



LES SOINS PRIMAIRES FACE À LA COVID-19 : UNE COMPARAISON BELGIQUE, FRANCE, QUÉBEC ET SUISSE

[Yann Bourgueil](#), [Mylaine Breton](#), [Christine Cohidon](#), [Catherine Hudon](#), [Nicolas Senn](#),
[Thérèse Van Durme](#), [Le groupe francophone des soins primaires](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2022/0 Prépublication | pages 1g à 5

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.pr1.0007

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-0-page-1g.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les soins primaires face à la Covid-19 : une comparaison Belgique, France, Québec et Suisse

The Primary Care System and Covid-19: a comparative analysis between Belgium, France, Quebec and Swiss

Yann Bourgueil^{1,6}, Mylaine Breton², Christine Cohidon³, Catherine Hudon^{2,4}, Nicolas Senn³, Thérèse Van Durme⁵, et le groupe francophone des soins primaires

➡ Résumé

Introduction : Face à la COVID-19, la plupart des pays ont d'abord réagi en associant des mesures de confinement de la population à un renforcement des soins aigus. Les soins primaires ont ensuite été mobilisés de façon variable et plus ou moins coordonnée.

But de l'étude : Comparer l'implication des soins primaires dans la gestion de la pandémie de COVID pour en dégager des enseignements sur les orientations futures à donner aux systèmes sanitaires.

Résultats : La mobilisation des acteurs de soins primaires a été importante, hétérogène et variait selon l'existence de dynamiques d'organisations locales préexistantes en équipes, à l'échelon territorial ou dans un cadre plus régulé comme au Québec. La spécialisation de centres COVID était soit systématique, « cliniques chaudes » au Québec, soit à l'initiative des acteurs locaux plus ou moins soutenus par les autorités de santé. La téléconsultation, largement dominée par l'usage du téléphone, a pu être mise en place partout, généralement soutenue par une tarification souple et adaptée. La réalisation des tests diagnostiques comme la vaccination par de nouveaux professionnels, dans un cadre juridique, financier, et de formation simple, est un axe d'amélioration majeur à approfondir. Les systèmes d'information pour évaluer les besoins locaux ont été partout insuffisants.

Conclusion : La définition des modalités de gouvernance des soins primaires et, notamment, l'articulation des professionnels avec les opérateurs de l'action publique en santé dans les quatre pays étudiés constitue un enjeu d'amélioration prioritaire à l'échelon local comme à l'échelon national.

Mots-clés : Soins primaires ; COVID ; Recherche sur les Services de Santé.

➡ Abstract

Introduction: Facing COVID-19, most of health care system first responded with the confinement of the population and an increase of intensive care resources. Primary care was then mobilized variably and more or less coordinated.

Purpose of research: Comparing the involvement of primary care in four francophone regions with similar primary care to draw lessons for reforms directions in light of the COVID experience.

Results: Mobilization of primary care actors was important, heterogeneous and linked to local context and previous dynamics at the territorial level or the practice level except in Quebec where primary care is governed by health authorities. The creation of COVID centers was systematic as "warm practices" in Quebec or left to the initiative of local stakeholders more or less supported by health authorities. Teleconsultation, largely dominated by the use of the telephone, was implemented everywhere, generally supported by flexible and adapted pricing. The performance of diagnostic tests such as vaccination by new professionals within a legal, financial and simple training framework is a major area for improvement. Information systems to assess local needs were insufficient everywhere.

Conclusion: The definition of primary care governance methods and, in particular, the link between professionals and public health operators in the four areas studied is a priority area for improvement at both local and national levels.

Keywords: Primary care; COVID; Health services research.

¹ Mission RESPIRE, EHESP-CNAMTS-IRDES – EA MOS 7348 EHESP – La Plaine Saint-Denis – France.

² Université de Sherbrooke – Québec – Canada.

³ Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Université de Lausanne – Suisse.

⁴ Réseau 1 Québec – Canada.

⁵ Institut de Recherche Santé et société, UCLouvain – Belgique.

⁶ IRDES – Paris – France.

Introduction

La pandémie de COVID a brutalement impacté les systèmes de santé dont les modalités de réponse ont varié en fonction de nombreux facteurs : préparation au risque épidémique, gouvernance centralisée ou non, organisation et modalités de régulation du système de santé. Face à l'évolution rapide de l'épidémie et confrontés aux manques de moyens de protection et de tests diagnostiques, la plupart des pays ont d'abord réagi en associant des mesures de confinement de la population à un renforcement des soins aigus hospitaliers. Graduellement, les secteurs des soins primaires ont été mobilisés pour participer au diagnostic des patients COVID, aux soins des personnes moins atteintes, au suivi au long cours des complications et aux campagnes de vaccination, tout en assurant l'accès et la continuité des soins pour tous [1, 2].

Notre réflexion s'inscrivait dans le cadre du groupement francophone des soins primaires (GFSP, www.gfisp.org),

constitué en 2020, pour mener des collaborations de recherche sur les transformations en cours du secteur des soins primaires. L'objectif était de comparer l'implication des soins primaires dans la réponse à la COVID dans quatre régions francophones (provinces ou pays) dont sont issus les membres fondateurs (France, Québec (Canada), Vaud (Suisse) et Wallonie et Bruxelles (Belgique)) pour en dégager des enseignements transposables sur les orientations générales des réformes en cours. Outre la langue, ces systèmes de santé partagent des caractéristiques communes (tableau I), comme la coexistence d'un financement principalement public des dépenses de santé et un secteur de soins primaires de type professionnel non hiérarchisé [3], composé principalement d'acteurs indépendants et financés à l'acte, plus ou moins régulé. Ils ont engagé des processus de réformes similaires (inscription auprès du médecin généraliste, alternatives au paiement à l'acte, soutien à l'exercice en équipe, promotion de l'organisation territoriale, etc.) dont l'étude comparée est propre à soutenir ces transformations.

Tableau I : Caractéristiques des systèmes de soins primaires

	Québec	Belgique/partie francophone (Bruxelles & Wallonie)	Suisse/Canton VAUD	France
Population hbts	8,3 M	11,4 M / (1,2 M & 3,6 M)	8,6 M/800 000	67 M
Gouvernance des soins primaires	Centralisée et régionalisée (16 régions)	En partie décentralisée et en partie régionalisée 3 régions	Responsabilité fédérale et cantonales (26)	Centralisée et régionalisée (17 régions)
Part de la population inscrite auprès d'un MG (liste de patients)	85 %	67,5 % ont un Dossier Médical Global auprès d'un MG	Non obligatoire mais prévue par certains modèles d'assurances (50 %)	92 %
Mode de rémunération	À l'acte dominant + forfait pour MG Salaire pour autres professions	À l'acte dominant Forfait : certains soins d'hygiène infirmiers, trajet de soins maladies chroniques et en maisons médicales	Paieement à l'acte et au temps	À l'acte dominant + forfait pour MG (13 %) À l'acte pour autres professions Paieement structures professionnelles
Mode d'exercice en soins primaires	Majoritaire en Groupe de Médecine de Famille (GMF)	Majoritaire en pratique mono-professionnelle Pluriprofessionnel croissant	Solo (50 %) ou groupes professionnels. Expériences pilotes (pas d'activités infirmières)	Majoritaire en pratique mono-professionnelle Pluriprofessionnel croissant (MSP, CDS)
Organisation territoriale en soins primaires	Pas d'organisation territoriale des GMF	Pas de responsabilité territoriale claire, sauf les gardes de médecine générale et de pharmacie. Les maisons médicales également (4 % de la pop.)	Non (organisation cantonale pour la garde médicale)	Incitation à l'organisation territoriale

Méthode

La mobilisation et le rôle des soins primaires dans chaque pays, cantons ou provinces francophones ont été analysés et comparés à partir de quatre monographies publiées en ligne [4-7]. Pour comparer les résultats, nous avons utilisé le cadre d'analyse des épidémies de Farmer [8]. Selon cet auteur, l'efficacité des systèmes de soins primaires en cas d'épidémie repose sur cinq ressources principales : une organisation des actions inscrite dans une logique territoriale (*Space*) ; des professionnels disponibles, compétents (*Staff*) et disposant de financements, médicaments et matériels suffisants (*Stuff*), un système d'action bénéficiant d'une gouvernance et de systèmes d'informations appropriés (*Systems*) ainsi qu'un système de surveillance dynamique (*Surveillance*). Selon Bitton [9], qui a testé ce modèle dans les pays à faibles revenus, ces ressources sont indispensables pour l'atteinte des six fonctions d'une première ligne robuste décrites par l'article séminale de Starfield [10]. Premier contact dans la communauté, continuité, coordination des soins, approche globale du patient et centrée sur ses objectifs de vie : les six auteurs, experts de chaque pays, ont analysé collectivement ces 5 dimensions détaillées dans chaque monographie [4-7], afin d'identifier les thématiques les plus riches pour une comparaison.

Résultats

Quatre axes thématiques se dégagent de l'analyse transversale : l'investissement et la mobilisation des acteurs de soins primaires, l'adaptation de l'accès aux soins face à la COVID, la téléconsultation et l'organisation du diagnostic.

L'investissement et la mobilisation initiale des acteurs de soins primaire a varié selon les pays. En Suisse, dans le canton de Vaud, les médecins généralistes se sont mobilisés de façon hétérogène et au cas par cas, sans ligne directrice organisationnelle de la part des instances de santé publique. Environ deux tiers des cabinets se sont organisés pour accueillir et diagnostiquer des malades COVID, d'autres n'ont pas du tout développé cette activité et ont référé leurs patients vers des centres dédiés [11]. En France, 70,9 % des médecins généralistes ont adapté leurs pratiques, notamment par la téléconsultation (66,5 %) par téléphone. Ces adaptations variaient selon les modalités d'exercice, en groupe ou solo, et ont ainsi limité la baisse

d'activité des MG à 20 % au lieu de 30 % sur la période [12, 13]. L'existence de dynamiques territoriales préexistantes et le besoin de mutualiser des ressources rares a souvent conduit au développement local d'actions concertées type centres covid. En Belgique, la mobilisation a été variable et liée à la présence ou non d'accords de collaboration interprofessionnels et inter organisationnels antérieurs [14]. Au Québec, l'organisation de la réponse des soins primaires a été pilotée par l'administration régionale, avec des obligations collectives aux professionnels salariés des Groupes de Médecins de Famille pour participer dans certains lieux de soins.

Concernant l'adaptation de l'accès aux soins, le Québec a structuré d'emblée les lieux de consultation en cliniques « chaudes », dédiées à l'accueil des patients ayant des symptômes suspects de covid, et en cliniques « froides », dédiées aux patients a priori non-covid. L'accès à ces lieux de consultation a fait l'objet d'une régulation territoriale téléphonique, en amont, par des centres d'appels régionaux. L'accès aux soins primaires a été modifié afin que les cliniques « froides » offrent des services aux patients des médecins de famille affectés aux cliniques « chaudes ». Dans les trois autres pays, cette organisation n'a pas été systématique. Ainsi, en France, certains centres COVID ont été développés à l'initiative des acteurs locaux (professionnels, élus), parfois soutenus par les agences régionales de santé, mais le plus souvent, les professionnels et les équipes se sont organisés pour accueillir dans leurs cabinets les patients à risque de COVID et les autres (salles d'attentes dédiées ; plages de consultation différentes...). La Belgique a opté pour une orientation des personnes présentant des symptômes ou ayant eu un contact à risque, après appel au médecin généraliste, vers des centres de test. Les médecins généralistes se sont très largement mobilisés dans ces centres. En Suisse, un système mixte (et variable selon les cantons) a été mis en place, avec des centres dédiés hospitaliers et des organisations locales, reposant sur la volonté des cabinets de médecine de famille de participer, après aménagement des locaux afin de séparer les flux de patients. Pour ce qui concerne la prise en charge des autres patients, une période de quatre semaines de restriction aux activités urgentes a été demandée aux cabinets par la santé publique au début de la quatrième vague.

La téléconsultation, moyen d'assurer la continuité des soins, a pu être mise en place partout, généralement soutenue par une tarification souple et adaptée. Par exemple, en France comme au Québec, l'assurance maladie a assuré la prise en charge intégrale des téléconsultations sur la même base qu'une consultation en présentiel, quelle que soit la solution technique adoptée (messagerie

sécurisée ou non, par téléphone ou visio). La télémédecine était remboursée dans tous les pays pour les médecins généralistes, les infirmières, les sage-femmes et les kinésithérapeutes. En France et en Suisse, les professionnels ont développé les appels proactifs, des patients identifiés comme fragiles, ainsi que le suivi à distance, pour les patients covid positifs en isolement à domicile. Par opposition, les initiatives de contacter les personnes vulnérables de manière proactive ont été assez anecdotiques en Belgique. L'usage du téléphone a été largement majoritaire dans tous les pays [14]. À noter enfin, qu'en Suisse, il semble que les téléconsultations ont peu perduré après la première vague [11].

La réalisation des tests diagnostiques par les soins primaires a été très variable, avec des pratiques différentes selon les acteurs professionnels autorisés à les pratiquer, les modalités de prise en charge financière ainsi que les contraintes d'analyse. Au Québec, la capacité de réalisation de tests diagnostiques quotidiens a évolué au fil du temps, en décentralisant les laboratoires d'analyse et en autorisant plus de professionnels à réaliser des prélèvements. Au cours de l'été 2020, le Québec a autorisé les dentistes, les physiothérapeutes, les hygiénistes dentaires et les nutritionnistes, qui travaillent dans un établissement de santé, à réaliser les prélèvements nécessaires au test de dépistage de la COVID en plus des médecins, des infirmières et des inhalothérapeutes, seuls autorisés au début de l'épidémie. En France, d'autres professionnels (pompiers, étudiants en santé, aides-soignants) ont également été autorisés à réaliser ces tests. L'arrivée des tests antigéniques avec résultats rapides a permis aux pharmaciens d'officine de développer ces derniers de façon massive. En revanche, en Belgique, les prélèvements n'étaient confiés qu'à des infirmiers. La difficulté de confier certains actes à des non-médecins se retrouve également dans d'autres domaines, tels que la vaccination, et a fait l'objet de nombreux débats (France, Belgique...). En Suisse, les aspects financiers (remboursement du test, possibilité d'y associer une consultation ou pas) ont influencé l'implication des médecins de famille (selon qu'ils trouvaient le tarif suffisant ou pas) et l'adhésion des patients à la stratégie générale de test [11].

Discussion

Dans les territoires francophones analysés, la faible sollicitation des soins primaires au début de la gestion de la

pandémie par les autorités sanitaires (hormis au Québec) reflète une faible interaction entre les acteurs des soins primaires et les acteurs de la santé publique [15] qui ont mobilisé davantage les acteurs hospitaliers. Ce manque d'interaction peut s'expliquer par un manque d'acteurs dans le domaine de la santé publique, un fonctionnement parfois très libéral des soins primaires et l'absence d'un processus de décision clair dans le secteur des soins primaires en situation de crise. Les processus de structuration territoriale ou à partir d'équipes pluri-professionnelles (Maisons de santé, Centres de santé, Groupes de médecine de famille), en cours dans plusieurs pays (Québec, France et nord de la Belgique), paraissent pertinents et à amplifier, tant l'importance des collaborations préexistantes à l'échelon local semble constituer un facteur d'adaptation à la situation de crise. Cet échelon territorial local défini et opérationnel dans les modèles de type normatif hiérarchisé [3], comme en Espagne, Finlande et Suède, paraît plus à même de coordonner les services de santé dans une logique populationnelle proactive [16].

L'adaptation rapide du partage des rôles entre professionnels apparaît comme un atout pour répondre aux besoins des populations. Mais elle peut constituer un frein si elle accroît la charge administrative et si elle n'est pas prise en compte sur les plans juridique, financier et sur celui de la formation. Enfin, il semble également que le repérage des patients vulnérables et le maintien de la continuité des soins pourraient être renforcés par des systèmes d'information locaux. Ils permettraient d'allouer les ressources humaines et matérielles, en fonction des besoins des populations locales.

Enfin, relevons les forces et faiblesses de cette étude. Les auteurs sont des chercheurs issus de différentes disciplines, ayant une connaissance académique et/ou professionnelle approfondie des soins primaires dans leur propre système de santé, et qui ont mené des travaux de recherche lors de l'épidémie, ce qui leur confère une bonne expertise sur le sujet. De plus, le choix de la grille de Farmer pour réaliser chaque monographie, qui est le matériau source de cet article, a potentialisé le travail de synthèse lors des multiples réunions des auteurs. En revanche, notons le manque de données quantitatives robustes en soins primaires pour étayer nos résultats, constat déjà fait par le panel d'experts [17] de la communauté européenne. Cet article se limite à la première phase de la pandémie et ne fait pas état des progrès qui ont suivi. Enfin, l'analyse comparative est limitée à quatre pays francophones qui ne représentent pas l'ensemble des pays occidentaux et, *a fortiori*, les systèmes de soins primaires plus structurés dont les adaptations selon le cadre de Farmer restent à documenter.

Conclusion

Le risque infectieux, qui se rappelle à tous avec la pandémie de COVID va continuer à solliciter fortement les systèmes de santé. Avec la pandémie, la dimension collective de la maladie s'impose aux divers secteurs du système de santé et nécessite que ces derniers collaborent de façon complémentaire, chacun des secteurs n'ayant pas son utilité au même moment de l'épidémie ou pour les mêmes raisons. La comparaison des quatre pays/province de notre étude révèle le besoin d'y structurer l'offre de soins primaires et que les acteurs des soins primaires eux-mêmes s'y engagent. Pour cela, la responsabilité populationnelle des soins primaires doit être reconnue par les autorités sanitaires ainsi que les professionnels de soins primaires, et se concrétiser par la définition des moyens et des processus de décision et d'action efficaces, à l'échelon local comme à l'échelon central.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, van Weel C. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *Eur J Gen Pract.* 2020;26:129-33. doi: 10.1080/13814788.2020.1820479.
2. Park S, Elliott J, Berlin A, Hamer-Hunt J, Haines A. Strengthening the UK primary care response to COVID-19. *BMJ.* Sep 2020;25:370.
3. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la santé (IRDES).* 2009;141.
4. Bourgueil Y, Falcoff H, Ramond-Roquin A, Savigneau G, Bouchez T. La première vague de COVID-19 en France et les soins primaires. *Rev Med Suisse.* 2020;16(713):2123-6. Available from: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-713/la-premiere-vague-de-covid-19-en-france-et-les-soins-primaires>.
5. Breton M, Hudon C. La première vague de COVID-19 au Québec et les soins primaires. *Rev Med Suisse.* 2020;16(713):2131-4. Available from: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-713/la-premiere-vague-de-covid-19-au-quebec-et-les-soins-primaires>].
6. Cohidon C, Senn N. La première vague de COVID-19 en Suisse et les soins primaires. *Rev Med Suisse.* 2020;16(713):2127-30. Available from: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-713/la-premiere-vague-de-covid-19-en-suisse-et-les-soins-primaires>.
7. Jamart H, Van Maele L, Ferguson M, Drielsma P, Macq J, Van Durme T. La première vague de Covid-19 en Belgique et les soins primaires. *Rev Med Suisse.* 2020;16(713):2119-22. Available from: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-713/la-premiere-vague-de-covid-19-en-belgique-et-les-soins-primaires>.
8. Farmer P. Diary: Ebola. *London Review of Books.* 2014;36(20).
9. Bitton A, Veillard JH, Basu L, Ratcliffe HL, Schwarz D, Hirschhorn LR. The 5S-5M-5C schematic: transforming primary care inputs to outcomes in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health.* 2018;3(Suppl 3):e001020.
10. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet.* 1994;344(8930):1129-33.
11. Cohidon C, El Hakmaoui F, Senn N. Étude Covid-CAB. Gestion de la crise liée à l'épidémie de COVID-19 en médecine de premier recours dans le canton de Vaud. Lausanne : Unisanté (Suisse) ; mars 2021 : 39 p.
12. Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J, Gilbert S, Frappé P, Schuers M, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. *BMJ open.* 2020;10(12):e042119.
13. L'Assurance Maladie. Communiqué des dépenses fin mars 2020. Available from: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Communique_des_depenses_Fin_mars_2020_03.pdf.
14. Van Durme T, Macq J. La résilience de la première ligne wallonne. Une étude qualitative menée au cours de la première vague de la COVID-19 (avril à septembre 2020). Brussels: Be.Hive, Interdisciplinary Chair of Primary Care; 2021.
15. Levesque J-F, Breton M, Senn N, Levesque P, Bergeron P, Roy DA. The Interaction of Public Health and Primary Care: Functional Roles and Organizational Models that Bridge Individual and Population Perspectives. *Public Health Rev.* 2013;35(1):14.
16. World Health Organization. Creating 21st century primary care in Flanders and beyond. 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325529/9789289054164-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
17. Kringos D, Nuti S, Anastasy C, Barry M, Murauskienė L, Siciliani L, et al. Re-thinking performance assessment for primary care: Opinion of the expert panel on effective ways of investing in health. *Eur J Gen Pract.* 2019;25(1):55-61.