



Renforcer la première ligne : comment les soins primaires aident les systèmes de santé à s'adapter à la pandémie de COVID-19

10 février 2021

Les systèmes de santé ne cessent de s'adapter pour faire face à la pandémie de COVID-19. D'importants efforts ont été déployés pour favoriser la montée en puissance des capacités hospitalières. Pour autant, la pandémie a aussi des répercussions importantes sur l'état de santé de nombreuses personnes qui ne sont pas infectées par le virus. Les individus qui souffrent de maladies chroniques présentent non seulement un risque accru de complications et de décès en cas de contamination à la COVID-19, mais ils voient également leurs protocoles de traitement habituels bouleversés. La crise du COVID-19 montre à quel point il est essentiel de placer les soins primaires au cœur des systèmes de santé, à la fois pour pouvoir faire face à une augmentation soudaine de la demande et pour préserver la continuité des soins pour tous. Des services de santé primaires performants – organisés autour d'équipes pluridisciplinaires avec des rôles nouveaux pour les professionnels de santé, en coordination avec les services de santé de proximité et avec l'appui des technologies numériques et d'incitations appropriées – participent à l'efficacité du système de santé. Les innovations mises en place pour faire face à la pandémie doivent être pérennisées afin de renforcer la résilience des systèmes de santé en cas de nouvelles crises sanitaires et d'être à même de relever les défis associés au vieillissement démographique et au poids croissant des maladies chroniques.



Messages clés

- La pandémie de COVID-19 a causé des dégâts physiques, psychiques, économiques et sociaux à travers le monde et exerce une pression considérable sur les systèmes de santé.
- Les personnes qui souffrent de maladies chroniques sont confrontées à une « double peine » : elles présentent un risque accru de complications et de décès en cas de contamination à la COVID-19 et elles sont confrontées à des effets indirects importants en termes de santé du fait des modifications de leurs soins essentiels. Les diagnostics de cancer, les séances de chimiothérapie et le nombre de consultations dans les cabinets en ambulatoire ont tous diminué.
- Pour s'attaquer efficacement à ces problèmes, l'action publique ne peut concentrer tous ses efforts uniquement sur le virus et les établissements hospitaliers. Une stratégie globale est indispensable pour répondre aux besoins de santé physique et mentale et aux besoins sociaux de toutes les populations, qu'elles soient touchées directement ou indirectement par la pandémie de COVID-19.
- Pour rendre les systèmes de santé résilients face à des crises sanitaires d'une telle ampleur, **des soins primaires et de proximité solides – qui constituent la première ligne de tous les systèmes de santé – sont essentiels**. Les services de santé primaires dispensent les soins de premier recours aux populations lors de la phase la plus aiguë d'une crise sanitaire, et ils contribuent à assurer la continuité des soins pour les personnes souffrant de maladies chroniques. Ils contribuent en outre à atténuer les pressions subies par les systèmes de santé, en dispensant des soins complets et préventifs à la fois pendant et après la crise sanitaire.
- Face à la pandémie, de nombreux pays de l'OCDE ont renforcé la ligne de front de leurs systèmes de santé en adoptant les mesures suivantes :
 - **Réorganiser l'offre de services de soins primaires** en créant des centres de soins pluridisciplinaires et en nouant des liens solides avec les services de proximité (France, Islande, Irlande, Slovaquie ou Royaume-Uni). L'extension des programmes de soins à domicile a également permis d'améliorer l'accès aux soins pour tous les patients pendant la crise, ce qui a allégé les tensions sur les établissements hospitaliers au Canada, en Espagne ou aux États-Unis par exemple.
 - **Redistribuer les tâches et responsabilités** dans le secteur des soins primaires, notamment pour autoriser les pharmaciens à prolonger la validité des ordonnances et à prescrire des médicaments pour les maladies chroniques (États-Unis, France, Irlande ou Portugal). Toutefois, les professionnels de santé de proximité n'ont pas été aussi mobilisés qu'ils auraient pu l'être pendant la pandémie. Aux États-Unis, les personnels de santé de proximité ont fourni des informations précises sur la COVID-19 et veillé à ce que tous les patients aient accès aux soins et aux services de proximité.
 - **Mettre à profit les outils et systèmes numériques**, comme les services de santé en ligne et la télémédecine, notamment en adoptant de nouvelles lois (Estonie ou Pologne), en proposant de nouveaux services de télémédecine (Canada, République slovaque), ou en instaurant de nouvelles directives et réglementations (Belgique, France, Japon). Les outils numériques contribuent à assurer la continuité des soins pour les personnes souffrant de maladies chroniques, ainsi qu'à trier, aider et traiter les patients à distance, ce qui limite la propagation du virus.
 - **Instaurer des primes** pour les prestataires de soins de santé primaires qui doivent faire face à une forte charge de travail et à des risques élevés du fait de la pandémie, y compris pour les services de téléconsultation ou les visites à domicile (Allemagne, Italie ou Pays-



Bas), ou pour les mesures d'hygiène et de sécurité, afin de faire face à la pandémie (Allemagne, Royaume-Uni).

- Une **participation accrue des patients** aux soins pourrait contribuer à répondre aux besoins de ceux qui sont le plus durement touchés par la pandémie. Au plus fort d'une crise, les patients doivent pouvoir faire entendre leur voix.
- La pandémie a accéléré le déploiement d'innovations prometteuses dans le secteur des soins primaires. Il convient de poursuivre ces efforts pour veiller à ce que les systèmes de santé soient plus résilients en cas de nouvelles crises sanitaires, mais aussi pour relever le défi du vieillissement démographique et du poids croissant des maladies chroniques.

Introduction

Les pouvoirs publics ont concentré en grande partie leurs efforts sur la prévention de la propagation du virus SRAS-CoV-2 (COVID-19) – augmentation des capacités de dépistage, de suivi et de traçage, utilisation d'équipements de protection individuelle et mesures de distanciation physique – ainsi que sur la montée en puissance des capacités hospitalières et des personnels de santé pour faire face à l'augmentation soudaine de la demande et aux taux d'occupation très élevés dans les unités de soins intensifs. Néanmoins, la pandémie a aussi des répercussions importantes sur de nombreuses personnes qui n'ont pas été contaminées par le virus. Ainsi, un grand nombre de patients non touchés par la COVID-19 n'ont pas pu accéder aux soins dont ils avaient besoin pendant la première vague de la pandémie.

Les individus souffrant de maladies chroniques, qui présentent déjà un risque accru de complications et de décès en cas de contamination à la COVID-19, sont en outre confrontés à des effets indirects importants en termes de santé. Ces personnes ont en effet besoin de traitements continus et accessibles, or la pandémie de COVID-19 perturbe ces processus essentiels. Parmi les exemples d'effets indirects sur la santé, on peut citer les retards de diagnostics, ainsi que les annulations, les abandons ou les retards de traitements.

La pandémie de COVID-19 montre que la résilience des systèmes de santé¹ face aux chocs sanitaires tels que celui provoqué par la COVID-19 dépend de la capacité des pouvoirs publics à réagir à la fois aux menaces directes et aux menaces indirectes. Des soins primaires et de proximité solides – qui constituent la première ligne de soins de tous les systèmes de santé – ont un rôle essentiel à jouer à cet égard. Renforcer cette première ligne en développant le rôle des services de soins primaires et de proximité peut : a) atténuer les pressions sur les systèmes de santé dans leur ensemble, en allégeant la charge qui pèse sur les hôpitaux ; et b) protéger les individus contre les menaces indirectes de pandémies ou d'autres crises sanitaires. En apprenant les uns des autres, les pays ont la possibilité de mieux exploiter le potentiel des soins primaires et de proximité.

Des soins primaires et de proximité solides assurent la continuité des soins pour tous les patients. Au-delà de l'offre de soins ponctuels et de la réponse aux problèmes sanitaires urgents, des services de soins primaires performants fournissent des soins réguliers, préventifs et centrés sur le patient, et ils établissent des relations longitudinales entre les patients et les prestataires de soins. Ils constituent également un

¹ Les systèmes de santé doivent renforcer leur résilience, ainsi que leur capacité à se remettre des chocs sanitaires tels que celui de la COVID-19 et à s'y adapter. La résilience est définie comme la capacité des systèmes à réagir en quatre temps face à des chocs majeurs : les anticiper et les absorber, et s'en remettre et s'y adapter. Les systèmes essentiels doivent tirer parti des possibilités nouvelles ou révélées par les crises pour mettre en œuvre des changements systémiques plus larges (OECD, 2020^[49]).



point d'accès rapide au système de santé. Ces services sont essentiels pour que les préoccupations, les craintes et les besoins des populations soient entendus et que les problèmes de santé potentiels soient pris en charge le plus tôt possible.

Cette synthèse décrit les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la vie des personnes atteintes de maladies chroniques et revient sur le rôle essentiel des systèmes de soins primaires dans ce contexte. Les leçons tirées de la pandémie de COVID-19 aideront les pays à renforcer la réponse de leurs systèmes de santé aux urgences sanitaires et à assurer la continuité des soins pour tous. Les associations internationales de patients ont contribué à cette synthèse en répondant à une enquête rapide afin de partager leur expérience de la pandémie. Les organisations internationales de services de santé primaires ont également exprimé leur point de vue quant à la manière dont elles conçoivent leur rôle en période de crise sanitaire. Enfin, les responsables de l'action publique ont examiné le document pour s'assurer de sa pertinence pour leur pays.

Conséquences de la pandémie de COVID-19 sur les personnes souffrant de maladies chroniques

Même si des patients jeunes et à faible risque peuvent souffrir de symptômes persistants de la COVID-19 et présenter des signes d'atteintes à de multiples organes, les personnes qui souffrent déjà de maladies chroniques² sont les plus durement frappées par la pandémie. Dans la zone OCDE, près d'un tiers de la population de plus de 15 ans souffre d'au moins deux pathologies chroniques. Cette proportion atteint deux tiers de la population chez les 65 ans et plus. Les individus souffrant de maladies chroniques, qui présentent déjà un risque accru de complications et de décès en cas de contamination à la COVID-19, sont en outre confrontés à des effets indirects importants en termes de santé, en raison d'une interruption de la continuité des soins ou du renoncement aux soins.

Le virus du SRAS-CoV-2 touche surtout les personnes déjà atteintes de maladies chroniques

Les personnes souffrant de maladies chroniques sont plus vulnérables face à la COVID-19

Les personnes souffrant de certaines maladies chroniques sont plus exposées au risque de développer des symptômes graves de la COVID-19. Dès le début de la pandémie, il a été démontré en Chine que les patients plus âgés et ceux souffrant de maladies chroniques étaient plus susceptibles de développer une forme grave, voire critique, de la COVID-19, de voir leur état de santé se détériorer des suites de la COVID-19 et d'en mourir (Zhang et al., 2020^[1]). Sur les 7 162 cas déclarés de COVID-19 étudiés par les Centres de prévention et de lutte contre les maladies (US CDC) aux États-Unis, 38 % des patients souffraient d'un problème de santé chronique. Parmi les patients admis en soins intensifs, la proportion de personnes souffrant de problèmes de santé sous-jacents était plus de deux fois supérieure (78 %), et celle-ci s'élevait à 71 % parmi les patients hospitalisés non admis en soins intensifs (Chow et al., 2020^[2]). Selon une étude italienne publiée en mars 2020, parmi les patients décédés à l'hôpital d'une infection à la COVID-19, 98,5 % avaient des antécédents médicaux et près de la moitié d'entre eux souffraient de trois pathologies ou plus (Onder, Rezza et Brusaferro, 2020^[3]). Au Royaume-Uni, ce sont aussi les patients déjà en mauvaise santé qui ont présenté les symptômes les plus graves (Office for National Statistics,

² D'après les Centres de prévention et de lutte contre les maladies aux États-Unis, les affections chroniques sont définies comme des maladies d'une durée d'un an ou plus qui nécessitent des soins médicaux continus ou limitent les activités quotidiennes, ou les deux.



2020^[4]). Parmi les personnes décédées de la COVID-19 en mars et en avril 2020, 90 % souffraient d'au moins une maladie préexistante.

Aux États-Unis, le CDC tient une liste régulièrement mise à jour d'études sur les maladies associées à des symptômes graves de la COVID-19 (Encadré 1).

Encadré 1. Problèmes de santé sous-jacents associés à un risque plus élevé de symptômes graves, d'hospitalisation et d'admission en soins intensifs à la suite d'une infection par le SRAS-CoV-2, selon les Centres de prévention et de lutte contre les maladies aux États-Unis

- Cancer
- Maladie rénale chronique
- Maladie pulmonaire obstructive chronique
- Maladies cardiaques, comme la coronaropathie
- État immunocompromis (système immunitaire affaibli) lié à une transplantation d'organe
- Diabète de type 2
- Drépanocytose
- Obésité

Source : Centers for Disease Control and Prevention (2020^[5]), « People with Certain Medical Conditions », <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>.

Les personnes atteintes de maladies chroniques dans une situation socioéconomique difficile sont plus susceptibles d'être touchées par la COVID-19 et de développer des complications

Plusieurs pays font état d'inégalités significatives en termes de prévalence en fonction des catégories socioéconomiques et de l'appartenance à une minorité. Ces populations cumulent différents facteurs de risque : les personnes issues de milieux socioéconomiques défavorisés sont souvent en moins bonne santé, sont plus exposées aux facteurs de risque pour la santé et ont un accès plus limité au système de santé (OCDE, 2019^[6]). Les maladies chroniques apparaissent 10 à 15 ans plus tôt dans les populations les plus modestes par rapport aux populations plus aisées (Guthrie et al., 2012^[7]), d'où une prévalence accrue des maladies chroniques multiples dans ces populations.

La pandémie de COVID-19 a aussi d'importantes retombées économiques et sociales sur les personnes vulnérables. L'augmentation du chômage, la perte de revenu, la réduction du temps de travail et l'isolement toucheront de manière disproportionnée les populations défavorisées sur le plan social et économique, accentuant ainsi les inégalités existantes en matière de santé (Power et al., 2020^[8] ; Bambra et al., 2020^[9]).

Par ailleurs, des facteurs structurels peuvent empêcher les populations les plus pauvres et les minorités de respecter la distanciation sociale ou d'autres mesures d'hygiène. Dans les communautés locales très denses, caractérisées par des logements précaires et un accès limité à l'eau ou au gel hydroalcoolique, la distanciation sociale et les autres mesures de protection peuvent se révéler inefficaces (The Lancet, 2020^[10]). En outre, la discrimination et la pauvreté augmentent la probabilité que les catégories sociales défavorisées occupent des emplois à haut risque au regard de la COVID-19 (personnels de santé ou travailleurs sociaux, ou personnel des commerces de détail ou des transports publics par exemple). Ces



travailleurs essentiels n'ont pas la possibilité de faire du télétravail, ce qui accroît leur exposition au virus (Dorn, Cooney et Sabin, 2020^[11]).

Au Royaume-Uni, l'analyse de l'Office for National Statistics (ONS) montre que les décès dus à la COVID-19 dans les régions d'Angleterre aux revenus les plus faibles sont plus de deux fois plus nombreux que ceux constatés dans les régions aux revenus les plus élevés (Office for National Statistics, 2020^[4]). Par habitant, les décès dus à la COVID-19 à l'hôpital au sein de la population noire des Caraïbes sont aussi trois fois plus nombreux que ceux constatés parmi les Britanniques blancs (Platt et Warwick, 2020^[12]). Aux États-Unis, le nombre de décès dus à la COVID-19 est beaucoup plus élevé chez les Afro-Américains, les communautés latinos et les autres communautés ethniques par comparaison avec la population totale (Dorn, Cooney et Sabin, 2020^[11]). À Barcelone (Espagne), les habitants des quartiers pauvres sont six ou sept fois plus susceptibles de contracter le virus que ceux des quartiers aisés (Mogi, Kato et Annaka, 2020^[13]). En France, outre les disparités constatées en fonction du revenu, les immigrés sont aussi beaucoup plus touchés : le taux de mortalité toutes causes confondues des populations immigrées a augmenté de 48 % en mars-avril 2020 par rapport à l'année précédente, ce qui est largement supérieur à l'augmentation de 22 % constatée pour les personnes nées en France (Papon et Robert-Bobée, 2020^[14]). Des constats similaires ont été réalisés en Suède : les hommes situés dans le dernier tercile de revenus ont un risque de décès par COVID-19 supérieur de 75 % à celui des hommes situés dans le tercile de revenu le plus élevé. En outre, les immigrés originaires de pays à revenu faible et intermédiaire sont plus de deux fois plus susceptibles de mourir de la COVID-19 que les personnes nées en Suède (Drefahl et al., 2020^[15]).

La crise du COVID-19 a aussi des effets indirects sur les personnes souffrant de maladies chroniques

Les personnes souffrant de maladies chroniques sont non seulement plus fragiles face à la COVID-19, mais elles sont aussi exposées à divers effets secondaires de la pandémie de COVID-19 – qu'ils soient causés par des tensions sur les systèmes de santé, les retombées indirectes des mesures de confinement nécessaires ou des obligations personnelles en matière d'atténuation des risques. Un certain nombre de problèmes importants liés à la COVID-19, présentés dans l'Encadré 2, ont été signalés par des personnes souffrant de maladies chroniques, notamment le manque d'accès aux soins et les retards de traitement.

En 2017, les ministres de la Santé de l'OCDE ont conclu que les systèmes de santé devaient être davantage centrés sur la personne, s'organiser autour des besoins réels des individus et viser à améliorer leurs résultats en matière de santé (OCDE, 2017^[16]). Les patients et les associations de patients déplorent toutefois des problèmes liés au manque d'accès et à l'absence d'implication des groupes de patients concernés dans les décisions politiques.



Encadré 2. Conséquences de la pandémie de COVID-19 déclarées par les fédérations de patients

Les consultations avec les fédérations internationales et nationales de patients par l'intermédiaire du [PaRIS Patient Advisory Panel](#) ont mis en lumière les effets indirects de la crise du COVID-19 sur les patients souffrant de maladies chroniques, tant du côté de l'offre que de la demande.

Les groupes de patients consultés et les patients interrogés ont indiqué que la crise du COVID-19 avait les effets indirects suivants sur les patients souffrant de maladies chroniques :

- Diminution de la sécurité financière
- Intensification du stress pour les aidants informels
- Difficultés liées à la protection des personnes handicapées
- Absentéisme des aides à domicile
- Retards dans les soins ou le traitement des maladies chroniques
- Réticence à se rendre en personne dans les établissements de soins de santé (y compris les structures de soins primaires et d'urgence)
- Absence de suivi ou manque de ressources appropriées pour l'autogestion

Les effets indirects qui apparaissent **comme les plus préoccupants** aux yeux des patients sont les suivants :

- Conséquences du confinement sur la mobilité
- Préoccupations relatives aux pénuries de médicaments et à l'accès aux pharmacies
- Inquiétudes concernant l'accès aux masques ou leur utilisation, et aux protections du visage pour ceux qui ont des difficultés à respirer
- Détresse et épuisement professionnel des personnels de santé
- Disparités en matière de santé en fonction de la situation socioéconomique
- Manque d'implication des patients dans les décisions politiques

Source : consultations de l'OCDE avec les fédérations internationales et nationales de patients.

La surcharge des systèmes de santé au cours de la première vague de la pandémie a entraîné le report, l'annulation ou la fourniture de soins de moindre qualité pour d'autres maladies

Au plus fort de la première vague d'infections, plusieurs pays ont réduit l'offre de services de santé non liés à la COVID-19, dans le but d'accroître les capacités des hôpitaux et des systèmes de santé. Par exemple, en Australie (jusqu'à la fin du mois d'avril 2020), toutes les opérations non urgentes ont été annulées pour libérer de l'espace dans les établissements hospitaliers (Australian Government Department of Health, 2020^[17]). Des mesures comparables ont été adoptées aux États-Unis, au Portugal et au Chili (OCDE, 2020^[18]). En France, la chirurgie ambulatoire a chuté de près de 80 % au cours de la période de confinement (du 15 mars au 11 mai 2020) par rapport à la même période en 2019 (Finkel, Séguret et Meunier, 2020^[19]). En Allemagne, les hôpitaux ont été encouragés à revenir progressivement à une « activité normale » (c'est-à-dire à mettre fin au report des interventions chirurgicales non urgentes) au début du mois de mai 2020, mais ils ont continué de réserver entre 25 et 30 % de la capacité des soins intensifs aux patients atteints de la COVID-19 (BMG, 2020^[20]).



Au-delà des soins hospitaliers, un certain nombre de pays ont également reporté les soins dans d'autres structures au cours du premier semestre 2020, à mesure qu'ils menaient des actions visant à réduire les soins médicaux non essentiels, notamment les soins ambulatoires, les vaccinations, les tests de laboratoire, la physiothérapie, les programmes de dépistage du cancer et d'autres soins courants. Il ressort d'un examen systématique récent des données recueillies dans 20 pays que l'utilisation des soins de santé a diminué de 37 % en moyenne pour l'ensemble des services, de 42 % pour les consultations, de 31 % pour les diagnostics, de 30 % pour les traitements et de 28 % pour les admissions (Moynihan et al., 2020^[21]).

Des recherches menées au Royaume-Uni ont révélé une baisse de 76 % des aiguillages urgents par les services de santé primaires pour les personnes suspectées d'être atteintes d'un cancer, et une contraction de 60 % des rendez-vous de chimiothérapie pour les patients souffrant d'un cancer par rapport aux niveaux d'avant la crise de la COVID-19 (Lai et al., 2020^[22]). En Écosse, trois programmes de dépistage du cancer (cancer du sein, cancer du col de l'utérus et cancer de l'intestin) ont été suspendus pendant la première vague de la pandémie, ce qui pourrait avoir retardé les diagnostics (Gouvernement écossais, 2020^[23]). Aux États-Unis, le dépistage préventif du cancer du sein, du colon et du col de l'utérus a également chuté de 86 % à 94 % en mars 2020 par rapport aux volumes moyens constatés en 2017-19 (EHRN, 2020^[24]). En Australie, BreastScreen Australia a réalisé environ 145 000 mammographies de dépistage de moins entre janvier et juin 2020 qu'entre janvier et juin 2018 (AIHW, 2020^[25]). En outre, un rapport récent de Cancer Australia met en évidence une réduction des protocoles de diagnostic et de traitement pour les cancers de la peau, du sein et colorectal de mars à mai 2020 (Cancer Australia, 2020^[26]). En France aussi le nombre de diagnostics de cancer a diminué, de 35 à 50 % en avril 2020 par rapport à avril 2019 (Santi et Pineau, 2020^[27]). En Italie, on estime qu'au cours des cinq premiers mois de 2020, le nombre d'examens de dépistage effectués a diminué de 1.4 million par rapport à la même période en 2019, ce qui a entraîné une diminution du nombre de diagnostics de cancer (Association italienne d'oncologie médicale, 2020^[28]). Les retards dans le diagnostic et le traitement du cancer auront un impact sur les taux de survie des patients. Des recherches menées au Royaume-Uni montrent que le nombre de décès par cancer pourrait enregistrer une hausse pouvant aller jusqu'à 20 % dans l'année qui suit la crise, en raison des retards accumulés dans les diagnostics et les traitements (UCLPartners, 2020^[29]). En France, les retards de diagnostics pourraient entraîner une surmortalité de l'ordre de 10-15 % par mois de retard (Santi et Pineau, 2020^[27]).

Les pays ont enregistré une contraction significative des consultations en ambulatoire pendant la première vague de la pandémie

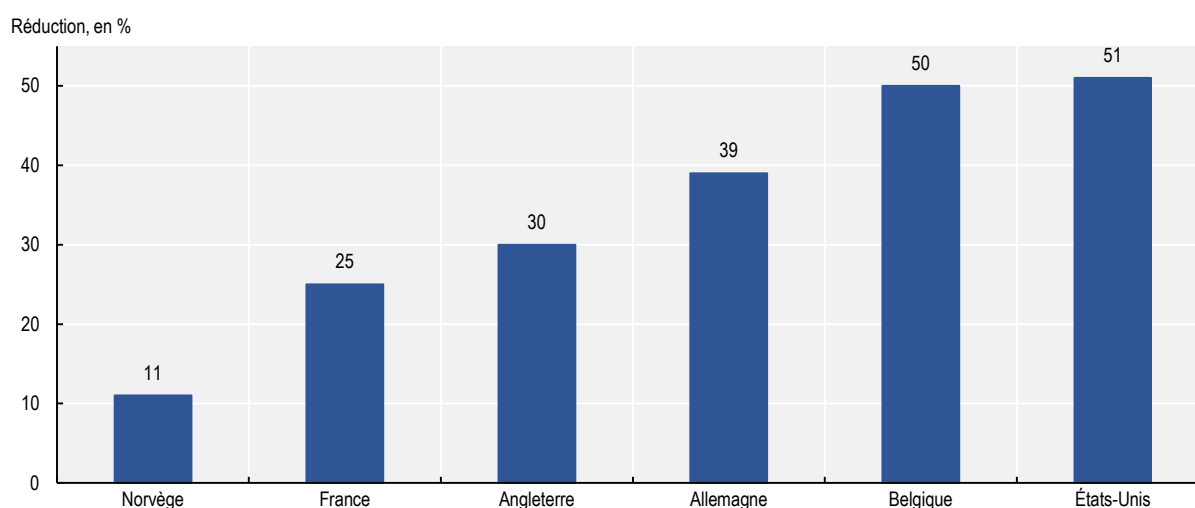
Plusieurs pays ont enregistré un recul sensible de l'utilisation des services ambulatoires en personne pendant les pics d'infections. Une étude menée aux États-Unis montre que le nombre de consultations en cabinet a diminué de près de 60 % en mars 2020, et d'environ 50 % pour les consultations de services de soins primaires au cours de la même période (Graphique 1) (Commonwealth Fund, 2020^[30]). La Belgique a constaté une réduction comparable des consultations dans les structures de soins primaires en avril 2020 par rapport à avril 2019 (Graphique 1). Les données nationales de Santé Publique France font ressortir une réduction de 25 % des consultations dans les structures de soins primaires en avril 2020 par rapport à avril 2019. En Angleterre, les données du National Health Service (NHS) montrent que le nombre total de rendez-vous dans les services de soins primaires a diminué de 30 % en mars 2020. En Norvège, les consultations dans les structures de soins primaires ont reculé de 11 % entre fin mars 2020 et début mars 2020.

Toutefois, les consultations dans les services de soins primaires n'ont pas diminué dans tous les pays. Une première étude menée aux Pays-Bas montre que le nombre total de consultations avec les prestataires de soins de santé primaires avant et pendant la pandémie au premier semestre 2020 est resté stable, mais qu'il s'est accompagné d'une hausse des consultations par téléphone/courrier électronique et Internet – dont la proportion est passée de 30.6 % en 2019 à 53.3 % en mars 2020 (Schers et al., 2020^[31]).



De nouvelles données montrent que les personnes atteintes de maladies chroniques n'ont pas cherché à se faire soigner, soit parce qu'elles craignaient d'être exposées à la COVID-19, soit parce qu'elles étaient réticentes à avoir recours aux services de santé alors que le système de santé était sous pression. Une étude portant sur un échantillon représentatif de la population française montre que 51 % des personnes souffrant de maladies chroniques ont renoncé à des soins ambulatoires ou hospitaliers (Ipsos, 2020^[32]). Parmi les personnes souffrant de maladies chroniques, 46 % n'ont pas consulté leur médecin de famille ou leur médecin traitant aux fins de leur suivi, ce qu'elles auraient fait en temps normal. Au Royaume-Uni, il a été démontré que, par rapport à l'année précédente, les visites aux urgences en mars 2020 ont diminué de 29 % (Appleby, 2020^[33]). Les données recueillies pour la Californie aux États-Unis montrent que les visites aux urgences ont diminué de 50 % dans la semaine qui a suivi la mise en œuvre des mesures de confinement, avec en parallèle une augmentation des appels d'urgence pour des arrêts cardiaques, ce qui laisse penser que les patients ont peut-être repoussé des soins nécessaires dans les services d'urgence (Wong et al., 2020^[34]).

Graphique 1. Contraction des consultations dans les structures de soins primaires pendant la première vague de la pandémie de COVID-19



Notes : Les estimations sont fondées sur différents outils et ne sont pas directement comparables. En Belgique et en France, les données sur les consultations comparent les chiffres d'avril 2020 à ceux d'avril 2019 ; en Allemagne, les comparaisons portent sur la dernière semaine de mars 2020 et la dernière semaine de mars 2019. En Norvège, au Royaume-Uni (Angleterre) et aux États-Unis, seules sont analysées les contractions enregistrées en mars 2020. En Allemagne, les données sont calculées à partir des données de facturation. En Belgique, en France, en Norvège, au Royaume-Uni (Angleterre) et aux États-Unis, les estimations sont fondées sur le nombre de consultations.

Sources : Norvège (Norvège, organisme responsable du contrôle et du paiement des remboursements de santé), France (Santé publique France), Royaume-Uni (NHS Digital, 2020^[35]), Allemagne (ZI Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2020^[36]), Belgique (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid), États-Unis (Commonwealth Fund, 2020^[30]).

Les systèmes de soins primaires en période d'urgence sanitaire

Il est essentiel, pour atténuer les effets négatifs indirects de la crise du COVID-19 sur la santé, de renforcer les soins primaires, souvent considérés comme la première ligne des systèmes de santé, et d'alléger la charge qui pèse sur les hôpitaux. Développer l'offre de soins primaires est également indispensable en raison du vieillissement de la population et de l'accroissement de la charge des maladies chroniques, deux phénomènes qui exigent une hausse des investissements dans la prévention et un renforcement des services de soins primaires et de proximité.



Un vaste réseau de soins primaires permet de faire face à la forte hausse de la demande tout en préservant la continuité des soins

Les pays de la zone OCDE ont réagi rapidement en prenant des mesures de grande ampleur face à la pandémie. Bien entendu, ces mesures ont d'abord visé deux objectifs principaux : premièrement, endiguer la propagation du virus ; deuxièmement, augmenter la capacité des hôpitaux. Mais cette crise a des répercussions qui vont bien au-delà des effets d'une maladie infectieuse : elle a de lourdes conséquences pour la vie des individus sur les plans physique, psychologique, économique et social et elle perturbe profondément les systèmes de santé. Pour s'attaquer pleinement à la crise sanitaire mondiale, les pouvoirs publics doivent élargir leur cadre d'action afin de ne pas axer seulement leur politique sur le virus et l'hôpital et d'adopter une stratégie plus globale qui prenne en considération les préoccupations, les craintes et les attentes des personnes atteintes de la COVID-19 et des autres patients.

Les soins de santé primaires³ jouent un rôle crucial dans le cadre de cette stratégie. En effet, un vaste réseau de soins primaires est essentiel alors que les systèmes de santé cherchent à s'adapter à la forte hausse de la demande pour des patients gravement malades atteints d'une nouvelle maladie hautement infectieuse, tout en maintenant la prise en charge des patients chroniques dans des circonstances difficiles et en gérant les effets indirects décrits ci-dessus. Pendant la pandémie, les services de soins primaires ont un rôle à jouer en termes de triage des patients en mettant à profit les liens existants entre les médecins de famille et leurs patients, en identifiant les patients à risque, en les contactant et en les accompagnant. Ils peuvent également prendre en charge la plupart des patients présentant des symptômes légers de la COVID-19, évitant ainsi de surcharger les hôpitaux avec ces patients. En ce qui concerne les maladies chroniques, les services de soins primaires sont bien placés pour assurer la continuité des soins et faciliter ou ajuster les routines quotidiennes afin de minimiser les risques d'infection à la COVID-19. Il est également essentiel de favoriser la coordination des soins primaires et secondaires en période d'urgence sanitaire. Les professionnels des soins primaires contribuent grandement à ce processus de coordination et aux travaux multisectoriels de l'ensemble des professions.

Selon une enquête⁴ menée auprès des prestataires de soins primaires, les priorités suivantes se sont dégagées pour les systèmes de santé pendant la pandémie de COVID-19 :

- Recenser les ressources appropriées et faire de la prise en charge des malades chroniques une priorité en réfléchissant à une façon adaptée et sûre d'assurer la continuité des soins ;
- Faciliter la planification des soins spécialisés et l'évaluation de la fragilité des patients ;
- S'appuyer sur les services de santé primaire existants moyennant une réorganisation, au lieu d'investir dans de nouvelles structures ;
- Encourager la coopération entre les soins primaires et les autres services de santé, avec la participation des individus.

³ Les soins de santé primaires devraient être le premier et le principal point de contact de la plupart des personnes avec le système de santé, ceux-ci étant centrés sur la personne et son cadre de vie habituel. Ce secteur prend en compte la personne dans son ensemble et est axé sur le patient, par opposition à une approche centrée sur la maladie ou le système organique, et reconnaît donc les dimensions non seulement physiques, mais aussi psychologiques et sociales de la santé et du bien-être (OECD, 2020^[37]).

⁴ Consultations de l'OCDE avec l'Organisation mondiale des médecins généralistes (WONCA), le Réseau européen pour la qualité et la sécurité des soins primaires (EQUIP) et le Forum européen pour les soins primaires (EFPC).



Un réseau solide de soins primaires contribue à atténuer la pression sur l'ensemble du système de santé

Si les systèmes de soins primaires sont efficaces en temps de crise, des soins primaires performants contribuent aussi à atténuer la pression qui s'exerce sur les systèmes de santé dans leur ensemble, notamment dans le contexte du vieillissement de la population et de l'accroissement de la charge des maladies chroniques. En tant que premiers points de contact, les soins primaires, dont l'offre est accessible, complète, continue et coordonnée, sont essentiels à la résilience des populations en ce qu'ils favorisent la prévention et le dépistage, qu'ils soignent les personnes qui en ont besoin et qu'ils aident les patients à devenir plus actifs dans la gestion de leur propre santé. Ils sont tout à fait en mesure d'améliorer les résultats des individus en termes de santé, à tous les niveaux socioéconomiques, et de réduire le recours inutile à des services spécialisés plus onéreux (OCDE, 2020^[37]). On obtient de tels résultats positifs lorsque les soins primaires sont le premier point de contact pour la majorité des besoins des patients et que les professionnels ont accès à l'intégralité de leurs antécédents médicaux et connaissent leur catégorie sociale, ce qui les aide à coordonner les soins avec d'autres services de santé selon les besoins.

En tant que principal point de contact pour les patients et notamment pour les personnes ayant des besoins thérapeutiques complexes, les soins primaires permettent aux systèmes de santé d'être plus efficaces, plus efficaces et plus équitables dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2020^[37]), par exemple :

- Une offre solide de soins primaires peut retarder l'apparition de maladies chroniques et réduire les taux de mortalité grâce à une meilleure prévention.
- Des soins primaires de meilleure qualité et plus accessibles se traduisent par des taux d'hospitalisation plus faibles et un recours moins fréquent aux services d'urgence.
- Un vaste réseau de soins primaires garantit l'accès aux soins des populations vulnérables qui sans cela ont un accès limité aux services médicaux.

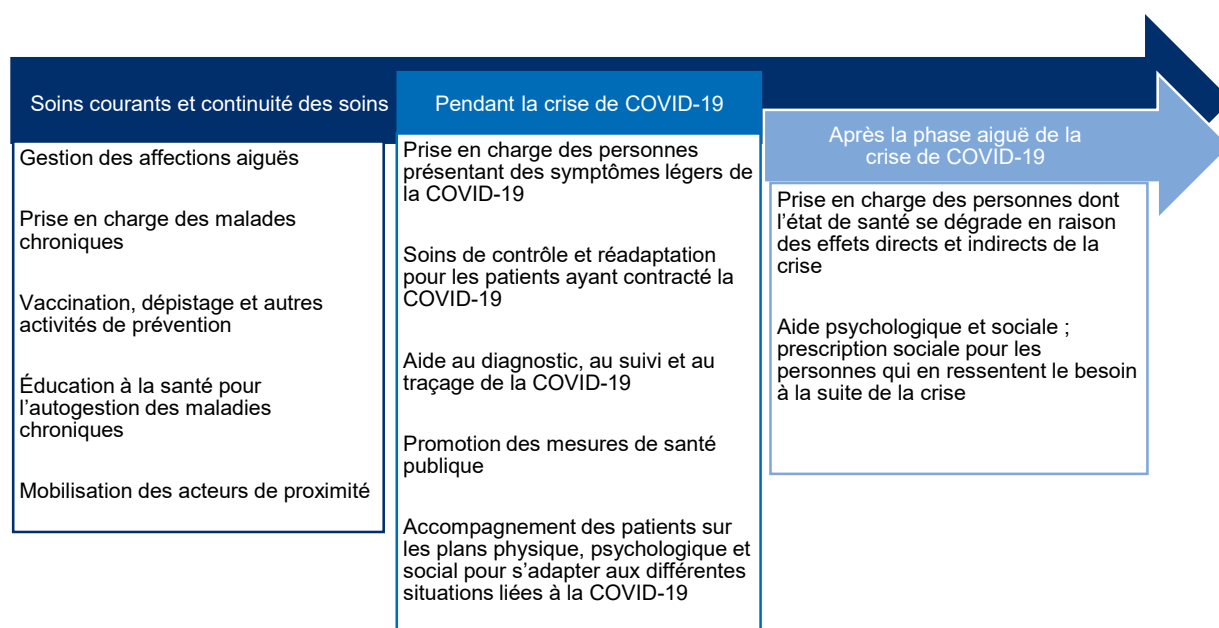
Pendant et après la pandémie, une offre étoffée de soins primaires permet d'assurer une continuité globale des soins selon trois grands axes (voir Graphique 2) :

- Premièrement, elle préserve la continuité des soins grâce à la gestion des soins chroniques, à des activités de prévention des maladies, à l'éducation à la santé pour l'autogestion des maladies chroniques et à la mobilisation des différents acteurs à l'échelon local.
- Deuxièmement, elle constitue la première ligne de défense en prenant en charge les formes légères de la COVID-19 et en facilitant le diagnostic, le suivi, le traçage et l'endiguement de l'épidémie. Les soins primaires peuvent favoriser l'adhésion aux mesures de santé publique, apporter une aide psychologique aux individus et établir des liens avec les services sociaux pendant la phase aiguë de la pandémie.
- Troisièmement, une offre solide de soins primaires permet d'accompagner les individus dont l'état de santé se dégrade en raison des effets directs et indirects de la crise de la pandémie et leur apporter une aide psychologique et sociale une fois passée la phase aiguë de la crise. L'état de santé risque en effet de s'aggraver après la phase aiguë de la pandémie de COVID-19, en raison d'une interruption des soins, d'un sous-diagnostic des problèmes de santé potentiellement urgents, d'un isolement prolongé et de facteurs de risque accrus pour la santé. Un solide réseau de soins primaires est le meilleur moyen de faire face à cette forte augmentation des besoins de santé.

Pour l'ensemble de ces raisons, les soins primaires devraient être à la base de toute stratégie mondiale de réponse et de reprise en période d'urgence sanitaire, aujourd'hui comme demain. Ils sont en effet le moyen le plus inclusif, le plus efficace et le plus efficient de protéger la santé des individus et des populations.



Graphique 2. Les soins primaires doivent faire face à la forte augmentation des besoins de prise en charge dans le contexte de la crise



Moyens d'action pour renforcer les soins primaires pendant la crise du COVID-19

Les pouvoirs publics peuvent prendre diverses mesures pour faire face à une hausse inattendue de la demande et préserver la continuité des soins pour tous : reconfigurer l'organisation des soins primaires autour de cabinets pluridisciplinaires, de centres de soins extrahospitaliers et de programmes de soins à domicile, redéfinir le rôle des pharmaciens d'officine et des professionnels de santé de proximité, ou encore encourager le recours aux technologies numériques et l'adoption de mesures incitatives appropriées.

Reconfigurer l'organisation des soins primaires en période d'urgence sanitaire

Les équipes pluridisciplinaires de soins primaires et les liens étroits avec les services de proximité favorisent les dynamiques locales pendant la pandémie

Une nouvelle configuration des soins primaires, moyennant le regroupement de multiples professionnels dotés de compétences spécialisées qui travaillent en équipe et mettent à profit les technologies numériques, favorise une coordination harmonieuse des soins et une offre proactive de soins préventifs. Ces équipes pluridisciplinaires contribuent souvent à améliorer l'accès aux soins des populations à faible revenu ou mal desservies, qui ont un accès limité aux modèles traditionnels de services de santé primaire, ainsi que des patients souffrant de (multiples) maladies chroniques.

En 2018, 17 pays de l'OCDE ont indiqué disposer de modèles de soins primaires fondés sur des équipes ou des réseaux de prestataires, y compris l'Australie, les États-Unis, la France et la Suisse (OCDE, 2020^[37]). Pendant la pandémie de COVID-19, les cabinets pluridisciplinaires jouent un rôle essentiel dans la dynamique locale et fournissent des informations fiables. En outre, plusieurs pays de l'OCDE mettent en place des structures de proximité dédiées à la COVID-19 afin de travailler en étroite coopération avec les cabinets pluridisciplinaires. Par exemple :



- Aux États-Unis, certaines maisons médicales (PCMH) ont réagi rapidement lors de la première vague de la pandémie et ont pu ainsi offrir un accompagnement et dispenser des soins de santé à proximité du domicile des patients. Le groupe médical Tower Health, par exemple, a quant à lui pris appui sur une structure préexistante de coordination des soins et une volonté ferme d'améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins. Les outils numériques ont joué un rôle important dans ce contexte (voir Encadré 3).
- Au Canada, les cabinets de soins primaires sont essentiels pour prendre en charge les patients présentant des symptômes légers de la COVID-19 à proximité de leur domicile. Ils participent au triage des maladies aiguës mineures et accompagnent les patients dans la prise en charge des maladies chroniques pendant la pandémie (Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2020^[38]). De nouveaux codes de facturation pour les médecins de soins primaires sont mis en place par les provinces et les territoires (la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario ou le Manitoba, par exemple) pour les honoraires des consultations virtuelles. Les conseils de l'ordre organisent des webinaires et mettent à disposition des boîtes à outils pour faciliter le recours à la télémédecine ou aux soins virtuels lorsque cela est possible (Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2020^[38]).
- En Islande, les premiers points de contact pour les patients atteints de la COVID-19 sont les structures pluridisciplinaires de soins primaires. Ces structures ont pour mission d'identifier les individus à haut risque, de tester les patients et de faire de l'éducation à la santé. Il est conseillé aux personnes qui sont testées positives de rester chez elles aussi longtemps que possible ; elles sont aiguillées vers des structures de proximité dédiées à la COVID-19 où elles sont enregistrées et surveillées quotidiennement par télémédecine, téléphone et liaison vidéo (Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2020^[38]).
- En Slovénie, les points d'entrée pour les patients atteints de la COVID-19 sont organisés dans des structures de proximité situées près de 16 centres de soins primaires afin de pratiquer les tests et d'éviter l'encombrement des hôpitaux.
- En Autriche, les centres de soins primaires jouent un rôle important en assurant la continuité des soins pendant la crise du COVID-19. Les équipes pluridisciplinaires de soins primaires sont capables de prendre en charge aussi bien des malades de la COVID-19 que d'autres patients grâce à leur capacité d'accueil supplémentaire. Les centres de soins primaires permettent de préserver la continuité des soins, tout en assurant des services de dépistage, de triage et d'éducation des patients afin de limiter la propagation de l'infection.
- L'Australie a mis en place des cliniques de santé respiratoire dirigées par des médecins généralistes pendant la première vague de la pandémie afin d'éloigner les personnes potentiellement infectées des autres cabinets de médecine générale et des services d'urgence.
- En France, des structures de soins de proximité dédiées aux patients atteints de la COVID-19 ont été mises en place par des cabinets pluridisciplinaires (comme les Centres de Santé) dès mars 2020. Les Agences régionales de santé et les professionnels des soins primaires sont convenus d'offrir ces nouveaux services de soins primaires à l'échelon local dans des gymnases ou des salles des fêtes, comme la CPTS de Champigny (*Communauté professionnelle territoriale de santé*) (CPTS Champigny-sur-Marne, 2020^[39]). Là-bas, les malades chroniques qui présentent des symptômes légers du COVID-19 sont testés, de même que les professionnels de santé symptomatiques et les personnes symptomatiques à risque.
- Au Royaume-Uni, des structures de proximité dédiées à la COVID-19, comme le centre de Southwark, sont mises sur pied pour prendre en charge les patients qui présentent des symptômes de la COVID-19 ou des symptômes aigus ; et qui ont besoin de recevoir des soins primaires. Dans ces structures, une équipe clinique composée de deux médecins généralistes, de personnel infirmier et d'étudiants en médecine répond aux besoins de la population.



- En Irlande, des centres d'évaluation de proximité ont été mis en place dans tout le pays lors de la première vague de la pandémie. Ils comptent des médecins généralistes, du personnel infirmier, d'autres professionnels de santé et des administrateurs. Les personnes potentiellement infectées ou les malades de la COVID-19 dont l'état de santé se dégrade peuvent être aiguillés par leur médecin généraliste vers un centre d'évaluation de proximité pour se soumettre, sur rendez-vous, à une évaluation clinique plus poussée et faire l'objet d'une prise en charge appropriée. Ces aiguillages permettent aux cabinets de soins primaires de continuer à gérer plus efficacement les demandes de soins non liées à la COVID-19.

En France et au Royaume-Uni, des structures de proximité dédiées à la COVID-19 sont mises à disposition pour atteindre les personnes mal desservies et veiller à ce que toute la population ait accès à un soutien approprié sur le plan sanitaire et social pendant la crise (accès à des denrées alimentaires, à des médicaments, à des conseils en matière d'éducation à la santé, ou à une aide psychologique).

Encadré 3. Le groupe médical Tower Health aux États-Unis

Le groupe médical Tower Health est une maison médicale (PCMH) qui compte 800 médecins et praticiens spécialisés à l'appui des hôpitaux régionaux, des centres de soins d'urgence et des cabinets de soins primaires et spécialisés.

Lors de la première vague de la pandémie de COVID-19, Tower Health a défini un plan d'action très rapidement grâce à une structure coordonnée qui était déjà en place et à une ferme volonté d'améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins, selon une approche centrée sur le patient. Tout d'abord, Tower Health a adapté son portail de façon à accélérer l'enregistrement des patients et à faciliter la prise de contact avec l'équipe des soins primaires pour obtenir des informations médicales. Deuxièmement, Tower Health met à disposition sur son portail des ressources d'éducation à la santé afin d'informer les patients, notamment ceux qui sont mal desservis ou fragiles. Troisièmement, Tower Health a défini une approche coordonnée pour la notification des résultats des tests. Les patients ont été avisés du résultat de leur test au COVID-19, mais surtout les services d'urgence, les centres de soins d'urgence ou d'autres spécialistes ont dû communiquer ces résultats à l'équipe des soins primaires. Enfin, Tower Health a adapté ses horaires afin de proposer des rendez-vous physiques pour traiter les affections complexes et préexistantes, tout en encourageant les consultations virtuelles pour les visites non urgentes et de bien-être.

Source : D'après <https://www.towerhealth.org/COVID-19-information-center>.

Intégrer les soins primaires dans les systèmes de santé publique et de protection sociale contribue à réduire les effets indirects sur la santé

L'intégration des services de soins primaires dans d'autres services de santé et dans les fonctions essentielles de la santé publique permet d'atténuer les effets directs du COVID-19 en coordonnant les soins dispensés aux malades chroniques, notamment en organisant les hospitalisations, les soins intensifs et le suivi post-COVID après la sortie de l'hôpital.

Les associer aux services de santé publique, de santé mentale et de protection sociale contribue également à réduire les effets indirects du COVID-19 sur les personnes souffrant de maladies chroniques. L'intégration des services de soins primaires à la santé publique permet d'améliorer la surveillance des patients et la diffusion d'informations de santé publique à l'intention de ces malades. Dans le même temps, la continuité de la prévention et de l'éducation à la santé par le biais des services de santé primaire permet de fournir à ce groupe des informations ciblées en matière de santé publique.



En France, les cabinets pluridisciplinaires de soins primaires dans les régions défavorisées, comme la *Maison de Santé Pluriprofessionnelle Rennes Nord/Ouest* (Avenir Santé Villejean Beauregard, 2020^[40]), coopèrent à l'échelon local avec les habitants pour mettre au point des bulletins d'information hebdomadaires qui sont distribués dans leur quartier. Ces bulletins d'information répondent à des questions fréquemment posées sur la pandémie de COVID-19 et fournissent des renseignements sur la réorganisation des services de santé primaire dans le quartier. Ils contiennent aussi régulièrement des informations sur l'autogestion des maladies chroniques et des matériels d'accompagnement pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Les informations sur la pandémie de COVID-19 sont traduites dans plusieurs autres langues, comme l'arabe, le turc et l'anglais, en fonction de la démographie des habitants.

Les programmes de soins à domicile réduisent le risque de transmission de la COVID-19 tout en préservant la continuité des soins pour les autres patients

L'expansion des programmes à domicile pendant la pandémie vise à réduire le risque de transmission de la COVID-19, mais aussi à préserver la qualité et la continuité des soins, en particulier pour les personnes souffrant de maladies chroniques (OCDE, 2020^[37]). Ces programmes dispensent des soins de santé primaires et des soins hospitaliers à domicile, mais répondent aussi à des besoins thérapeutiques sur le plan social et comportemental. L'assistance psychologique, l'éducation à la santé et l'appui des technologies numériques jouent un rôle important dans ce contexte.

Au Canada, certaines équipes de soins primaires (comme l'équipe de soins de santé de l'Ontario) assurent des soins à domicile, depuis les services d'éducation à la santé jusqu'à la prise en charge de besoins thérapeutiques plus complexes comme les soins de réadaptation, la gestion des médicaments pour les maladies chroniques, la démence et les soins de fin de vie. En France, les hospitalisations à domicile étaient déjà bien développées pour soigner certains patients souffrant de maladies chroniques. Lors de la première vague de la pandémie de COVID-19, la France a lancé le projet COVISAN, qui vise à casser les nombreuses chaînes de transmission du SRAS-CoV-2. L'objectif est d'identifier les individus potentiellement infectieux au moyen de tests à domicile. Outre le dépistage à domicile, les unités mobiles de soins primaires mettent à la disposition des patients et des membres de leur famille un éventail de mesures préventives, y compris un dispositif d'éducation et d'accompagnement, du matériel de protection individuelle et un hébergement à l'hôtel si une période d'isolement est nécessaire. De plus, le gouvernement français fait appel aux équipes de soins primaires pour organiser, en collaboration avec les spécialistes, l'hospitalisation à domicile des patients atteints de la COVID-19 dont l'état de santé nécessite une oxygénothérapie et l'administration de médicaments.

Dans le même esprit, en Espagne (Barcelone), l'hospitalisation à domicile permet de soigner de façon sûre et efficace les patients atteints de formes non graves de la COVID-19 et les patients ayant surmonté la phase aiguë de l'infection (Pélicas et al., 2020^[41]). Les soins prodigués aux patients hospitalisés à domicile étaient par exemple organisés dans un hôtel médicalisé, et comprenaient des visites quotidiennes du personnel médical et infirmier (en personne, par téléphone et par vidéo), des examens ordinaires (prise de sang, cultures, ECG et ultrasons), et l'administration de médicaments par voie orale ou intraveineuse (Pélicas et al., 2020^[41]). En Slovaquie, du personnel infirmier extrahospitalier a dispensé des soins à domicile lors de la première vague de la pandémie de COVID-19, notamment aux personnes âgées souffrant de maladies chroniques, mais aussi aux patients atteints de la COVID-19. Il s'agissait d'activités d'éducation à la santé, de prévention, de soins curatifs et de soins de longue durée.

Aux États-Unis, l'hospitalisation à domicile s'est développée lors de la première vague de la pandémie (Weiner, 2020^[42]). Atrium Health en Californie du Nord (réseau de santé à but non lucratif) a lancé son programme d'hospitalisation à domicile qui visait à aider tout particulièrement les patients atteints de la COVID-19. À ce jour, le réseau de santé a pris en charge plus de 17 000 patients à domicile. Les patients souffrant d'une affection aiguë reçoivent un kit d'autosurveillance pour mesurer leur fréquence cardiaque



et leur taux d'oxygène et vérifier leurs fonctions vitales. Ils bénéficient également de rendez-vous médicaux virtuels et de visites à domicile de personnel infirmier afin de pratiquer des ECGs, des examens de laboratoire et des soins plus spécialisés.

Redistribuer les rôles et responsabilités des prestataires de soins

Les pharmaciens de ville contribuent à la continuité des soins

Nombreux sont les pays de l'OCDE dans lesquels le champ d'exercice des pharmaciens de ville a été élargi pour inclure certains actes pratiqués par les médecins et ainsi permettre à ceux-ci de consacrer plus efficacement leur temps aux cas les plus complexes et faire diminuer autant que possible le nombre de consultations.

Au Canada, aux États-Unis, en Irlande et au Portugal, par exemple, ils ont été autorisés à renouveler les ordonnances au-delà de ce qui leur était permis jusque-là et à prescrire certains médicaments (voir Encadré 4) (OCDE, 2020^[43] ; PGEU, 2020^[44]). Aux États-Unis, la *Food and Drug Administration* leur a donné l'autorisation de prescrire et réaliser des tests de dépistage de la COVID-19. En Écosse, ils ont joué un rôle accru pendant la pandémie. Ils ont en effet reçu la possibilité de prendre en charge davantage de personnes, grâce à l'extension du *Minor Ailment Service* (MAS), dans le but de soulager le NHS et de faire en sorte que les patients continuent d'obtenir les médicaments dont ils ont besoin.

Les professionnels de santé de proximité ont un rôle à jouer durant la pandémie de COVID-19 pour garantir aux patients l'accès aux soins qui leur sont nécessaires

Les professionnels de santé de proximité rattachés aux services de soins primaires peuvent eux aussi être d'un grand secours en situation de crise sanitaire. Correctement formés, ces professionnels peuvent contribuer à la protection, à la sensibilisation, à la lutte contre la stigmatisation sociale, de même qu'à l'éducation thérapeutique des personnes atteintes de maladies chroniques (Ballard et al., 2020^[45]).

Ils peuvent rendre des visites régulières aux personnes vulnérables, à leur domicile ou par des moyens virtuels en fonction des besoins, et, lorsque leurs patients tombent malades, dresser un état des examens ou soins plus poussés à leur prodiguer (Haines et al., 2020^[46]). Moyennant une formation adaptée et le port d'équipements de protection individuelle, ils peuvent aussi suivre l'état de santé physique et mentale des patients pendant la pandémie de COVID-19, s'assurer de la disponibilité et de la prise des traitements médicaux, vérifier l'approvisionnement en nourriture et en médicaments des personnes souffrant d'une affection chronique (Haines et al., 2020^[46]). Parmi les autres tâches importantes qui peuvent incomber aux professionnels de santé de proximité, citons la prévention de la propagation du COVID-19, le dépistage, la participation au traçage des contacts, le signalement de symptômes et le suivi des cas contacts.

Alors qu'ils contribuent à maintenir le lien entre les patients et les systèmes de soins, les professionnels de santé de proximité n'ont pas été mobilisés autant qu'ils auraient pu l'être au cours de la première vague de la pandémie. Rares sont les pays de l'OCDE à avoir su en tirer parti pour obtenir des informations précises et à jour sur la COVID-19 et veiller à ce que toute la population ait accès aux soins et aux services d'aide. Les États-Unis et le Royaume-Uni font en cela figure d'exceptions.

Aux États-Unis, les professionnels de santé de proximité ont eu une action déterminante, en première ligne, face à la première vague de l'épidémie. À New York par exemple, ils ont dispensé des formations aux patients souffrant de maladies chroniques ou susceptibles de développer une maladie chronique afin de les aider à gérer leur état de santé. Ils ont également effectué des visites à domicile, réalisé des évaluations du bien-être par téléphone, aidé les patients à s'inscrire sur les portails en ligne qui leur sont dédiés et à se préparer aux consultations à distance. Ils sont aussi intervenus pour aiguiller les gens vers les bons services de santé, pour rassurer les populations défavorisées et corriger les fausses informations colportées parmi celles-ci (Peretz, Islam et Matiz, 2020^[47]). Le Royaume-Uni lui aussi a proposé de faire



appel aux professionnels de santé de proximité pour venir en aide aux personnes vulnérables (Haines et al., 2020^[46]). L'objectif général est de former ces professionnels à l'accompagnement à domicile, celui des plus vulnérables dans un premier temps, mais avec la possibilité d'une évolution vers un modèle de soins à long terme (Haines et al., 2020^[46]).



Encadré 4. L'élargissement du rôle de la pharmacie de ville au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19

Autriche : pour assurer la délivrance des médicaments sur ordonnance pendant la pandémie de COVID-19, l'assurance sociale autorise les patients à venir retirer en pharmacie de ville les médicaments qui leur ont été prescrits par l'intermédiaire de services de télémedecine (à l'exception des stupéfiants). Les médecins conventionnés ont la possibilité, temporairement, de délivrer des ordonnances sans contact personnel préalable avec les patients. L'ordonnance est communiquée par voie électronique au pharmacien, à l'aide d'une application dédiée.

Canada : les pharmaciens ont reçu l'autorisation de renouveler les ordonnances au-delà de ce qui leur était permis jusque-là et de prescrire certains traitements, ce afin de permettre aux médecins de se consacrer aux cas les plus graves et réduire autant que possible le nombre de consultations.

Croatie : les pharmacies ont été autorisées, à titre temporaire, à délivrer des médicaments disponibles en faibles quantités ainsi que les traitements contre l'hémophilie. Les livraisons de médicaments au domicile des personnes vulnérables se sont par ailleurs multipliées.

France : les pharmaciens de ville ont reçu l'autorisation exceptionnelle de renouveler les ordonnances de médicaments destinés au traitement de maladies chroniques.

Irlande : des modifications temporaires des modalités de renouvellement des ordonnances ont été introduites pour permettre aux pharmaciens d'assurer la continuité des soins sans qu'il soit nécessaire d'établir une nouvelle ordonnance. En outre, de nouvelles dispositions ont été adoptées qui autorisent les pharmaciens agréés à administrer le vaccin contre la grippe en dehors de leur officine.

Italie : un décret autorise les pharmaciens de ville à fournir de l'oxygène aux patients (y compris à domicile) et les patients à retirer en officine les médicaments délivrés sur ordonnance sur présentation d'une prescription électronique.

Portugal : les pharmaciens de ville ont reçu l'autorisation, à titre exceptionnel, de délivrer des médicaments aux patients atteints de maladies chroniques, même à ceux dans l'incapacité de produire une ordonnance. La quantité délivrée ne peut excéder l'équivalent de trois mois de traitement par personne.

Espagne : la délivrance de certains médicaments de spécialité, réservée, avant la crise, aux pharmacies hospitalières, est autorisée aux pharmacies de ville. Celles-ci sont autorisées en outre à renouveler les ordonnances des patients atteints d'une affection chronique, via un système de prescriptions électroniques.

Royaume-Uni : en Écosse, les pharmaciens ont été en mesure de s'occuper de davantage de personnes, grâce à l'extension du *Minor Ailment Service* (MAS), qui vise à faciliter l'accès aux conseils et aux soins pour les maladies courantes, à encourager la prise en charge en officine et à permettre un transfert de charge des médecins généralistes et des infirmiers vers les pharmaciens de ville. Les pharmaciens ont ainsi pu recevoir en consultation, au titre du MAS, toute personne se présentant à leur officine dès lors qu'elle était inscrite à titre permanent auprès d'un cabinet de médecine générale écossais ou affiliée aux services médicaux de la défense. L'objectif est de soulager le NHS et de faire en sorte que les patients continuent d'obtenir les médicaments dont ils ont besoin.

États-Unis : les pharmaciens de ville ont été autorisés à prescrire et réaliser les tests de dépistage du COVID-19 approuvés par la *Food and Drug Administration*.

Source : OCDE (2020^[43]) et GPUE (2020^[44]), « PGEU overview of the expansion of community pharmacy services/activities in relation to COVID-19 ».



Les progrès de la télémédecine et des outils numériques au service de la continuité des soins pour tous et de la prise en charge des plus vulnérables

La télémédecine se développe de façon exponentielle, facilitant l'accès aux soins essentiels et à l'information sur la santé

Alors même que l'utilisation à grande échelle des technologies numériques n'était pas encore la norme avant la pandémie, il est frappant de constater à quel point la transformation numérique s'est accélérée dans les pays de l'OCDE. Nombreux sont ceux où les personnes présentant des symptômes légers peuvent désormais consulter un médecin depuis chez elles, ce qui permet d'écartier les éventuels risques de contagion et réserve la capacité d'accueil des unités de soins pour les cas critiques et les individus souffrant de problèmes graves.

En Norvège, la proportion des consultations numériques pour les soins primaires est passée de 5 %, avant la pandémie, à près de 60 %, au cours de celle-ci. De même, en France, le nombre hebdomadaire de consultations à distance avoisinait le million en avril 2020, contre 10 000 environ avant le mois de mars. En Allemagne, on estime à 19 500 le nombre de téléconsultations effectuées en mars 2020, contre 1 700 par mois en janvier et février de la même année.

Plus généralement, des services de télémédecine ont été mis à disposition dans 23 pays au cours de la pandémie de COVID-19 (information datant de juin 2020). Diverses stratégies ont été utilisées pour développer la télémédecine au cours de la première vague épidémique, allant de la mise en place d'une nouvelle législation (Costa Rica, Pérou, Estonie et Pologne), à l'extension des versements aux prestataires (Canada, Estonie, République slovaque, Pologne, Japon, Belgique, Australie), en passant par la définition de nouveaux services de télémédecine (Canada, République slovaque, Grèce, Israël, Turquie, Luxembourg, Brésil, Chine et Espagne) et l'élaboration de nouvelles recommandations et réglementations (Belgique, Canada, France, États-Unis et Japon) (OCDE, 2020^[43]).

C'est ainsi qu'en France, les patients sont désormais autorisés à consulter à distance tout médecin utilisant la télémédecine, qu'ils aient ou non été déjà reçus par celui-ci auparavant. En Allemagne, le Comité mixte fédéral a assoupli la réglementation applicable en dehors des consultations traditionnelles en soins externes. Une mesure temporaire a été introduite autorisant les médecins à délivrer ou renouveler des ordonnances, à orienter leurs patients ou à établir des arrêts de travail par voie numérique ou par téléphone et à proposer des consultations vidéo. En tout état de cause, la montée en puissance de la télémédecine suppose une volonté et un soutien politiques au plus haut niveau. Au Canada, par exemple, le gouvernement fédéral met actuellement en place de nouveaux investissements pour créer des plateformes et des applications numériques, faciliter l'accès aux services virtuels d'accompagnement en santé mentale, et augmenter la capacité de prodiguer des soins de façon dématérialisée, notamment dans le cadre de nouveaux projets dédiés aux Canadiens vulnérables.

Les applications d'e-Santé contribuent à la continuité des soins

Les applications d'e-Santé – telles que les applications de suivi à domicile, les portails électroniques dédiés aux patients et les applications d'autogestion – contribuent à la continuité des soins et à la prestation de services de soins primaires en période de pandémie.

En Corée du Sud et en Israël, des dispositifs portatifs et communicants sont utilisés pour suivre à distance l'état de santé de patients atteints de la COVID-19 restés à domicile, déceler les signes d'une éventuelle aggravation et aider les chercheurs à mieux comprendre comment évolue la maladie (OCDE, 2020^[43]). En Allemagne, un outil en ligne est proposé pour aider les individus à analyser leurs symptômes et répondre aux incertitudes quant à la COVID-19. Cet outil permet une première évaluation de leur état de santé. En France, les centres de soins de référence contre la COVID-19 du groupe hospitalier AP-HP ont créé l'application Covidom, grâce à laquelle les patients bénéficient d'un suivi à distance, à domicile, par



l'intermédiaire de questionnaires médicaux (AP-HP, 2020^[48]). Cette application de télésuivi destinée aux patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation sert à soulager la pression sur les établissements hospitaliers et permet aux médecins de se concentrer sur les cas les plus graves. Dans le domaine de la santé mentale, le Canada utilise l'application *Wellness Together* pour proposer un soutien aux personnes en détresse psychologique ou toxicomanes, des ressources documentaires et les conseils d'un professionnel de la santé mentale.

Incitations et compensations financières offertes pour soutenir les services de soins primaires durant la crise du COVID-19

Encourager les professionnels des soins primaires à travailler en équipe, à utiliser les technologies numériques et à mettre davantage l'accent sur la prévention, la continuité des soins et les passages de relais entre services exige des modes de rémunération bien pensés. Les systèmes de rémunération traditionnels, fondés soit sur le paiement à l'acte soit sur le paiement à la capitation, ne sont pas adaptés à la crise actuelle, et l'accentuation de la pression, de la charge de travail voire des risques peuvent aller de pair avec une perte de revenu pour les prestataires de soins primaires. Conçues et appliquées convenablement, les primes – venant rémunérer des actes bien précis – peuvent représenter une rémunération satisfaisante qui les incitera à tirer le meilleur parti de leurs capacités.

On trouve ainsi dans les pays de l'OCDE différents exemples de compensations financières mises en place pour les consultations téléphoniques ou vidéo (Tableau 1), les visites à domicile et les coûts supplémentaires résultant directement de la pandémie de COVID-19 (dépenses de personnel, mesure d'hygiène ou de sécurité) (Tableau 2).

Tableau 1. Paiement ou remboursement des téléconsultations en soins primaires durant l'épidémie de COVID-19

	Primes pour les consultations à distance
Australie	La liste des services pris en charge par la sécurité sociale (<i>Medicare Benefits Schedule</i> , MBS) a été allongée pour permettre à certains professionnels de proposer des services de télésanté.
Belgique	Les consultations à distance coûtent 20 EUR. Leur nombre ne peut excéder quatre par mois et par patient. Les prestataires de soins de santé primaires peuvent fournir ces services.
Canada	Ajout de nouvelles dispositions dans les codes de facturation, très différents toutefois d'une province ou d'un territoire à un autre.
Allemagne	La consultation à distance est remboursée par les assurances publiques si elle est assurée par un prestataire de soins de santé primaire du service public.
Italie	La consultation à distance est remboursée par les assurances publiques si elle est assurée par un prestataire de soins de santé primaire du service public. Des assurances privées assurent aussi ce service.
Espagne	La consultation à distance est remboursée par les assurances publiques si elle est assurée par un prestataire de soins de santé primaire du service public. Des assurances privées assurent aussi ce service.
Suisse	Un contrôle est exercé par le système central de tarification. La consultation à distance est remboursée par les assurances publiques si elle est assurée par un prestataire de soins de santé primaire du service public. Des assurances privées assurent aussi ce service.
États-Unis	Le coût d'une consultation à distance est compris entre 25 et 35 EUR. Ces consultations sont assurées par des prestataires qui recrutent des médecins de famille à cet effet.
Royaume-Uni	La consultation à distance est remboursée par les assurances publiques si elle est assurée par un prestataire de soins de santé primaire du NHS.

Note : NHS : *National Health Service*.

Source : OCDE (2020^[18]), *Country Policy Tracker*, <https://www.oecd.org/coronavirus/country-policy-tracker/>.



Tableau 2. Primes accordées aux médecins de soins primaires pendant la crise de COVID-19

	Prime venant compenser les dépenses supplémentaires induites par les contraintes d'hygiène ou la perte d'activité habituelle
Australie	Les cabinets de soins primaires qui traitent des patients atteints du COVID-19 bénéficient d'une prime de 50 EUR/patient.
Allemagne	Remboursement des dépenses liées aux équipements de protection individuelle et aux produits d'hygiène pour les patients affiliés à l'assurance maladie sociale ; prime de 14.75 EUR pour les patients affiliés à l'assurance maladie privée. Pour ce qui est de la perte de revenus, les recettes inscrites au budget des cabinets privés au titre des soins aux patients affiliés à l'assurance maladie sociale sont compensées, les recettes non inscrites donnent lieu à compensation dans la mesure où le chiffre d'affaires a diminué de plus de 10 % par rapport au même trimestre de 2019.
Grèce	Les prestataires de soins de santé primaires, qu'ils relèvent du service public ou du privé, reçoivent un versement de 600 EUR s'ils suivent tout un module de formation en ligne.
Pays-Bas	Un paiement unique de 10 EUR par patient inscrit parmi la patientèle des cabinets de soins primaires, un supplément de 15 EUR par heure de travail supplémentaire en médecine générale.
Slovénie	Versement complémentaire entre mars et mai.
Royaume-Uni	Un niveau minimum de revenu est garanti pour tous les prestataires du NHS et des dispositifs spécifiques sont prévus pour ceux qui demandent le remboursement de dépenses exceptionnelles induites par la crise du COVID-19.

Source : OCDE (2020^[18]), *Country Policy Tracker*, <https://www.oecd.org/coronavirus/country-policy-tracker/>.

Au Danemark, les régions et l'organisation des médecins de famille ont convenu du montant des honoraires de consultation téléphonique dans le cas de patients présentant des symptômes légers, l'objectif étant d'encourager les équipes de soins primaires à prendre en charge ces patients. Au Canada, de nouveaux codes de facturation applicables à tous les médecins ont été introduits pour la rétribution des consultations virtuelles (même s'il en existait d'ores et déjà dans certains endroits – ainsi en Colombie-Britannique), mais ceux-ci varient considérablement selon les provinces et les territoires. L'Australie a allongé la liste des prestations prises en charge par la sécurité sociale (*Medicare Benefits Schedule*) afin que les médecins, le personnel infirmier, les sages-femmes et les professionnels de santé apparentés, notamment les professionnels de la santé mentale, puissent fournir des services de télésanté.

Au Royaume-Uni, un revenu minimum est garanti à tous les prestataires du NHS (calculé sur la base des dépenses mensuelles moyennes). Des dispositifs distincts leur permettent par ailleurs de demander le remboursement des surcoûts exceptionnels pouvant être considérés comme une conséquence directe de la pandémie de COVID-19. À titre d'exemple, tous peuvent demander le remboursement des dépenses réelles induites par la pandémie, notamment, et sur présentation de justificatifs, les dépenses de personnel, celles liées au recrutement de personnel temporaire en remplacement des employés malades et les surcoûts dus à l'exercice de leur activité dans le contexte épidémique (équipements de protection, désinfections, augmentation des analyses réalisées dans les laboratoires de soins aigus, services de dépistage).

Aux Pays-Bas, les médecins de famille sont désormais autorisés à demander aux personnes susceptibles d'avoir contracté le virus des honoraires au titre d'une « consultation à domicile en soins intensifs », dont le montant est de 44 EUR, au lieu de 15 le reste du temps, pour une consultation d'une durée inférieure à 20 minutes et de 77 EUR, au lieu de 25, au-delà. Ils reçoivent de plus un versement unique de 10 EUR par patient inscrit auprès de leur cabinet, auquel s'ajoutent 15 EUR par heure de consultation supplémentaire.

En Allemagne, une compensation supplémentaire est prévue pour les dépenses d'hygiène et de protection. Dans le cas des patients affiliés à l'assurance maladie privée, par exemple, un poste « hygiène » a été ajouté au barème des honoraires (14.75 EUR), qui peut être facturé une seule fois par consultation en personne et couvre toutes les dépenses d'hygiène et d'équipement.



Conclusion

La crise du COVID-19 a des effets directs et indirects sur tout un chacun, et en particulier sur les personnes souffrant de maladies chroniques. L'attention des pouvoirs publics s'est cristallisée sur les établissements hospitaliers et les stratégies de confinement, au détriment de la continuité des soins et des soins courants aux personnes présentant des problèmes de santé sous-jacents. Nombreux sont les patients n'ayant pas contracté la COVID-19 à avoir renoncé à solliciter le corps médical ou à n'avoir pu obtenir les soins qui leur étaient nécessaires pendant la première vague de l'épidémie, d'où des retards de diagnostic, des prises en charge thérapeutiques tardives ou des abandons de soins.

Un système de soins de santé primaires solide doit être en mesure de pallier ces effets indirects en période de pandémie, mais aussi de soulager la pression exercée sur l'ensemble du système de santé en dispensant des soins complets et préventifs. Du développement des services de soins primaires dépend le renforcement de la résilience des systèmes de santé aux prochaines urgences sanitaires, mais aussi la meilleure prise en compte des enjeux liés au vieillissement démographique et au poids croissant des maladies chroniques.

L'expérience acquise par les pays permet de dégager un certain nombre de solutions innovantes. Des services de santé primaires performants – organisés en équipes pluridisciplinaires avec des rôles nouveaux pour les professionnels de santé, en coordination avec les services de santé de proximité et avec l'appui des technologies numériques, encadrés par des incitations bien pensées – participent de manière essentielle à l'efficacité du système de santé.

La pandémie de COVID-19 accélère la transformation des systèmes de santé et suscite bien des innovations parmi les systèmes de soins primaires. Il faudra, pour encourager une large diffusion de ces innovations et en garantir la pérennité, une impulsion technique doublée d'une volonté managériale permettant l'adoption de textes législatifs et réglementaires et l'introduction d'incitations appropriées pour accélérer le rythme du changement. Les activités de mesure, les évaluations comparatives, la confrontation des exemples de bonnes pratiques et des enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 serviront de base à l'édification de systèmes de santé résilients.



Références

- AIHW (2020), *How has COVID-19 affected Australia's cancer screening programs?*, [25]
<https://www.aihw.gov.au/reports/cancer-screening/cancer-screening-and-covid-19-in-australia>.
- AP-HP (2020), *Covidom : une solution de télé-suivi à domicile pour les patients porteurs ou suspectés Covid-19 co-construite par l'AP-HP et Nouveal e-santé*, [48]
<https://www.nouveal.com/communiqués-de-presse/covidom-solution-tele-suivi-patients-covid-19/>.
- Appleby, J. (2020), « What is happening to non-covid deaths? », *The BMJ*, vol. 369, [33]
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1607>.
- Association italienne d'oncologie médical (2020), « Tumori: « Un milione e 400 mila screening in meno nei primi 5 mesi del 2020. Rischio diagnosi più avanzate, servono risorse per la telemedicina » », *ESMO conference*. [28]
- Australian Government Department of Health (2020), *Government eases elective surgery restrictions*, Australian Government Department of Health, [17]
<https://www.health.gov.au/news/government-eases-elective-surgery-restrictions> (consulté le 29 juin 2020).
- Avenir Santé Villejean Beauregard (2020), *Avenir Santé Villejean Beauregard- MSP Rennes Nord/Ouest*, <https://asvb-msp-rennesnordouest.fr/> (consulté le 30 juin 2020). [40]
- Ballard, M. et al. (2020), « Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response », *BMJ Global Health*, vol. 5/e002550, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002550>. [45]
- Bambra, C. et al. (2020), « The COVID-19 pandemic and health inequalities », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 74/11, pp. 964-968, <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-214401>. [9]
- BMG (2020), *Chronik zum Coronavirus SARS-CoV-2, Maßnahmen des BMG*, [20]
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html> (consulté le 29 juin 2020).
- Cancer Australia (2020), *Review of the impact of COVID-19 on medical services and procedures in Australia utilising MBS data: Skin, breast and colorectal cancers, and telehealth services*. [26]
- Centers for Disease Control and Prevention (2020), *People with Certain Medical Conditions*, [5]
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html> (consulté le 13 novembre 2020).
- Chow, N. et al. (2020), *Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019 - United States, February 12-March 28, 2020*, Department of Health and Human Services, [2]
<http://dx.doi.org/10.15585/MMWR.MM6913E2>.
- Commonwealth Fund (2020), *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Outpatient Visits: A Rebound Emerges*, Commonwealth Fund, [30]
<https://www.commonwealthfund.org/publications/2020/apr/impact-covid-19-outpatient-visits> (consulté le 29 juin 2020).
- CPTS Champigny-sur-Marne (2020), *Coronavirus : le centre de consultation médicale de* [39]



- Champigny-sur-Marne ferme ses portes*, *Actu Val-de-Marne*, https://actu.fr/ile-de-france/champigny-sur-marne_94017/coronavirus-le-centre-de-consultation-medicale-de-champigny-sur-marne-ferme-ses-portes_34079907.html (consulté le 6 juillet 2020).
- Dorn, A., R. Cooney et M. Sabin (2020), « COVID-19 exacerbating inequalities in the US », *The Lancet*, vol. 395/10232, pp. 1243-1244, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30893-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30893-x). [11]
- Drefahl, S. et al. (2020), « Socio-demographic risk factors of COVID-19 deaths in Sweden: A nationwide register study », *Stockholm Research Reports in Demography. Preprint*, <http://dx.doi.org/10.17045/sthlmuni.12420347.v3>. [15]
- EHRN (2020), *Delayed Cancer Screenings – Epic Health Research Network*, <https://ehrn.org/delays-in-preventive-cancer-screenings-during-covid-19-pandemic/> (consulté le 29 juin 2020). [24]
- Finkel, S., F. Séguret et C. Meunier (2020), *Estimation de l'impact à M7 de l'épidémie de COVID-19 sur l'activité Hors Covid en France*, <https://www.fhf.fr/Finances-FHF-Data/FHF-Data/>. [19]
- Gouvernement écossais (2020), *Health screening programmes paused*, <https://www.gov.scot/news/health-screening-programmes-paused/> (consulté le 29 juin 2020). [23]
- Guthrie, B. et al. (2012), « Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study », *The Lancet*, vol. 380, pp. 37-43, <http://dx.doi.org/10.1016/S0140>. [7]
- Haines, A. et al. (2020), « National UK programme of community health workers for COVID-19 response », *The Lancet*, vol. 395, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30735-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30735-2). [46]
- Ipsos (2020), *Maladies chroniques et confinement : à quel point les patients ont-ils renoncé à se soigner ?*, <https://www.ipsos.com/fr-fr/maladies-chroniques-et-confinement-quel-point-les-patients-ont-ils-renonce-se-soigner> (consulté le 30 juin 2020). [32]
- Lai, A. et al. (2020), « Estimating excess mortality in people with cancer and multimorbidity in the COVID-19 emergency », vol. 15/11, p. 16, <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.34254.82242>. [22]
- Mogi, R., G. Kato et S. Annaka (2020), *Socioeconomic inequality and COVID-19 prevalence across municipalities in Catalonia, Spain*, <https://doi.org/10.31235/osf.io/5jgzy> (consulté le 6 juillet 2020). [13]
- Moynihan, R. et al. (2020), « Pandemic impacts on healthcare utilisation: a systematic review », *medRxiv*, p. 2020.10.26.20219352, <http://dx.doi.org/10.1101/2020.10.26.20219352>. [21]
- NHS Digital (2020), *Appointments in General Practice – March 2020*, <https://www.gov.uk/government/statistics/appointments-in-general-practice-march-2020>. [35]
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2020), *COVID-19 Health system response Monitor*. [38]
- OCDE (2020), *A systemic resilience approach to dealing with Covid-19 and future shocks*, *New Approaches to Economic Challenges (NAEC)*. [49]
- OCDE (2020), *Beyond containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/6ab740c0-en>. [43]
- OCDE (2020), *Country Policy Tracker*, <https://www.oecd.org/coronavirus/country-policy-tracker/> [18]



(consulté le 6 juillet 2020).

- OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>. [37]
- OCDE (2019), *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>. [6]
- OCDE (2017), *Déclaration ministérielle : la prochaine génération des réformes de la santé*, OCDE, Paris, <https://www.oecd.org/fr/sante/declaration-ministerielle-2017.pdf>. [16]
- Office for National Statistics (2020), *Coronavirus (COVID-19) roundup, 1 to 5 June 2020*, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronaviruscovid19roundup1to5june2020/2020-06-05> (consulté le 30 juin 2020). [4]
- Onder, G., G. Rezza et S. Brusaferro (2020), *Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy*, American Medical Association, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.4683>. [3]
- Papon, S. et Robert-Bobée (2020), *Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020 INSEE 198*. [14]
- Peretz, P., N. Islam et L. Matiz (2020), « Community Health Workers and Covid-19 — Addressing Social », *The New England Journal of Medicine*, vol. 383/19, <http://dx.doi.org/DOI:10.1056/NEJMp2022641>. [47]
- Péricas, J. et al. (2020), « Hospital at home for the management of COVID-19: preliminary experience with 63 patients », *Infection*, pp. 1-6, <http://dx.doi.org/10.1007/s15010-020-01527-z>. [41]
- PGEU (2020), *PGEU overview of the expansion of community pharmacy services/activities in relation to COVID-19*, PGEU. [44]
- Platt, L. et R. Warwick (2020), *Are some ethnic groups more vulnerable to COVID-19 than others?*, <http://www.nuffieldfoundation.org>. (consulté le 2 juillet 2020). [12]
- Power, M. et al. (2020), « How COVID-19 has exposed inequalities in the UK food system: The case of UK food and poverty », *Emerald Open Research*, vol. 2, p. 11, <http://dx.doi.org/10.35241/emeraldopenres.13539.2>. [8]
- Santi, P. et E. Pineau (2020), *Les inquiétants effets sanitaires collatéraux du coronavirus*, Le Monde, https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/07/13/diagnostics-prise-en-charge-traitements-le-coronavirus-a-des-effets-sanitaires-collateraux-tres-larges_6046098_1650684.html. [27]
- Schers, H. et al. (2020), *The COVID-19 pandemic in the Netherlands: Impact on primary care*, <https://www.who.int/classifications/icd/en/> (consulté le 29 juin 2020). [31]
- The Lancet (2020), *Redefining vulnerability in the era of COVID-19*, Lancet Publishing Group, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30757-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30757-1). [10]
- UCLPartners (2020), *DATA-CAN: Health Data Research Hub for Cancer*, UCLPartners, <https://uclpartners.com/work/data-can-health-data-research-hub-cancer/> (consulté le 30 juin 2020). [29]



- Weiner, S. (2020), *Interest in hospital-at-home programs explodes during COVID-19*, [42]
<https://www.aamc.org/news-insights/interest-hospital-home-programs-explodes-during-covid-19> (consulté le 17 November 2020).
- Wong, L. et al. (2020), *Where Are All the Patients? Addressing Covid-19 Fear to Encourage Sick Patients to Seek Emergency Care*, [34]
<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0193> (consulté le 29 juin 2020).
- Zhang, J. et al. (2020), « Risk factors for disease severity, unimprovement, and mortality in COVID-19 patients in Wuhan, China », *Clinical Microbiology and Infection*, vol. 26/6, pp. 767-772, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2020.04.012>. [1]
- ZI Zentralinstitut für die kassenartige Versorgung in Deutschland (2020), *COVID-19-Krise: Ambulanter Schutzwall hat funktioniert*, [36]
<https://www.zi.de/presse/presseinformationen/27-juli-2020/>.

Contacts

Stefano SCARPETTA (✉ stefano.scarpetta@oecd.org)

Mark PEARSON (✉ mark.pearson@oecd.org)

Francesca COLOMBO (✉ francesca.colombo@oecd.org)

Frederico GUANAIS (✉ frederico.guanais@oecd.org)

Caroline BERCHET (✉ caroline.berchet@oecd.org)

Michael VAN DEN BERG (✉ michael.vandenberg@oecd.org)

Candan KENDIR (✉ candan.kendir@oecd.org)

Katherine DE BIENASSIS (✉ katherine.debienassis@oecd.org)

Ce document est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions qui y sont exprimées et les arguments qui y sont employés ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes <http://www.oecd.org/termsandconditions>.

