

# SURMORTALITÉ LIÉE À L'ÉPIDÉMIE DE CORONAVIRUS

# TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION .....	4
2. DONNEES ET METHODOLOGIE.....	4
2.1 Calcul de la surmortalité .....	4
2.2 Ventilations des résultats.....	5
2.3 Limitations des données .....	6
3. RESULTATS .....	7
3.1 Ensemble des affiliés.....	7
Evolution de la (sur)mortalité .....	7
Surmortalité : âge et sexe .....	8
Surmortalité : géographie .....	8
Surmortalité : Statut socio-économique .....	10
Surmortalité : état de santé préalable.....	10
3.2 Affiliés hors maison de repos .....	10
Evolution de la surmortalité .....	10
Sur mortalité : âge et sexe.....	11
Surmortalité: géographie.....	11
Surmortalité : Statut socio-économique .....	13
Surmortalité : état de santé préalable.....	13
3.3 Affiliés résidant en maison de repos.....	13
Evolution de la surmortalité .....	13
Surmortalité: géographie.....	15
Surmortalité : statut socio-économique .....	16
Surmortalité : état de santé préalable.....	16
Surmortalité : taille de la maison de repos.....	16

# TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Nombre de décès hebdomadaires (semaine 1 à 25) en 2015-19 (moyenne) et 2020.....	7
Figure 2 : Surmortalité hebdomadaire (semaine 1 à 25) en 2020.....	8
Tableau 1 : Surmortalité par groupe d'âge (semaines 12-19 en 2020) .....	8
Tableau 2 : Surmortalité absolue et relative dans les semaines 12-19 de 2020 ventilée selon les caractéristiques socio-démographiques .....	9
Figure 3 : Surmortalité hebdomadaire (semaines 1 à 25) en 2020 (uniquement les affiliés qui n'ont pas séjourné dans un centre de soins résidentiel et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant)..	11
Tableau 3 : Surmortalité par groupe d'âge (semaines 12 à 19 en 2020, uniquement les affiliés qui n'ont pas séjourné dans un centre de soins résidentiel et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant) .....	11
Tableau 4 : Surmortalité absolue et relative au cours des semaines 12 à 19 de 2020 ventilée par caractéristiques sociodémographiques (uniquement les affiliés n'ayant pas séjourné dans un centre de soins résidentiel et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant). .....	12
Figure 4 : Surmortalité hebdomadaire (semaines 1 à 25) en 2020 (uniquement les affiliés ayant séjourné dans un centre de soins résidentiel et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant)..	14
Tableau 5 : Surmortalité par groupe d'âge (semaines 12 à 19 en 2020, uniquement les affiliés ayant séjourné dans un centre de soins résidentiel et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant)..	14
Tableau 6 : Surmortalité absolue et relative au cours des semaines 12 à 19 de 2020 ventilée par caractéristiques sociodémographiques (uniquement les affiliés ayant séjourné dans un centre de soins résidentiels et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant).....	15

## 1. INTRODUCTION

L'épidémie de coronavirus a fortement sévi en Belgique: sur la période allant de début mars à début juin 2020 on a observé une surmortalité de 9.000 personnes (+ 40%). Exprimée par million d'habitants, la Belgique est l'un des pays où l'impact de la COVID-19 a été le plus important (en Europe, la Belgique n'est précédée que par l'Espagne, le Royaume-Uni et l'Italie)<sup>1 2</sup> Les personnes résidant en maison de repos ont été particulièrement touchées.

Un certain nombre de chiffres ont déjà été publiés sur la surmortalité due à la COVID-19 en Belgique<sup>3</sup>, mais ils ne vont pas beaucoup plus loin qu'une ventilation par âge, sexe et région. Ce rapport se penche donc également sur un certain nombre de dimensions dont on sait peu de choses à ce jour: qu'elle est l'impact du statut socio-économique, du lieu de résidence (domicile ou maison de repos) et de son degré d'urbanisation ou encore de l'état de santé préalable de la personne sur les taux de surmortalités.

## 2. DONNEES ET METHODOLOGIE

### 2.1 Calcul de la surmortalité

La surmortalité attribuée à la COVID-19 est calculée en comparant (a) le nombre de décès survenu durant les semaines du 16 mars au 10 mai 2020 (semaines 12 à 19) des affiliés présents au 31 décembre 2019 avec (b) le nombre moyen de décès sur la même période (semaines 12 à 19) au cours des cinq dernières années (2015-2019) des affiliés présents au 31 décembre de l'année précédant l'année du décès.

La différence entre les deux (a moins b) donne la surmortalité en chiffres absolus. La surmortalité relative (P-scores) est obtenue en divisant le nombre de décès en 2020 par le nombre moyen de décès en 2015-19. Afin de comparer 2020 aux années précédentes, nous utilisons des taux de mortalité<sup>4</sup> (directement) standardisés par âge et par sexe<sup>5 6 7</sup>. Cette mesure de la surmortalité indique dans quelle mesure le taux de mortalité standardisé calculé pour les semaines du 16 mars au 10 mai en 2020 est supérieur (ou inférieur dans le cas d'une sous-mortalité) au taux de mortalité standardisé moyen calculé pour la même période lors des années 2015 à 2019.

<sup>1</sup> <https://www.ft.com/content/a2901ce8-5eb7-4633-b89c-cbdf5b386938>

<sup>2</sup> <http://interfacedemography.be/covid-19/excess-mortality-due-to-corona-is-belgium-a-leading-country/>

<sup>3</sup> Voir par exemple <http://interfacedemography.be/covid-19/update-oversterfte-tijdens-de-covid-19-epidemie-in-de-belgische-arrondissementen/>

<sup>4</sup> Nombre de décès pour 1000 affiliés

<sup>5</sup> Voir par exemple <http://interfacedemography.be/covid-19/update-oversterfte-tijdens-de-covid-19-epidemie-in-de-belgische-arrondissementen/>

<sup>6</sup> <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/comparisonsofallcausemortalitybetweeneuropeancountriesandregions/januarytojune2020>

<sup>7</sup> En standardisant selon l'âge et le sexe, nous prenons en compte les variations d'âge et de sexe entre les différents sous-groupes et/ou dans le temps.

<sup>7</sup> Lorsque nous nous intéressons aux bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ou aux bénéficiaires du statut malade chronique, nous constatons qu'au cours des cinq dernières années, la proportion de décès parmi ces affiliés de même que la proportion de ces affiliés parmi la population ont augmenté de manière significative. Par conséquent, outre l'âge et le sexe, lorsque nous nous intéresserons à ces affiliés, nous standardiserons également en tenant compte du statut BIM ou malade chronique.

Dans l'interprétation des résultats, nous posons l'hypothèse que la surmortalité ainsi observée est directement liée à la COVID-19, car l'épidémie annuelle de grippe hivernale a atteint son point culminant au début février et n'a pas entraîné de surmortalité dans la période allant de janvier à début mars 2020<sup>8</sup>.

## 2.2 Ventilations des résultats

Le calcul de la surmortalité se fait à trois niveaux :

- 1) ensemble des affiliés;
- 2) les affiliés qui n'ont pas résidé dans une maison de repos (MR/MRS)<sup>9</sup>, et
- 3) les affiliés qui ont séjourné dans une maison de repos (MR/MRS)<sup>9</sup>.

Afin de savoir si un membre réside ou non dans une maison de repos, on examine si ce membre a un accord/convention du type MR/MRS<sup>10</sup> avec la mutualité<sup>11</sup>. Les courts séjours ne sont pas pris en compte<sup>12</sup>. Aucune condition n'est imposée en ce qui concerne la durée du séjour (il suffit d'avoir séjourné dans une maison de repos dans la période précédant le décès).

Dans cette étude sur la surmortalité, nous voulons aller au-delà des divisions classiques par âge, sexe et région (région, province, arrondissement). C'est pourquoi nous ventilons les résultats standardisés par:

- le degré d'urbanisation de<sup>13</sup> la commune de résidence (effet de la densité de population) ;
- Le statut BIM (il s'agit d'une approximation du statut socio-économique car les affiliés qui en bénéficient sont en moyenne plus pauvres que ceux qui n'en bénéficient pas<sup>14</sup>), et
- L'état de santé :
  - o statut maladie chronique<sup>15</sup>;
  - o patient diabétique<sup>16</sup>;
  - o patient prenant des médicaments pour la BPCO<sup>17</sup>/Asthme<sup>18</sup>;

<sup>8</sup> <https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/diseases/Pages/Influenza.aspx>

<sup>9</sup> À l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant. La fédération du Brabant comprend la région de Bruxelles et la province du Brabant flamand.

<sup>10</sup> MR : Maison de repos - MRS: Maison de repos et de soins

<sup>11</sup> Informations disponibles jusqu'au premier semestre 2020 inclus, sauf pour les affiliés de la fédération du Brabant

<sup>12</sup> Court séjour : séjour dont la durée est fixée et limitée. Cela permet un accueil temporaire en cas par exemple de congé de l'aidant proche ou de la personne soignante au domicile.

<sup>13</sup> Selon la typologie d'Eurostat

([https://ec.europa.eu/eurostat/ramon/miscellaneous/index.cfm?TargetUrl=DSP\\_DEGURBA](https://ec.europa.eu/eurostat/ramon/miscellaneous/index.cfm?TargetUrl=DSP_DEGURBA))

<sup>14</sup> Les personnes ayant droit au remboursement majoré reçoivent un remboursement plus élevé des frais de soins de santé. Ce statut peut être obtenu de trois manières: (1) bénéficiaire d'une prestation sociale spécifique (revenu d'intégration, garantie de revenu pour les personnes âgées, allocation pour les personnes handicapées, allocation pour enfant avec un handicap reconnu d'au moins 66 %), (2) être inscrit à la caisse d'assurance maladie en tant que mineur étranger non accompagné ou en tant qu'orphelin, et (3) avoir un revenu inférieur à un montant plafond.

<sup>15</sup> Le statut de malade chronique est accordé sur la base (1) d'un critère financier (les dépenses pour les soins médicaux s'élèvent à au moins 300 euros (indexés) par trimestre), (2) la personne bénéficie de certains soins spécifiques (voir <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/chroniques/Pages/intervention-forfaitaire-maladie-chronique.aspx>), ou (3) la personne est atteinte d'une maladie rare ou d'une maladie orpheline.

<sup>16</sup> La personne a pris au moins 90 DDD (doses quotidiennes) d'antidiabétiques (code ATC A10) dans l'année précédant son décès.

<sup>17</sup> Broncho-pneumopathie chronique obstructive

<sup>18</sup> La personne a pris au moins 90 doses quotidiennes de médicaments contre la BPCO ou l'asthme (code ATC R03) dans l'année précédant son décès.

- patient cardiaque<sup>19</sup> .

Lorsque que l'on se penche sur les chiffres de surmortalité en maison de repos, la taille de l'établissement mesuré en nombre de lits MR/MRS<sup>20</sup> disponibles est également prise en compte.

Les analyses présentée dans ce rapport sont toujours univariées (nous examinons séparément les différentes dimensions détaillées ci-dessus).

## 2.3 Limitations des données

Cette étude se penche sur la surmortalité liée la COVID-19 parmi les affiliés des Mutualités Socialistes. Bien que la part de ces affiliés dans la population totale soit importante (près de 30 %), celle-ci n'est pas distribuée uniformément sur le territoire (différences régionales). Les caractéristiques sociodémographiques des affiliés peuvent également différer de celle de la population belge totale. Par conséquent, les résultats de cette étude ne peuvent être directement généralisés à l'ensemble de la population.

---

<sup>19</sup> La personne a pris au moins 90 DDD (doses quotidiennes) de médicaments contre les maladies cardiaques (code ATC C, sauf C10) dans l'année précédant son décès.

<sup>20</sup> Dernières données disponibles (2018-2020). Sources : monitoring eWZCfin et Cobrha viewer (Flandre), Portail Santé (Wallonie), et RIZIV (communauté germanophone).

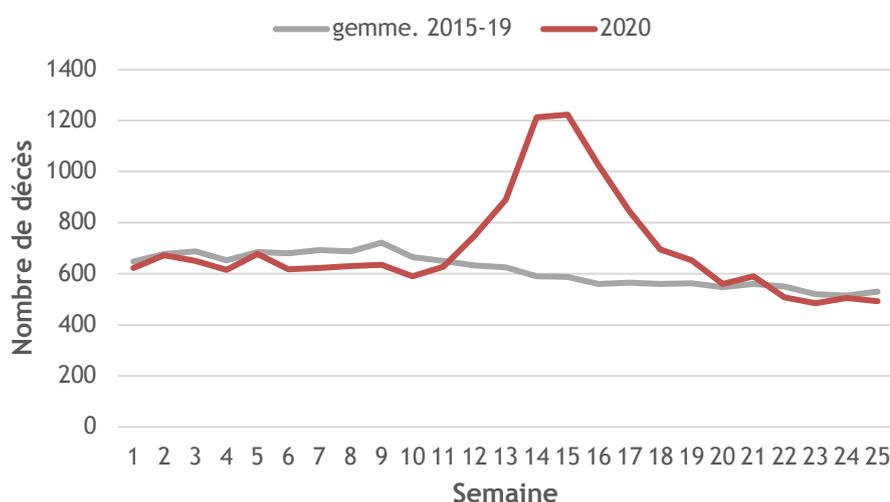
### 3. RESULTATS

#### 3.1 Ensemble des affiliés

##### Evolution de la (sur)mortalité

En moyenne, un peu plus de 30 000 des quelque 3,3 millions des affiliés<sup>21</sup> aux Mutualités Socialistes décèdent chaque année. Sur la période 2015-2019, en moyenne six cents personnes sont décédées par semaine (figure 1, ligne grise). En 2020, à partir du 16 mars, nous assistons à une augmentation conséquente du nombre de décès (figure 1, ligne rouge). Ce nombre de décès hebdomadaires atteint un pic lors de la semaine du 6 avril (semaine 15) avant de diminuer et de rejoindre la moyenne 2015-2019 à partir du 11 mai (semaine 20).

**Figure 1 : Nombre de décès hebdomadaires (semaine 1 à 25) en 2015-19 (moyenne) et 2020**

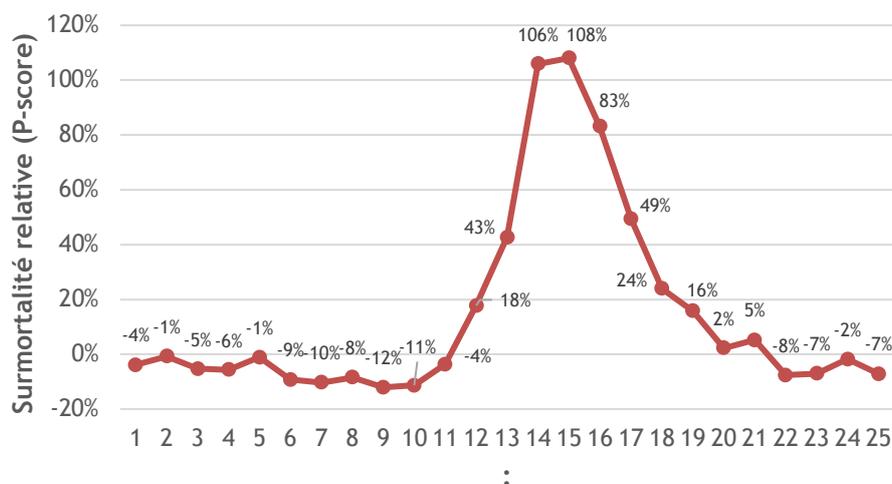


Entre le 16 mars et le 10 mai 2020, 7.296 affiliés des Mutualités Socialistes sont morts. C'est 56 % de plus que le nombre moyen de décès au cours de la même période au cours des années 2015-19 (n=4.688). Au cours des semaines du 30 mars et du 6 avril (semaine 14 et 15), il y a même eu un peu plus de deux fois plus de décès (figure 2). A noter qu'avant le début de l'épidémie en Belgique (avant le 16 mars, semaines 1 à 11), on observe une légère sous-mortalité. De même, à partir du 25 mai (semaine 22), une légère sous-mortalité est à nouveau visible.

La surmortalité totale (56%) est légèrement supérieure à la surmortalité calculée par l'IWEPS pour la Belgique au cours de la même période (50%)<sup>22</sup>. Cela s'explique sans doute en partie par les caractéristiques socio-économiques des affiliés aux Mutualités Socialistes.

<sup>21</sup> Y compris les affiliés ayant conclu un accord international.

<sup>22</sup> <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/surmortalite-toutes-causes-printemps-2020/>

**Figure 2 : Surmortalité hebdomadaire (semaine 1 à 25) en 2020**

### Surmortalité : âge et sexe

La majorité du surplus de décès (en chiffres absolus) s'observe dans les groupes d'âge les plus âgés (plus de 80% des décès concerne les plus de 75 ans) (tableau 1). C'est également pour les tranches d'âge plus âgé qu'on observe une surmortalité relative (voir Données et méthodologie) plus élevée (78 % chez les plus de 85 ans). Dans la tranche d'âge la plus jeune (0-14 ans), la surmortalité est très limitée en chiffres absolus (14 décès dans les semaines entre le 16 mars et le 10 mai 2020 contre une moyenne de 10 dans la même période dans les années 2015-19) ; le score P relativement élevé (35%) doit être nuancé à cet égard.

**Tableau 1 : Surmortalité par groupe d'âge (semaines 12-19 en 2020)**

Âge	Surmortalité absolue (% du total)	Surmortalité relative (P-score)
0-14	4 (0,1%)	35%
15-44	21 (0,8%)	18%
45-64	88 (3,4%)	13%
65-74	354 (13,6%)	42%
75-84	759 (29,1%)	60%
85+	1389 (53,0%)	78%
TOTAL	2608 (100%)	56%

Ventilée par sexe, la surmortalité relative (ici standardisé pour l'âge ; voir Données et méthodes) est légèrement plus élevée chez les femmes (64 %) que chez les hommes (50 %) (Tableau 2).

### Surmortalité : géographie

La surmortalité relative (calculée en comparant les taux de mortalité standardisés selon l'âge et le sexe) montre de fortes variations selon le lieu de résidence (domicile). Au niveau régional, la surmortalité est la plus faible en Flandre (45 %), légèrement plus élevée en Wallonie (59 %), mais remarquablement élevée à Bruxelles (122 %) (Tableau 2). Mais les différences entre les provinces sont encore plus prononcées, les taux de surmortalité les plus faibles étant enregistrés en Flandre occidentale, en Flandre orientale (34 %) et à Anvers (37 %), et les taux de surmortalité les plus élevés (hors région bruxelloise) dans le Limbourg (76 %), à Namur et à Liège (66 % chacun).

La surmortalité est la plus élevée dans les grandes villes (76 %), mais on observe également que la surmortalité des communes peu peuplées (55 %) est légèrement supérieure à celle des petites villes et des communes de banlieue plus denses (42 %). On n'observe donc pas de relation linéaire parfaite entre la densité de population et la surmortalité due à la COVID-19.

**Tableau 2 : Surmortalité absolue et relative dans les semaines 12-19 de 2020 ventilée selon les caractéristiques sociodémographiques**

	Surmortalité absolue	Surmortalité relative (RASMR)*		Surmortalité absolue	Surmortalité relative (RASMR)*
<u>Genre</u>			<u>Taux d'urbanisation</u>		
Hommes	1182	50%**	Densément peuplé	1168	76%
Femmes	1426	64%**	Petites villes et périphéries	1103	42%
			Faiblement peuplé	318	55%
<u>Région</u>					
Flandre	942	45%	<u>Statut socio-économique</u>		
Région de Bruxelles-Capi	456	122%	BO	1172	45%***
Wallonie	1191	59%	BIM	1435	70%***
<u>Province</u>			<u>Maladie Chronique</u>		
Anvers	247	37%	Sans statut	597	61%***
Bruxelles19	456	122%	Avec statut	2011	53%***
Brabant flamand	136	57%			
Brabant wallon	56	43%	<u>Patient diabétique</u>		
Flandre occidentale	130	34%	Non	2024	55%
Flandre orientale	160	34%	Oui	583	67%
Hainaut	513	57%			
Liège	397	66%	<u>BPCO/asthmatique</u>		
Limbourg	270	76%	Non	2241	63%
Luxembourg	55	46%	Oui	366	29%
Namur	169	66%			
			<u>Patient cardiaque</u>		
			Non	905	68%
			Oui	1703	51%

RASMR=Relative Age-Standardised Mortality Rate / \* surmortalité relative (RASMR) normalisée par âge et par sexe/\*\* RASMR standardisé par âge/\*\*\* RASMR standardisé par âge, sexe et tarif préférentiel/statut malade chronique / BIM=bénéficiaire intervention majorée / BO= bénéficiaire sans intervention majorée

## Surmortalité : Statut socio-économique

La surmortalité due à la COVID-19 a frappé plus durement les personnes ayant des revenus plus faibles (les BIM, Bénéficiaires de l'Intervention Majorée): leur surmortalité relative est de 70 % contre 45 % pour les bénéficiaires sans intervention majorée (BO) (tableau 2). Cela s'observe tant pour les affiliés vivant en Flandre (51% contre 38%), dans la région de Bruxelles (167% contre 90%), qu'en Wallonie (73% contre 47%) (Non repris dans le tableau). Cette population défavorisée socio économiquement vivant généralement dans des logements de petite taille ce qui peut favoriser la transmission du virus entre personnes, exerce également des métiers moins qualifiés qui ont été surexposés à la maladie durant le confinement<sup>23</sup> et présente une santé globalement plus dégradée<sup>24</sup> a donc plus souffert de la crise sanitaire.

## Surmortalité : état de santé préalable

Pour trois des quatre indicateurs d'un état de santé dégradé (personnes atteintes de maladies chroniques, personnes prenant des médicaments contre la BPCO ou l'asthme et personnes prenant des médicaments contre les maladies cardiaques), les analyses univariées réalisées ne mettent pas en évidence une surmortalité plus élevée due à la COVID-19. Chez les patients atteints de BPCO/Asthme, nous constatons même une surmortalité nettement inférieure à celle des personnes qui ne sont pas atteintes de BPCO/Asthme. Seuls les patients diabétiques présentent une surmortalité légèrement plus élevée (67 % contre 55 %) (Tableau 2).

## 3.2 Affiliés hors maison de repos

### Evolution de la surmortalité

Par rapport à la surmortalité de l'ensemble des affiliés (voir 3.1), la surmortalité des affiliés non résidant de maison de repos est beaucoup plus faible : la surmortalité absolue observée entre le 16 mars et le 10 mai 2020 (semaines 12 à 19) par rapport à la moyenne de la même période en 2015-19 est de 741 décès<sup>25</sup> (2.608 parmi tous les affiliés). La surmortalité relative atteint elle 28 % contre 56 % pour l'ensemble des affiliés.

L'évolution de la surmortalité relative par semaine (figure 3) est largement similaire à celle de l'ensemble des affiliés (figure 2) ; seule la surmortalité de la quinzième semaine est remarquablement plus faible. La surmortalité maximale est observée lors de la semaine du 30 mars (semaine 14 - 69 %).

---

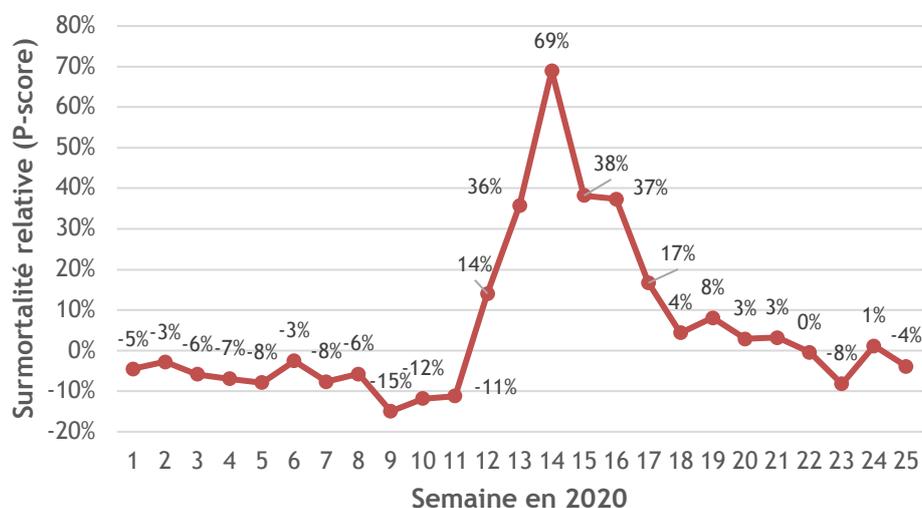
<sup>23</sup> Girès (2020), Covid-19 : « les métiers essentiels surexposés, mais peu valorisés ».

<https://inegalites.be/Covid-19-les-metiers-essentiels>

<sup>24</sup> Laasman, Maron et Vrancken (2019), « Les inégalités sociales dans le domaine de la santé. », Etudes Solidaris, Octobre 2019.

<sup>25</sup> Chiffre excluant les décès parmi les personnes résidant en maison de repos ainsi que les décès enregistrés pour les affiliés de la fédération du Brabant (affiliés résidant dans la région bruxelloise et la province du Brabant flamand).

**Figure 3 : Surmortalité hebdomadaire (semaines 1 à 25) en 2020 (uniquement les affiliés qui n'ont pas séjourné dans un centre de soins résidentiel et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant)**



### Sur mortalité : âge et sexe

Par rapport aux variations observées par âge pour l'ensemble des affiliés (tableau 1), la proportion des plus de 85 ans dans surmortalité absolue est moindre - 38% contre 53% (tableau 3). La surmortalité relative passe de 10 % dans la tranche d'âge des 45-64 ans à près de 40 % chez les plus de 85 ans (tableau 3).

En ventilant les résultats par sexe, nous constatons toujours une surmortalité relative plus élevée chez les femmes que chez les hommes (30 % contre 26 %) (Tableau 4), mais la différence est moindre que celle calculée pour l'ensemble des affiliés (tableau 2).

**Tableau 3 : Surmortalité par groupe d'âge (semaines 12 à 19 en 2020, uniquement les affiliés qui n'ont pas séjourné dans un centre de soins résidentiel et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant)**

Âge	Surmortalité absolue (% du total)	Surmortalité relative (P-score)
0-14	0 (0,0%)	-2%
15-44	21 (2,9%)	21%
45-64	55 (7,5%)	10%
65-74	145 (19,6%)	23%
75-84	238 (32,2%)	32%
85+	281 (38,0%)	47%
TOTAL	741 (100%)	26%

### Surmortalité: géographie

Les différences régionales mesurées pour les affiliés non résidents de maison de repos sont faibles, la surmortalité est légèrement plus élevée en Wallonie (30 %) qu'en Flandre (26 %) (Tableau 2). Notez qu'en raison de l'absence des affiliés de la fédération du Brabant, la surmortalité relative dans la région de Bruxelles n'a pas pu être calculée, et que la surmortalité en Flandre n'inclut pas la province du Brabant flamand.

Au niveau provincial, le Hainaut (38 %), le Limbourg (36 %) et la province de Namur (31 %) présentent les taux de surmortalité les plus élevés alors que la province de Luxembourg présente le taux de surmortalité le plus bas (6 %). Il est à noter que la province de Liège affiche un score remarquablement bas (24%) par rapport à la surmortalité de l'ensemble de ses affiliés (66%).

On observe un lien linéaire entre les taux d'urbanisation et la surmortalité relative: la surmortalité est la plus élevée dans les zones les plus densément peuplées (33 %), légèrement plus faible dans les petites villes et les municipalités suburbaines (28 %) et la plus faible dans les municipalités peu peuplées (22 %).

**Tableau 4 : Surmortalité absolue et relative au cours des semaines 12 à 19 de 2020 ventilée par caractéristiques sociodémographiques (uniquement les affiliés n'ayant pas séjourné dans un centre de soins résidentiel et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant).**

	Surmortalité absolue	Surmortalité relative (RASMR)*		Surmortalité absolue	Surmortalité relative (RASMR)*
<u>Genre</u>			<u>Statut socio-économique</u>		
Hommes	413	26%**	BO	360	15%***
Femmes	328	30%**	BIM	381	45%***
<u>Région</u>			<u>Maladie Chronique</u>		
Flandre	326	26%	Sans statut	205	36%***
Wallonie	397	30%	Avec statut	536	18%***
<u>Province</u>			<u>Patient diabétique</u>		
Anvers	110	26%	Non	503	24%
Brabant wallon	13	21%	Oui	238	47%
Flandre occidentale	51	22%			
Flandre orientale	58	19%	<u>BPCO/asthmatique</u>		
Hainaut	233	38%	Non	614	31%
Liège	89	24%	Oui	127	12%
Limbourg	105	36%			
Luxembourg	5	6%	<u>Patient cardiaque</u>		
Namur	56	31%	Non	206	25%
			Oui	534	27%
<u>Taux d'urbanisation</u>					
Densément peuplé	257	33%			
Petites villes et périphéries	382	28%			
Faiblement peuplé	90	22%			

RASMR=Relative Age-Standardised Mortality Rate/ \* surmortalité relative (RASMR) normalisée par âge et par sexe / \*\* RASMR standardisé par âge / \*\*\* RASMR standardisé par âge, sexe et tarif préférentiel/statut malade chronique/ BIM=bénéficiaire intervention majorée / BO= bénéficiaire sans intervention majorée

## Surmortalité : Statut socio-économique

La surmortalité est à nouveau remarquablement plus élevée chez les personnes bénéficiant de l'intervention majorée (personnes ayant un revenu moyen inférieur) par rapport aux personnes sans intervention majorée (personnes ayant en moyenne des revenus supérieurs). Par rapport à la situation de l'ensemble des affiliés, le contraste est encore plus marqué - 45 % contre 15 %, soit trois fois plus élevé chez les affiliés disposant de revenus plus faibles.

## Surmortalité : état de santé préalable

Pour 2 indicateurs de l'état de santé (maladie chronique et BPCO), on observe la même absence de lien entre état de santé dégradé et surmortalité que pour l'ensemble des affiliés. On observe cependant une surmortalité légèrement plus élevée chez les patients cardiaques (27% contre 25%) et la différence de surmortalité relative entre les patients diabétiques et les patients non diabétiques a elle fortement augmenté pour atteindre 47 % (tableau 4) contre 24 % (tableau 2).

## 3.3 Affiliés résidant en maison de repos

### Evolution de la surmortalité

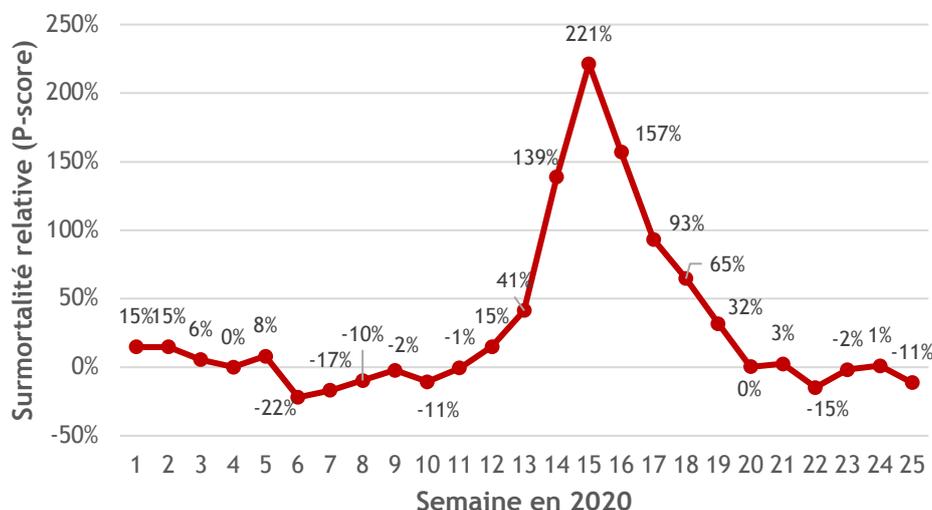
La surmortalité absolue des affiliés ayant séjourné en maison de repos est de 1274 décès<sup>26</sup>, et de 95 % en chiffres relatifs. Pour les résidents des maisons de repos, il y a donc eu presque deux fois plus de décès entre le 16 mars et la 10 mai 2020 que la moyenne pour la même période en 2015-2019. Si l'on compare le nombre absolu de décès avec le nombre de décès des affiliés qui n'ont pas séjourné dans une maison de repos, il apparaît clairement que près des deux tiers (63 %) du nombre absolu de décès sont dus à des décès de résidents de maisons de repos. La surmortalité relative des affiliés des Mutualités Socialistes ayant séjourné dans un établissement de soins (95%) est du même ordre de grandeur que la surmortalité au niveau national telle que calculée par la VUB (101%)<sup>27</sup>.

La surmortalité relative maximale survient à la semaine du 6 avril (semaine 15), avec plus de 3 fois plus de décès que la normale (221 %) (Figure 4).

<sup>26</sup> À nouveau, les affiliés de la fédération du Brabant ne sont pas pris en compte ici.

<sup>27</sup> Pas entièrement comparable parce que (a) décès pendant les semaines 11-18, (b) comparaison uniquement avec les décès en 2019, et (c) autre façon d'identifier les résidents d'un centre de soins résidentiels (<http://interfacedemography.be/covid-19/oversterfte-in-de-belgische-woonzorgcentra/>).

**Figure 4 : Surmortalité hebdomadaire (semaines 1 à 25) en 2020 (uniquement les affiliés ayant séjourné dans un centre de soins résidentiel et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant)**



### Surmortalité : âge et sexe

Etant donné l'âge moyen élevé des résidents de maisons de repos, c'est sans surprise que la surmortalité absolue se concentre chez les plus de 85 ans (tableau 5). Il est par contre frappant de constater que la surmortalité relative est la plus élevée chez les 65-74 ans (126 %) et qu'elle diminue ensuite à un âge plus avancé (jusqu'à 89 % chez les plus de 85 ans).

Contrairement aux affiliés qui n'ont pas séjourné dans un centre d'hébergement, l'impact de la COVID-19 est ici légèrement plus important chez les hommes (surmortalité relative de 111 %) que chez les femmes (surmortalité relative de 92 %) (Tableau 6). Il convient de noter que les hommes qui séjournent en maison de repos ont un risque de décès nettement plus élevé que les femmes; la durée moyenne de leur séjour dans un foyer de soins est également nettement plus faible (2,0 ans contre 3,4 ans)<sup>28</sup>.

**Tableau 5 : Surmortalité par groupe d'âge (semaines 12 à 19 en 2020, uniquement les affiliés ayant séjourné dans un centre de soins résidentiel et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant)**

Âge	Surmortalité absolue (% du total)	Surmortalité relative (P-score)
<65	11 (0,9%)	26%
65-74	123 (9,8%)	126%
75-84	343 (27,2%)	101%
85+	784 (62,2%)	89%
TOTAL	1261 (100%)	95%

<sup>28</sup> <https://corporate.devoorzorg-bondmoisson.be/pers-onderzoek/bewoners-van-woonzorgcentra-verblijven-er-gemiddeld-29-jaar/>

## Surmortalité: géographie

Si l'on considère la région où est situé la maison de repos (c'est-à-dire pas l'adresse du domicile du membre), la surmortalité relative est plus élevée en Wallonie<sup>29</sup> qu'en Flandre (117 % contre 85 %) (Tableau 6). Cependant, selon les calculs de la VUB<sup>30</sup>, la surmortalité est de loin la plus élevée parmi les résidents de maisons de repos de la région bruxelloise (195 %).

Sur base de la province de domicile de l'affilié, nous observons à nouveau de grosses disparités sous régionales. Le taux de surmortalité est de loin le plus élevé dans le Limbourg (143 %) et les pourcentages sont également supérieurs à la moyenne dans les provinces de Liège (108 %), Namur (106 %) et Luxembourg (99 %). Les taux de surmortalité les plus bas s'enregistrent en Flandre occidentale (50 %), en Flandre orientale (59 %), dans le Brabant wallon (60 %) et à Anvers (64 %). Par rapport aux affiliés qui n'ont pas séjourné en maison de repos (tableau 4), les contrastes régionaux en termes de surmortalité sont beaucoup plus prononcés.

**Tableau 6 : Surmortalité absolue et relative au cours des semaines 12 à 19 de 2020 ventilée par caractéristiques sociodémographiques (uniquement les affiliés ayant séjourné dans un centre de soins résidentiels et à l'exclusion des affiliés de la fédération du Brabant).**

	Surmortalité absolue	Surmortalité relative (RASMR)*		Surmortalité absolue	Surmortalité relative (RASMR)*
<u>Genre</u>			<u>Statut socio-economique</u>		
Hommes	513	111%**	BO	526	94%***
Femmes	761	92%**	BIM	748	102%***
<u>Région de la maison de repos</u>			<u>Nombre de lits de la maison de repos</u>		
Flandre	502	85%	<80	244	84%
Wallonie	773	117%	80-109	362	102%
<u>Province (domicile de l'affilié)</u>			110-149	394	109%
Anvers	134	64%	>=150	209	106%
Brabant wallon	33	60%			
Flandre occidentale	77	50%			
Flandre orientale	98	59%			
Hainaut	276	74%			
Liège	310	108%			
Limbourg	156	143%			
Luxembourg	49	99%			
Namur	113	106%			

RASMR=Relative Age-Standardised Mortality Rate/ \* surmortalité relative (RASMR) normalisée par âge et par sexe / \*\* RASMR standardisé par âge / \*\*\* RASMR standardisé par âge, sexe et tarif préférentiel/ BIM=bénéficiaire intervention majorée / BO= bénéficiaire sans intervention majorée

<sup>29</sup> À l'exclusion des centres d'hébergement de la communauté germanophone de Belgique

<sup>30</sup> <http://interfacedemography.be/covid-19/oversterfte-in-de-belgische-woonzorgcentra/>

### Surmortalité : statut socio-économique

Contrairement aux affiliés qui n'ayant pas séjourné dans une maison de repos (tableau 4), il n'y a pratiquement pas de différence de surmortalité entre les résidents de maisons de repos selon que la personne bénéficie ou non d'une allocation majorée.

### Surmortalité : état de santé préalable

Les analyses réalisées ne mettent à nouveau pas en évidence de lien entre une santé dégradée et une surmortalité liée à la COVID-19. Et cela pour les 4 indicateurs considérés (Maladie chronique, BPCO/asthme, maladie cardiaque et diabète - résultats non repris dans le tableau 6) Au contraire : la surmortalité relative est toujours la plus élevée parmi les résidents des maisons de repos qui ne bénéficient pas d'un statut de maladie chronique, qui ne sont pas diabétiques, qui ne prennent pas de médicaments pour la BPCO/l'asthme et qui ne sont pas atteints d'affections cardiaques.

### Surmortalité : taille de la maison de repos

Si l'on considère le nombre de lits ROB/RVT dans les centres de soins résidentiels, on constate un taux de surmortalité légèrement inférieur dans les petits centres (moins de 80 lits). Toutefois, cette surmortalité plus faible ne s'applique qu'aux centres d'hébergement situés en région wallonne où on observe une claire linéarité : surmortalité de 79% dans les établissements comptant moins de 80 lits, 116% dans les maisons de repos de 80-109 lits, 129% dans celles de 110-149 lits et 180% pour les grandes maisons de repos de 180 lits ou plus. Dans les centres de soins résidentiels flamands, le lien est inversé : la surmortalité la plus faible (77 %) s'observe au sein des maisons de repos comptant le plus grand nombre de lits (150 ou plus) tandis que la surmortalité la plus élevée (97 %) s'enregistre au sein des établissements comptant le plus petit nombre de lits (moins de 80). Ces résultats contrastés méritent une analyse plus approfondie. Certains grands établissements sont par exemple organisés en petits groupes de vie. Il est important aussi de noter que les données de cette étude ne parlent que de surmortalité et n'abordent pas la qualité de vie. Il se peut que certains centres d'hébergement aient rapidement mis leurs résidents en isolement, avec des conséquences positives sur la mortalité, mais sans doute moins sur la qualité de vie.