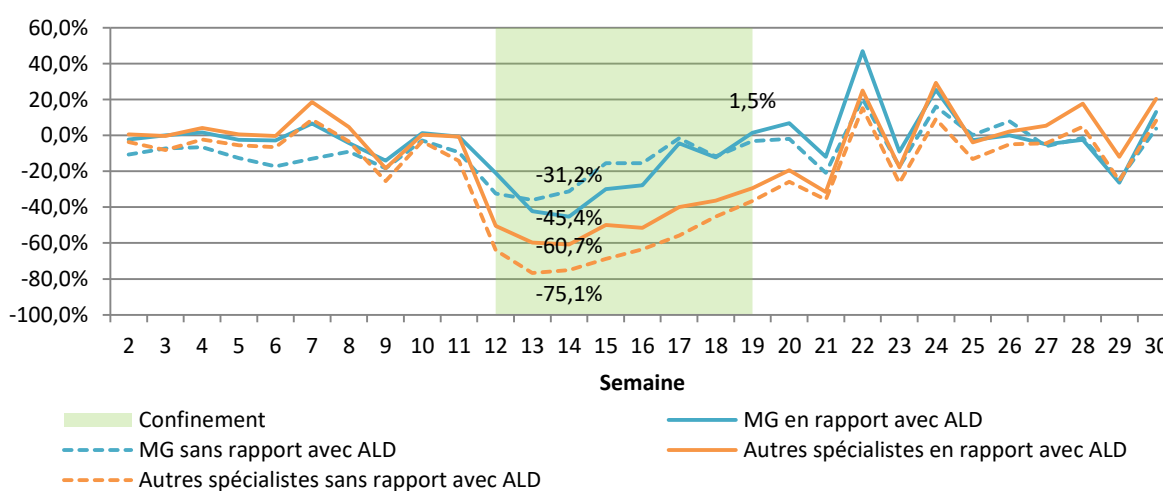
		Consultations médicales		Actes techniques médicaux	
		En rapport avec une ALD	Sans rapport avec une ALD	En rapport avec une ALD	Sans rapport avec une ALD
S2 à S30	2019	6 359	3 703	11 159	9 885
	2020	5 556	2 863	9 592	7 530
	évolution	-12,6 %	-22,7 %	-14,0 %	-23,8 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	6 816	3 970	11 936	10 428
	2020	6 857	3 703	11 628	10 326
	évolution	+0,6 %	-6,7 %	-2,6 %	-1,0 %
S12 à S19 (confinement)	2019	6 074	3 560	10 662	9 584
	2020	3 159	1 362	4 962	2 386
	évolution	-48,0 %	-61,7 %	-53,5 %	-75,1 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	6 150	3 563	10 813	9 610
	2020	6 117	3 190	11 107	8 731
	évolution	-0,5 %	-10,5 %	+2,7 %	-9,1 %

Les consommations médicales ont toutes diminué au cours du confinement, dans des proportions différentes selon leur rapport avec une ALD et selon la spécialité considérée. Globalement, les consommations en lien avec une ALD ont retrouvé leur niveau antérieur après le confinement, contrairement aux consommations hors ALD, à l'exception des consultations de médecine générale.

Les figures 21 et 22 précisent les évolutions hebdomadaires des recours aux consultations et actes techniques médicaux selon leur rapport ou non avec une ALD, par spécialité.

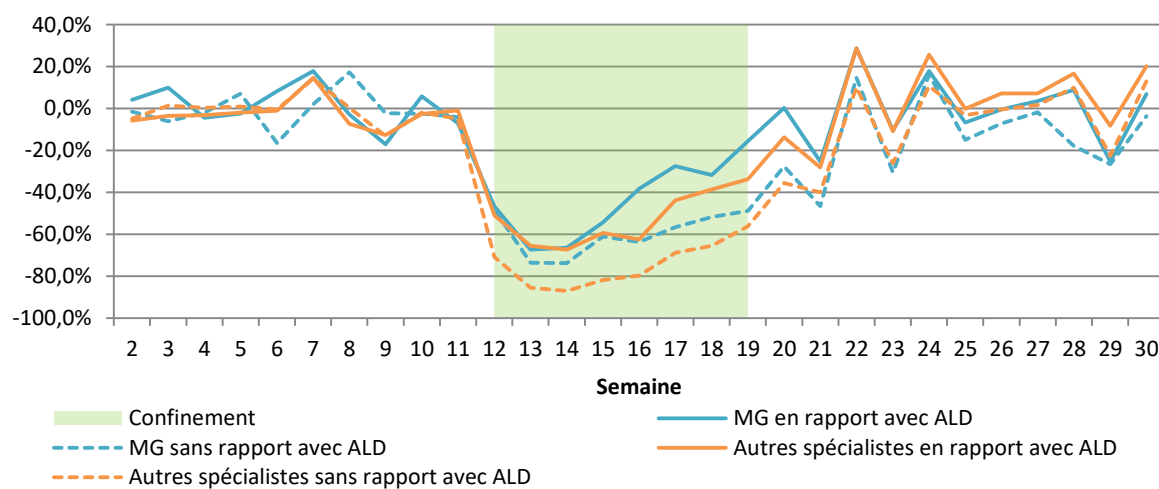
En médecine générale, au cours du confinement, les consultations sans rapport avec une ALD ont moins diminué que celles en rapport avec une ALD (respectivement -8,4 et -22,0 points vs pré-confinement). Ces dernières avaient pourtant chuté plus rapidement en semaine 12. Pour les autres spécialités, nous avons observé le phénomène inverse. Au cours du confinement, les consommations hors ALD ont plus fortement diminué que celles en rapport avec une ALD (respectivement -55,0 et -48,6 points vs pré-confinement). La reprise des consommations a été plus précoce en médecine générale, avec un retour au niveau antérieur dès la dernière semaine de confinement. Pour les autres spécialités, ce retour au niveau initial a eu lieu 3 semaines plus tard (figure 21).

FIGURE 21 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES PAR SPÉCIALITÉ ET SELON LE RAPPORT OU NON AVEC UNE ALD, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



Concernant les actes techniques médicaux, nous avons observé en médecine générale, comme chez les autres spécialistes, une chute plus importante des actes hors ALD au cours du confinement. Comme pour les consultations, la reprise des consommations a été plus précoce en médecine générale. La reprise a également été plus forte et précoce concernant les actes en rapport avec une ALD, en médecine générale comme dans les autres spécialités. À l'issue du confinement, les consommations se sont stabilisées à partir de la semaine 25. Elles demeuraient inférieures au niveau pré-confinement en médecine générale pour les actes hors ALD (-10,7 points) comme pour ceux en rapport avec une ALD (-3,2 points). Hors médecine générale, les consommations hors ALD ont rejoint le niveau du début de l'année (+0,8 points). Celles en rapport avec une ALD ont dépassé ce niveau de 9,8 points (figure 22).

FIGURE 22 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX PAR SPÉCIALITÉ ET SELON LE RAPPORT OU NON AVEC UNE ALD, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



Au total, les dynamiques ont été opposées entre médecine générale et autres spécialités, en matière de consultations médicales concernant la prise en charge des soins en rapport avec l'ALD.

3.2.4 Recours aux consultations et actes médicaux par spécialité et par modalité de réalisation

Les niveaux de recours aux consultations et actes techniques médicaux de 2019 et 2020, par spécialité, sont présentés dans les tableaux XIII et XIV.

TABLEAU XIII : NOMBRE MOYEN D'ACTES MÉDICAUX HEBDOMADAIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, SELON LA MODALITÉ DE RÉALISATION ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

		Consultations médicales au cabinet	Actes techniques médicaux au cabinet	Téléconsultations*	Visites à domicile
S2 à S30	2019	17 710	1 364	4	2 575
	2020	14 962	1 151	1 196	2 726
	évolution	-15,5 %	-15,7 %	-	+5,9 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	19 082	1 395	3	2 812
	2020	18 222	1 397	13	2 871
	évolution	-4,5 %	+0,1 %	-	+2,1 %
S12 à S19 (confinement)	2019	16 920	1 314	4	2 497
	2020	9 811	648	2 776	2 404
	évolution	-42,0 %	-50,7 %	-	-3,8 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	17 038	1 373	4	2 416
	2020	15 746	1 293	1 122	2 828
	évolution	-7,6 %	-8,3 %	-	+17,1 %

*les effectifs étant petits, les évolutions en pourcentages ne sont pas présentées

TABLEAU XIV : NOMBRE MOYEN D'ACTES MÉDICAUX HEBDOMADAIRES HORS MÉDECINE GÉNÉRALE EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, SELON LA MODALITÉ DE RÉALISATION ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

		Consultations médicales au cabinet	Actes techniques médicaux au cabinet	Téléconsultations*	Visites à domicile*
S2 à S30	2019	10 032	21 043	25	4
	2020	7 990	17 122	425	4
	évolution	-20,4 %	-18,6 %	-	-
S2 à S11 (avant confinement)	2019	10 757	22 364	25	4
	2020	10 510	21 954	47	4
	évolution	-2,3 %	-1,8 %	-	-
S12 à S19 (confinement)	2019	9 615	20 246	15	5
	2020	3 625	7 348	894	4
	évolution	-62,3 %	-63,7 %	-	-
S20 à S30 (après confinement)	2019	9 676	20 423	33	4
	2020	8 874	19 838	429	4
	évolution	-8,3 %	-2,9 %	-	-

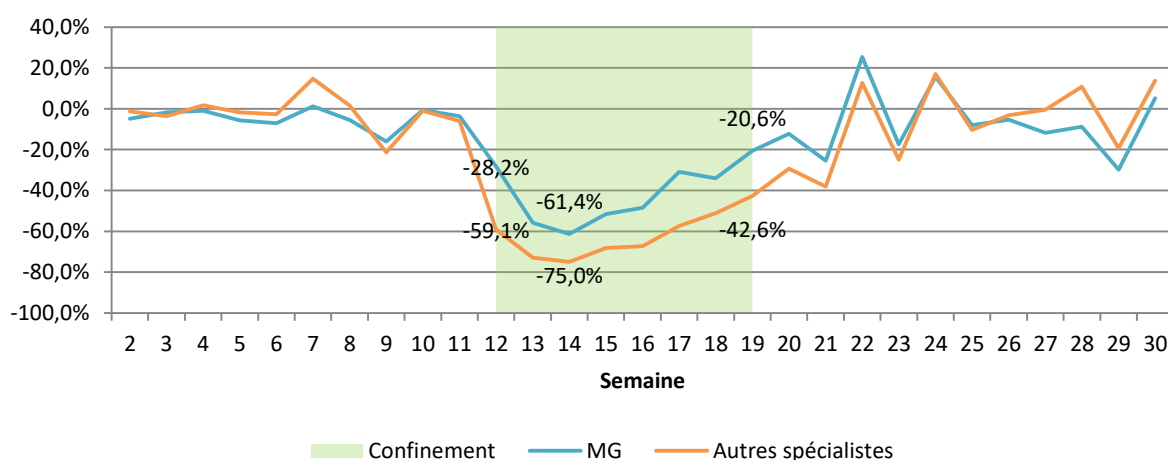
* les effectifs étant petits, les évolutions en pourcentages ne sont pas présentées

Les consommations médicales ont été plus impactées par le confinement, pour les spécialités hors médecine générale. Le recours à la téléconsultation a été majeur pendant cette période.

Les figures 23 à 26 permettent d'apprécier les évolutions hebdomadaires des recours aux consultations et aux actes techniques médicaux, selon leur modalité de réalisation, en 2020 par rapport à 2019.

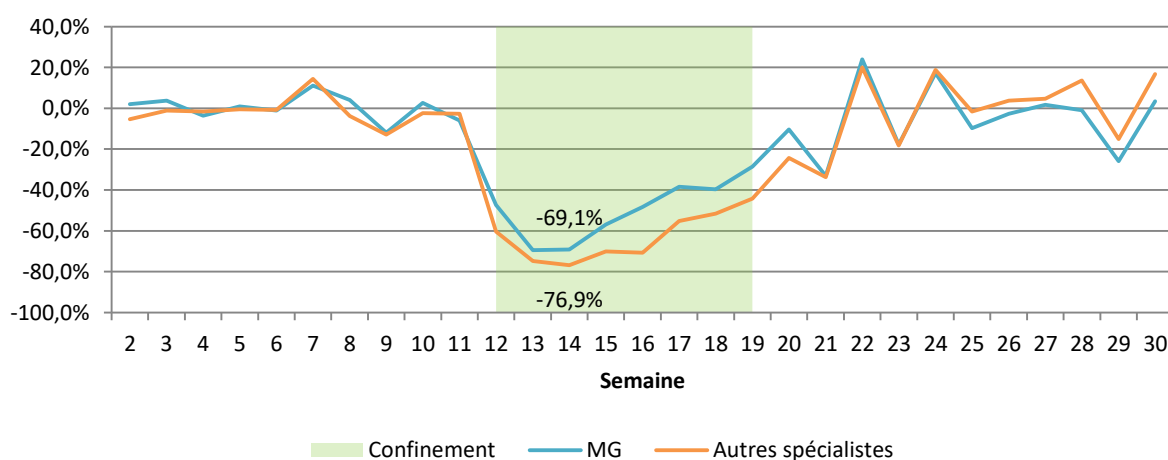
Nous avons observé, pour les consultations médicales au cabinet, au cours du confinement, une diminution des consommations plus importante que celle décrite pour les consommations globales (chapitre 3.2.1, p34). La diminution a été plus marquée pour les spécialités hors médecine générale (-60,0 points vs pré-confinement contre -37,5 points en médecine générale). À l'issue du confinement, cette tendance s'est poursuivie jusqu'en semaine 24, avec des consultations au cabinet de médecine générale moins impactées que celles des autres spécialistes. À partir de la semaine 25, la dynamique s'est inversée. Les consommations au cabinet en médecine générale n'ont alors pas retrouvé leur niveau du début d'année, à l'inverse des autres spécialités (respectivement -5,3 et +0,9 points vs pré-confinement) (figure 23).

FIGURE 23 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES AU CABINET, PAR SPÉCIALITÉ, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



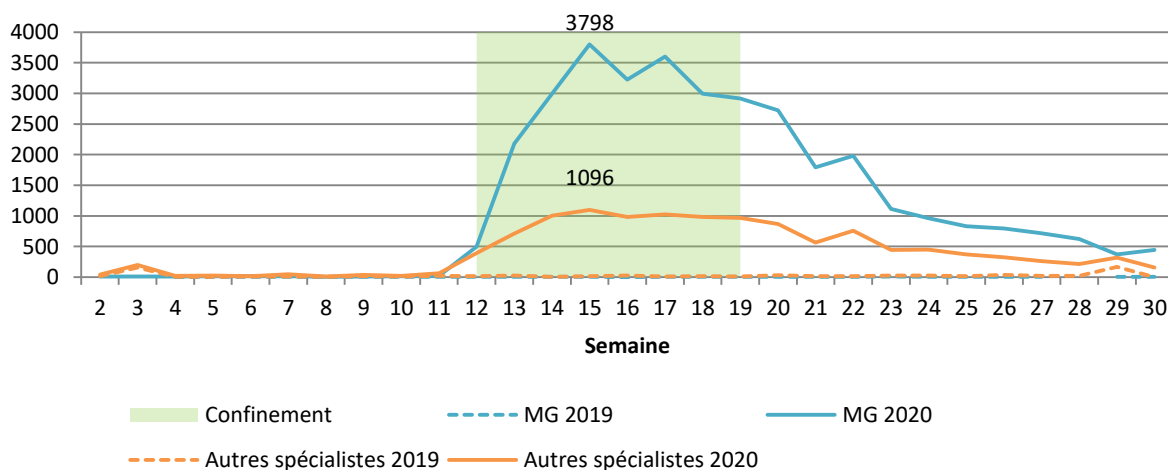
Concernant les actes médicaux, au cabinet, la dynamique a été similaire à celle observée pour les consultations au cabinet (figure 24).

FIGURE 24 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES MÉDICAUX AU CABINET, PAR SPÉCIALITÉ, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



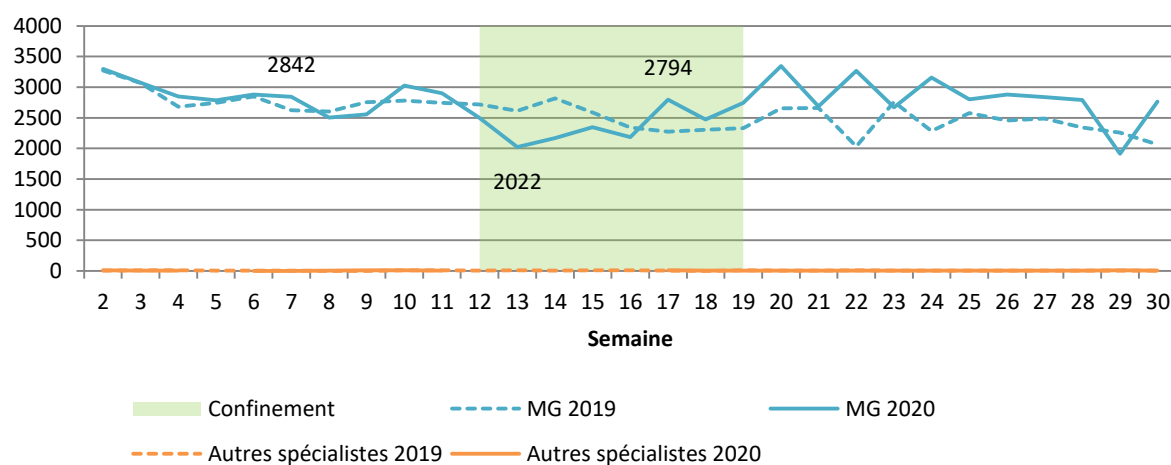
Les téléconsultations étaient peu utilisées en 2019 et au cours des premières semaines de 2020. Leur nombre a fortement augmenté dès le début du confinement, en particulier en médecine générale. Il est passé de quelques unités hebdomadaires à plus de 3 800 en semaine 15. Les autres spécialistes ont également fortement recouru à ce mode de consultations avec jusqu'à 1 100 actes en semaine 15. Le recours aux téléconsultations a ensuite diminué progressivement à partir de la semaine 16. Après le déconfinement, leur nombre s'établissait, en juillet, autour de 400 par semaine en médecine générale et 250 pour l'ensemble des autres spécialités (figure 25).

FIGURE 25 : NOMBRE HEBDOMADAIRE DE TÉLÉCONSULTATIONS, PAR SPÉCIALITÉ, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, EN 2019 ET 2020



Les visites à domicile concernaient quasi exclusivement les médecins généralistes. Leur nombre a diminué lors des 3 premières semaines de confinement (jusqu'à -23,0 % vs 2019 en semaine 14 ; -25,1 points vs pré-confinement). Les consommations ont repris dès la semaine 15, pour dépasser le niveau de 2019 sur les 3 dernières semaines de confinement (+13,9 points vs pré-confinement). Après le déconfinement, le nombre de visites en médecine générale s'est stabilisé à +8,8 % par rapport à 2019, également au-dessus du niveau observé en début d'année. Chez les autres spécialistes, les visites étaient en nombre négligeable en 2019 et début 2020. Elles le sont restées ensuite (figure 26).

FIGURE 26 : NOMBRE HEBDOMADAIRE DE VISITES À DOMICILE, PAR SPÉCIALITÉ, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE, EN 2019 ET 2020



En conclusion de ce chapitre, les diminutions de consommation ont principalement concerné le suivi médical au cabinet, en particulier pour les spécialistes hors médecine générale. Le recours à la télémedecine a fortement augmenté au cours du confinement.

3.2.5 Consommations selon le nombre d'ALD de l'assuré

Les niveaux de consommation selon le nombre d'ALD sont présentés dans les tableaux XV et XVI.

TABLEAU XV : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, PAR TYPE DE SOINS ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE SEULE ALD (N = 139 933)

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	20 463	14 812	79 560	39 652	227 222
	2020	18 369	12 055	93 807	38 975	228 547
	évolution	-10,2 %	-18,6 %	+17,9 %	-1,7 %	+0,6 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	22 061	15 734	79 509	41 074	234 903
	2020	21 331	15 558	91 944	41 208	235 322
	évolution	-3,3 %	-1,1 %	+15,6 %	+0,3 %	+0,2 %
S12 à S19 (confinement)	2019	19 623	14 217	80 251	38 931	221 912
	2020	13 035	5 062	93 728	35 900	223 590
	évolution	-33,6 %	-64,4 %	+16,8 %	-7,8 %	+0,8 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	19 623	14 405	79 105	38 884	224 101
	2020	19 554	13 957	95 558	39 182	225 994
	évolution	-0,4 %	-3,1 %	+20,8 %	+0,8 %	+0,8 %

TABLEAU XVI : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES EN 2019 ET 2020 ET ÉVOLUTION 2019-2020, PAR TYPE DE SOINS ET SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE, CHEZ LES PATIENTS AYANT PLUSIEURS ALD (N = 49 760)

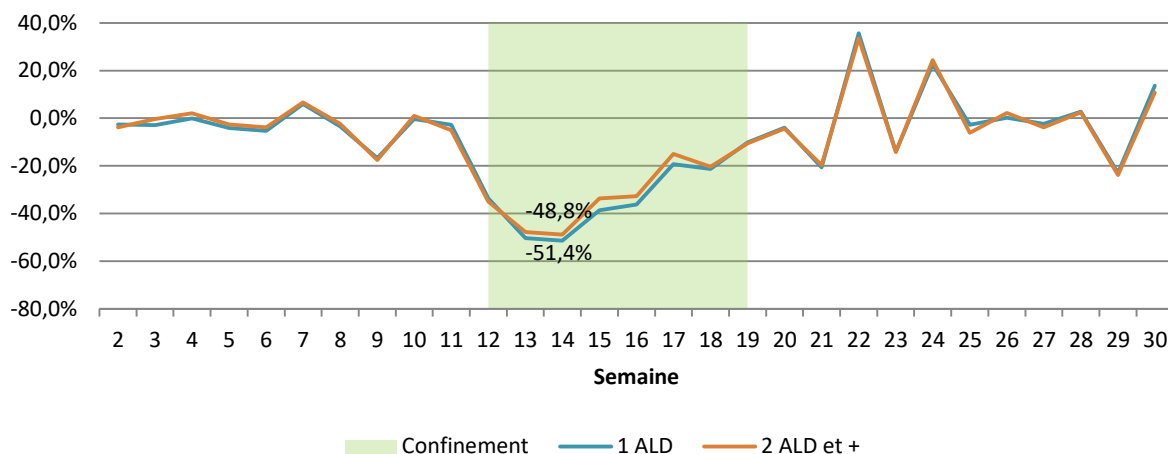
		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	9 887	7 596	67 683	17 348	126 644
	2020	8 934	6 217	78 086	17 138	127 598
	évolution	-9,6 %	-18,1 %	+15,4 %	-1,2 %	+0,8 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	10 623	8 025	66 858	17 911	130 396
	2020	10 335	7 792	76 647	17 996	130 051
	évolution	-2,7 %	-2,9 %	+14,6 %	+0,5 %	-0,3 %
S12 à S19 (confinement)	2019	9 433	7 342	68 591	17 047	123 862
	2020	6 476	2 933	78 522	15 755	126 470
	évolution	-31,3 %	-60,1 %	+14,5 %	-7,6 %	+2,1 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	9 547	7 390	67 773	17 056	125 258
	2020	9 449	7 174	79 078	17 365	126 190
	évolution	-1,0 %	-2,9 %	+ 16,7 %	+1,8 %	+0,7 %

Quel que soit le nombre d'ALD, les patients ont globalement eu des niveaux de consommations proches, par rapport à 2019. Les figures 27 à 32 permettent d'apprécier les évolutions hebdomadaires des consommations selon le nombre d'ALD.

Les recours aux consultations médicales des patients ayant une ou plusieurs ALD ont suivi la dynamique décrite pour les consommations globales (chapitre 3.2.1, p34). Au cours du confinement, les consommations ont légèrement moins diminué pour les patients ayant plusieurs ALD (-28,6 points vs pré-confinement ; -30,3 points pour ceux avec une ALD). L'évolution des

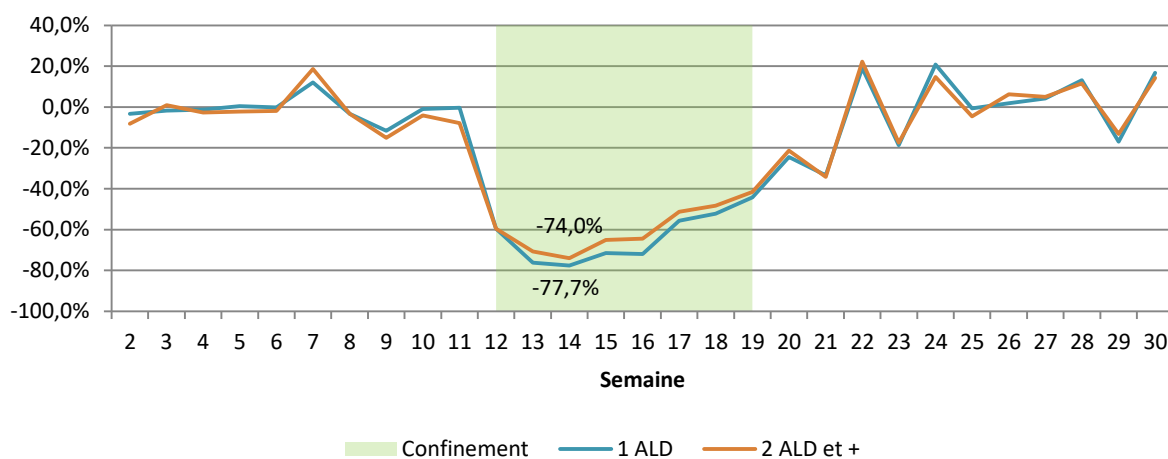
consommations par rapport à 2019 a été similaire pour l'ensemble des patients à l'issue du confinement. Elles sont revenues, dans les deux cas, au niveau observé en début d'année (figure 27).

FIGURE 27 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES SELON LE NOMBRE D'ALD, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



Nous avons fait les mêmes constatations en matière d'actes techniques médicaux. Au cours du confinement, le niveau de consommation par rapport à 2019 a baissé de 63,3 points pour les patients ayant une seule ALD et de 57,2 points pour les autres patients. Dans les deux cas, le retour au niveau antérieur a eu lieu à l'issue du confinement (figure 28).

FIGURE 28 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES MÉDICAUX SELON LE NOMBRE D'ALD, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



En matière d'actes infirmiers, nos observations étaient similaires à celles faites pour les consommations globales (chapitre 3.2.1, p34). On notait toutefois une augmentation plus franche des recours des patients ayant une seule ALD, à partir de la seconde moitié du confinement (figure 29). Nous avons observé, pendant le confinement, une baisse du nombre de consommateurs avec une seule ALD jusqu'à -12,7 % par rapport à 2019 en semaine 14 (-20,8 points vs pré-confinement). Le nombre de ceux avec plusieurs ALD a diminué de 6,4 % (-13,7 points) (figure 30). Le niveau du début de l'année a été retrouvé et dépassé en fin de confinement et après dans les deux cas.

FIGURE 29 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES INFIRMIERS SELON LE NOMBRE D'ALD, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

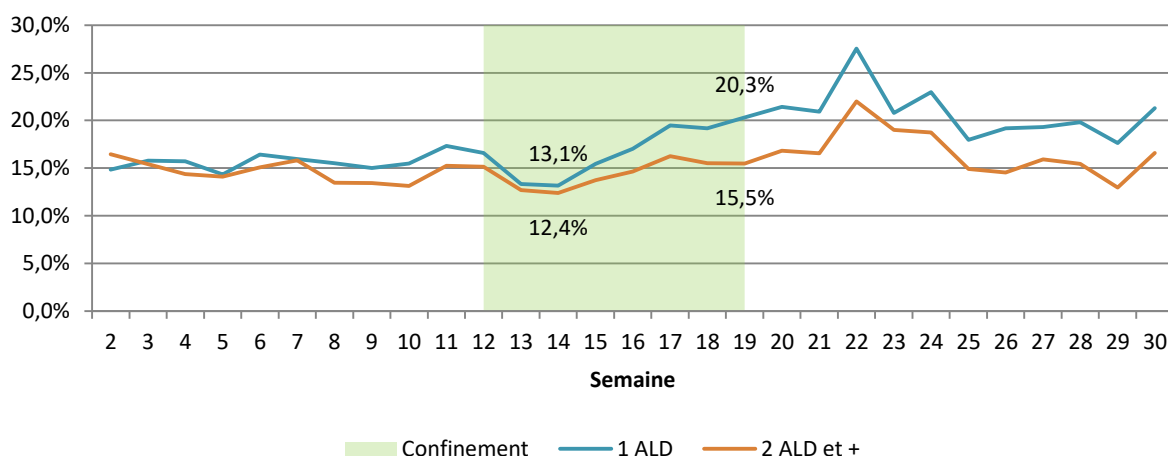
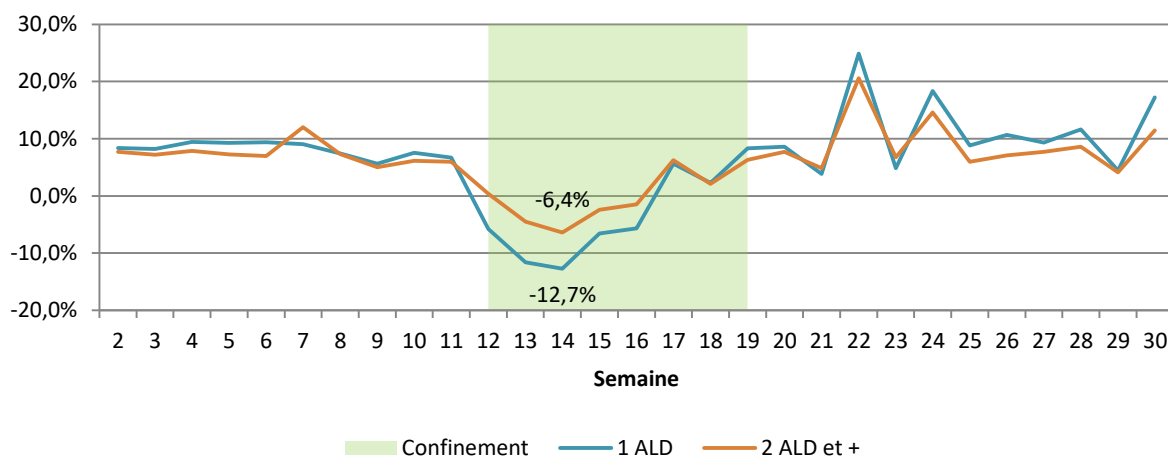


FIGURE 30 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE CONSOMMANTS D'ACTES INFIRMIERS SELON LE NOMBRE D'ALD, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



Les consommations en officine, en termes de délivrances comme de volume de boîtes, ont suivi les consommations globales décrites précédemment (chapitre 3.2.1, p34), aussi bien pour les patients ayant une seule ALD que pour ceux en ayant plusieurs. On notait un pic, en semaine 12, un petit peu plus marqué pour les patients avec une ALD. En post-confinement, le niveau de consommation a été similaire pour l'ensemble des patients (figures 31 et 32).

FIGURE 31 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DÉLIVRANCES EN OFFICINE SELON LE NOMBRE D'ALD, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE

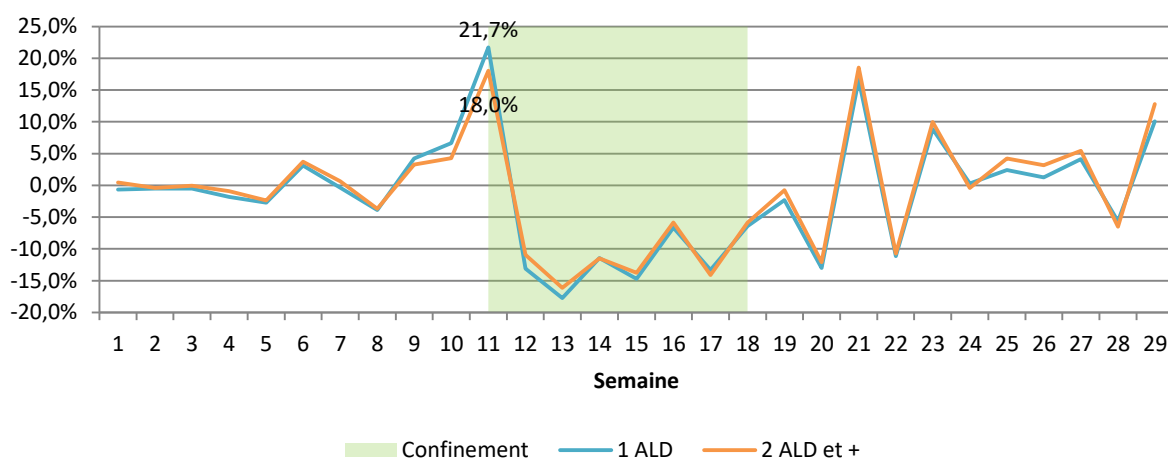
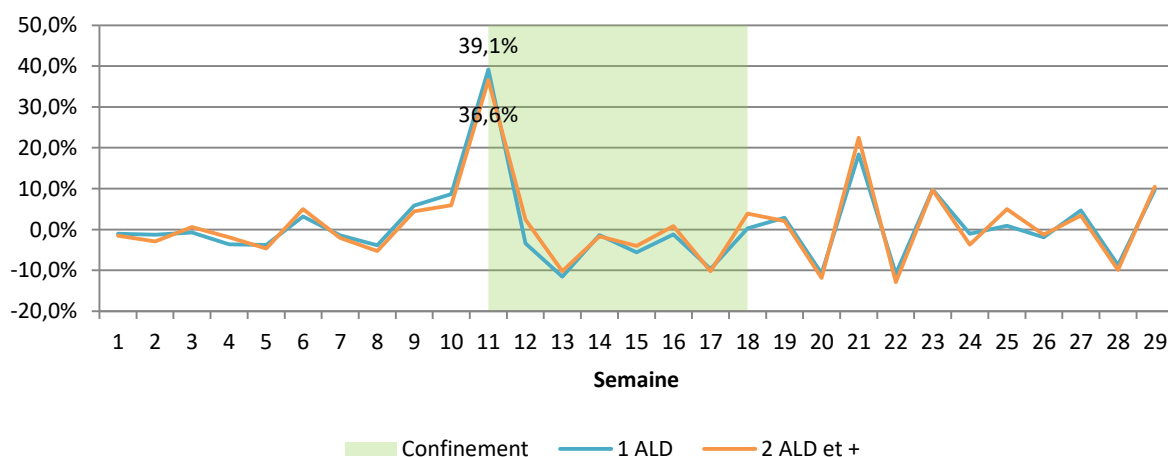


FIGURE 32 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE BOÎTES DÉLIVRÉES EN OFFICINE SELON LE NOMBRE D'ALD, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



En résumé, les différences de consommation selon le nombre d'ALD concernaient principalement les actes infirmiers.

3.2.6 Focus sur les cinq ALD les plus représentées

Ce focus s'intéresse aux patients ayant une seule ALD. Ces 139 933 individus avaient globalement les mêmes caractéristiques que la population d'étude totale. Ils étaient toutefois plus jeunes (âge médian inférieur d'1 an et classe des 75 ans et plus sous-représentée) et comptaient moins de sujets en invalidité (4,9 %).

Les cinq ALD les plus fréquentes représentaient 70,9 % de ces patients. Il s'agit des affections de longue durée suivantes, classées par effectif décroissant :

- ALD 8 : Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- ALD 30 : Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique ;
- ALD 23 : Affections psychiatriques de longue durée ;
- ALD 13 : Maladie coronaire ;
- ALD 5 : Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves.

Les niveaux de consommation de chaque ALD considérée sont présentés dans les tableaux XVII à XXI. Les figures 33 à 40 précisent les évolutions hebdomadaires des consommations de soins pour chaque ALD.

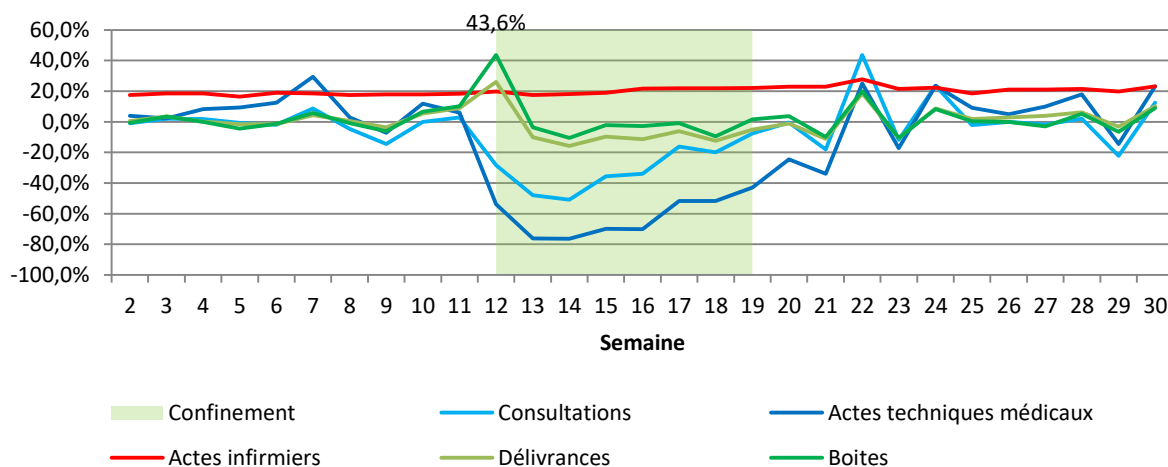
3.2.6.1 ALD 8 : Diabète de type 1 et diabète de type 2

TABLEAU XVII : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS, CHEZ LES PATIENTS EN ALD N°8 (N = 37 342), EN 2019 ET 2020, SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE ET ÉVOLUTION 2019-2020

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	5 272	3 728	39 380	10 936	66 188
	2020	4 849	3 219	47 303	10 920	67 086
	évolution	-8,0 %	-13,6 %	+20,1 %	-0,2 %	+1,4 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	5 641	3 865	39 290	11 263	67 918
	2020	5 594	4 160	46 360	11 450	68 745
	évolution	-0,8 %	+7,6 %	+18,0 %	+1,7 %	+1,2 %
S12 à S19 (confinement)	2019	5 037	3 603	39 736	10 712	64 462
	2020	3 478	1 353	47 774	10 108	65 676
	évolution	-31,0 %	-62,4 %	+20,2 %	-5,6 %	+1,9 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	5 107	3 695	39 204	10 803	65 870
	2020	5 170	3 721	47 818	11 028	66 604
	évolution	+1,2 %	+0,7 %	+22,0 %	+2,1 %	+1,1 %

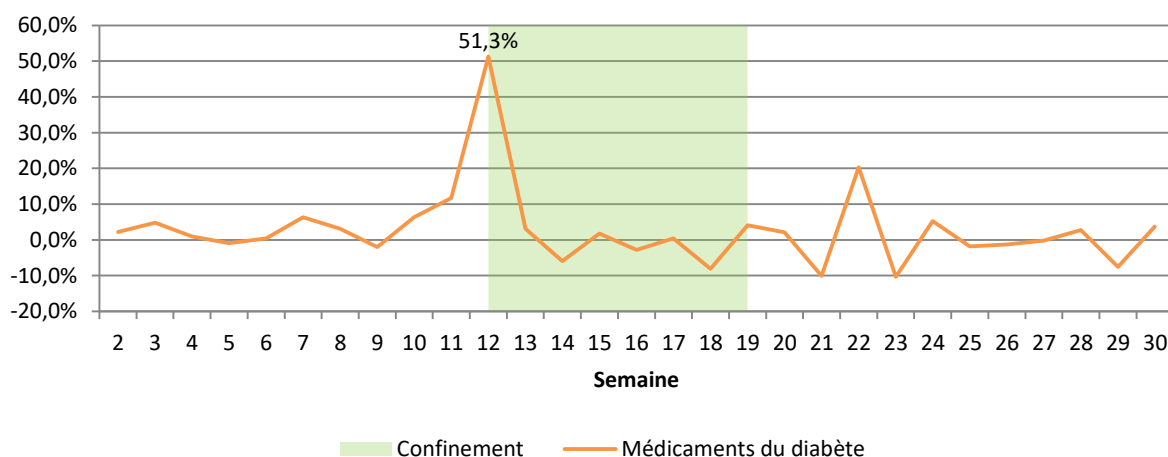
Quel que soit le type de soins considéré, les consommations des patients diabétiques ont été similaires à celles décrites pour l'ensemble de la population d'étude (chapitre 3.2.1, p34). Le pic de consommation en officine, en semaine 12, a toutefois été plus important que pour l'ensemble de la population d'étude. Il se situait à +25,8 points par rapport au début de l'année en termes de délivrances et +44,2 points en considérant le nombre de boîtes (figure 33).

FIGURE 33 : ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS CHEZ LES PATIENTS EN ALD 8, EN 2020 PAR RAPPORT À 2019



En considérant spécifiquement la classe ATC 2 des médicaments du diabète, ce phénomène était encore plus important. Le pic de la semaine 12 était de +49,5 points par rapport au début d'année. Sur l'ensemble du confinement, leurs consommations ont augmenté de 3,6 points par rapport aux premières semaines de 2020 (figure 34).

FIGURE 34 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE BOITES DÉLIVRÉES POUR LA CLASSE ATC 2 DES MÉDICAMENTS DU DIABÈTE, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



Au total, les consommations des patients diabétiques ont suivi celles de la population d'étude. Leurs consommations de médicaments spécifiques de la pathologie n'ont pas diminué.

3.2.6.2 ALD 30 : Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

TABEAU XVIII : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS, CHEZ LES PATIENTS EN ALD N°30 (N = 20 806), EN 2019 ET 2020, SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE ET ÉVOLUTION 2019-2020

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	3 319	3 281	6 022	5 730	26 568
	2020	2 894	2 560	7 040	5 559	26 768
	évolution	-12,8 %	-22,0 %	+16,9 %	-3,0 %	+0,8 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	3 607	3 706	6 253	6 037	28 099
	2020	3 382	3 170	7 050	5 983	27 915
	évolution	-6,3 %	-14,5 %	+12,7 %	-0,9 %	-0,7 %
S12 à S19 (confinement)	2019	3 184	3 114	6 043	5 622	25 915
	2020	1 934	1 186	6 759	4 978	25 566
	évolution	-39,3 %	-61,9 %	+11,8 %	-11,5 %	-1,3 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	3 155	3 016	5 796	5 529	25 650
	2020	3 149	3 005	7 235	5 597	26 599
	évolution	-0,2 %	-0,4 %	+24,8 %	+1,2 %	+3,7 %

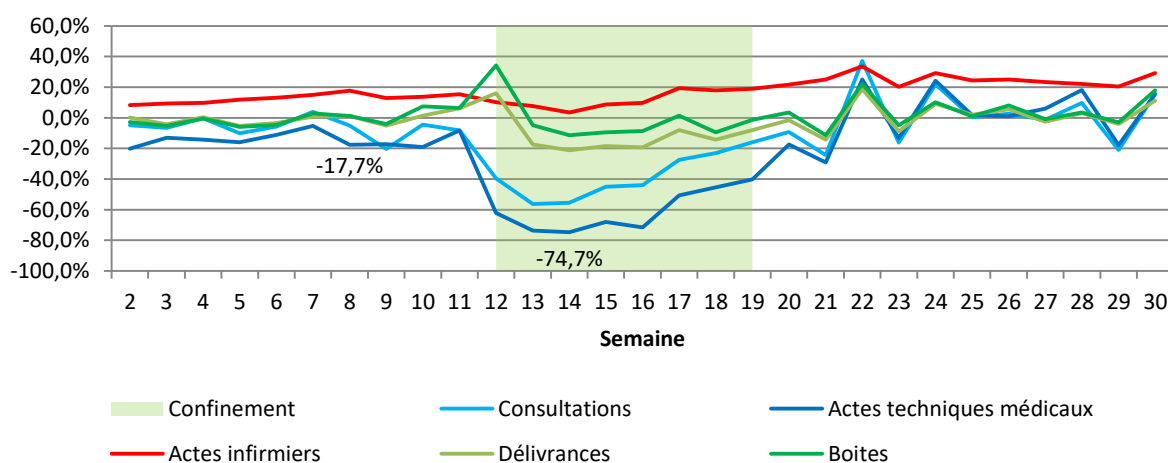
Les recours aux consultations médicales des patients en ALD 30 ont suivi ceux de l'ensemble de la population d'étude au cours du confinement (chapitre 3.2.1, p34). En revanche, suite au déconfinement les consommations ont augmenté plus fortement, s'établissant 6,1 points au-dessus du niveau des premières semaines de 2020 (figure 35).

En termes d'actes techniques médicaux, la baisse d'activité a été moins importante que pour l'ensemble de la population d'étude (-47,5 points vs pré-confinement). Après le déconfinement, ces consommations ont très fortement augmenté pour s'établir en moyenne à +6,7 % par rapport à 2019, à partir de la semaine 22 (+21,2 points vs pré-confinement) (figure 35).

Le nombre d'actes infirmiers a, au cours des premières semaines de confinement, diminué de façon plus importante que pour l'ensemble de la population d'étude, jusqu'à -9,3 points en semaine 14 par rapport au début de l'année 2020. Il a ensuite augmenté rapidement au cours des semaines suivantes. À la fin du confinement et après, les consommations ont largement dépassé leur niveau initial (+12,1 points vs pré-confinement) (figure 35).

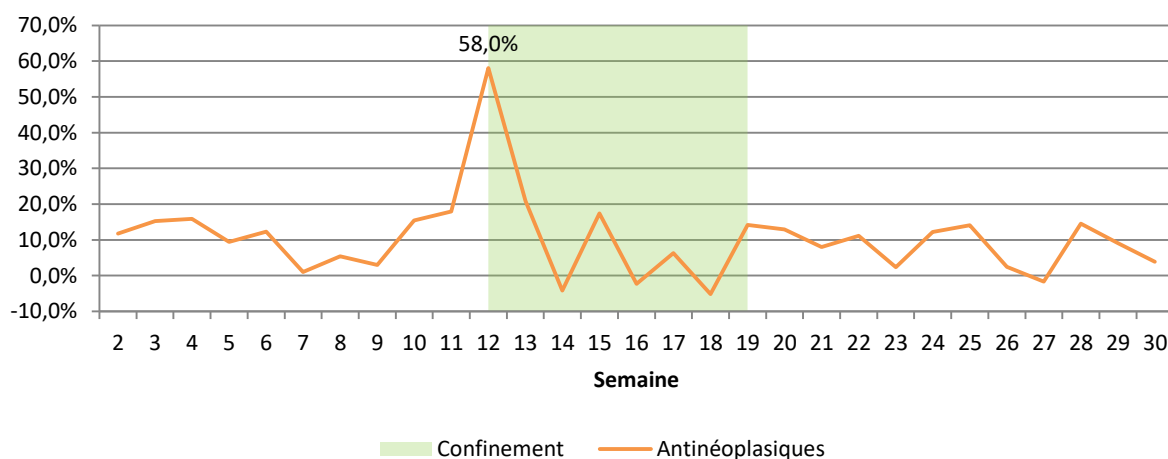
Si au cours du confinement les consommations en officine ont assez fortement chuté en termes de nombre de délivrances, elles se sont en revanche maintenues lorsque l'on considérait le volume de boîtes délivrées (+1,1 points vs S2-S9). À l'issue du confinement les consommations en officine ont atteint un niveau légèrement supérieur au niveau du début d'année (figure 35).

FIGURE 35 : ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS CHEZ LES PATIENTS EN ALD 30, EN 2020 PAR RAPPORT À 2019



Considérant les médicaments spécifiques de l'ALD 30, la classe ATC 2 des antinéoplasiques, le pic de la semaine 12 a été particulièrement marqué (+48,8 points vs S2-S9). Sur l'ensemble du confinement, on notait d'ailleurs une augmentation de ces consommations. Ensuite, elles ont retrouvé leur niveau antérieur (figure 36).

FIGURE 36 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE BOITES DÉLIVRÉES POUR LA CLASSE ATC 2 DES ANTINÉOPLASIQUES, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



En conclusion de ce chapitre, les consommations de soins infirmiers des patients en ALD 30 ont été les plus fortement impactées par le confinement. La reprise des consommations a été plus forte que pour le reste de la population d'étude en sortie de confinement, ceci pour tous les types de soins.

3.2.6.3 ALD 23 : Affections psychiatriques de longue durée

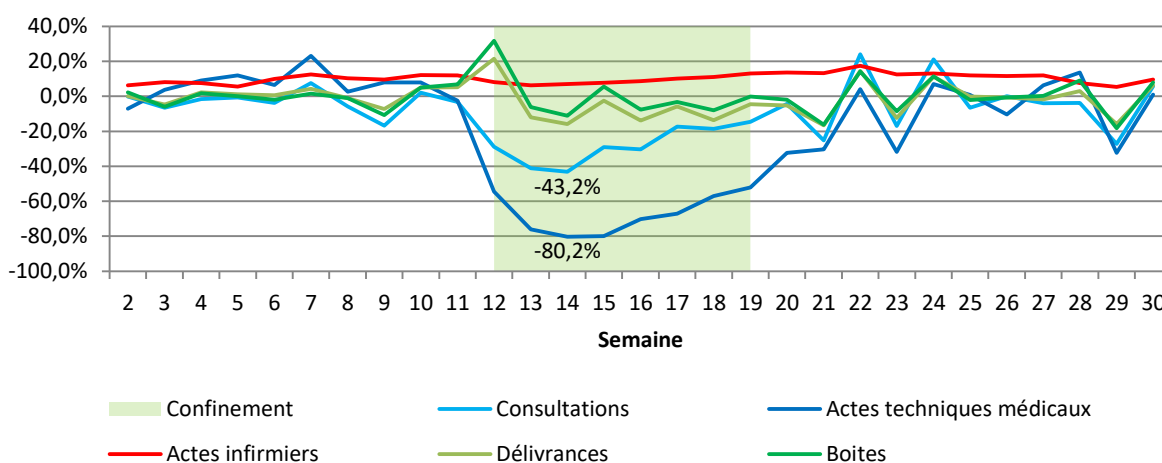
TABEAU XIX : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS, CHEZ LES PATIENTS EN ALD N°23 (N = 14 911), EN 2019 ET 2020, SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE ET ÉVOLUTION 2019-2020

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	2 216	767	6 979	3 819	23 810
	2020	1 989	620	7 684	3 735	23 715
	évolution	-10,3 %	-19,1 %	+10,1 %	-2,2 %	-0,4 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	2 377	806	6 958	3 917	24 354
	2020	2 306	855	7 610	3 937	24 287
	évolution	-3,0 %	+6,1 %	+9,4 %	+0,5 %	-0,3 %
S12 à S19 (confinement)	2019	2 136	711	7 023	3 753	23 358
	2020	1 524	229	7 653	3 527	23 371
	évolution	-28,7 %	-67,8 %	+9,0 %	-6,0 %	+0,1 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	2 128	772	6 966	3 778	23 643
	2020	2 039	692	7 773	3 703	23 445
	évolution	-4,2 %	-10,4 %	+11,6 %	-2,0 %	-0,8 %

Au cours du confinement, les consultations médicales ont moins diminué pour les patients en ALD 23 (-25,7 points vs pré-confinement) que pour l'ensemble de la population d'étude (-29,7 points). À l'inverse, les actes techniques médicaux ont, eux, diminué plus fortement (-73,8 points vs pré-confinement). Ces patients étaient toutefois peu consommateurs de ce type de soins. Les autres consommations de soins des patients en ALD 23 ont suivi celles décrites pour l'ensemble de la population d'étude au cours du confinement (chapitre 3.2.1, p34) (figure 37).

À l'issue du confinement, les patients en ALD 23 ont globalement sous-consommé, quel que soit le type de soins, par rapport à l'ensemble de la population d'étude (figure 37). Leurs consommations en termes de consultations médicales, de délivrances en officine et de volume de boîtes délivrées n'ont pas retrouvé le niveau du début d'année (respectivement -1,2 ; -2,5 et -0,6 points vs pré-confinement). Elles tendaient toutefois à rejoindre ce niveau sur les dernières semaines de l'étude. Cela a été plus évident pour les actes techniques médicaux, avec un déficit de 16,5 points. Seuls les actes infirmiers ont retrouvé leur niveau initial (+2,2 points).

FIGURE 37 : ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS CHEZ LES PATIENTS EN ALD 23, EN 2020 PAR RAPPORT À 2019



Les consommations de psycholeptiques et de psychoanaleptiques, non-spécifiques de l'ALD 23, sont explorées dans l'encadré 4.

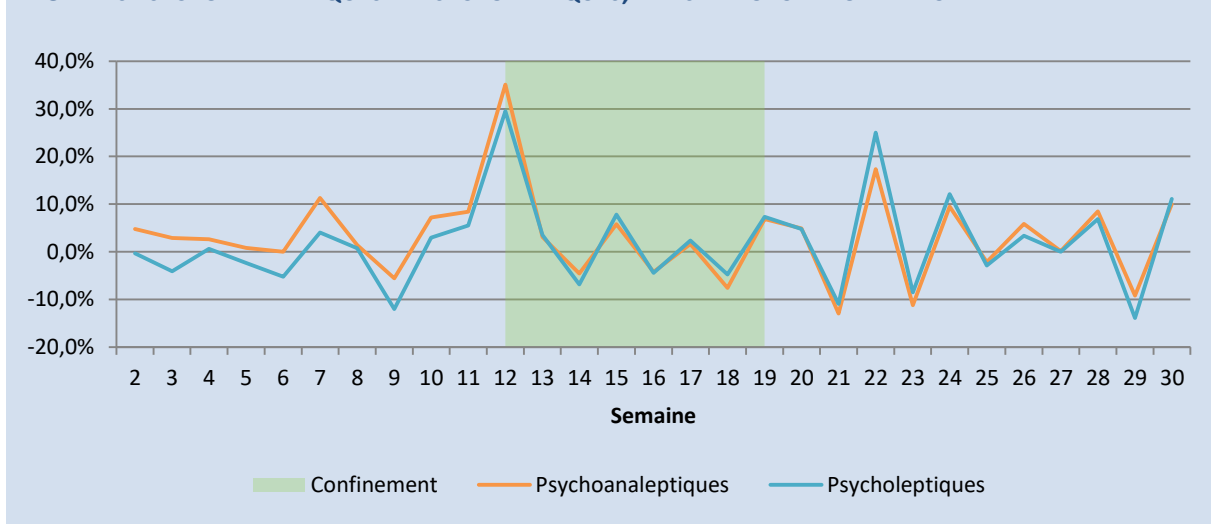
ENCADRÉ 4 : CONSOMMATIONS DE PSYCHOANALEPTIQUES ET DE PSYCHOLEPTIQUES

La classe ATC 2 des psycholeptiques regroupe les antipsychotiques, les anxiolytiques, les hypnotiques et les sédatifs. Celle des psychoanaleptiques comporte les antidépresseurs, les psychostimulants, les agents utilisés dans le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, les nootropes, ainsi que les médicaments de la démence. Ces classes thérapeutiques n'étant pas spécifiques aux patients en ALD 23, l'analyse de leurs consommations regroupait l'ensemble de la population d'étude.

Au cours du confinement, le volume de boîtes de psychoanaleptiques délivrées a augmenté de 2,2 points par rapport au début de l'année 2020. À l'issue du confinement, les consommations ont retrouvé leur niveau antérieur (figure 38).

Concernant les psycholeptiques, le volume de boîtes délivrées a plus fortement augmenté au cours du confinement, à +6,5 points par rapport à la période précédant le confinement (+4,2 % vs 2019 contre -2,3 % en pré-confinement). Les consommations ont ensuite légèrement diminué après le confinement, demeurant toutefois supérieures au niveau initial de 4,3 points (+2,0 % vs 2019) (figure 38).

FIGURE 38 : ÉVOLUTION 2019-2020 DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE BOÎTES DÉLIVRÉES POUR LES CLASSES ATC 2 DES PSYCHOANALEPTIQUES ET PSYCHOLEPTIQUES, DANS LA POPULATION D'ÉTUDE



En résumé, les actes médicaux des patients en ALD 23 ont été moins impactés par le confinement, mais de façon plus durable. Les consommations de psychoanaleptiques (dont les antidépresseurs) se sont globalement maintenues. Celles des psycholeptiques (dont les anxiolytiques et les hypnotiques) ont augmenté de façon durable.

3.2.6.4 ALD 13 : Maladie coronaire

TABLEAU XX : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS, CHEZ LES PATIENTS EN ALD N°13 (N = 14 564), EN 2019 ET 2020, SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE ET ÉVOLUTION 2019-2020

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	2 175	1 701	3 714	4 445	26 068
	2020	1 970	1 387	5 015	4 376	26 024
	évolution	-9,4 %	-18,4 %	+35,0 %	-1,6 %	-0,2 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	2 316	1 761	3 663	4 579	26 884
	2020	2 293	1 795	4 872	4 621	26 772
	évolution	-1,0 %	+1,9 %	+33,0 %	+0,9 %	-0,4 %
S12 à S19 (confinement)	2019	2 098	1 681	3 666	4 376	25 645
	2020	1 358	533	4 853	4 038	25 576
	évolution	-35,3 %	-68,3 %	+32,4 %	-7,7 %	-0,3 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	2 102	1 660	3 795	4 373	25 633
	2020	2 121	1 638	5 263	4 399	25 669
	évolution	+0,9 %	-1,3 %	+38,7 %	+0,6 %	+0,1 %

Le niveau de consommation d'actes infirmiers était bien supérieur à celui de 2019 sur l'ensemble de la période d'étude (+35,0 %).

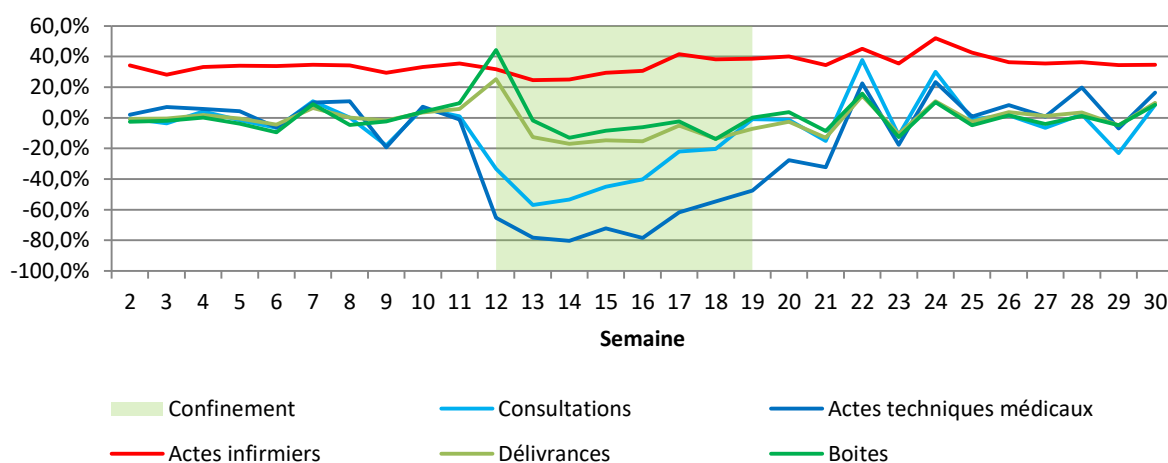
Au cours du confinement, pour tous les soins considérés, à l'exception du volume de boîtes délivrées, les consommations des patients en ALD 13 ont été plus faibles que pour l'ensemble de la population d'étude (chapitre 3.2.1, p34). Les consultations médicales ont diminué de 34,3 points vs pré-confinement. Les actes techniques médicaux ont chuté de 70,2 points. Les actes infirmiers ont diminué de 0,6 points (jusqu'à -8,0 points en début de confinement). Les délivrances en officine ont diminué de 7,8 points (figure 39).

On notait toutefois une reprise de l'activité de consultation plus précoce, dès la semaine 14.

Concernant le volume de boîtes délivrées, il a augmenté, sur l'ensemble de la période, de 1,8 points, soit légèrement plus que pour l'ensemble de la population d'étude.

Les consommations ont retrouvé leur niveau pré-confinement à l'issue de celui-ci, pour tous les soins étudiés (figure 39).

FIGURE 39 : ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS CHEZ LES PATIENTS EN ALD 13, EN 2020 PAR RAPPORT À 2019



Au total, les patients en ALD 13 ont globalement moins consommé de soins que la population d'étude, à l'exception du volume de médicaments. En revanche, la reprise des consultations médicales a été plus précoce.

3.2.6.5 ALD 5 : Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves

TABEAU XXI : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS, CHEZ LES PATIENTS EN ALD N°5 (N = 11 571), EN 2019 ET 2020, SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE ET ÉVOLUTION 2019-2020

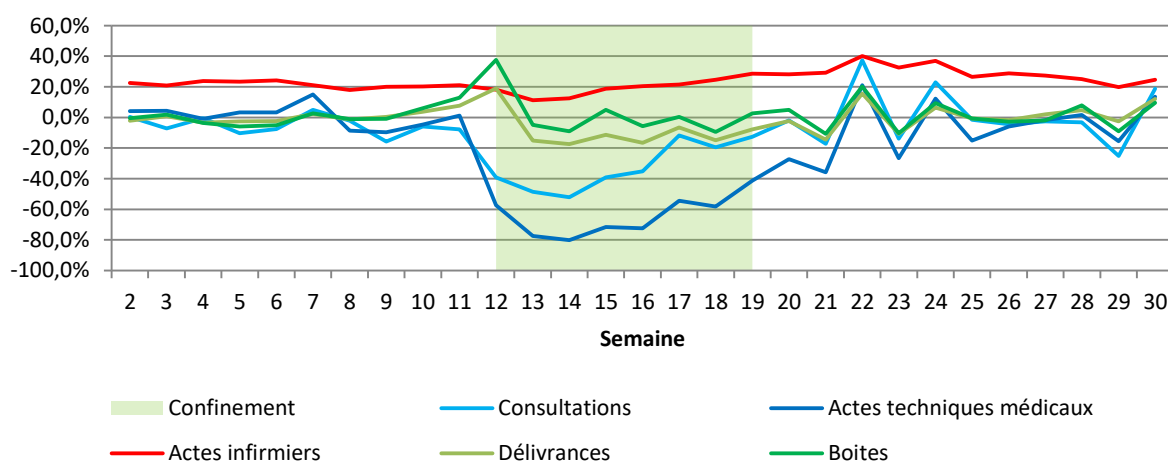
		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	1 793	1 364	5 068	3 526	20 329
	2020	1 599	1 088	6 270	3 449	20 562
	évolution	-10,8 %	-20,2 %	+23,7 %	-2,2 %	+1,1 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	1 950	1 418	4 926	3 648	21 048
	2020	1 845	1 429	5 982	3 658	21 178
	évolution	-5,4 %	+0,8 %	+21,4 %	+0,3 %	+0,6 %
S12 à S19 (confinement)	2019	1 701	1 304	5 162	3 475	19 875
	2020	1 133	459	6 159	3 164	20 244
	évolution	-33,4 %	-64,8 %	+19,3 %	-9,0 %	+1,9 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	1 718	1 359	5 128	3 452	20 005
	2020	1 714	1 236	6 613	3 468	20 233
	évolution	-0,3 %	-9,1 %	+29,0 %	+0,5 %	+1,1 %

Concernant les consultations et actes techniques médicaux ainsi que la pharmacie d'officine, les consommations des patients en ALD 5 ont suivi, au cours du confinement, la même dynamique que celles de l'ensemble de la population d'étude (chapitre 3.2.1, p34) (figure 40).

La consommation d'actes infirmiers a chuté de 7,9 points par rapport au début de l'année 2020, en début de confinement. Malgré une augmentation pendant le reste du confinement, elle a globalement diminué sur l'ensemble de la période (-2,1 points vs pré-confinement).

À l'issue du confinement, les consommations ont retrouvé leur niveau initial, à l'exception des actes techniques médicaux. Leurs consommations demeuraient, à la fin de la période d'étude, 2,4 points en dessous du niveau observé en début d'année (figure 40).

FIGURE 40 : ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS CHEZ LES PATIENTS EN ALD 5, EN 2020 PAR RAPPORT À 2019



En conclusion de ce chapitre, pour les patients en ALD 5, les soins infirmiers ont été plus impactés que pour la population d'étude. Les consommations des autres types de soins ne présentaient pas de particularité.

3.3 ANALYSE DES RUPTURES DE SUIVI MÉDICAL DES PATIENTS EN ALD HABITUELLEMENT SUIVIS TOUS LES MOIS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

L'objectif secondaire de l'étude s'intéressait à la sous-population des patients en ALD qui avaient habituellement, c'est-à-dire avant confinement, un suivi mensuel en médecine générale. En raison d'un besoin a priori plus important, cette sous-population était considérée comme plus à risque de dégradation de son état de santé en cas d'absence de suivi prolongée.

Sur les 10 730 patients de cette sous-population, 20,9 % (2245) étaient en rupture de suivi médical en médecine générale au cours du confinement de mars 2020.

3.3.1 Description des consommations de la sous-population

Les niveaux de consommation de la sous-population sont décrits pour les patients en rupture de suivi médical en médecine générale au cours du confinement (tableau XXII) et pour ceux pour lesquels un suivi régulier a été maintenu (tableau XXIII).

TABEAU XXII : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS, CHEZ LES PATIENTS EN RUPTURE DE SUIVI MÉDICAL EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU COURS DU CONFINEMENT (N = 2245), EN 2019 ET 2020, SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE ET ÉVOLUTION 2019-2020

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	664	373	3 920	949	6 774
	2020	540	334	4 181	928	6 658
	évolution	-18,8 %	-10,6 %	+6,7 %	-2,3 %	-1,7 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	693	381	3 829	978	6 959
	2020	837	487	4 568	1 098	7 482
	évolution	+20,8 %	+27,8 %	+19,3 %	+12,3 %	+7,5 %
S12 à S19 (confinement)	2019	652	363	3 997	932	6 619
	2020	109	117	3 938	716	5 540
	évolution	-83,3 %	-67,7 %	-1,5 %	-23,2 %	-16,3 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	647	374	3 946	936	6 719
	2020	583	352	4 005	928	6 721
	évolution	-9,9 %	-5,8 %	+1,5 %	-0,9 %	+0,0 %

TABEAU XXIII : NOMBRE MOYEN D'ACTES HEBDOMADAIRES PAR TYPE DE SOINS, CHEZ LES PATIENTS SANS RUPTURE DE SUIVI MÉDICAL EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU COURS DU CONFINEMENT (N = 8485), EN 2019 ET 2020, SELON LA PÉRIODE DE L'ANNÉE ET ÉVOLUTION 2019-2020

		Consultations médicales	Actes techniques médicaux	Actes infirmiers	Délivrances en officine	Boîtes délivrées en officine
S2 à S30	2019	3 114	1 504	16 392	4 104	32 617
	2020	3 208	1 291	21 920	4 316	34 387
	évolution	+3,0 %	-14,2 %	+33,7 %	+5,2 %	+5,4 %
S2 à S11 (avant confinement)	2019	3 247	1 534	16 058	4 183	33 227
	2020	3 679	1 728	21 270	4 604	35 238
	évolution	+13,3 %	+12,7 %	+32,5 %	+10,1 %	+6,1 %
S12 à S19 (confinement)	2019	3 020	1 457	16 540	4 030	31 861
	2020	2 820	610	22 644	4 056	34 598
	évolution	-6,6 %	-58,1 %	+36,9 %	+0,6 %	+8,6 %
S20 à S30 (après confinement)	2019	3 061	1 512	16 588	4 085	32 612
	2020	3 061	1 390	21 985	4 243	33 461
	évolution	+0,0 %	-8,1 %	+32,5 %	+3,9 %	+2,6 %

Jusqu'en mars 2020, le niveau de prise en charge des patients de la sous-population (tous types de soins confondus) était supérieur à la même période de 2019. Pendant le confinement, les ruptures de soins, quand elles ont eu lieu, concernaient tous les soins. En sortie de confinement, le niveau de prise en charge des patients ayant été en rupture de soins ne rattrapait pas le niveau de ceux dont le suivi en médecine générale s'était poursuivi.

Les chapitres suivants présentent les consommations hebdomadaires par type de soins pour ces deux populations.

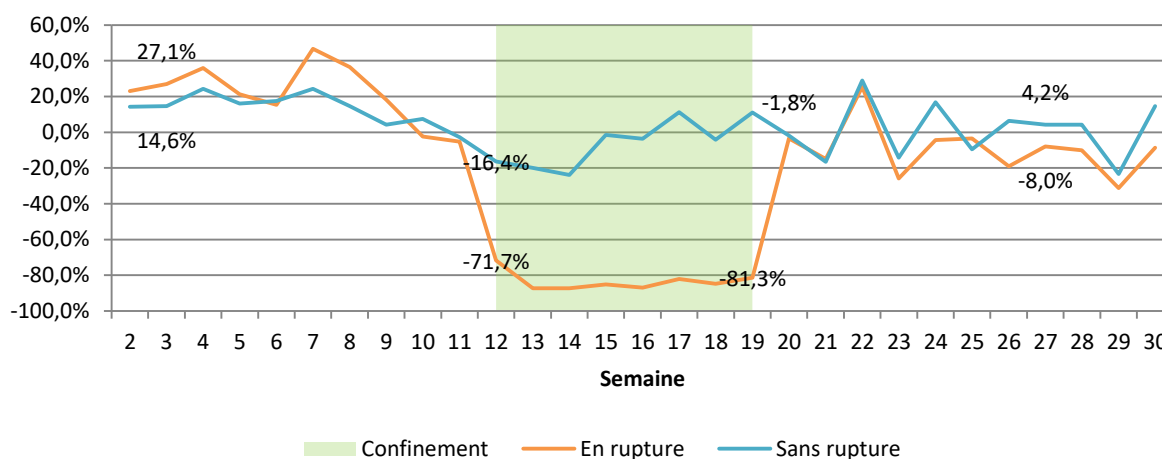
3.3.1.1 Consultations médicales

3.3.1.1.1 Consommations

À partir de la semaine 8, les consommations des patients qui ont maintenu un suivi médical pendant le confinement ont entamé une baisse. Elles sont passées sous le niveau de 2019 en semaine 11 (-21,3 points vs S2-S7). Au cours du confinement, les consommations des patients sans rupture ont poursuivi leur diminution jusqu'en semaine 14. Elles ont ensuite augmenté dès la semaine 15. Après le confinement, elles sont restées inférieures au niveau observé en début d'année (-18,5 points vs S2-S7) (figure 41).

Le niveau de consommation des patients en rupture de suivi était plus élevé en début d'année. Comme pour les patients sans rupture, dès la semaine 8, on observait une diminution des consommations mais de façon plus importante et plus rapide. Elles étaient inférieures au niveau de 2019 dès la semaine 10 (-30,5 points vs S2-S7). Par définition, les consommations étaient quasi-nulles au cours du confinement (seules des consultations de spécialistes hors médecine générale persistaient). Après le confinement, nous avons observé un rattrapage lors des premières semaines, au niveau des patients sans rupture. Celui-ci ne s'est pas poursuivi ensuite. Le niveau de consommation était, après le confinement, globalement inférieur de 38,1 points à celui des semaines 2 à 7 (figure 41).

FIGURE 41 : ÉVOLUTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE CONSULTATIONS MÉDICALES, DANS LA SOUS-POPULATION DE PATIENTS SUIVIS TOUS LES MOIS, EN 2020 PAR RAPPORT À 2019, SELON QU'ILS AIENT ÉTÉ OU NON EN RUPTURE DE SUIVI MÉDICAL AU COURS DU CONFINEMENT DE MARS 2020



En résumé, les recours aux consultations ont débuté une diminution avant le confinement. Le niveau de consommation initial n'a pas été retrouvé en sortie de confinement. Ces constats étaient plus accentués pour les patients en rupture de suivi médical en médecine générale.

3.3.1.1.2 Analyse des délais de consultations médicales et de la réalisation de consultations médicales post-confinement

Alors que les deux groupes de patients étaient initialement suivis de façon mensuelle, l'analyse des délais montrait des différences entre ces patients, aussi bien avant, qu'après le confinement.

Le tableau XXIV compare les délais de consultations et la réalisation de consultations médicales à l'issue du confinement, pour les patients ayant été en rupture de suivi médical et ceux sans rupture.

TABEAU XXIV : DÉLAIS DE CONSULTATIONS ET RÉALISATION DE CONSULTATIONS POST-CONFINEMENT, SELON LA SURVENUE D'UNE RUPTURE DE SUIVI MÉDICAL OU NON PENDANT LE CONFINEMENT, DANS LA SOUS-POPULATION DES PATIENTS HABITUELLEMENT SUIVIS TOUS LES MOIS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Variables Délais (jours) – médiane (Q1-Q3) ¹ Réalisation de consultation – n (%) ²	Patients en rupture de suivi médical n = 2 245	Patients sans rupture de suivi médical n = 8 485	p-value ³
Délai entre les consultations de médecine générale avant le confinement	20 (15-26)	19 (13-25)	<0,001
Délai entre la dernière consultation de médecine générale précédant le confinement et le confinement	19 (10-32)	14 (6-25)	<0,001
Délai entre la dernière consultation de spécialité en rapport avec une ALD précédant le confinement (hors médecine générale) et le confinement	46 (19-97)	43 (18-97)	0,86
Réalisation d'au moins une consultation de médecine générale après le déconfinement - Oui	2 076 (92,5%)	8 238 (97,1%)	<0,001
Délai entre le déconfinement et la consultation de médecine générale suivante	16 (7-29)	14 (4-25)	<0,001
Réalisation d'au moins une consultation de spécialité en rapport avec une ALD après le déconfinement (hors médecine générale) - Oui	997 (44,4%)	3 868 (45,6%)	0,32
Délai entre le déconfinement et la consultation de spécialité en rapport avec une ALD suivante (hors médecine générale)	29 (14-50)	28 (9-46)	0,11

¹comparaisons réalisées par un test de Wilcoxon-Mann-Whitney ; ²comparaisons réalisées par un test du khi² ; ³seuil de significativité = 0,05

Par rapport aux patients sans rupture de suivi en médecine générale au cours du confinement, on observait, pour ceux en rupture, un délai entre les consultations de médecine générale avant le confinement plus élevé d'1 jour. Leur dernière consultation de médecine générale avant le confinement avait été réalisée 5 jours plus tôt. Une part moins importante, bien qu'élevée, des patients en rupture ont eu recours à un médecin généraliste après le confinement. Cette première consultation de médecine générale post-déconfinement a eu lieu 2 jours plus tard. Ces différences étaient statistiquement significatives. Concernant les délais, leurs distributions, chez les patients en rupture, étaient donc décalées à droite de celles des patients sans rupture¹⁰.

Les différences observées concernant les consultations en rapport avec une ALD chez des spécialistes hors médecine générale n'étaient pas statistiquement significatives.

En conclusion de ce chapitre, la diminution des consultations pour les patients qui ont été en rupture totale de suivi médical en médecine générale a débuté avant celui des autres patients. La reprise des consultations a été moins complète et plus lente.

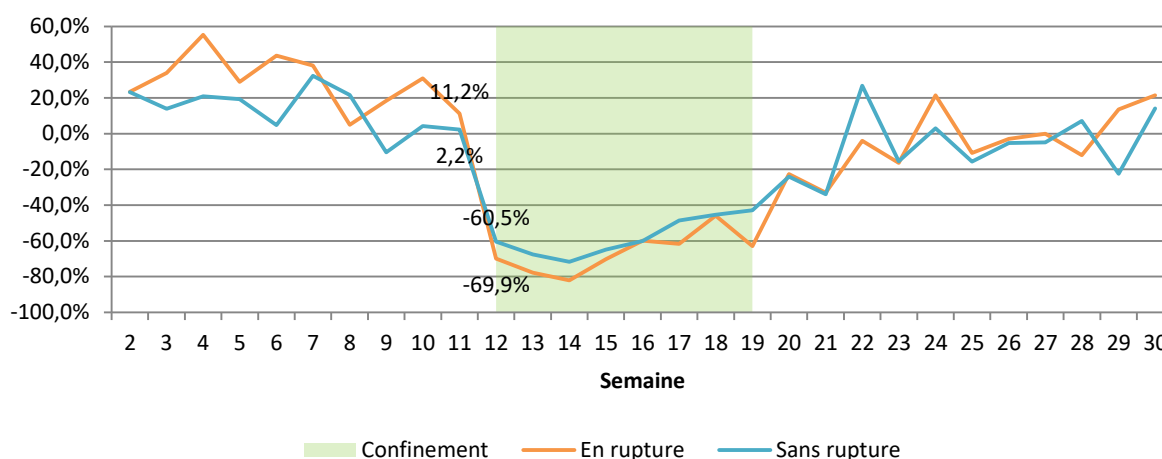
¹⁰ Le test non-paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney permet de conclure sur le décalage des distributions. Il ne permet pas de conclure sur une différence de moyenne contrairement au test de Student, dont les conditions d'application (normalité des distributions en particulier) n'étaient pas réunies dans cette étude.

3.3.1.2 Actes techniques médicaux

En matière d'actes techniques médicaux, les consommations des patients sans rupture de suivi médical ont globalement suivi celles des consultations, avant le confinement. Ce dernier a été synonyme de chute des consommations. Une reprise progressive des consommations a été observée dès la semaine 15. Après le confinement, le niveau antérieur n'a pas été retrouvé (-27,2 points vs S2-S7) (figure 42).

Pour les patients en rupture, avant le confinement, les consommations étaient, là encore, supérieures à celles des patients ayant maintenu un suivi au cours du confinement. Comme pour les consultations, la baisse des consommations a été plus rapide et plus importante (-26,0 points vs S2-S7 en semaine 11 contre -16,9 points pour ceux sans rupture). La diminution des consommations était également plus importante au cours du confinement. Une reprise progressive a débuté en semaine 15. À l'issue du confinement, les consommations ont rejoint celles des patients sans rupture. Elles restaient toutefois inférieures au niveau du début de l'année (-43,0 points vs S2-S7) (figure 42).

FIGURE 42 : ÉVOLUTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX, DANS LA SOUS-POPULATION DE PATIENTS SUIVIS TOUS LES MOIS, EN 2020 PAR RAPPORT À 2019, SELON QU'ILS AIENT ÉTÉ OU NON EN RUPTURE DE SUIVI MÉDICAL AU COURS DU CONFINEMENT DE MARS 2020



Au total, les consommations d'actes techniques médicaux ont été plus impactées pour les patients en rupture de suivi médical en médecine générale.

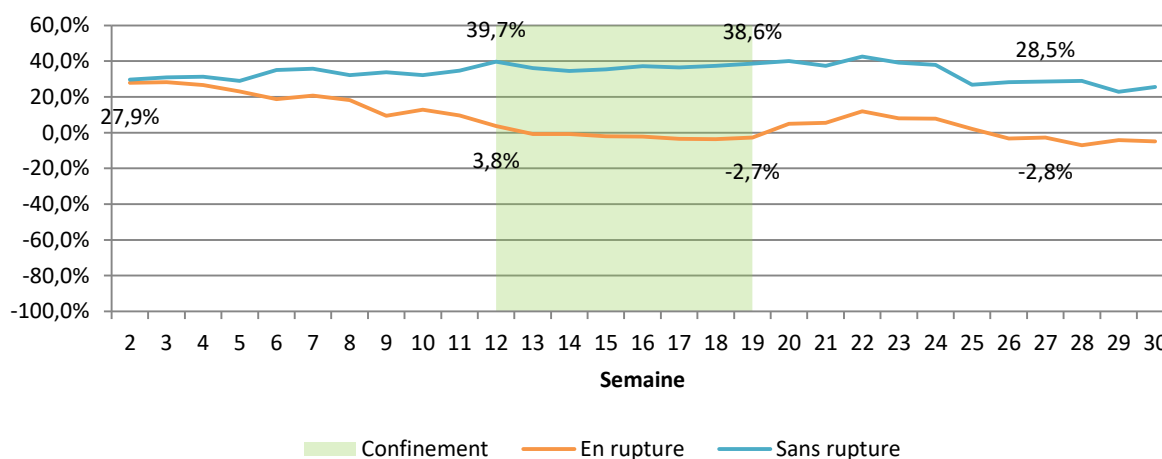
3.3.1.3 Actes infirmiers

Le niveau des consommations d'actes infirmiers des patients sans rupture de suivi médical a légèrement augmenté au cours des premières semaines de 2020 par rapport à 2019. Pendant le confinement et jusqu'en semaine 24, il s'est maintenu. Il a ensuite diminué à +26,8 % par rapport à 2019 sur les dernières semaines de l'étude (-5,7 points vs pré-confinement) (figure 43).

Le niveau de consommation des patients en rupture a diminué progressivement tout au long des semaines 2 à 11. Cette diminution s'est poursuivie au cours du confinement (-20,8 points vs pré-

confinement). Après celui-ci, le niveau de consommation a augmenté jusqu'en semaine 22. Il a ensuite diminué progressivement pour s'établir, sur les dernières semaines de l'étude, à -4,4 % par rapport à 2019 (-23,7 points vs pré-confinement) (figure 43).

FIGURE 43 : ÉVOLUTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE D'ACTES INFIRMIERS, DANS LA SOUS-POPULATION DE PATIENTS SUIVIS TOUS LES MOIS, EN 2020 PAR RAPPORT À 2019, SELON QU'ILS AIENT ÉTÉ OU NON EN RUPTURE DE SUIVI MÉDICAL AU COURS DU CONFINEMENT DE MARS 2020



En résumé, les consommations de soins infirmiers des patients en rupture de suivi médical ont été nettement plus impactées que celles des autres patients et de façon durable.

3.3.1.4 Pharmacie d'officine

Avant le confinement, le niveau de consommation en officine s'est maintenu jusqu'en semaine 11. Nous avons ensuite observé un pic de consommation en semaine 12. Les consommations ont ensuite diminué pendant le reste du confinement (-2,0 points vs pré-confinement en termes de volume de boîtes). Après le confinement, elles se sont maintenues à un niveau légèrement inférieur à celui du début de l'année (-3,5 points en volume de boîtes) (figures 44 et 45).

En début d'année, les patients en rupture de suivi avaient un niveau de consommation proche de celui des patients sans rupture. À l'inverse de ces derniers, nous n'avons pas observé de pic de consommation en semaine 12. Leurs consommations ont même diminué, si on considérait le nombre de délivrances. Elles ont ensuite diminué plus fortement au cours du reste du confinement (-12,7 points vs pré-confinement en volume de boîtes). Après le confinement, le niveau de consommation du début d'année n'a pas été retrouvé (-7,5 points en volume de boîtes) (figures 44 et 45).

FIGURE 44 : ÉVOLUTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DÉLIVRANCES EN OFFICINE, DANS LA SOUS-POPULATION DE PATIENTS SUIVIS TOUS LES MOIS, EN 2020 PAR RAPPORT À 2019, SELON QU'ILS AIENT ÉTÉ OU NON EN RUPTURE DE SUIVI MÉDICAL AU COURS DU CONFINEMENT DE MARS 2020

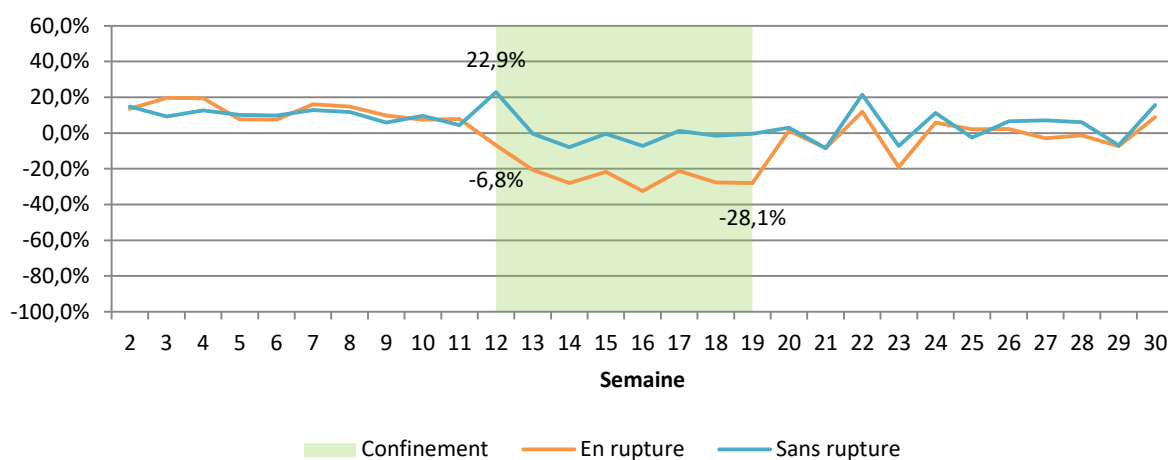
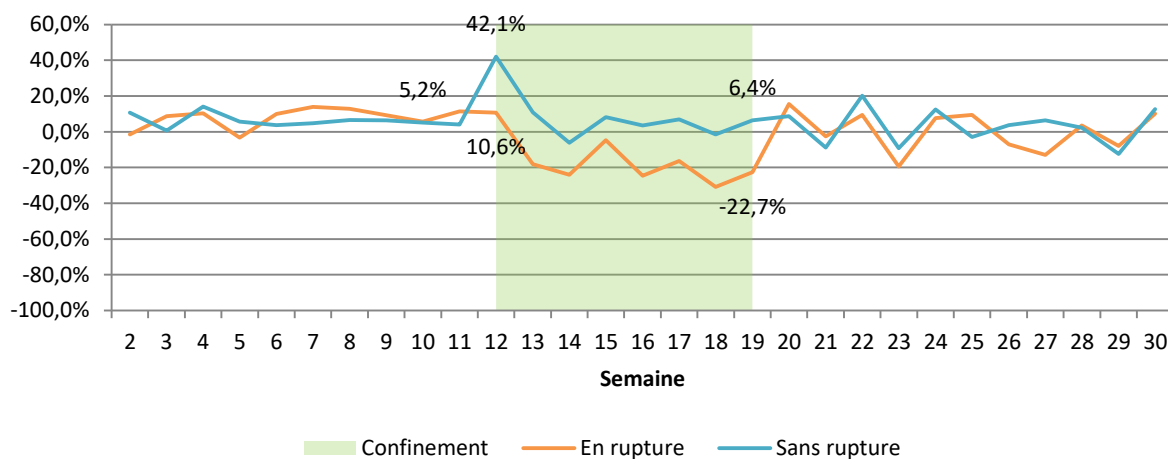


FIGURE 45 : ÉVOLUTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE BOITES DE MÉDICAMENTS DÉLIVRÉES EN OFFICINE, DANS LA SOUS-POPULATION DE PATIENTS SUIVIS TOUS LES MOIS, EN 2020 PAR RAPPORT À 2019, SELON QU'ILS AIENT ÉTÉ OU NON EN RUPTURE DE SUIVI MÉDICAL AU COURS DU CONFINEMENT DE MARS 2020



Au total, les consommations de médicaments des patients en rupture de suivi médical ont été fortement impactées, sans pic de consommation.

3.3.2 Analyse des déterminants des ruptures de suivi médical au cours du premier confinement

Seuls les patients n'ayant aucune donnée manquante ont été inclus dans l'analyse. Des données manquantes existaient chez 97 patients. Elles concernaient les deux variables suivantes et étaient liées à des changements de code INSEE pour des communes ayant fusionnées avec d'autres :

- typologie de commune de résidence (89 données manquantes) ;
- indice de défavorisation sociale en quintile de population générale (8 données manquantes).

Les données manquantes concernaient 0,8 % des patients en rupture de suivi médical (17 individus) et 0,9 % de ceux sans rupture (80 individus). Les caractéristiques des patients exclus étaient comparables à celles de la sous-population, hormis pour les caractéristiques relatives à leur lieu de résidence (département, typologie de commune et couverture par une CPTS).

Le tableau XXV et la figure 46 présentent les résultats des régressions logistiques. Le modèle multivarié simplifié était celui obtenu par la procédure pas à pas descendante basée sur la minimisation du critère d'information d'Akaike. Aucun patient de la sous-population n'était en ALD 4 (bilharziose compliquée). Celle-ci n'a donc pas été prise en compte dans l'analyse.

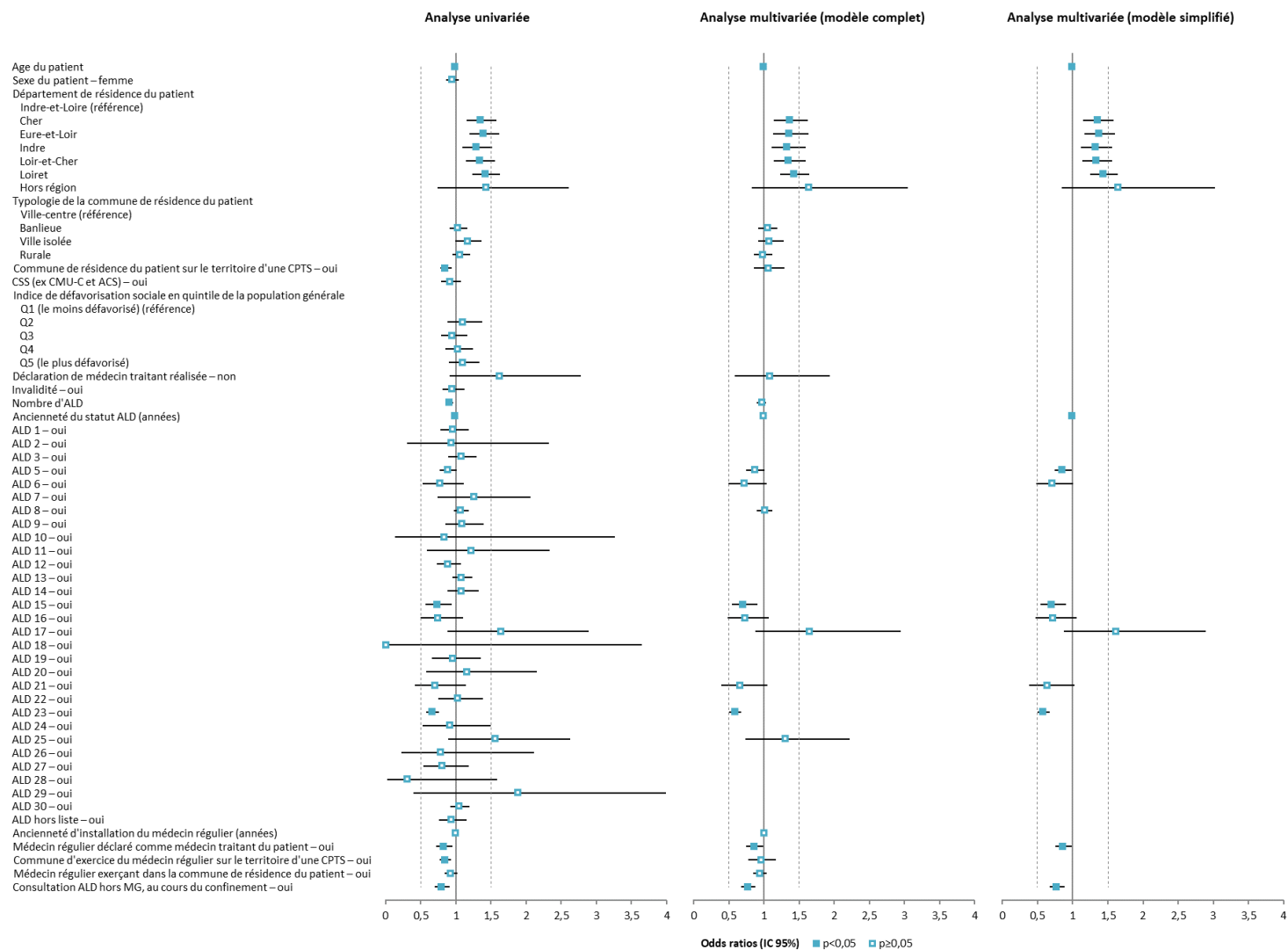
TABEAU XXV : RÉSULTATS DES ANALYSES UNIVARIÉES ET MULTIVARIÉES DES FACTEURS ASSOCIÉS À LA RUPTURE DE SUIVI MÉDICAL EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU COURS DU CONFINEMENT, DANS LA SOUS-POPULATION DES PATIENTS HABITUELLEMENT SUIVIS TOUS LES MOIS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Variables n (%), sauf mention contraire	Patients en rupture de suivi médical n = 2 228	Patients sans rupture de suivi médical n = 8 405	Régression logistique univariée			Régression logistique multivariée Modèle complet			Régression logistique multivariée Modèle simplifié		
			OR ¹	IC95% ²	p-value ³	OR ¹	IC95% ²	p-value ³	OR ¹	IC95% ²	p-value ³
Age du patient (années) – médiane (1 ^e quartile-3 ^e quartile)	74 (65-84)	75 (65-85)	0,99	(0,99-0,99)	<0,001	0,99	(0,99-0,99)	<0,001	0,99	(0,99-0,99)	<0,001
Sexe du patient – femme	1 329 (59,6%)	5 118 (60,9%)	0,95	(0,86-1,04)	0,29						
Département de résidence du patient											
Indre-et-Loire (référence)	682 (30,6%)	3 160 (37,6%)		référence			référence			référence	
Cher	274 (12,3%)	940 (11,2%)	1,35	(1,15-1,58)	<0,001	1,37	(1,14-1,63)	<0,001	1,35	(1,15-1,58)	<0,001
Eure-et-Loir	288 (12,9%)	961 (11,4%)	1,39	(1,19-1,62)	<0,001	1,36	(1,13-1,64)	0,001	1,37	(1,17-1,60)	<0,001
Indre	243 (10,9%)	872 (10,4%)	1,29	(1,09-1,52)	0,002	1,33	(1,11-1,59)	0,002	1,32	(1,12-1,56)	0,001
Loir-et-Cher	288 (12,9%)	999 (11,9%)	1,34	(1,14-1,56)	<0,001	1,35	(1,14-1,59)	<0,001	1,33	(1,14-1,56)	<0,001
Loiret	440 (19,8%)	1 431 (17,0%)	1,42	(1,24-1,63)	<0,001	1,43	(1,23-1,65)	<0,001	1,43	(1,25-1,64)	<0,001
Hors région	13 (0,6%)	42 (0,5%)	1,43	(0,74-2,61)	0,26	1,64	(0,83-3,05)	0,13	1,65	(0,84-3,02)	0,12
Typologie de la commune de résidence du patient											
Ville-centre (référence)	827 (37,1%)	3 249 (38,7%)		référence			référence				
Banlieue	533 (23,9%)	2 041 (24,3%)	1,03	(0,91-1,16)	0,68	1,05	(0,92-1,19)	0,48			
Ville isolée	259 (11,6%)	869 (10,3%)	1,17	(0,99-1,37)	0,05	1,08	(0,92-1,28)	0,34			
Rurale	609 (27,3%)	2 246 (26,7%)	1,06	(0,95-1,20)	0,29	0,98	(0,86-1,12)	0,78			
Commune de résidence du patient sur le territoire d'une CPTS – oui	1 273 (57,1%)	5 125 (61,0%)	0,85	(0,78-0,94)	0,001	1,06	(0,86-1,29)	0,60			
CSS (ex CMU-C et ACS) – oui	252 (11,3%)	1 021 (12,1%)	0,92	(0,79-1,07)	0,28						
Indice de défavorisation sociale en quintile de la population générale											
Q1 (le moins défavorisé) (référence)	161 (7,2%)	625 (7,4%)		référence							
Q2	255 (11,4%)	897 (10,7%)	1,10	(0,88-1,38)	0,38						
Q3	605 (27,2%)	2 464 (29,3%)	0,95	(0,79-1,16)	0,63						
Q4	602 (27,0%)	2 277 (27,1%)	1,03	(0,85-1,25)	0,79						
Q5 (le plus défavorisé)	605 (27,2%)	2 142 (25,5%)	1,10	(0,90-1,34)	0,35						
Déclaration de médecin traitant réalisée – non	18 (0,8%)	42 (0,5%)	1,62	(0,91-2,78)	0,09	1,09	(0,59-1,94)	0,77			
Invalidité – oui	201 (9,0%)	792 (9,4%)	0,95	(0,81-1,12)	0,56						
Nombre d'ALD – médiane (1 ^e quartile-3 ^e quartile)	1 (1-2)	1 (1-2)	0,91	(0,86-0,96)	<0,001	0,97	(0,90-1,03)	0,29			
Ancienneté du statut ALD (années) – médiane (1 ^e quartile-3 ^e quartile)	11 (4-18)	12 (4-19)	0,99	(0,98-0,99)	0,004	0,99	(0,99-1,00)	0,07	0,99	(0,99-0,99)	0,04
ALD 1 – oui	118 (5,3%)	463 (5,5%)	0,96	(0,78-1,18)	0,69						
ALD 2 – oui	5 (0,2%)	20 (0,2%)	0,94	(0,31-2,33)	0,91						
ALD 3 – oui	148 (6,6%)	520 (6,2%)	1,08	(0,89-1,30)	0,43						
ALD 5 – oui	310 (13,9%)	1 296 (15,4%)	0,89	(0,77-1,01)	0,08	0,87	(0,75-1,01)	0,07	0,85	(0,74-0,98)	0,02
ALD 6 – oui	35 (1,6%)	168 (2,0%)	0,78	(0,53-1,11)	0,19	0,72	(0,49-1,04)	0,09	0,71	(0,48-1,01)	0,07
ALD 7 – oui	20 (0,9%)	60 (0,7%)	1,26	(0,74-2,06)	0,37						

Variables n (%), sauf mention contraire	Patients en rupture de suivi médical	Patients sans rupture de suivi médical	Régression logistique univariée			Régression logistique multivariée Modèle complet			Régression logistique multivariée Modèle simplifié		
	n = 2 228	n = 8 405	OR ¹	IC95% ²	p-value ³	OR ¹	IC95% ²	p-value ³	OR ¹	IC95% ²	p-value ³
ALD 8 – oui	703 (31,6%)	2 528 (30,1%)	1,07	(0,97-1,18)	0,18	1,01	(0,90-1,12)	0,90			
ALD 9 – oui	81 (3,6%)	280 (3,3%)	1,09	(0,85-1,40)	0,48						
ALD 10 – oui	2 (0,1%)	9 (0,1%)	0,84	(0,13-3,26)	0,82						
ALD 11 – oui	11 (0,5%)	34 (0,4%)	1,22	(0,59-2,34)	0,56						
ALD 12 – oui	139 (6,2%)	585 (7,0%)	0,89	(0,73-1,07)	0,23						
ALD 13 – oui	336 (15,1%)	1 182 (14,1%)	1,08	(0,95-1,24)	0,22						
ALD 14 – oui	122 (5,5%)	426 (5,1%)	1,08	(0,88-1,33)	0,44						
ALD 15 – oui	78 (3,5%)	392 (4,7%)	0,74	(0,57-0,94)	0,02	0,70	(0,54-0,91)	0,008	0,70	(0,54-0,90)	0,006
ALD 16 – oui	30 (1,3%)	150 (1,8%)	0,75	(0,50-1,10)	0,15	0,73	(0,48-1,07)	0,12	0,72	(0,47-1,06)	0,11
ALD 17 – oui	16 (0,7%)	37 (0,4%)	1,64	(0,88-2,89)	0,10	1,65	(0,88-2,95)	0,10	1,62	(0,87-2,89)	0,11
ALD 18 – oui	0 (0,0%)	1 (0,0%)	0,01	(0,00-3,65)	0,94						
ALD 19 – oui	38 (1,7%)	149 (1,8%)	0,96	(0,66-1,36)	0,83						
ALD 20 – oui	12 (0,5%)	39 (0,5%)	1,16	(0,58-2,15)	0,65						
ALD 21 – oui	19 (0,9%)	100 (1,2%)	0,71	(0,42-1,14)	0,18	0,66	(0,39-1,05)	0,10	0,64	(0,38-1,03)	0,08
ALD 22 – oui	53 (2,4%)	194 (2,3%)	1,03	(0,75-1,39)	0,84						
ALD 23 – oui	296 (13,3%)	1 578 (18,8%)	0,66	(0,58-0,76)	<0,001	0,59	(0,50-0,68)	<0,001	0,58	(0,50-0,67)	<0,001
ALD 24 – oui	18 (0,8%)	74 (0,9%)	0,92	(0,53-1,50)	0,74						
ALD 25 – oui	19 (0,9%)	46 (0,5%)	1,56	(0,89-2,63)	0,10	1,31	(0,74-2,22)	0,33			
ALD 26 – oui	4 (0,2%)	19 (0,2%)	0,79	(0,23-2,11)	0,67						
ALD 27 – oui	32 (1,4%)	148 (1,8%)	0,81	(0,54-1,18)	0,29						
ALD 28 – oui	1 (0,0%)	12 (0,1%)	0,31	(0,02-1,59)	0,27						
ALD 29 – oui	3 (0,1%)	6 (0,1%)	1,89	(0,40-7,16)	0,37						
ALD 30 – oui	368 (16,5%)	1 336 (15,9%)	1,05	(0,92-1,19)	0,48						
ALD hors liste – oui	119 (5,3%)	475 (5,7%)	0,94	(0,76-1,15)	0,57						
Ancienneté d'installation du médecin régulier (années) – médiane (1 ^e quartile-3 ^e quartile)	24 (8-32)	23 (8-31)	1,00	(0,99-1,01)	0,08	1,00	(0,99-1,01)	0,18			
Médecin régulier déclaré comme médecin traitant du patient – oui	1 906 (85,5%)	7 374 (87,7%)	0,83	(0,72-0,95)	0,006	0,86	(0,75-0,99)	0,04	0,86	(0,75-0,98)	0,03
Commune d'exercice du médecin régulier sur le territoire d'une CPTS – oui	1 246 (55,9%)	5 033 (59,9%)	0,85	(0,77-0,93)	<0,001	0,96	(0,78-1,17)	0,68			
Médecin régulier exerçant dans la commune de résidence du patient – oui	1 145 (51,4%)	4 476 (53,3%)	0,93	(0,84-1,02)	0,12	0,94	(0,85-1,04)	0,24			
Consultation médicale hors médecine générale, en rapport avec une ALD, au cours du confinement – oui	322 (14,5%)	1 468 (17,5%)	0,80	(0,70-0,91)	<0,001	0,77	(0,68-0,88)	<0,001	0,77	(0,67-0,88)	<0,001

¹Odds ratio ; ²Intervalle de confiance à 95% ; ³seuil de significativité = 0,05

FIGURE 46 : ASSOCIATIONS STATISTIQUES (ODDS RATIOS ET INTERVALLES DE CONFIANCE À 95 %) ENTRE LES FACTEURS ÉTUDIÉS ET LA RUPTURE DE SUIVI MÉDICAL EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU COURS DU CONFINEMENT, DANS LA SOUS-POPULATION DES PATIENTS HABITUELLEMENT SUIVIS TOUS LES MOIS EN MÉDECINE GÉNÉRALE



Plusieurs des variables étudiées étaient statistiquement associées à la rupture de suivi médical aussi bien dans l'analyse univariée que dans les analyses multivariées. Par rapport au fait de résider en Indre-et-Loire, résider dans n'importe lequel des autres départements de la région était un facteur de risque de rupture de suivi (OR¹¹ entre 1,29 et 1,43 selon le département et l'analyse considérée).

Le fait d'être en ALD pour une maladie d'Alzheimer ou d'autres démences (ALD 15) était un facteur protecteur de la rupture de suivi. La différence observée était statistiquement significative dans les 3 analyses effectuées, avec des OR de 0,74 et 0,70 selon l'analyse. L'association statistique était plus forte encore pour les patients en ALD pour des affections psychiatriques (ALD 23) avec des OR entre 0,58 et 0,66 ($p < 0,001$ dans les 3 analyses).

Le fait que le médecin régulier soit également le médecin traitant du patient était également un facteur protecteur de rupture de suivi. Les patients dont le médecin régulier était déclaré comme leur médecin traitant étaient moins souvent en rupture de suivi médical. Cette différence était statistiquement significative dans toutes les analyses.

Les patients qui ont eu une consultation, en lien avec leur ALD, avec un spécialiste hors médecine générale, au cours du confinement, étaient moins fréquemment en rupture de suivi médical en médecine générale (OR entre 0,77 et 0,80 ; $p < 0,001$ dans les 3 analyses).

Les patients en ALD pour insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ou cardiopathies congénitales graves (ALD 5) étaient moins fréquemment en rupture de suivi médical. Cette différence était à la limite de la significativité statistique dans l'analyse univariée et dans le modèle multivarié complet. Dans le modèle multivarié simplifié, ce paramètre apparaissait comme un facteur protecteur de rupture de suivi médical ($p = 0,02$).

L'âge, comme l'ancienneté du statut ALD, étaient statistiquement associés à la rupture de suivi médical dans l'ensemble des analyses. L'OR était dans les deux cas inférieur à 1, suggérant la qualité de facteur protecteur de ces variables. Dans les deux cas, il était égal à 0,99. On peut donc douter de la pertinence pratique de ces deux variables comme facteurs protecteurs de la rupture de suivi médical.

L'analyse multivariée avec procédure pas à pas descendante a permis de déterminer que les observations étaient le mieux expliquées par les 12 variables qui figurent dans le modèle simplifié. En plus des variables précitées dont les différences observées étaient statistiquement significatives, les autres variables du modèle multivarié simplifié montraient des différences entre les patients en rupture de suivi et ceux sans rupture. Le fait d'être en ALD 6, 16 et 21¹² était moins fréquent chez les patients en rupture de suivi. Le fait d'être en ALD 17¹³ était, à l'inverse plus fréquent chez les patients en rupture. Toutes ces différences n'étaient toutefois pas statistiquement significatives (y compris dans le modèle complet ou en analyse univariée).

Certaines variables n'étaient statistiquement associées à la rupture de suivi médical que dans l'analyse univariée. Le fait, pour le patient, de résider dans une commune sur le territoire d'une CPTS

¹¹ Dans cette étude, les OR ne pouvaient pas raisonnablement être interprétés comme des risques relatifs, l'évènement « rupture de suivi » n'étant, pour chaque variable, pas rare chez les « non-exposés ». L'OR surestime l'effet du paramètre étudié. (33)

¹² ALD 6 : maladies chroniques actives du foie et cirrhoses. ALD 16 : maladie de Parkinson. ALD 21 : vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique

¹³ ALD 17 : maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé

était, dans l'analyse univariée, un facteur protecteur de rupture de suivi (OR = 0,85 ; p = 0,001). De même, le fait que le médecin régulier exerce sur le territoire d'une CPTS était aussi un facteur protecteur (OR = 0,85 ; p < 0,001). L'augmentation du nombre d'ALD était également un facteur protecteur de rupture (OR = 0,91 ; p < 0,001).

Enfin les différences observées pour les autres variables n'étaient pas statistiquement significatives. C'était notamment le cas pour l'absence de médecin traitant qui était, bien que rare dans la sous-population, plus fréquente chez les patients en rupture (OR = 1,62 ; p = 0,09).

En conclusion de ce chapitre, les ruptures de suivi médical pendant le confinement étaient multifactorielles. Le département de résidence des patients apparaissait comme un élément déterminant.

4 DISCUSSION

4.1 PRINCIPAUX RÉSULTATS

4.1.1 Une forte diminution des soins médicaux

L'impact important de la crise sanitaire sur le recours aux médecins en ville peut s'expliquer par plusieurs éléments. Les différents discours aux Français du Président de la République Emmanuel Macron, rares en temps normal, ont marqué les esprits, en particulier ceux des 12 et 16 mars 2020, à seulement 4 jours d'intervalle. Au-delà du symbole même de ces prises de parole, des mots forts y ont été prononcés et répétés : « nous sommes en guerre » (34).

Des messages appelant à la prudence et à rester chez soi ont été diffusés par le gouvernement et relayés en permanence sur l'ensemble des supports de communication (35). Les médias ont fait de la pandémie le sujet quasi-exclusif de l'actualité. L'évocation de la saturation du système de soins et le décompte des cas et des décès sont venus rythmer le quotidien des Français. L'ensemble de ces éléments a fait prendre la mesure de la crise, à l'ensemble de la population. Mais si la responsabilisation et, a fortiori, l'information de la population étaient indispensables, ces éléments ont aussi pu instaurer une certaine confusion, voire une peur, au sein de la population. En particulier en début de crise sanitaire, les Français étaient appelés à rester chez eux, à limiter au strict nécessaire (« courses, essence, ... ») les sorties du domicile et à ne pas aller spontanément chez le médecin en cas de symptômes de la COVID-19 (36). Le 25 mars, les conditions de déplacements pour raisons de santé ont été précisées et limitées aux « consultations et soins ne pouvant être assurés à distance et ne pouvant être différés » ou « aux consultations et soins des patients atteints d'une affection de longue durée » (37-39).

Le premier constat de notre travail était la diminution des consommations de soins des patients en ALD au cours du confinement de mars 2020, qui concernait majoritairement les actes médicaux.

Cette diminution a été moins importante qu'en population générale comme le montrent les données de la DRSM Centre-Val de Loire (40). En effet, si les évolutions pendant le confinement vs 2019 étaient comparables, le niveau initial avant confinement était plus élevé.

Les patients ont renoncé à des soins principalement en raison de la fermeture des cabinets et structures de soins, d'une appréhension d'être contaminé dans ces lieux, d'une temporisation de leur demande de soins et de la volonté de ne pas surcharger les professionnels de santé (14,41).

Même si de nombreux professionnels du secteur ambulatoire, notamment les médecins généralistes, se sont organisés pour assurer au mieux une continuité des soins courants en parallèle de la gestion de crise, les Français ont pu penser que le système de santé était mobilisé exclusivement sur la gestion de la crise sanitaire, dans l'impossibilité de répondre aux autres besoins, qui pouvaient être différés (37). Ce point a été souligné par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) dans son enquête « Renoncer à se soigner pendant le confinement » (41).

À partir du 15 mars, des mesures exceptionnelles ont également été mises en place, telles que la prise en charge à 100 % des téléconsultations ou la possibilité réglementaire exceptionnelle « permettant aux pharmacies d'officine de dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue et lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, un nombre de

boîtes par ligne d'ordonnance garantissant la poursuite du traitement jusqu'au 31 mai 2020 » (42,43). Cette dernière mesure peut expliquer, d'une part, un maintien des consommations en officine et, d'autre part, une diminution des consultations médicales.

Lors de la présentation des premiers résultats de cette étude, les échanges avec les médecins de la Commission paritaire régionale nous ont aussi permis d'identifier, via leur expérience de terrain, une diminution de leur activité, en lien avec l'espacement des créneaux de consultations pour assurer l'hygiène nécessaire. Certains estimaient, de ce fait, avoir supprimé 20 % de consultations. Les généralistes évoquaient également une forte réduction de toute leur activité en rapport avec la diminution des accidents de travail, des accidents de la vie et des pathologies infectieuses saisonnières. Enfin, ils nous rapportaient des difficultés d'accès, dans certains cas, au matériel de protection individuelle (masques, gants, sur-blouses) en début de crise sanitaire ayant pu, dans une certaine mesure, entraîner une limitation de leur activité.

Notre étude a également montré que les actes de médecine générale avaient été moins impactés que ceux des autres spécialistes. Ces résultats sont identiques à ceux de l'étude en population générale de l'Assurance Maladie, qui montrait une chute des recours aux consultations, au cours du confinement, d'environ 30 % en médecine générale et de 60 % pour les autres spécialistes (12). Les résultats observés pour les soins de spécialité hors médecine générale recouvraient des situations différentes selon la spécialité considérée (par exemple le quasi-arrêt de l'activité des ophtalmologues pendant le confinement). Les données de notre étude ne permettaient pas de les apprécier pour les patients en ALD.

Concernant les motifs de consultations, nous avons mis en évidence que, pour les patients en ALD, les soins médicaux en rapport avec leur pathologie chronique avaient moins diminué que ceux sans lien direct, à l'exception des consultations médicales en médecine générale. Le niveau de consommation des consultations de médecine générale hors ALD plus élevé peut s'expliquer par le maintien des soins de premiers recours pour des épisodes aigus intercurrents, le plus souvent sans rapport avec l'ALD, alors que les renouvellements de traitements par exemple ont pu être effectués directement en officine ou être majoritairement gérés à distance par le médecin. Il est aussi possible que les résultats soient biaisés par la prise en charge à 100 % de la téléconsultation, qu'elle soit en rapport ou non avec une ALD (44,45). Ainsi, il est possible que le rapport avec l'ALD n'ait pas été renseigné au moment de la facturation.

Concernant la reprise des soins après le confinement, nous avons observé qu'elle était intervenue dès la semaine 15. Dans son rapport Charges et produits de juillet 2020, l'Assurance Maladie décrivait, en population générale, sur l'ensemble du territoire national, une amorce de reprise de l'activité à partir de la semaine 16, avec une reprise progressive des consommations « sans retrouver à mi-juin les niveaux d'évolution 2019-2020 de la période pré-confinement » (12). Il en était de même en population générale au niveau régional (40). Nos résultats sont positifs concernant les patients en ALD, en région Centre-Val de Loire, avec un retour aux niveaux de consommation pré-confinement, dès la mi-juin en matière de soins médicaux et plus précocement encore concernant les soins infirmiers et les produits de santé. Les résultats de l'enquête de l'Odenore ainsi que ceux de l'Assurance Maladie montraient que les patients atteints d'une pathologie chronique avaient plus consulté en sortie de confinement que les autres (12,41). Cette reprise anticipée des consommations par les patients en ALD peut refléter à la fois un besoin réel de soins et la prise en considération des messages d'information diffusés largement, invitant les patients à reprendre contact avec leur

médecin. Cela peut être également lié à la mise en place de la consultation longue de suivi des personnes vulnérables dite « de bilan post-confinement » pour les médecins traitants, à destination des patients âgés et de ceux atteints d'une pathologie chronique (12,46,47). Les patients en ALD étaient donc directement ciblés par ces mesures de rattrapage mises en place par l'Assurance Maladie.

Sur les délais, nous constatons une reprise plus rapide en médecine générale. L'Odenore décrivait un phénomène comparable en population générale avec 68% des patients ayant renoncé à une consultation de médecine générale qui ont vu un médecin généraliste après le confinement contre 55% de ceux ayant renoncé à un spécialiste (41).

Enfin, un des éléments clés de la prise en charge médicale des patients a été le recours à la télémedecine. Comme nous l'avons observé dans ce travail, ce recours a fortement augmenté au cours du confinement. L'Assurance Maladie relevait le même phénomène en population générale (12). Les téléconsultations facturées à des patients en ALD représentaient 23% des téléconsultations avant le confinement pour augmenter jusqu'à 28 % après le confinement (12). Si la télémedecine n'a pas pu prendre le relai de l'ensemble des soins, son utilisation a permis de limiter les conséquences de la crise sanitaire en termes de continuité des soins.

Nos résultats, à la lumière de ceux observés dans d'autres travaux, sont positifs quant à la continuité de soins des patients atteints d'affections lourdes. S'il y a bien eu des discontinuités de prise en charge, les patients en ALD ont été moins touchés que la population générale.

4.1.2 Des soins infirmiers moins impactés

Nous avons observé que les consommations de soins infirmiers ont été moins impactées par la crise sanitaire. Ce phénomène a été constaté dans les études de l'Assurance Maladie et de l'Odenore en population générale (12,40,41).

La diminution portait essentiellement sur les soins hors ALD, dès les semaines précédant le confinement. Cela peut s'expliquer notamment par la déprogrammation d'une partie de l'activité de chirurgie non urgente. La persistance de la crise sanitaire au-delà du confinement de mars 2020, sans reprise complète de l'activité de chirurgie, explique en partie la reprise incomplète de ces consommations à l'issue du confinement (12).

À l'inverse, le maintien du niveau de consommation des soins ALD témoigne de l'activité indispensable des IDE libéraux, au quotidien, auprès des patients atteints de pathologies chroniques. Des mesures dérogatoires ont également été mises en œuvre pour favoriser la continuité des prises en charge par les IDE libéraux. Ils ont été autorisés à exercer en parallèle de leur remplaçant. Ils ont pu effectuer des soins à domicile sans que la mention spécifique figure sur la prescription médicale. Comme pour les produits de santé, une ordonnance de soins infirmiers pouvait être prolongée, si nécessaire, après son expiration, sans renouvellement auprès d'un médecin. Ils ont aussi réalisé de nouveaux actes en lien avec la crise sanitaire, comme le prélèvement naso-pharyngé et le suivi à domicile des patients COVID-19 (48).

Comme nous l'avons observé dans ce travail, les consommations de soins infirmiers étaient, en population générale, supérieures à celles de 2019 avant le confinement (40). C'était également le cas pour les autres types de soins. Nous n'avons pas trouvé d'éléments d'explication dans la littérature,

en dehors des facteurs liés au vieillissement de la population et à l'accroissement des pathologies chroniques (49).

4.1.3 Un stockage des produits de santé

L'impact de la crise sanitaire sur les consommations de produits de santé a été modéré avec néanmoins une dynamique particulière. Nous avons observé une augmentation de la consommation au cours des semaines 10 et 11 et un pic de consommation en semaine 12. Nous avons ensuite montré une baisse modérée des consommations pendant le confinement. Elles retrouvaient, après le confinement, leur niveau antérieur.

La dynamique des consommations de produits de santé concordait avec les résultats des travaux d'Epi-PHARE¹⁴ qui décrivaient un « phénomène initial de stockage » des traitements dédiés aux pathologies chroniques, avec une forte augmentation des consommations, suivi d'une sous-consommation pendant le confinement, bénéficiant des réserves faites, puis d'un retour au niveau antérieur. Toutefois, à l'échelle nationale, la forte croissance des consommations de ces traitements était observée plus tardivement, en semaine 12 et 13 (50,51).

Les données en population générale, en région Centre-Val de Loire, montrent que la diminution des consommations de produits de santé a été tout de même plus importante que ce que nous avons observé chez les patients en ALD (40).

Nos observations montraient, chez les patients en ALD, un retour au niveau antérieur à partir de la fin du confinement en semaine 19. Epi-PHARE évoquait « un retour vers une consommation normalisée » en semaine 16 (50). Ces différences peuvent s'expliquer par les champs d'étude différents (consommations de médicaments de pathologies chroniques dans l'ensemble de la population vs ensemble des médicaments chez les patients en ALD).

Ces résultats sont positifs dans la mesure où ils montrent qu'il n'y a, globalement, pas eu de manque de médicaments pour les patients en ALD au cours du confinement, en lien notamment avec la possibilité de dispensation d'une ordonnance renouvelable expirée (42). Toutefois, la quantité de médicaments délivrés ne présume en rien de leur utilisation optimale. En particulier, elle ne garantit pas que les adaptations de posologies aient été réalisées, comme le souligne le premier rapport d'Epi-PHARE sur l'usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 (50).

4.1.4 Des jeunes particulièrement impactés

Les patients en ALD les plus jeunes, en particulier les 0-14 ans, ont très fortement sous-consommé pendant le confinement, sans retrouver, en sortie de confinement, leur niveau de consommation initial.

Des résultats similaires ont été retrouvés pour l'ensemble des enfants. Les résultats d'Epi-PHARE rapportent qu'ils avaient été « peu médicalisés durant le confinement », bien moins que le reste de la population (51). Les sociétés de pédiatrie italiennes et européenne décrivaient des diminutions importantes des recours aux soins chez les enfants, en ville comme à l'hôpital (52,53). Au moment de

¹⁴ Groupement d'intérêt scientifique constitué par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et la CNAM. Structure d'expertise publique en pharmaco-épidémiologie.

la reprise des soins, les cas observés (hors COVID-19) étaient plus graves qu'avant la crise sanitaire (52).

Dopfer et al. montraient en Allemagne une baisse du recours aux services d'urgences pédiatriques au cours du confinement, supposant une baisse réelle des besoins conjuguée à un évitement des parents, de peur de la contamination au SARS-CoV-2 (54). En parallèle, la part des enfants hospitalisés suite à leur passage aux urgences avait plus que doublé (27 %), suggérant un recours limité aux cas les plus graves (54). Raucci et al. faisaient les mêmes constats en Italie (55).

D'autres travaux italiens rapportaient une baisse similaire des recours aux urgences pédiatriques, ainsi qu'aux médecins de ville (56). Ils décrivaient des cas de recours tardifs au système de santé, notamment des enfants diabétiques présentant des acidocétoses sévères, ou d'autres présentant des fièvres importantes pendant plusieurs jours (56). Dzygało et al. décrivaient également, en Pologne, une incidence majorée des acidocétoses chez les enfants diabétiques (57).

Une étude de Graetz et al., menée dans 79 pays, rapportait un impact considérable de la crise sanitaire sur les diagnostics et les prises en charge des cancers pédiatriques, y compris dans les pays dits « riches » (58). En France, Unicancer rapportait, dans une étude menée de janvier à juin 2020, avoir observé un déficit de diagnostics de cancer de 30 à 50 %, tous âges confondus, sans rattrapage par la suite (59). La chute de délivrance des produits pour les actes diagnostics observée par Epi-PHARE va dans le sens de ces retards de prises en charge (60). Ainsi la diminution des nouveaux cas de cancers pédiatriques diagnostiqués peut témoigner de non-recours au système de santé.

Enfin, un rapport ministériel souligne la cessation ou la déprogrammation des activités de pédopsychiatrie (61).

Un autre élément d'explication des fortes diminutions des consommations de soins des plus jeunes réside dans la forte réduction de circulation des virus et autres agents pathogènes (hors SARS-CoV-2), en lien avec la fermeture des crèches et des établissements scolaires, puis, lors de leur réouverture, des mesures d'hygiène accrues (51,53,62). Ceci est appuyé par l'effondrement des délivrances d'antibiotiques chez les jeunes (51). Ce point est positif puisqu'il traduit une baisse objective des besoins.

Mais au-delà de la diminution des pathologies infectieuses, comme nous l'avons vu, il a été établi que certaines prises en charge ont très nettement fait défaut chez les enfants. Face au risque perçu de contamination sur les lieux de soins, les parents préféraient adopter une stratégie de temporisation, avec une phase d'observation, avant de recourir, si nécessaire, au système de santé, là où habituellement ils y recourraient immédiatement (52–55). La recrudescence des cas nécessitant une hospitalisation peut être due, en partie, à ce report des soins qui, dans certains cas, conduisait à un retard de prise en charge.

Enfin, une nette baisse des vaccinations a été observée en France comme à l'étranger (51,63). En France, Epi-PHARE rapportait mi-décembre 2020 que le déficit de vaccination n'avait pas été rattrapé en 2020 et se reporterait en 2021 (60). La vaccination, parce qu'elle ne répond pas à un état de santé aigu, a pu être considérée comme pouvant être reportée. Ne pouvant être réalisée qu'en présentiel, cela a pu contribuer, dans une certaine mesure, à la diminution des consommations de soins, en matière de consultations médicales et de délivrances en officine.

Les publications qui émanent de plusieurs pays montrent que nos résultats ne sont pas spécifiques à la région Centre-Val de Loire ou à la France. Les défauts de prise en charge des plus jeunes, pendant la crise sanitaire, semblent bien être un phénomène international. Si à première vue, les plus jeunes n'apparaissaient pas comme les premières victimes de la crise sanitaire, en particulier du fait d'une sévérité moindre de la COVID-19, ils pourraient bien, en revanche, être parmi les plus durement et durablement touchés par les conséquences sanitaires collatérales de la crise.

4.1.5 Des patients atteints de pathologies psychiatriques moins impactés mais plus durablement

Nous avons observé, pour les patients atteints d'une pathologie psychiatrique, en ALD 23, un impact plus modéré du confinement sur leur recours aux consultations médicales. En revanche, ces patients ont globalement sous-consommé à la sortie du confinement.

Les téléconsultations ont pu être plus adaptées au suivi des pathologies psychiatriques, même si elles ne pouvaient pas remplacer en totalité les consultations présentes. La téléconsultation a été largement adoptée pendant le confinement (61,64,65). Les psychiatres figuraient parmi les spécialistes auxquels les patients avaient le moins renoncé (41). En sortie de confinement, le non-retour au niveau de consommation antérieur s'explique sans doute par un décrochage de certains patients au cours du confinement, avec de potentielles décompensations de leur pathologie. La baisse des consommations en ville a pu, pour certains, être compensée par des hospitalisations, hors du champ de notre étude. Selon un rapport ministériel, une hausse de 40 % des tentatives de suicide a été observée en région Centre-Val de Loire au mois de mai 2020, en comparaison à 2019 (61). Ce même rapport évoque une augmentation des hospitalisations avec et sans consentement, à partir de juin 2020 (61).

Nous avons également observé, pendant le confinement et ensuite, une augmentation des consommations de psychotropes, représentés majoritairement par les anxiolytiques et les hypnotiques. Les consommations de psychoanaleptiques, dont les antidépresseurs, étaient, elles, globalement stables. Les travaux d'Epi-PHARE retrouvent des résultats comparables aux nôtres, en population générale (60,66). Ces constats sont à mettre en rapport avec les conséquences de la crise sanitaire et, en particulier, du confinement sur la santé mentale de la population. L'enquête CoviPrev, menée par Santé publique France, montre, en population générale, la prévalence importante de troubles du sommeil et des états anxieux pendant le confinement, qui perdurent ensuite. La prévalence des symptômes de dépression était importante également au cours du confinement, avant de diminuer à la sortie du confinement (67). Les données du réseau OSCOUR¹⁵ révélaient également une hausse des passages aux urgences pour anxiété, au cours du confinement, chez les enfants, comme les adultes (68).

4.1.6 Des ruptures de soins globales

Ce travail a mis en évidence que les ruptures de suivi médical en médecine générale touchaient 1 personne sur 5 dans la sous-population étudiée. Elles n'étaient pas limitées au suivi en médecine générale mais s'accompagnaient de fortes baisses de consommation pour les autres soins.

¹⁵ Réseau de surveillance coordonnée des urgences, développé par Santé publique France.

Ces ruptures de soins n'étaient pas limitées au confinement mais s'inscrivaient dans la durée. Si les consommations des patients sans rupture de suivi médical n'ont pas complètement retrouvé leur niveau antérieur après le confinement, celles des patients en rupture étaient nettement inférieures à leur niveau initial, pour tous les types de soins étudiés.

Au-delà des 55 jours de confinement, les patients en rupture se sont éloignés plus tôt du système de santé et plus longtemps que les autres patients.

Ces éléments suggèrent, non pas des ruptures de suivi médical uniquement, mais des ruptures complètes de soins. En particulier, nous n'avons pas constaté le phénomène de stockage de produits de santé, contrairement à ce qui était observé pour le reste de la population. Pourtant, le confinement n'a pas été synonyme de maintien des consommations antérieures en officine pour ces patients. Cela suggère de très probables manques de médicaments et donc des ruptures de traitements.

Nous n'avons pas trouvé de travaux similaires dans la littérature pouvant confirmer ou non nos observations. Seule une enquête de l'Odenore évoque quelques éléments qui vont dans le sens de certaines de nos constatations. Elle révèle en effet que le renoncement aux soins durant le premier confinement ne se limitait pas à un type de soins. L'Odenore observe un caractère cumulatif du renoncement aux soins, avec plusieurs soins non réalisés. Cette enquête constate aussi que ce sont, le plus souvent, les professionnels les plus fréquemment consultés auxquels les personnes ont le plus renoncé (41).

Les résultats de notre analyse des déterminants des ruptures de suivi médical vont également dans ce sens. Le fait d'avoir consulté un médecin spécialiste (hors médecine générale) au cours du confinement a été identifié comme un facteur protecteur de rupture. Cela corrobore l'idée que la rupture a été globale et pas seulement limitée à la médecine générale. Le Loiret et l'Eure-et-Loir sont les deux départements pour lesquels l'association statistique avec la rupture de suivi était la plus forte. C'est dans ces départements que la densité d'IDE libéraux est aussi la plus faible dans la région (69). L'Observatoire régional de santé Centre-Val de Loire relève d'ailleurs que, globalement, les densités de professionnels de santé sont corrélées entre elles, renforçant le caractère global des ruptures et l'importance de la situation géographique dans leur survenue (69).

Un dernier élément est à prendre en compte : le confinement passé en villégiature hors région a pu modifier le comportement de soins, entraînant un moindre recours.

4.1.7 Des ruptures de soins liées à la pathologie

Dans ce travail, plusieurs éléments étaient liés à la survenue de ruptures de suivi médical.

Nous avons montré que les patients atteints de pathologies psychiatriques ont moins été en rupture de suivi. Ce résultat rejoint les constats fait précédemment et notamment le recours facilité à la télémedecine.

Les patients atteints d'une maladie d'Alzheimer étaient moins souvent en rupture. Cela peut s'expliquer par le fait que ces patients peuvent bénéficier d'une coordination accrue de leur prise en charge avec des aidants, professionnels ou non, à leur contact au quotidien. Il est aussi possible qu'ils résident plus fréquemment en établissement médico-social (70).

Les patients insuffisants cardiaques ont moins été en rupture. C'est un point positif dans la mesure où un déséquilibre de prise en charge peut rapidement mener à une décompensation de leur pathologie.

Le nombre d'ALD apparaissait comme un facteur protecteur. Cela peut s'expliquer par une attention possiblement accrue des professionnels pour ces patients potentiellement plus fragiles. De même, les patients ont pu, du fait de leurs multiples pathologies, être plus vigilants à maintenir leurs consommations de soins.

Ces patients ont pu présenter des formes particulièrement graves de leurs pathologies, les rendant plus vulnérables et plus à risque de développer une forme grave de Covid-19 ; ceci les ayant poussés à s'isoler d'avantage. Les formes graves des pathologies ou les décompensations ont aussi pu entraîner des hospitalisations, non prises en compte dans ce travail.

De par notre méthode, nous pouvons en revanche affirmer que ces ruptures ne peuvent pas être expliquées par le décès de ces personnes.

Même si dans l'analyse multivariée peu de critères ont été retenus dans le modèle final, l'analyse univariée atteste que de nombreux facteurs ont impacté les ruptures de suivi médical.

4.1.8 Des difficultés d'accès aux soins majorées par le confinement

Nous avons établi que les ruptures de suivi médical étaient associées au lieu de résidence des patients et bien moins fréquentes en Indre-et-Loire. La région Centre-Val de Loire est particulièrement concernée par les déserts médicaux (71). Elle présente une densité médicale inférieure à la moyenne nationale et seul le département d'Indre-et-Loire est au-dessus de ce seuil (69). En Indre-et-Loire, seuls 4 % de la population résident en zone sous-dense en médecins généralistes. Cette part augmente entre 20 et 38 % dans les autres départements de la région (71).

Dans l'Observatoire 2020 de la Mutualité française, il est indiqué que les médecins sont également plus âgés hors du département d'Indre-et-Loire. Ceux âgés de plus de 55 ans représentent entre 57 et 62 % des médecins contre 43 % en Indre-et-Loire (71). Nous pouvons faire l'hypothèse que ce facteur âge peut majorer le risque de rupture de suivi, dans la mesure où ces médecins sont possiblement plus fréquemment eux-mêmes atteints de pathologies chroniques qui ont pu les conduire à limiter fortement leur activité, pour éviter de s'exposer à la COVID-19.

Nos résultats montraient que les patients sans médecin traitant étaient plus fréquemment en rupture. Si la différence n'était pas statistiquement significative, ce résultat n'en demeure pas moins intéressant. L'accès au médecin traitant est un problème bien identifié et contribue à la difficulté d'accès aux soins. En région Centre-Val de Loire, le Loiret et l'Eure-et-Loir sont particulièrement touchés avec respectivement 13 et 10 % de leur population sans médecin traitant (71). Ces deux départements sont ceux pour lesquels l'association statistique avec la rupture de suivi était la plus forte.

Nos résultats confirment que le confinement de mars 2020 a accentué les inégalités d'accès aux soins préexistantes dans la région Centre-Val de Loire. L'Odenore conclut également son enquête par ce constat (41).

4.1.9 Les Communautés professionnelles territoriales de santé comme levier d'action

L'accentuation des inégalités territoriales d'accès aux soins nous amène à évoquer des résultats particulièrement intéressants de ce travail.

Nous avons montré que les CPTS étaient des facteurs protecteurs des ruptures de suivi médical, aussi bien lorsque le patient réside sur le territoire d'une CPTS que lorsque le médecin régulier¹⁶ y exerce. Le fait que le médecin régulier soit le médecin traitant était également un facteur protecteur.

Créées en 2016, les CPTS visent à améliorer et renforcer les coordinations entre professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, les acteurs médico-sociaux et sociaux, à l'échelle d'un territoire (72). Ces communautés se fondent sur des initiatives et des dynamiques émergeant directement du terrain, en se basant sur les besoins de la population et des habitudes de travail en exercice coordonné des professionnels (71,73,74).

L'accès aux soins pour tous est une des principales missions des CPTS (12,74). La réduction du nombre de personnes sans médecin traitant par la conversion du médecin régulier en médecin traitant est un des objectifs des CPTS (12).

La région Centre-Val de Loire est pionnière en matière de développement des CPTS. Mi-2020, elle comptait 11 CPTS fonctionnelles signataires de l'Accord conventionnel interprofessionnel sur les 42 au niveau national (71). Début 2021, ce sont désormais 18 CPTS signataires de l'ACI qui couvrent plus de 70 % de la population de la région Centre-Val de Loire, contre 15 % au niveau national¹⁷.

La Mutualité française, dans son observatoire 2020, note qu'à ce stade, les données ne sont pas suffisantes pour permettre d'évaluer l'impact des CPTS sur l'amélioration de l'accès aux soins (71). Nos résultats sont un premier élément de réponse.

Ces communautés, même si certaines sont encore récentes, répondent à leur vocation et contribuent à améliorer l'accès aux soins de la population, sur leurs territoires.

4.2 LIMITES DE L'ÉTUDE

La méthode a été analysée pour déceler les biais présents dans notre travail. Des biais de sélection et de mesure ont pu être mis en évidence. L'étude des déterminants des ruptures de suivi médical par analyse multivariée a permis de limiter les biais de confusion et de pouvoir conclure sur le rôle des différents facteurs étudiés.

Les limites suivantes ont été identifiées :

Sur le choix de considérer les patients atteints de pathologies chroniques comme étant ceux en ALD :

Ce choix repose sur l'exploitation, pour cette étude, du SNDS. Toutefois, certains patients atteints de maladies chroniques ne demandent pas l'ouverture de leurs droits à l'ALD et n'ont donc pas été pris en compte.

¹⁶ Médecin généraliste consulté le plus fréquemment au cours de la période d'étude, ou, en cas d'ex-aequo, le médecin traitant s'il y en avait un, ou s'il n'y en avait pas, le dernier consulté.

¹⁷ Données issues de la Cellule de Coordination Régionale de la CPAM du Loiret

Sur la définition de la population cible :

La population d'étude représentait environ 40 % de l'ensemble des 460 000 personnes en ALD au 1^{er} janvier 2020 en région Centre-Val de Loire¹⁸.

Cela s'explique par plusieurs éléments :

La principale explication réside dans la structure même du SNDS. Le référentiel bénéficiaire, qui a servi à définir la population d'étude, n'est pas une base de données avec historique. Pour une personne, sa mise à jour s'effectue lorsque certaines caractéristiques individuelles changent, sans conserver les informations antérieures. Ainsi, ce référentiel a pu être mis à jour après le 1^{er} janvier 2019 pour un nombre conséquent de personnes, les excluant de fait du champ de l'étude, bien que les changements qui avaient conduit à cette mise à jour ne concernaient pas nécessairement des critères d'inclusion. En résumé, lorsque, pour un individu, la date de mise à jour du référentiel était postérieure au 1^{er} janvier 2019, nous n'avions pas la possibilité de connaître sa situation antérieure. Il était alors impossible de vérifier les critères d'inclusion et, de fait, la personne n'était pas éligible à cette étude.

Le choix de critères d'inclusion permettant de définir une population constante au cours de la période d'étude (uniquement des patients vivants à la fin de l'étude, en ALD tout au long de la période, qui n'ont pas changé de caisse d'affiliation, etc.) peut introduire un biais de sélection. De plus, cette relative stabilité ne présupait en rien de l'évolution de l'état de santé des individus au cours de l'étude.

Compte-tenu de la définition de la population d'étude, nous n'avons pas pris en compte les initiations d'ALD après le 1^{er} janvier 2019, qui représentent, en région Centre-Val de Loire, 50 000 à 60 000 individus par an (75). De la même façon, nous n'avons pas pris en considération les patients qui ont cessé d'être en ALD au cours de l'étude. Le fait de ne pas avoir étudié les patients nouvellement en ALD a exclu des patients dont le besoin de soins était potentiellement plus important. Ces patients, qui débutent alors un nouveau parcours de soins, sont, au cours des premiers mois en particulier, dans une période importante de leur prise en charge. Un non-recours aux soins, pendant cette période, peut avoir un retentissement d'autant plus important sur leur état de santé. De même, cette étude n'a pas permis d'observer l'effet de la crise sur l'ouverture même des droits en ALD. Il sera intéressant d'étudier cet élément dans un futur proche, dans la mesure où une baisse des initiations d'ALD peut être le reflet de retards de prises en charge pour les patients.

De même, les individus ayant changé de CPAM de rattachement, suite à un déménagement par exemple, potentiellement source de difficultés d'accès aux soins, n'ont pas été inclus dans la population d'étude.

En résumé, parce que nous avons sélectionné des patients ayant une situation, au regard du SNDS, relativement stable, il est possible que nous ayons sous-estimé, ou surestimé, l'impact de la crise sanitaire sur l'ensemble des patients en ALD.

Le fait de ne prendre en compte que les assurés du régime général, en lien avec la disponibilité des données, n'a pas permis d'apprécier les conséquences de la crise sanitaire sur les consommations de soins des autres assurés. Même si le régime général comporte la majeure partie de la population

¹⁸ Donnée issue de la DRSM Centre-Val de Loire

française (95 % au niveau national, 90 % en région Centre-Val de Loire¹⁹), il n'inclut pas les assurés du régime agricole, possiblement situés dans des aires géographiques plus rurales, avec un accès plus difficile au système de santé.

Enfin, nous n'avons pas inclus dans cette étude les ALD « polyopathologies » (ALD 32), en raison d'un manque de consolidation de cette information. En effet, le plus souvent, les personnes susceptibles d'être en ALD 32 ont déjà une ou plusieurs autres ALD. L'ALD 32 est alors très peu renseignée.

Sur la définition de la rupture de suivi médical :

L'étude des ruptures de suivi médical en médecine générale s'est concentrée sur les patients suivis tous les mois avant le confinement. Nous avons fait l'hypothèse que ces patients avaient ce rythme soutenu de consultations en réponse à des besoins importants de soins en médecine générale. Nous avons ainsi fait l'hypothèse qu'une rupture dans ce suivi faisait peser sur ces patients un risque plus élevé de dégradation de leur état de santé. Toutefois, il est possible que des soins soient réalisés sans besoin objectif. Notre méthode ne permettait pas d'objectiver ce besoin de soins.

Le choix de la sous-population limite l'analyse à une petite sélection des patients en ALD et de la patientèle des professionnels de santé, représentant environ 6 % de la population d'étude. Mais il s'est imposé en raison de la durée du confinement (55 jours). Cette durée ne nous permettait pas de pouvoir déterminer une rupture de suivi, de façon simple et la plus fiable possible, pour des patients suivis de façon moins rapprochée en médecine générale. Le nombre réduit de patients implique d'abord une diminution de la puissance statistique des analyses réalisées. Plus encore, la sélection des patients, dont les caractéristiques différaient de celles de la population d'étude (sous-population plus âgée notamment), implique l'impossibilité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population d'étude.

Sur le périmètre de la recherche :

Au-delà de la définition de la population d'étude, le champ de l'étude, limité au secteur ambulatoire, constitue une autre limite. Les soins ambulatoires s'intègrent dans une offre de soins comprenant également une composante hospitalière. Cette dernière a d'ailleurs été fortement impactée par la crise sanitaire. Les données disponibles dans le SNDS au moment de l'étude se limitaient aux soins ambulatoires. Nous n'avons donc pas été en mesure d'intégrer à l'analyse les parcours ville-hôpital. Par conséquent, nous n'avons pas pu apprécier les éventuelles hospitalisations des patients en ALD, ou leurs consultations externes à l'hôpital, pouvant expliquer, en partie, des modifications du recours aux soins en ville. Ces éléments auraient également pu permettre d'apprécier les conséquences de la crise sanitaire sur la population d'étude en termes de morbidité. Toutefois, une étude de Casalino et al. montre une diminution globale des passages aux urgences et des hospitalisations hors COVID-19 au cours du confinement (76).

L'utilisation du SNDS ne nous a pas permis d'explorer certains paramètres dans l'étude des déterminants des ruptures de suivi médical. Nous n'avons pas été en mesure d'analyser, plus en

¹⁹ Données fournies par la CPAM du Loiret

détail, les caractéristiques socio-économiques individuelles des patients (en dehors de la CSS), ce type de données n'étant que peu disponible au sein du SNDS. On pouvait néanmoins faire l'hypothèse qu'elles puissent avoir une influence sur les ruptures de suivi médical. En effet, le renoncement aux soins est, habituellement, associé à des obstacles financiers, même s'il demeure un phénomène multifactoriel dont les déterminants se trouvent dans tous les aspects de la vie de la personne (2,13).

De même, nous souhaitions étudier l'influence, sur les ruptures de suivi, du fait de résider en établissement médico-social. Si la donnée existe dans le SNDS, elle n'est actuellement pas encore consolidée.

Enfin, il aurait été intéressant d'étudier plus de paramètres liés au médecin régulier. Par exemple, savoir si le médecin régulier était lui-même en ALD aurait pu apporter un éclairage supplémentaire sur les ruptures de suivi, en lien avec un possible arrêt de travail du professionnel. Ce type d'analyse est proscrit par la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Sur les consommations de soins étudiées :

L'étude des consommations de soins avait une dimension macroscopique. Nous n'avons pas étudié les différentes cotations de consultations, la nature des actes techniques médicaux et actes infirmiers réalisés. Concernant les actes techniques médicaux, nous savons que certains sont de nature administrative et ne relèvent pas directement du soin. C'est le cas par exemple, lors d'un acte d'imagerie, du « supplément pour archivage numérique ». Ainsi, en valeur absolue, le nombre d'actes techniques correspondant à un soin a été surestimé. L'étude des consommations en officine ne prenait pas en compte le conditionnement, le dosage ou la posologie des médicaments. De même, l'étude des consommations médicales par spécialité considérait d'une part la médecine générale et de l'autre l'ensemble des autres spécialités réunies. Ce choix ne permettait pas d'apprécier les disparités qui ont pu exister entre ces différentes spécialités.

Les diminutions de consommation de soins mises en évidence dans ce travail ne peuvent pas formellement être identifiées comme relevant de renoncements ou de non-recours aux soins. En effet, ces deux phénomènes impliquent des notions de besoins objectifs ou ressentis qui ne sont pas appréciables par l'intermédiaire du SNDS.

La pandémie de COVID-19 a bouleversé le système de santé. Cette étude s'est focalisée sur l'exploration des consommations de soins des patients en ALD et des déterminants des ruptures de suivi médical en médecine générale. De nombreuses questions, évoquées dans les limites de cette étude, demeurent et pourront faire l'objet d'autres travaux.

4.3 FORCES DE L'ÉTUDE

Si, comme nous l'avons vu, le SNDS a été source de certaines limites, son utilisation constitue avant tout une force de cette étude. Cela nous a permis de mener cette recherche à l'échelle régionale, sur près de 190 000 personnes pour la première partie de ce travail et plus de 10 000 pour l'étude des ruptures de suivi médical. Ces effectifs n'auraient pas pu être aussi importants sans l'utilisation de ces bases de données. Ceci nous a permis d'apprécier de façon globale et large les conséquences de la crise sanitaire sur les consommations de soins des patients en ALD.

Notre méthode visait à étudier, en 2019 et 2020, exactement les mêmes individus. Ainsi, cette cohorte était parfaitement constante au cours de la totalité de la période d'étude. Les individus étaient leurs propres témoins en matière de consommations de soins en 2019 par rapport à 2020.

L'étude des consommations par classe d'âge a permis de mettre en évidence des phénomènes dont nous n'avions pas imaginé l'ampleur. Cette mise en lumière est un point essentiel de ce travail.

Le fait d'avoir été en mesure, grâce au concours des CPAM de la région, d'intégrer les données relatives aux CPTS du territoire était un atout important de cette étude. La région Centre-Val de Loire est particulièrement motrice en France en matière de déploiement des CPTS. Il était donc essentiel de pouvoir prendre en considération ces communautés dans l'analyse des ruptures de suivi médical.

Une force de notre étude réside dans son périmètre. Nous n'avons pas concentré l'étude uniquement sur les soins médicaux. Au contraire, nous avons étudié différents types de soins ambulatoires, en intégrant les soins infirmiers et la pharmacie d'officine.

En ce sens, cette étude contribuait à mettre en lumière les soins de ville alors que les regards étaient, en particulier dans les premiers mois de la pandémie de COVID-19, essentiellement tournés vers le secteur hospitalier. Pourtant, si l'hôpital concentre les soins les plus hautement spécialisés et les cas les plus graves, c'est bien en ville que la majorité de la population française, y compris en ALD, a recours au système de santé. Il nous semblait donc fondamental d'étudier le secteur ambulatoire.

Si, comme nous l'avons vu précédemment, nous ne pouvons pas tirer des conclusions sur les déterminants des ruptures de suivi médical en médecine générale au cours du confinement pour l'ensemble de la population d'étude, ces résultats constituent néanmoins des pistes intéressantes quant aux facteurs expliquant ces ruptures et serviront de base concrète de travail auprès des partenaires de terrain de la DRSM Centre-Val de Loire, en particulier les CPTS.

Enfin, compte tenu des prévisions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) quant à la survenue future d'autres pandémies telles que celle que nous traversons depuis maintenant plus d'un an, comprendre les conséquences, sur les consommations de soins, de la crise sanitaire et des mesures mises en œuvre pour la combattre était important (77). C'était un travail nécessaire pour apprendre de ce qu'il s'est passé et se tourner vers la préparation de l'avenir.

Nous n'avons pas retrouvé, dans la littérature, d'études dédiées à l'analyse des soins des patients en ALD ni aux ruptures de soins en médecine générale. Cette étude vient ainsi compléter la littérature s'intéressant aux renoncements et aux non-recours aux soins pendant la crise sanitaire, en population générale, en particulier les travaux de l'Odenore dont les résultats définitifs restent à paraître.

5 CONCLUSION

Les patients en ALD ont, comme en population générale, moins recouru aux soins pendant le confinement de mars 2020. Dans la plupart des cas, les consommations ont retrouvé leur niveau antérieur à l'issue du confinement. Les plus jeunes se sont particulièrement éloignés du système de santé et de façon durable, alors que l'attention générale était portée vers les personnes les plus âgées, à risque de formes graves de COVID-19.

Ce travail ciblé sur les patients en ALD, en analysant les consommations de soins et les déterminants des ruptures de suivi médical, vise à mieux connaître leurs parcours et leurs difficultés d'accès aux soins en situation de crise sanitaire.

La télémedecine a permis de pallier partiellement les effets du confinement et constitue une perspective d'avenir pour graduer la réponse à la demande de soins.

Les questions d'accès aux soins sont particulièrement prégnantes en région Centre-Val de Loire. Malgré l'implication des professionnels de santé pour maintenir une offre de soins en ville opérationnelle et disponible, la crise sanitaire et le confinement ont creusé les inégalités préexistantes.

Notre étude a pu montrer que résider dans un territoire couvert par une CPTS et être suivi par son médecin traitant, étaient deux facteurs protecteurs vis-à-vis du risque de rupture de suivi médical.

Le déploiement des CPTS représente donc un enjeu majeur. Elles sont, par une coordination des professionnels, une réponse collective aux difficultés des territoires. L'accès aux soins constitue d'ailleurs une de leurs missions socles et notamment au travers de l'approche médecin traitant.

Les résultats de notre étude sont un formidable message d'encouragement à poursuivre le travail engagé par les professionnels de terrain, l'Assurance Maladie et l'Agence régionale de santé pour le développement des CPTS.

Compte-tenu des résultats et du contexte régional, cette étude s'oriente également vers l'action.

Après avoir partagé les résultats avec les représentants de la profession en commissions paritaires (médecins et pharmaciens) une communication auprès des CPTS est envisagée. Des profils de population seront présentés par CPTS ainsi qu'une description des ruptures de suivi sur chaque territoire. L'objectif sera d'échanger sur ces constats et de les mettre en perspective avec les projets de santé de chaque territoire.

La crise sanitaire que nous traversons ne doit pas ralentir la dynamique actuelle de développement de ces organisations. Au contraire, nous nous devons de souligner l'implication des professionnels de santé et continuer à les accompagner.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la Cnam 2018-2022. Paris: Caisse Nationale d'Assurance Maladie; 2018 juill.
2. Revil H, Warin P, Richard F, Blanchoz J-M. Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action. Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore). In: Actes synthétiques du colloque. Paris, Cité des Sciences et de l'Industrie; 2019.
3. COVID-19 Point épidémiologique - Situation au 4 mars 2020 - 16h. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2020 mars.
4. COVID-19 Point épidémiologique - Situation au 15 mars 2020 à minuit. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2020 mars.
5. République Française. Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19 [Internet]. 2020-260, PRMX2007858D mars 16, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041728476/>
6. République Française. Arrêté du 17 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 [Internet]. SSAZ2007919A. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041731893/>
7. République Française. Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire [Internet]. 2020-293, SSAZ2008253D mars 23, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041746694/>
8. République Française. Décret n° 2020-344 du 27 mars 2020 complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire [Internet]. SSAZ2008731D mars 27, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041762421/>
9. République Française. Arrêté du 14 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire [Internet]. SSAZ2009631A. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041797948>
10. République Française. Décret n° 2020-548 du 11 mai 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire [Internet]. 2020-548, SSAZ2011695D mai 11, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041865329/>
11. Warin P, Chauveaud C. Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG). Nîmes: Odenore; 2014 sept. Report No.: Etude n° 53.

12. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 [Internet]. Assurance Maladie; 2020 juill. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-a-2021/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2021.php>
13. Despres C. Les différentes figures du renoncement aux soins. Santé Homme. déc 2012;(422):p 44-46.
14. Constats et propositions sur l'organisation des soins en période de COVID-19, note de position de France Assos Santé [Internet]. France Asso Santé; 2020 avr. Disponible sur: https://www.france-assos-sante.org/publication_document/constats-et-propositions-sur-lorganisation-des-soins-en-periode-de-covid-19-note-de-position-de-france-assos-sante/
15. Dumas Primbault M. Covid-19 : l'AP-HP alerte sur le renoncement aux soins et s'attend à une vague de patients après l'épidémie [Internet]. Le Quotidien du médecin. 2020 [cité 4 août 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/covid-19-lap-hp-alerte-sur-le-renoncement-aux-soins-et-sattend-une-vague-de-patients-apres-lepidemie>
16. Crise du Covid-19 & renoncement aux soins [Internet]. AG2R La Mondiale. 2020 [cité 4 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ag2rlamondiale.fr/culture-branches/toutes-nos-actualites/crise-du-covid-19-renoncement-aux-soins>
17. Le renoncement aux soins médicaux pendant le COVID-19 [Internet]. i-Share. 2020 [cité 4 août 2020]. Disponible sur: <http://www.i-share.fr/actualite/le-renoncement-aux-soins-medicaux-pendant-le-covid-19>
18. Communiqué de presse Alerte sur le renoncement aux soins [Internet]. Fédération Hospitalière de France; 2020 avr [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/Alerte-sur-le-renoncement-aux-soins>
19. Perkins GD, Couper K. COVID-19: long-term effects on the community response to cardiac arrest? Lancet Public Health. août 2020;5(8):e415-6.
20. Marijon E, Karam N, Jost D, Perrot D, Frattini B, Derkenne C, et al. Out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic in Paris, France: a population-based, observational study. Lancet Public Health. 2020;5(8):e437-43.
21. Lapostolle F, Agostinucci JM, Alhéritière A, Petrovic T, Adnet F. Collateral consequences of COVID-19 epidemic in Greater Paris. Resuscitation. 2020;151:6-7.
22. Définition de l'ALD [Internet]. Assurance Maladie. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
23. République Française. Article L322-3 [Internet]. Code de la sécurité sociale. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000017842076/2008-04-01
24. République Française. Article D322-1 [Internet]. Code de la sécurité sociale. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024267096/2011-06-27

25. République Française. Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré [Internet]. ETSS1027111D janv 21, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000023456250/>
26. République Française. Décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 supprimant l'hypertension artérielle sévère de la liste des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré mentionnée au 3° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale [Internet]. ETSS1033024D juin 26, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024249276/>
27. INSEE. Bases des unités urbaines de 1999 et 2010 | Insee [Internet]. insee.fr. [cité 10 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2115018>
28. Lang T, Cases C, Chauvin P, Jouglu E, Jusot F, Laporte A, et al. Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités de santé dans les systèmes d'information en santé [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2013 juin p. 54. (Documents). Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=360>
29. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2016-1871 du 26 décembre 2016 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé » [Internet]. 2016-1871, AFSE1625287D déc 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033702840/>
30. République Française. Article L1461-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886868/2019-06-02
31. Ministère de l'économie et des finances, Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 22 mars 2017 relatif au référentiel de sécurité applicable au Système national des données de santé [Internet]. AFSE1705146A mars 24, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034265125/>
32. INSEE. Définition - Commune rurale | Insee [Internet]. insee.fr. 2020 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1902>
33. Holcomb WL, Chaiworapongsa T, Luke DA, Burgdorf KD. An odd measure of risk: use and misuse of the odds ratio. *Obstet Gynecol.* oct 2001;98(4):685-8.
34. Macron E. Adresse aux Français, 16 mars 2020 [Internet]. elysee.fr. 2020 [cité 5 août 2020]. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/16/adresse-aux-francais-covid19>
35. Ministère des Solidarités et de la Santé. Communiqués de presse [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 4 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/>
36. Ministère des Solidarités et de la Santé. COVID-19 : Rester chez soi pour freiner la propagation de l'épidémie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/covid-19-rester-chez-soi-pour-freiner-la-propagation-de-l-epidemie>

37. Collège de Médecine Générale. Mettre en pause les soins de santé primaire, c'est enclencher une bombe à retardement ! [Internet]. CMG. 2020 [cité 4 août 2020]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/mettre-en-pause-les-soins-de-sante-primaire-cest-enclencher-une-bombe-a-retardement/>
38. Maussion F. Coronavirus : une nouvelle attestation et de nouvelles règles à respecter pendant le confinement. Les Echos [Internet]. 25 mars 2020 [cité 4 août 2020]; Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/politique-societe/societe/coronavirus-une-nouvelle-attestation-et-de-nouvelles-regles-a-respecter-pendant-le-confinement-1188689>
39. Gouvernement français. Attestation de déplacement dérogatoire [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-%20jointe/2020/03/attestation-deplacement-fr-20200324.pdf>
40. DRSM Centre-Val de Loire. Consommations de soins des assurés du régime général de l'Assurance Maladie, en région Centre-Val de Loire, en 2019 et 2020 et leur évolution (document interne). 2021.
41. Revil H, Blanchoz J-M, Olm C, Bailly S. Renoncer à se soigner pendant le confinement. Premiers résultats d'enquête. Odenore/Assurance maladie en collaboration avec HP2 et VizGet; 2020 déc p. 24.
42. République Française. Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 [Internet]. SSAZ2007749A. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041722917/>
43. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 18 mai 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire [Internet]. SSAZ2011564A mai 19, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041889362/>
44. Assurance Maladie. Covid-19 : le point sur les mesures dérogatoires pour les médecins [Internet]. Ameli.fr. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/actualites/covid-19-le-point-sur-les-mesures-derogatoires-pour-les-medecins>
45. Assurance Maladie. Covid-19 : tout savoir sur la téléconsultation et les actes à distance [Internet]. Ameli.fr. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/covid-19-tout-savoir-sur-la-teleconsultation-et-les-actes-distance>
46. Fin du confinement : une nouvelle consultation prise en charge à 100 % pour les personnes fragiles [Internet]. Assurance Maladie. 2020 [cité 6 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/fin-du-confinement-une-nouvelle-%20consultation-prise-en-charge-100-pour-les-personnes-fragiles>
47. République Française. Décret n° 2020-637 du 27 mai 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus [Internet]. 2020 [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041923360>

48. Assurance Maladie. Covid-19 : mesures dérogatoires de prise en charge en ville [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/infirmier/actualites/covid-19-mesures-derogatoires-de-prise-en-charge-en-ville>
49. L'Observatoire 2020 – Accès territorial aux soins, les inégalités ne sont pas définitives [Internet]. Mutualité Française; 2020 oct. Disponible sur: <https://placedelasante.mutualite.fr/observatoire2020-acces-territorial-aux-soins-les-inegalites-ne-sont-pas-definitives/>
50. Weill A, Drouin J, Desplas D, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation à la fin mars 2020 [Internet]. Saint-Denis: EPIPHARE - Groupement d'intérêt scientifique ANSM-CNAM; 2020 avr p. 134. Report No.: Rapport 1. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/usage-des-medicaments-de-ville-en-france-durant-lepidemie-de-covid-19-point-de-situation-a-la-fin-mars-2020/>
51. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation après 5 semaines de confinement (jusqu'au 19 avril 2020) [Internet]. Saint-Denis: EPIPHARE - Groupement d'intérêt scientifique ANSM-CNAM; 2020 avr p. 218. Report No.: Rapport 2. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/usage-des-medicaments-de-ville-en-france-durant-lepidemie-de-covid-19-point-de-situation-apres-5-semaines-de-confinement-jusquau-19-avril-2020/>
52. Lubrano R, Villani A, Berrettini S, Caione P, Chiara A, Costantino A, et al. Point of view of the Italians pediatric scientific societies about the pediatric care during the COVID-19 lockdown: what has changed and future prospects for restarting. *Ital J Pediatr*. 2 oct 2020;46(1):142.
53. Somekh I, Somech R, Pettoello-Mantovani M, Somekh E. Changes in Routine Pediatric Practice in Light of Coronavirus 2019 (COVID-19). *J Pediatr*. sept 2020;224:190-3.
54. Dopfer C, Wetzke M, Zychlinsky Scharff A, Mueller F, Dressler F, Baumann U, et al. COVID-19 related reduction in pediatric emergency healthcare utilization - a concerning trend. *BMC Pediatr*. 7 sept 2020;20(1):427.
55. Raucci U, Musolino AM, Di Lallo D, Piga S, Barbieri MA, Pisani M, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the Emergency Department of a tertiary children's hospital. *Ital J Pediatr*. 29 janv 2021;47(1):21.
56. Lazzerini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. mai 2020;4(5):e10-1.
57. Dzygała K, Nowaczyk J, Szwilling A, Kowalska A. Increased frequency of severe diabetic ketoacidosis at type 1 diabetes onset among children during COVID-19 pandemic lockdown: an observational cohort study. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2020;26(4):167-75.
58. Graetz D, Agulnik A, Ranadive R, Vedaraju Y, Chen Y, Chantada G, et al. Global effect of the COVID-19 pandemic on paediatric cancer care: a cross-sectional study. *Lancet Child Adolesc Health* [Internet]. 3 mars 2021 [cité 9 mars 2021];0(0). Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(21\)00031-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00031-6/abstract)

59. Unicancer présente les conclusions de son étude relative aux retard de diagnostics en cancérologie liés à la crise sanitaire et déplore l'absence de revalorisation des praticiens des Centres de lutte contre le cancer. Paris: Unicancer; 2020 déc.
60. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 22 novembre 2020 [Internet]. Saint-Denis: EPIPHARE - Groupement d'intérêt scientifique ANSM-CNAM; 2020 déc p. 408. Report No.: Rapport 5. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport5/>
61. Rapport d'analyse des retours d'expériences de la crise Covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2020 oct. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/276611-retours-experiences-crise-covid-19-dans-le-secteur-de-la-sante-mentale>
62. Angoulvant F, Ouldali N, Yang DD, Filser M, Gajdos V, Rybak A, et al. Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Impact Caused by School Closure and National Lockdown on Pediatric Visits and Admissions for Viral and Nonviral Infections—a Time Series Analysis. *Clin Infect Dis*. 27 janv 2021;72(2):319-22.
63. McDonald HI, Tessier E, White JM, Woodruff M, Knowles C, Bates C, et al. Early impact of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and physical distancing measures on routine childhood vaccinations in England, January to April 2020. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. mai 2020;25(19).
64. Bocher R, Jansen C, Gayet P, Gorwood P, Laprévote V. Responsiveness and sustainability of psychiatric care in France during COVID-19 epidemic. *L'Encephale*. juin 2020;46(3S):S81-4.
65. Chen JA, Chung W-J, Young SK, Tuttle MC, Collins MB, Darghouth SL, et al. COVID-19 and telepsychiatry: Early outpatient experiences and implications for the future. *Gen Hosp Psychiatry*. oct 2020;66:89-95.
66. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 13 septembre 2020 [Internet]. Saint-Denis: EPIPHARE - Groupement d'intérêt scientifique ANSM-CNAM; 2020 oct p. 383. Report No.: Rapport 4. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-de-ville-en-france-rapport4/>
67. Santé publique France. CoviPrev : résultats détaillés des vagues 1 à 15 (23 mars - 23 septembre 2020) [Internet]. 2020 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: [/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie/coviprev-resultats-detailles-des-vagues-1-a-15-23-mars-23-septembre-2020](https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie/coviprev-resultats-detailles-des-vagues-1-a-15-23-mars-23-septembre-2020)
68. Surveillance syndromique SurSaUD® Bulletin du réseau OSCOUR® / Santé publique France Point hebdomadaire numéro 793 du 16/06/2020. Santé publique France; 2020 juin p. 19.
69. Géniteau F, Anckaert R, Stalla S, Cherbonnet C, Leclerc C. Les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire Édition 2015. ORS Centre-Val de Loire; 2016 mars p. 192.
70. Dispositifs de prise en charge des malades d'Alzheimer ou apparentés [Internet]. RS Provence-Alpes Côte d'Azur. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/dispositifs-de-prise-en-charge-des-malades-dalzheimer-ou-apparentes>

71. L'Observatoire 2020 – Accès territorial aux soins, les inégalités ne sont pas définitives. Focus Centre-Val de Loire [Internet]. Mutualité Française; 2020 oct. Disponible sur: <https://placedelasante.mutualite.fr/observatoire2020-acces-territorial-aux-soins-les-inegalites-ne-sont-pas-definitives/>
72. République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
73. Les Communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS [Internet]. ARS Centre-Val de Loire. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts>
74. Accord conventionnel interprofessionnel pour les CPTS [Internet]. Ameli.fr. [cité 11 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-reference/accord-conventionnel-interprofessionnel-en-faveur-de-l'exercice-coordonne-et-du-deploiement-des-cpts/accord-conventionnel-interprofessionnel-pour-les-cpts>
75. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Incidence des ALD en 2018 [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/incidence/incidence-des-ald-en-2018.php>
76. Casalino E, Choquet C, Bouzid D, Peyrony O, Curac S, Revue E, et al. Analysis of Emergency Department Visits and Hospital Activity during Influenza Season, COVID-19 Epidemic, and Lockdown Periods in View of Managing a Future Disaster Risk: A Multicenter Observational Study. *Int J Environ Res Public Health*. 10 nov 2020;17(22).
77. OMS. Conférence de Presse de l'OMS du 28 décembre 2020 [Internet]. Genève; 2020. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

7 ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES VARIABLES DU SNDS TRAITÉES

Table du SNDS	Nom de la variable	Description de la variable
Variables de jointure présentes dans l'ensemble des tables	FLX_DIS_DTD	Date de mise à disposition des données
	FLX_EMT_NUM	Numéro d'émetteur du flux
	FLX_EMT_ORD	Numéro de séquence du flux
	FLX_EMT_TYP	Type d'émetteur
	FLX_TRT_DTD	Date d'entrée des données dans le système d'information
	ORG_CLE_NEW	Code de l'organisme de liquidation
	ORG_CLE_NUM	Organisme de liquidation des prestations (avant fusion des caisses)
	PRS_ORD_NUM	Numéro d'ordre de la prestation dans le décompte
	REM_TYP_AFF	Type de remboursement affiné
IR_BEN_R Référentiel des bénéficiaires du SNIIRAM-SNDS	BEN_NIR_PSA	Identifiant anonyme du patient dans le SNIIRAM
	BEN_IDT_ANO	Identifiant bénéficiaire anonymisé
	BEN_RNG_GEM	Rang de naissance du bénéficiaire
	BEN_SEX_COD	Code sexe du bénéficiaire
	BEN_NAI_ANN	Année de naissance du bénéficiaire
	BEN_DCD_DTE	Date de décès du bénéficiaire
	BEN_RES_DPT	Département de résidence du bénéficiaire
	BEN_RES_COM	Commune de résidence du destinataire du règlement
	ORG_CLE_NEW	Code de l'organisme de liquidation
	BEN_DTE_INS	Date d'insertion dans le référentiel
	BEN_DTE_MAJ	Date de mise à jour
DEFA_UU2013 Table de désavantage social	QUINTILE_POP	Répartition en quintiles de la population générale de l'indice de défavorisation sociale version 2013 (FDep)
IR_IMB_R Référentiel médicalisé du SNIIRAM-SNDS	IMB_ALD_DTD	Date de début d'exonération du ticket modérateur attribuée par les services médicaux
	IMB_ALD_DTF	Date de fin de l'exonération attribuée par les services médicaux
	MED_MTF_COD	Motif médical ou pathologie (code CIM-10)
	IMB_ETM_NAT	Motif d'exonération du bénéficiaire
IR_CIM_V Table des codes CIM-10	ALD_030_COD	Numéro d'ALD
ER_PRS_F Table prestation	BEN_CMU_TOP	Top bénéficiaire de la CMU complémentaire ou CSS
	EXO_MTF	Motif d'exonération du ticket modérateur
	BEN_DRT_SPF	Droit spécifique ACS
	PFS_EXE_NUM	Numéro du professionnel de santé exécutant
	EXE_SOI_DTD	Date de début d'exécution des soins
	PRS_NAT_REF	Code de la Prestations de référence
	PRS_ACT_QTE	Quantité de l'acte de base
	BSE_REM_BSE	Montant de base de remboursement
	PSE_ACT_SPE	Spécialité ou nature d'activité du professionnel de santé exécutant
	EXE_LIE_COD	Lieu d'exécution de l'acte médical
	PRS_ACT_CFT	Coefficient de l'acte
IR_MTT_R Table historique des médecins traitants	MTT_PFS_NUM	Numéro du médecin traitant
	MTT_DEB_DTE	Date de début du contrat avec le médecin traitant
DA_PRA_R Données Administratives des Praticiens pour le SNIIRAM	IPP_ANN_NAI	Année de naissance du praticien
	IPP_SEX_COD	Sexe du praticien
	PFS_EXC_COM	Code commune adresse professionnelle du praticien
	EXC_EXC_NAT	Nature d'exercice du praticien
	PFS_INS_DSD	Date d'installation du praticien
IR_ORC_R Table historique des affiliations à un organisme complémentaire	BEN_CTA_TYP	Type de contrat complémentaire

ANNEXE 2 : VARIATIONS CALENDAIRES HEBDOMADAIRES ENTRE 2019 ET 2020

Semaine	Nombre de jours ouvrables	
	2019	2020
1	4 Vacances scolaires Mardi 1er janvier	3 Vacances scolaires Mercredi 1er janvier
7	6 Vacances scolaires	6
8	6 Vacances scolaires	6 Vacances scolaires
9	6	6 Vacances scolaires
15	6 Vacances scolaires	6
16	6 Vacances scolaires	5 Vacances scolaires Lundi de Pâques
17	5 Lundi de Pâques	6 Vacances scolaires
18	5 Mercredi 1er mai	5 Vendredi 1er mai
19	5 Mercredi 8 mai	5 Vendredi 8 mai
21	6	5 Jeudi de l'Ascension
22	5 Jeudi de l'Ascension	6
23	6	5 Lundi de Pentecôte
24	5 Lundi de Pentecôte	6
28	6 Vacances scolaires Dimanche 14 juillet	6 Vacances scolaires
29	6 Vacances scolaires	5 Vacances scolaires Mardi 14 juillet
30	6 Vacances scolaires	6 Vacances scolaires
31	3 Vacances scolaires Mercredi 31 juillet	5 Vacances scolaires Vendredi 31 juillet

Vu, le Directeur de thèse

Orléans, le 17/03/2021

Dr Martine Morvan

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Morvan', with a stylized vertical line and a horizontal stroke intersecting it.

Vu, le Doyen de la faculté de Médecine de Tours

Tours, le

BERTHON Geoffrey

108 pages – 25 tableaux – 46 figures – 2 annexes

Étude des consommations de soins et des ruptures de suivi médical liées à la pandémie de COVID-19, chez les patients atteints de pathologies chroniques, en région Centre-Val de Loire

Résumé :

Introduction : L'accès aux soins est une priorité en France. En mars 2020, la pandémie COVID-19 a amené à confiner la population et a réduit l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Les objectifs de cette étude étaient de décrire l'évolution des consommations de soins des patients en affection de longue durée (ALD), en région Centre-Val de Loire, en 2020, et d'identifier les ruptures de suivi médical et leurs déterminants.

Matériel et méthodes : Cette étude observationnelle à partir des données du Système National des Données de Santé décrivait l'évolution des consommations de soins ambulatoires dans la population cible avant, pendant et après le confinement, et en cas de rupture de suivi médical. Les déterminants de ces ruptures ont été étudiés par régression logistique.

Résultats : Les consultations et actes techniques médicaux des 189 693 patients de l'étude ont diminué au cours du confinement (-32,8 % et -62,9 % vs 2019), malgré un recours accru à la télémedecine. Un retour au niveau antérieur était observé ensuite. Les consommations d'actes infirmiers et de produits de santé étaient plus stables. Les 0-14 ans ont été les plus impactés. Les patients en rupture de suivi médical résidaient plus fréquemment en dehors du département d'Indre-et-Loire (OR = 1,32 à 1,43 selon le département, $p \leq 0,001$). Les affections psychiatriques et la maladie d'Alzheimer étaient des facteurs protecteurs (OR = 0,58, $p < 0,001$ et OR = 0,70, $p = 0,006$ respectivement). De même, le fait que le médecin régulier soit le médecin traitant du patient réduisait le risque de rupture (OR = 0,86, $p = 0,03$).

Conclusion : Une diminution du recours aux soins de ville a été constatée pour les patients en ALD, en particulier pour les plus jeunes. L'étude des facteurs associés aux ruptures de suivi médical confirmait les difficultés d'accès aux soins préexistantes, majorées pendant le confinement.

Mots-clés : maladie chronique, affection de longue durée, COVID-19, confinement, soins ambulatoires, accès aux soins, non-recours aux soins

Jury :

Président du Jury : Professeur Emmanuel RUSCH

Directeur de thèse : Docteur Martine MORVAN

Membres du Jury : Professeur Jean ROBERT

Docteur Leslie GUILLON-GRAMMATICO

Date de soutenance : 20 avril 2021