Revue francophone sur la santé et les territoires

3 | 2021
Pandémie, crises et perspectives : lectures territoriales de la Covid-19

La construction d'une organisation territoriale des acteurs de soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 : apports d'une étude de cas à l'échelle d'un canton

Cécile Fournier et Pascal Clerc

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/rfst/869
DOI : 10.4000/rfst.869
ISSN : 2492-3672

Traduction(s) :
The construction of a territorial organization of primary care stakeholders facing the covid-19 epidemic: contributions of a case study at the canton level - URL : https://journals.openedition.org/rfst/874 [en]

Éditeur
Espaces et SOciétés (UMR 6590)

Référence électronique
Cécile Fournier et Pascal Clerc, « La construction d'une organisation territoriale des acteurs de soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 : apports d'une étude de cas à l'échelle d'un canton », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], 3 | 2021, mis en ligne le 11 mars 2021, consulté le 19 mars 2026. URL : http://journals.openedition.org/rfst/869 ; DOI : https://doi.org/10.4000/rfst.869

Ce document a été généré automatiquement le 19 mars 2026.

Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-SA 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont susceptibles d'être soumis à des autorisations d'usage spécifiques.

La construction d'une organisation territoriale des acteurs de soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 : apports d'une étude de cas à l'échelle d'un canton

Cécile Fournier et Pascal Clerc

Nous remercions les personnes rencontrées en entretien qui ont accepté de partager leur temps et leur expérience dans cette situation inédite, ainsi que Noémie Morize, Véronique Lucas-Gabrielli et les relecteurs de la RFST pour leurs commentaires constructifs sur une version préliminaire du texte. Cette enquête a été conduite dans le cadre de projets pilotés par l'Irdes, avec un financement de l'Assurance maladie et du Ministère de la santé.

1 Les soins primaires, souvent définis comme la fonction et le lieu du premier contact des individus avec le système de santé (OMS 1978 et 1998 ; Bourgueil, 2010), sont assurés en France par des professionnels de santé en majorité libéraux, exerçant leur activité dans un cadre faiblement régulé (Baszanger et Bungener, 2002 ; Hassenteufel et al, 2020).

2 Pendant le premier confinement visant à ralentir l'épidémie de Covid-19, du 17 mars au 11 mai 2020, contrairement aux acteurs hospitaliers qui ont été au centre de toutes les attentions (Bergeron et al, 2020), les professionnels de santé libéraux ont été peu mobilisés par les pouvoirs publics. Ils ont été incités à délivrer uniquement les soins urgents ne pouvant être reportés, et à orienter les patients suspects de Covid-19 vers les centres de régulation rattachés aux hôpitaux. La grande majorité des médecins généralistes a continué à exercer en activité réduite (Monziols et al, 2020), les infirmières ont conservé leur activité à domicile, tandis que la plupart des autres paramédicaux, enjoints à fermer leurs cabinets, ont dû suspendre leur activité (Bourgueil et al, 2020). Cependant, dans certains territoires, notamment là où se trouvent des structures pluriprofessionnelles (maisons de santé libérales ou centres de santé salariés) (Saint-Lary et al, 2020)[1], des acteurs des soins primaires se sont

concertés et organisés autour d'une approche systémique et populationnelle de la situation.

3 On assiste en effet depuis quelques dizaines d'années à un renforcement de l'organisation des soins primaires, en réponse à la fois aux besoins de la population (accroissement des maladies chroniques et polypathologies, accroissement des inégalités sociales de santé et souhait d'être soigné en ambulatoire), à la démographie décroissante des professionnels, ou encore à la fragmentation de l'offre de soins et de prévention qui appelle une meilleure coordination des prises en charge (Douguet et al, 2016 ; Hassenteufel et al, 2020). Au cours de la dernière décennie, avec le soutien des pouvoirs publics, des professionnels libéraux de soins primaires se sont engagés dans le développement de nouvelles organisations, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui contractualisent de manière souple avec l'Etat, et favorisent une concertation territoriale (Fournier, 2014 ; Vézinat et Schweyer, 2019 ; Vézinat, 2019). Plus récemment, des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été inscrites dans la loi Santé de 2016 et dans le plan "Ma santé 2022". Ces organisations, créées à l'initiative des acteurs de santé d'un territoire (professionnels de ville libéraux ou salariés, établissements de santé, acteurs de prévention ou de promotion de la santé, établissements et services médico-sociaux et sociaux...), visent à leur permettre de se coordonner autour d'un projet de santé pour répondre à une ou plusieurs problématiques qu'ils identifient sur le territoire qu'ils ont eux-mêmes défini. Ces organisations prennent également appui sur des dispositifs de concertation créés par les politiques de la ville (Atelier santé ville (ASV), Contrat local de santé (CLS)...) (Loncle, 2009, Lucas-Gabrielli, 2013). La France connaît ainsi une dynamique complexe de territorialisation sanitaire et de décentralisation, avec une « montée en puissance du « local » comme espace d'action » (Eliot et al, 2017), qui s'incarne de manière singulière dans chaque territoire et qu'il importe de décrire pour mieux en comprendre les ressorts et les potentialités.

4 Dans un contexte marqué par une absence de régulation des soins primaires au début de l'épidémie, comment une réponse mobilisant des professionnels de santé libéraux se construit-elle, et dans quelle mesure cette construction prend-elle appui sur un système d'action territorial préexistant, lui-même en construction ?

5 Nous considérons ici le territoire comme un système complexe, renvoyant non seulement à un périmètre géographique et administratif, mais aussi à un espace socialement construit par des acteurs (habitants, professionnels et usagers du système de santé), des institutions et des politiques (Fleuret, 2015 et 2017), autrement dit comme « le produit des systèmes de représentations des acteurs ainsi que de leurs interactions » (Moine, 2006). Nous nous intéressons ici à la manière dont il est défini et construit « par le bas », à une échelle qui a du sens pour les acteurs des soins primaires concernés, dans une configuration d'acteurs dynamique dont nous retraçons l'histoire.

6 Notre étude porte sur un territoire centré sur deux communes (Les Mureaux et Meulan-les-Mureaux), et plus largement sur un canton, qui connaît depuis une dizaine d'années une restructuration des soins primaires ayant conduit fin 2017 à l'ouverture d'une MSP sur la commune des Mureaux, et en février 2020 à la création d'une CPTS à l'échelle du canton des Mureaux (Clerc et Certain, 2020) et des communes environnantes. Sur ce territoire fortement touché par l'épidémie de Covid-19, les professionnels de santé et les institutions se sont organisés pour répondre à deux défis : proposer un centre Covid dédié à l'accueil des malades, avec une attention particulière aux populations fragiles,

et organiser le suivi du reste de la population, tout en s'articulant avec d'autres acteurs du territoire. Nous cherchons ainsi à comprendre comment l'histoire des relations entre les acteurs a permis cette réponse, et les enjeux que soulève cette expérience.

7 Pour cela, nous nous appuyons sur une étude de cas, reposant sur une méthodologie qualitative décrite dans l'encadré ci-contre, mêlant observation participante par un médecin chercheur et réalisation par une sociologue d'entretiens avec les principaux acteurs impliqués dans les organisations étudiées. L'analyse est le fruit d'un dialogue entre les deux chercheurs à partir des matériaux collectés.

Méthode :

L'étude de cas menée à l'échelle du territoire du canton est nourrie des échanges entre un médecin généraliste chercheur formé aux sciences sociales, engagé dans l'organisation des soins primaires et conduisant une observation participante de la gestion de la crise liée à la Covid, et une sociologue menant des recherches sur l'organisation des soins primaires, notamment une étude de cas comparative sur les organisations mises en place par plusieurs territoires de soins primaires face à la Covid-19 en France[2].

Dès le début de l'épidémie (fin février 2020), le premier auteur a ouvert, avec ses collègues de la CPTS et de la MSP, un journal de terrain de l'organisation, renseignant quotidiennement les problématiques identifiées, le travail réalisé, les personnes impliquées dans les réponses et le temps de travail correspondant. Une base de données cliniques et épidémiologiques des patients du Centre COVID a également été constituée. L'objectif de ces recueils étaient de pouvoir mener des recherches pour valoriser et analyser le travail réalisé.

La seconde auteure, sollicitée par le premier, a saisi l'opportunité d'une étude de cas sur ce territoire déjà étudié dans une recherche précédente (Fournier, 2015). Introduite par le premier auteur auprès des acteurs participant à l'organisation des soins primaires face à la Covid-19, elle les a contactés par mail et a réalisé 30 entretiens individuels semi-directifs avec 21 d'entre eux entre mars et septembre 2020 – des entretiens d'une à trois heures, en visioconférence ou par téléphone. Parmi les acteurs rencontrés figurent 13 professionnels de santé libéraux (8 médecins généralistes, une infirmière, un psychologue, 2 pharmaciens et un biologiste, installés aux Mureaux (8) ou à Meulan-en-Yvelines (4)), dont 7 faisant partie de la MSP des Mureaux, auxquels s'ajoutent une secrétaire et la coordinatrice de cette MSP. Figurent aussi 3 professionnels hospitaliers (la directrice et un médecin responsable de l'hygiène et de la gestion des risques du même hôpital, et un médecin de santé publique d'un autre hôpital du Groupement hospitalier de territoire (GHT)). Enfin, nous avons interrogé des professionnels de la municipalité des Mureaux (la coordinatrice du CLS), du secteur médico-social (la déléguée générale de l'association qui fédère les services d'accompagnement, d'aide et de soins à domicile), ainsi que la coordinatrice de la permanence des soins à l'échelle du département, qui est aussi coordinatrice de la CPTS. Tous ces acteurs font partie de la CPTS en cours de structuration sur le territoire du Val de Seine, qui a reçu en 2020 des premiers crédits d'amorçage. Les entretiens ont porté sur

l'organisation du travail avant et pendant l'épidémie, le vécu de la crise sanitaire, les relations avec les patients et les collègues. Certains entretiens ont été répétés pour saisir l'évolution des enjeux et des pratiques au fil du temps. Des représentants de la délégation territoriale de l'Agence régionale de santé (ARS) et de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM), également sollicités, ont répondu qu'ils ne pouvaient donner suite dans cette période d'activité intense.

Tous les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement audio, avec l'accord des enquêtés, et ont été retranscrits intégralement.

Les matériaux qualitatifs et quantitatifs recueillis ont tout d'abord été articulés en vue d'une analyse descriptive chronologique des pratiques des acteurs impliqués dans l'organisation des soins primaires (enjeux identifiés, actions, organisations, dispositifs et outils mis en place, ressources mobilisées), ainsi que des interactions entre différents groupes professionnels, équipes, institutions et secteurs, y compris l'hôpital et le secteur médico-social. Puis nous avons mené une analyse compréhensive de ce que les organisations existantes avaient permis dans cette période épidémique, et comment leurs objets et leurs fonctionnements se trouvaient eux-mêmes bousculés, voire transformés par l'expérience en cours.

Les extraits d'entretiens mobilisés dans l'article ont été validés par leurs auteurs.

8 Après avoir présenté le système territorial préexistant et l'histoire des relations entre les acteurs des soins primaires, nous décrivons la réorganisation opérée face à la crise, avant d'analyser la manière dont cette construction s'est appuyée sur le système préexistant, et en quoi celui-ci se trouve transformé en retour.

Des dynamiques territoriales antérieures à la crise sanitaire, structurant l'organisation des soins de premier recours

Un territoire habité par une population hétérogène, relativement défavorisée

9 Le territoire de la CPTS, la fois urbain et rural, englobe le canton des Mureaux et une dizaine de communes périphériques appartenant à trois autres cantons. Le canton des Mureaux, de 59 000 habitants pour une superficie de 60 km^2, comprend 10 communes dont la plus importante - les Mureaux – concentre un peu plus de la moitié des habitants (32 000 habitants). L'adjonction des autres communes porte la population couverte par la CPTS à 116 170 habitants sur un territoire de 133 km^2.

10 La population des Mureaux, qui comporte deux quartiers prioritaires de la politique de la ville, est caractérisée par sa jeunesse (les 15-44 ans représentent 41 % de la population) et d'importantes difficultés socioéconomiques. Un tiers de la population (31,5 %) exerce des professions d'ouvriers et d'employés. Le taux de pauvreté des ménages est de 27,5 % (moyenne des Yvelines 8%, moyenne en Île-de- France 24 %). L'IDH2 (moyennes cumulées des trois indices (santé, éducation, niveau de vie) est très faible pour les Mureaux (0,3 %) comparativement aux moyennes des Yvelines et de l'Île-

de-France (0,6 %). Enfin, l'espace muriautin est marqué par une forte population d'origine étrangère (23 %), comparativement au département (13 %) et aux moyennes nationales (6,2 %) (Clerc et Certain, 2020).

Un territoire sous-doté en offre de soins primaires

11 Parmi les professionnels de santé qui exercent sur le territoire de la CPTS, on recense 79 médecins généralistes et 78 spécialistes dont les deux-tiers ont plus de 60 ans, 78 infirmier.e.s dont 8 % ont plus de 60 ans, 59 kinésithérapeutes dont 22 % ont plus de 60 ans, 29 pharmaciens et 16 sages-femmes. La commune des Mureaux concentre un quart des médecins généralistes et des infirmier(e)s de la CPTS.

12 Autour des Mureaux, le territoire du canton apparaît très sous-doté en offre de soins : la charge de travail des professionnels de santé augmente du fait de la baisse de la démographie médicale et paramédicale, liée à des départs à la retraite non remplacés. À titre d'exemple, un tiers des médecins du secteur sont partis au cours des dix dernières années et il existe un manque chronique de kinésithérapeutes, d'orthophonistes et de diététiciennes. Du côté des patients, le taux de déclaration d'un médecin traitant est inférieur aux taux départementaux (Clerc et Certain, 2020).

Un territoire où des liens entre les acteurs de soins primaires se sont progressivement construits, suivant deux mouvements principaux

13 Une histoire et des relations anciennes existent entre la médecine ambulatoire, hospitalière et les acteurs médico-sociaux. Dans les années 1980, les relations formalisées notamment au sein de l'Association des médecins du canton de Meulan-en-Yvelines (AMCM) ont permis l'émergence de structures pérennes comme l'Association locale de développement sanitaire (ALDS), qui fédère les services d'accompagnement, d'aide et de soins à domicile et couvre le champ médico-social. En 2003, l'AMCM participe à l'émergence de la permanence des soins de nuit sur le département (PDS78) dont l'une des trois antennes est située aux Mureaux. Depuis 2016, le Groupement hospitalier de territoire (GHT) Yvelines-Nord regroupe notamment, les hôpitaux de Poissy/Saint-Germain-en-Laye, Mantes-la-Jolie et de Meulan/Les Mureaux. Deux importantes cliniques, Le Centre hospitalier privé du Montgardé à Aubergenville et le Centre médico-cardiologique d'Evecquemont, complètent l'offre de soins de second recours.

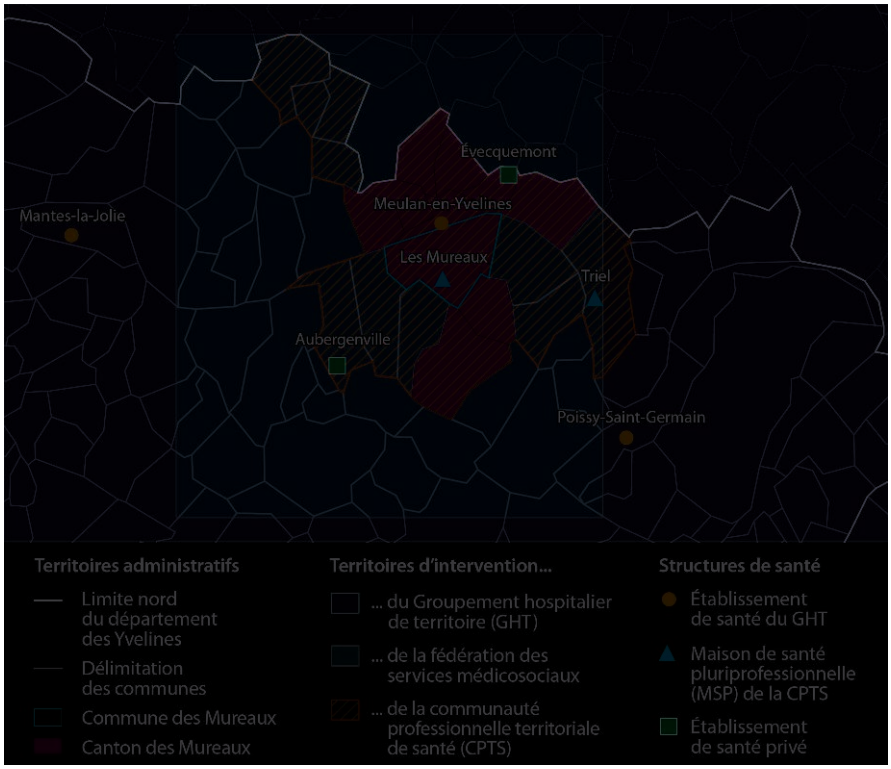
14 A l'échelle de la ville des Mureaux, un diagnostic local de santé a été réalisé en 2006, conduisant à la création d'un Atelier Santé Ville (ASV). En 2012, un premier Contrat local de santé (CLS) est signé entre la Ville, la Préfecture des Yvelines et l'ARS, dont les objectifs sont d'améliorer la prévention et l'accès aux soins en population générale en soutenant la création d'une MSP, et de lutter contre les inégalités territoriales de santé. Fin 2017, la MSP qui regroupe 20 professionnels de santé ouvre ses portes. En 2019, un second CLS est signé, avec parmi ses objectifs, un projet de Conseil local de santé mentale (CLSM) et un projet de Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). L'assemblée générale constitutive de la CPTS a lieu en février 2020 et la validation de son projet par l'ARS est en cours. Ce dernier est construit autour de 5 axes stratégiques : améliorer l'accès aux soins grâce à une offre de soins pertinente et mieux organisée (objectif d'« un médecin traitant pour tous ») ; garantir la continuité des

soins et la réponse à la demande de soins non programmés sur le territoire en interaction avec les urgences hospitalières ; organiser les parcours des patients en circuit court, d'une part entre l'ambulatoire et l'hôpital (établissements de santé, GHT, cliniques), et d'autre part en interprofessionnel avec les ressources médicosociales et sociales ; développer la prévention et la promotion de la santé par l'activité physique ; et enfin participer à la formation des futurs professionnels de santé via un travail pluriprofessionnel.

15 On assiste aujourd'hui, au sein de la CPTS[3], à une convergence entre un mouvement ancien, médical et médicosocial, à l'échelle du canton de Meulan-en-Yvelines, (rebaptisé canton des Mureaux en 2015 avec un territoire légèrement différent) et un mouvement plus récent, pluriprofessionnel et intersectoriel, qui a commencé à se développer à l'échelle de la commune des Mureaux.

16 On note ainsi l'imbrication de projets situés sur des territoires de vie, des territoires liés à des institutions et des territoires institués par des dispositifs, avec une convergence d'engagements et d'intérêts autour de l'organisation des soins primaires à l'échelle du canton, qui se matérialisent plus largement dans la CPTS. La figure 1 positionne les structures de soins libérales et hospitalières sur ces territoires, qui sont inclus dans celui du GHT Yvelines-Nord.

Figure 1 : Territoires administratifs et territoires d'intervention des groupements d'acteurs de soins et d'acteurs médicosociaux contribuant à la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Val de Seine



La construction rapide d'une organisation des soins de premier recours pour faire face à l'épidémie de Covid-19

17 Devant la croissance rapide des cas et de la mortalité liée au Covid-19 au début de l'année 2020, les pouvoirs publics annoncent le 28 février le passage en stade 2 de l'épidémie, puis le 14 mars le passage en stade 3, et édictent le 16 mars des mesures de confinement étroit de la population, effectives dès le lendemain.

Une situation inédite qui brise les routines, libère du temps et favorise l'engagement, dans un secteur d'activité faiblement régulé

18 Dans les premiers temps de l'épidémie, la préoccupation première des pouvoirs publics a été d'adapter l'organisation de l'hôpital, et notamment des services de réanimation, pour accueillir les cas graves liés au Covid-19. L'absence de consignes données aux acteurs des soins primaires a contribué à occulter leur travail, en dehors de celui des pharmaciens et des biologistes dont l'activité a été encadrée au fur et à mesure, afin de leur permettre de composer avec la disponibilité - ou la pénurie - de matériel de protection et de dépistage. Dans ce contexte, les dynamiques antérieures ont permis aux professionnels de santé de s'engager d'eux-mêmes dans l'action, en rejoignant des collectifs existants voire en en créant de nouveaux.

19 Si certains médecins ont choisi de fermer momentanément leurs cabinets et ont parfois quitté le territoire pendant la période de confinement, d'autres ont ressenti le besoin de s'engager aux côtés de leurs confrères, autour d'une cause fédératrice qui comportait une dimension clinique permettant de valoriser leur engagement soignant. Comme l'explique un médecin généraliste exerçant en MSP, « *dans une situation aussi déstabilisante, ce qui compte avant tout, comme pour tout être humain, c'est de se sentir utile et d'être reconnu dans son envie de rendre service. On était sans rien ! Chacun a cherché de quoi il pouvait s'emparer : les biologistes ont cherché comment réaliser des tests, les pharmaciens comment fournir des masques, des jeunes professionnels ont voulu collecter, digérer et mettre à disposition de l'information scientifique, certains se sont lancés dans l'organisation d'un centre Covid…* ».

20 Chacun a proposé ses services, mettant à disposition son temps et ses compétences. Certains se sont engagés dans des activités de soin (sur leur lieu d'exercice habituel, en téléconsultation ou au travers de vacations au centre Covid), de prévention (appel téléphonique des patients fragiles), ou dans un travail administratif. D'autres ont proposé leurs services bénévolement, pour réaliser des tâches utiles à la collectivité : renforcement de l'accueil au centre Covid ou du secrétariat de la MSP par des paramédicaux privés de travail ; participation à la rédaction de protocoles de suivi des patients Covid pour des médecins, infirmières, coordinatrices et secrétaires ; écoute téléphonique par des psychologues sur un numéro vert mis à disposition par la municipalité… Des professionnels ont participé aux réunions de crise mises en place par les membres de la MSP et de la CPTS, des médecins et un biologiste à une cellule de veille scientifique, une infirmière et des médecins à des activités de veille épidémiologique et de recherche…

21 Le rythme de travail s'est trouvé chamboulé et certains ont travaillé autant voire plus que d'habitude : « *Une baisse d'activité, ce n'est pas sûr… j'ai fait beaucoup de téléconsultations, de visites à domicile. Comme tout s'est arrêté chez les spécialistes, ça prend plus de temps pour avoir un avis (…) et il y a beaucoup de travail à côté avec la CPTS, les recherches qu'on fait, c'est plus de soirées, de week-ends* » (médecin généraliste, cabinet de groupe)

L'émergence d'une vision systémique à l'échelle du territoire de la CPTS

22 Après une courte phase de sidération provoquée par l'arrêt des consultations physiques, des médecins et paramédicaux du secteur commencent à se concerter, de visu, en visioconférence ou par téléphone. Ces premiers échanges informels au sein des réseaux professionnels (AMCM, MSP des Mureaux), se relayent entre les responsables de la CPTS. Deux problématiques émergent rapidement : « *il fallait d'une part répondre aux inquiétudes des patients infectés confrontés à des urgences saturées, et d'autre part garder le lien avec les personnes atteintes de maladies chroniques, âgées ou en souffrance psychique* » (médecin généraliste, MSP).

23 Dans ce contexte, la solution qui leur semble la plus pertinente et maîtrisable est de réserver les cabinets médicaux au suivi des patients non Covid tout en développant la téléconsultation, et de créer un centre territorial dédié aux patients infectés. Cette organisation est possible du fait de la diminution drastique d'activité des professionnels de santé pendant la période de confinement. Nous décrivons le travail sur lequel reposent la création d'un Centre Covid, l'entretien des liens avec la population et de la continuité des soins, et la gestion des parcours des patients en articulation avec la réorganisation des institutions contribuant à la première ligne de soin (la municipalité, les hôpitaux et le secteur médicosocial et social). Cette dynamique territoriale est rendue possible par le recours à différents types d'outils techniques.

La création d'un centre Covid, une organisation nouvelle pour les patients suspects de Covid-19 sur le territoire

24 Après une description de la chronologie de mise en place du centre qui met en évidence le travail nécessaire et les acteurs mobilisés sur le territoire, nous analysons l'activité menée au sein du centre pendant sa période d'ouverture.

La mise en place et l'organisation d'un Centre Covid aux Mureaux : chronologie

25 L'organisation du centre est prise en main dès le 15 mars par des médecins de la MSP qui rencontrent le maire des Mureaux afin de rechercher un lieu dédié à l'accueil des patients « Covid ». Ce sera une école désaffectée mise à disposition le 20 mars, comme l'explique la coordinatrice du CLS : « *Nous avons mis à disposition une ancienne école. Tous les services ont été mobilisés : signalétique, aménagement, ménage, informatisation du bâtiment* ». Une des médecins interagit avec l'ARS et la CPAM pour obtenir les autorisations d'ouverture, discuter des ressources disponibles - notamment réglementaires et financières - et penser articulation avec les intervenants à une

échelle territoriale plus large (Conseil départemental, Association des plateformes territoriales d'appui, Ordres professionnels…).

26 En parallèle, les jeunes médecins et les internes de la MSP élaborent une définition clinique des cas suspects à partir des publications scientifiques, créent des fiches d'inclusion des patients et un protocole de suivi des patients hospitalisés, pendant qu'un médecin et la coordinatrice de la MSP (ancienne infirmière ayant une expérience dans l'humanitaire) structurent une base de données à visée épidémiologique. Les secrétaires participent à l'élaboration d'un protocole de régulation pour l'orientation des patients vers les consultations pertinentes (Covid – Non Covid) grâce à un numéro de secrétariat téléphonique unique, et informent les patients : « *On a fait beaucoup de pédagogie, avec des gens qui ne parlent pas français. On a expliqué, répété… On a imprimé des carrés de papier avec l'adresse, un plan, des familles solidaires en ont accompagné d'autres là-bas. Je n'en ai pris qu'une seule avec un interprète en haut-parleur* » (secrétaire MSP).

27 Une autre partie de l'équipe, composée de deux médecins, d'une étudiante interne en médecine, de la coordinatrice de la MSP et de celle du CLS, prend en charge l'organisation du centre Covid dans ses moindres détails : approvisionnement et logistique, entretien des locaux, mesures de protection des patients, du personnel et circuit de circulation, équipement médical et support informatique des trois salles de consultation, organisation des permanences et du planning des équipes. A partir du 22 mars, le secrétariat médical est doublé par des paramédicaux de la MSP en chômage technique, pour gérer les appels téléphoniques (soit 4 secrétaires le matin au lieu de 2). Le 26 mars, l'informatique, la téléphonie et internet sont mis en place dans le centre Covid par une action conjointe de la mairie, de l'ALDS et de la MSP : « *La CPTS des Mureaux a mis en place un centre Covid (…). On leur a prêté un PC (…) On est investis aussi dans le projet des autres (…) et concrètement, si un partenaire nous demande une aide du jour au lendemain, cela ne nous pose pas de problème, notre réactivité est notre force.* » (Déléguée générale ALDS) Le 28 mars, la procédure de rappel des patients fragiles par deux psychologues de la MSP est validée et opérationnelle.

28 Par contre il est difficile de trouver et commander du matériel médical pour équiper le centre : il faudra passer par le Conseil de l'ordre départemental des médecins, des sites pour chirurgiens-dentistes, des pharmaciens, des entreprises, l'ARS, pour fournir les moyens de protection nécessaires aux équipes du centre Covid. Au-delà des professionnels de santé, des habitants, des commerçants, des associations et le personnel de la mairie sont alors nombreux à se renseigner sur les besoins des soignants et à faire des dons, comme l'explique la médecin de la MSP qui a pris la responsabilité logistique du centre : « *Des sociétés, des infirmières, la mairie… nous ont amené rapidement des sur-blouses, du gel hydro-alcoolique, des lotions nettoyantes de surface (…) la mairie a mis à disposition une femme de ménage qui passe deux fois par jour pour nettoyer le centre (…) et un lave-linge (Il y a eu également) des repas d'associations ou de commerçants qui ont donné des plats, des fruits, des viennoiseries* »… Ce mouvement de solidarité locale est orchestré par des membres de l'équipe municipale, qui articulent et font connaître les initiatives.

29 Ainsi, répondant à une proposition des professionnels de santé approuvée par la Mairie des Mureaux, l'ARS et la CPAM, la CPTS a pu ouvrir un centre Covid le 30 mars, soit 15 jours après l'annonce du confinement, à un moment où on recensait 44 550 cas cumulés en France[4]. Le travail logistique est doublé d'un travail administratif : « *La coordinatrice de la MSP a participé à la construction du poste d'accueil, avec des infirmières scolaires et des*

étudiantes en médecine. Elle a aussi assuré le lien avec les médecins et infirmiers vacataires, et mis en place le recueil des données épidémiologiques. La coordinatrice de la CPTS, de chez elle, a réalisé le travail administratif : plannings, relevés des vacations, mémoires, etc. et le lien institutionnel avec les tutelles. » (Médecin en MSP).

30 Dès les premiers jours, constatant l'arrivée au centre de patients désaturés en oxygène, une salle d'urgence est créée avec l'aide de l'hôpital de Meulan qui prête du matériel, et équipée d'un extracteur d'oxygène dont le coût sera pris en charge par la Mairie des Mureaux. Les infirmières libérales apportent aux médecins leur expertise dans la mise en place d'oxygénothérapies.

31 Le centre fonctionnera sur ce principe jusqu'à sa mise en veille le 12 juin devant la baisse de fréquentation.

Une activité de soin conséquente pour le Centre Covid, reposant sur différents types de professionnels de santé de la CPTS

32 L'accès des patients au centre est régulé par le secrétariat renforcé de la MSP et les secrétaires des cabinets médicaux de la CPTS, via un agenda partagé. Le centre 15, la CPAM, et surtout la mairie des Mureaux, avec un numéro vert dédié « santé » accessible 24h/24, orientent les patients vers le numéro unique de secrétariat. « *L'information a bien circulé sur les réseaux sociaux sur le site de la mairie, parce que le centre Covid c'était en partenariat avec la mairie* » (infirmière en MSP).

33 L'équipe assurant des vacations au centre Covid, issue à 80 % de la commune et 20 % du reste du territoire, est composée de 6 personnes assurant l'accueil, de 21 médecins et de 14 infirmières. Le centre propose 4 vacations de 3 heures pour les médecins et 2 vacations infirmières, matin et après-midi. Le nombre de médecins présents par jour au centre est ajusté en fonction de l'agenda. Les infirmières aident à une circulation fluide des patients, assurent la surveillance médicale en salle d'urgence et rappellent les patients suivis à domicile. Les secrétaires de la MSP épaulent les infirmières dans l'organisation du suivi des patients à domicile : « *On a mis en place le protocole infirmier. Ça a été une grosse tâche, difficile. Les gens sont vus pour leur potentielle Covid, puis sont rappelés. On a fait une fiche de protocole de rappel. Et là, mettre les infirmières au numérique au sein de la MSP, ça a été très dur. Il fallait qu'elles ouvrent le téléphone, les dossiers... Pour rendre les infirmières autonomes, il a fallu expliquer la tâche à 7 infirmières différentes. (...) Elles ont commencé à s'investir dans le dossier partagé (qu'elles n'utilisaient pas jusque-là)* » (secrétaire en MSP).

34 Les vacations sont payées au forfait, dans le cadre d'une convention avec l'ARS. Sur les 9 semaines d'activité, 127 vacations médicales et 86 vacations infirmières seront assurées. Le poste d'accueil aura représenté 527 heures de travail, sans compter l'intervention d'une femme de ménage en fin de journée pour le nettoyage et la désinfection.

Différents types de tâches à assurer, parmi lesquelles la logistique et la gestion administrative sont centrales

35 Comme toute activité de cette ampleur, la gestion organisationnelle et logistique est rapidement au premier plan, avec des adaptations à chacune des 3 phases distinguées par les acteurs locaux dans la gestion initiale de l'épidémie : de l'ouverture du centre à la fin du confinement (30 mars au 11 mai) ; dans les premières semaines du dé-

confinement (11 au 30 mai) ; puis lors de la préparation à la mise en veille du centre (du 30 mai au 12 juin). Cette gestion recouvre des activités indissociables de conception et d'ingénierie du projet (relations continues avec la mairie et les partenaires, dossier de labellisation et montage financier), de coordination et maintenance technique et informatique, de coordination administrative (mise en place du projet, gestion des effectifs et des plannings, gestion de l'activité), de coordination médicale opérationnelle et logistique (élaboration et gestion des procédures, protocoles, accompagnement et information des professionnels intervenant dans le centre, de coordination scientifique (suivi épidémiologique, analyse des recommandations, conception et diffusion d'un support d'information). Sur 9 semaines (du 30 mars au 30 mai), cela a représenté au moins 444 heures de travail.

Un centre Covid qui accueille 461 patients en 9 semaines (30 mars – 12 juin 2020)

36 Les patients se voient expliquer que le scénario le plus fréquent est le retour à domicile avec un suivi téléphonique infirmier, et éventuellement une nouvelle consultation médicale en cas d'absence d'amélioration ou de signes d'aggravation. L'hospitalisation est rare et n'est effectuée que devant des éléments cliniques de gravité, expliqués au patient.

37 Pendant la période d'ouverture, 461 patients ont été accueillis au centre (61 en mars, 269 en avril, 98 en mai et 33 en juin).

38 Ils provenaient de 29 communes différentes, 77 % d'entre eux étant muriautins. Ils étaient suivis par 67 médecins traitants différents, mais 48 (10 %) n'avaient pas de médecin traitant. L'âge moyen des patients était de 43 ans (écart-type 17,8) et l'âge médian de 55 ans. La part de patients précaires ou en difficulté était importante : 45 patients (10 %) provenaient des foyers de travailleurs migrants des Mureaux, 20 patients (4 %) avaient une Protection universelle maladie (Puma) ou une Aide médicale de l'Etat (AME), 24 (5 %), étaient en situation d'isolement social, et 15 (3 %) avaient une fragilité psychique.

39 Chaque médecin a reçu en moyenne 20 patients en consultation pendant la période. Parmi ces patients, 150 (33 %) n'ont pas nécessité de suivi, 32 (7 %) ont été hospitalisés et 311 (67 %) ont nécessité un suivi ambulatoire, y compris les patients en post hospitalisation. Un seul des patients suivis au centre est décédé à l'hôpital. Parmi les patients consultant au centre, 36 ont été intégralement suivis par les médecins en présentiel (8 %), et les infirmières ont réalisée 555 consultations téléphonique pour les 275 patients restants (60 %). Parmi ces patients, 133 (48 %) ont été suivis pendant 1 semaine, 88 (32 %) pendant 15 jours, et 54 (20 %) plus de 15 jours). Au cours de ce suivi, les infirmières ont renvoyé 71 patients (26 %) vers une nouvelle consultation médicale. Enfin 8 patients (2 %) ont bénéficié d'entretiens par des psychologues en téléconsultation.

La continuité des soins ambulatoires et l'articulation avec les institutions contribuant à la première ligne de soin

40 On observe trois mouvements d'organisation concomitants des professionnels contribuant aux soins primaires sur le territoire, décrits ci-après : d'une part, dans le secteur libéral ambulatoire, une logique traditionnelle, en silos au sein des groupes

professionnels ou bien une interaction entre professionnels exerçant à proximité ; d'autre part, des collaborations pluriprofessionnelles sur un territoire plus étendu, médiées par la CPTS ; et enfin, une logique intersectorielle, facilitée également par la CPTS.

Des organisations au sein de groupes professionnels ou entre professionnels exerçant à proximité

41 Dans cette situation épidémique, si les porteurs de la CPTS organisent la prise en charge des patients suspects de Covid sur le territoire, la majorité des professionnels libéraux du territoire conservent leur autonomie d'organisation et de pratiques. Des acteurs de la CPTS choisissent de se documenter sur les pratiques et les besoins de ces derniers, afin de les informer et de répondre à leurs demandes éventuelles.

42 Certains acteurs sont en lien au sein de leur groupe professionnel, mais sans organisation concertée entre tous les membres du groupe exerçant sur le territoire, sauf par l'intermédiaire de leurs relations personnelles. C'est le cas pour les pharmaciens qui se mobilisent rapidement pour équiper leurs officines de plexiglas protecteurs, se procurer des masques et du gel hydro-alcoolique, en s'appuyant sur des informations fournies par leurs syndicats et/ou leur union professionnelle, notamment au moyen d'une visioconférence quotidienne au cours de laquelle ils peuvent poser des questions. La décision de renouveler les ordonnances pour les patients chroniques sans consultation médicale, prise par l'Etat le 23 mars, leur permet d'assurer la continuité des traitements. Ils s'organisent pour porter des médicaments au domicile de patients ne pouvant pas se déplacer. Les biologistes, voyant leurs pratiques très encadrées, fournissent un travail important pour se procurer le matériel utile à la réalisation des tests, et pouvoir ainsi répondre aux besoins des patients et des médecins. Les psychologues de la MSP se concertent pour proposer des téléconsultations à leurs patients et aux consultants du centre Covid.

43 Quant aux infirmières, leurs organisations sont plus diverses : l'une d'elles appartenant à un cabinet infirmier de la MSP propose par exemple à ses collègues d'organiser des tournées spécifiques pour les patients atteints de Covid, sans succès. Elles restent cependant en première ligne et au cœur des échanges, contactées à la fois par des patients qui ne savent pas à qui s'adresser, par des médecins en demande d'informations sur les problématiques des patients, et elles interagissent régulièrement avec les pharmaciens : « *Avec les pharmaciens, nous nous sommes beaucoup rapprochés du fait des dotations en masques ! Ce qui a engendré beaucoup d'échanges (…) autour des difficultés à répondre aux questions et angoisses des patients* » (Infirmière en MSP).

Des liens interprofessionnels étendus entre les acteurs libéraux du territoire, médiés par la CPTS

44 Le 20 mars, le second numéro de la lettre numérique de la CPTS, reconvertie en « Covid'actu », informe les professionnels de santé du territoire (liste d'adresses de la CPTS et de l'AMCM) de la création du centre Covid et diffuse les recommandations d'organisation du cabinet médical et les numéros de téléphone utiles. Cette lettre d'information paraîtra cinq fois avec un contenu scientifique thématisé synthétisant l'actualité médicale et paramédicale tous les 8 à 10 jours, grâce à une équipe de 7 professionnels, dont 5 jeunes médecins et un biologiste.

45 Outre le téléphone, ce travail s'appuie fortement sur trois types d'outils de communication : des réseaux sociaux (dont un groupe Whatsapp créé le 13 mars entre les 37 adhérents de la CPTS impliqués dans le centre Covid) ; les messageries électroniques ; et les visio-conférences.

46 Les professionnels de la CPTS, qui avaient rapidement construit leurs propres instruments de suivi, préfèrent les conserver plutôt que de basculer sur l'une des deux applications franciliennes régionales : Covidom développée par l'AP-HP et l'URPS médecins, et e-COVID intégrée au projet Terr-eSanté (plateforme d'échange et de partage de services proposée par l'ARS pour faciliter la prise en charge coordonnée d'un patient complexe entre les professionnels qui y participent). De la même manière, les professionnels du centre Covid choisissent d'organiser le recueil de leurs propres données, pour être en mesure d'orienter le travail à venir de la CPTS, notamment sur la question des patients sans médecin traitant.

Des liens intersectoriels facilités par la CPTS

47 Les liens entre les professionnels de la CPTS et la municipalité sont étroits, permettant de s'informer mutuellement et d'informer les patients. En plus du soutien apporté à l'ouverture d'un centre Covid dans le centre-ville, et ce afin d'être à l'écoute des besoins des habitants de la commune, la mairie des Mureaux et le Centre communal d'action sociale (CCAS) ouvrent rapidement une ligne d'écoute 24h/24, et organisent des contacts téléphoniques avec les personnes fragiles pour pouvoir les mettre en lien avec des services ou associations apportant les aides nécessaires : « *Nous avons ouvert un numéro vert au public, pour s'assurer que les personnes allaient bien, avaient de quoi se nourrir, obtenaient les informations sur la conduite à tenir. Nous avons décliné les choses, en disant que nous pourrions ajouter une cellule d'écoute psy, une cellule de soutien à la parentalité avec soutien scolaire. Nous avons fait un recensement des masques et assuré leur redistribution... Chaque semaine a eu son lot de demandes* » (coordinatrice CLS).

48 Une articulation entre des libéraux, des hospitaliers et la municipalité permet l'organisation d'interventions dans les foyers de travailleurs migrants. En effet, le décès d'un homme âgé dans un foyer déclenche une réunion de travail à la mairie des Mureaux avec la cheffe du service santé, le responsable du pôle santé publique de l'hôpital et les responsables du centre Covid et de la CPTS. La mairie et l'équipe mobile de santé publique de l'hôpital mènent alors des actions d'information et de dépistage dans les trois foyers de la commune, orientant les patients symptomatiques vers le centre Covid. D'avril à juin, ces partenaires partagent des informations sur les pratiques, les croyances et le vécu des habitants des foyers, sur le nombre de dépistages réalisés et leurs résultats, et sur le nombre d'habitants des foyers passés au centre Covid, notamment ceux sans médecins traitants.

49 Une articulation se construit avec le GHT pour organiser les parcours de soins des patients. Un des établissements hospitaliers est dédié à l'accueil de patients non-Covid tandis que les deux autres restent ouverts à l'accueil des patients Covid, et une réflexion est menée avec les professionnels de santé libéraux pour définir les parcours des patients. L'activation par les leaders de la CPTS des relations existantes avec le service de santé publique de l'hôpital de Meulan-Les Mureaux aboutit à la tenue de trois rencontres physiques pour la gestion des patients « Covid négatifs », et d'une conférence téléphonique hebdomadaire avec la directrice du GHT déléguée à

l'articulation ville-hôpital, impliquant également des médecins des deux hôpitaux « Covid positifs ». Il s'agit d'améliorer le parcours de soin en aval d'une hospitalisation : « *Donc on a commencé à faire ce travail-là et on a dit : quand un patient sort, vous nous envoyez le dossier et vous nous dites, il est sorti, il a besoin d'une surveillance et nous on reprend le relais et on vous explique comment on fonctionne. Voilà, on a le centre (Covid), on a les infirmières, elles font des rappels et nous on vous fait un accusé de réception* » (médecin généraliste, MSP). Ces échanges permettent que le suivi téléphonique, effectué initialement par l'hôpital, soit transféré au centre Covid, de même que le suivi à domicile des patients mis sous oxygène par l'hôpital. Une des mesures phares de la CPTS, à savoir la gestion des patients sans médecin traitant, peut ainsi être mise en place dans le cadre du centre Covid, en suivi post-hospitalisation : « *Le centre Covid s'occupait de faire la première consultation de suivi et de renvoyer sur le médecin traitant quand il y avait un médecin traitant, ou (sinon) de répartir les patients concernés auprès de médecins traitants volontaires pour prendre le suivi médical. Et donc je pense que, par cette organisation, on a pu faire en sorte qu'il n'y ait aucun patient qui soit perdu dans la nature sans suivi médical et ça, ça a vraiment très très bien marché.* » (directrice d'hôpital) Cela complète le « *recensement par la CPAM des médecins acceptant de recevoir des patients suspects de Covid et n'ayant pas de médecin traitant* » (médecin en cabinet de groupe).

50 Enfin, des informations régulières sont échangées avec la fédération ALDS. Son organisation très intégrée des services médico-sociaux s'appuie habituellement sur une gouvernance décentralisée. Pendant le confinement, un mouvement inverse de recentralisation des décisions vers la déléguée générale de la fédération est opéré transitoirement, le temps de construire un système protecteur pour les professionnels et les usagers, avant un retour au fonctionnement habituel.

Comment cette réponse s'est-elle construite sur les relations et organisations préexistantes au sein du territoire ?

51 Dans le contexte d'incertitude et de coup d'arrêt donné à la mi-mars à une partie de l'activité économique du pays, et notamment de l'activité soignante libérale, nous analysons ici ce qui a contribué localement, dans un secteur d'activité pourtant faiblement régulé, à la construction rapide d'une nouvelle organisation des soins primaires répondant aux besoins liés à l'épidémie.

52 Le souhait de la part d'un certain nombre d'individus, disposant de temps, de contribuer à gérer la situation sanitaire a été observé dans tout le pays, et n'est pas spécifique au territoire étudié. Mais si ce souhait a pu se concrétiser à l'échelle du territoire étudié, c'est parce qu'il existait déjà une « équipe de leaders » agissant à ce niveau, dont les membres partageaient une histoire commune et étaient porteurs de visions compatibles des soins primaires et de leurs « rôles » respectifs, ainsi que d'une manière de travailler ensemble. C'est aussi parce qu'il existait un système d'action local, en voie de transformation, incarné depuis peu par une CPTS offrant un espace de discussion, qu'une canalisation et une articulation des contributions de chacun a été facilitée dans la période de crise. Pour créer des circuits de soins adaptés à différents publics et besoins liés à l'épidémie, ce collectif d'acteurs du territoire a pu s'appuyer

sur des ressources de différentes natures, apportées en partie par les institutions de santé régionales intervenant sur des territoires géographiques plus larges.

Une équipe historique de « leaders » qui s'étoffe à l'échelle du territoire, autour d'une vision partagée des soins primaires et des manières de travailler ensemble

53 Les relations anciennes tissées au sein du territoire, qui évoluent avec la mise en place de la CPTS, ont permis la construction rapide d'une organisation territoriale en lien avec une grande diversité d'acteurs.

Des dynamiques partenariales qui se développement durant l'épidémie

54 L'organisation pendant cette période de confinement a été portée par des acteurs ayant des relations anciennes et une histoire commune autour de questions d'organisation des soins sur des territoires qui se chevauchent, et dont les dynamiques convergent autour d'un projet incarné par une CPTS récente. Le territoire de cette CPTS – centré sur le canton – a du sens pour les professionnels de santé qui s'y sont engagés car il correspond à leurs territoires de vie et d'exercice. Cependant, si un début de formalisation de ce dispositif a précédé l'épidémie, il reste largement à développer. Les membres de cette équipe de leaders des soins primaires à l'échelle du territoire se sont saisis de la réponse à apporter à l'épidémie comme d'une opportunité pour développer leur projet et fédérer autour de lui.

Des acteurs multipositionnés, dotés de ressources complémentaires

55 Dotés de ressources particulières liées à leur parcours professionnels et à des engagements multiples et complémentaires (syndicaux, politiques, dans des associations professionnelles qui maillent le territoire de différentes manières, dans l'enseignement, ou encore dans la recherche), les leaders de cette équipe ont bâti au fil de leur parcours, et notamment dans la gestion de dispositifs comme la MSP ou dans la participation au CLS, une histoire commune et une confiance mutuelle, tout en gagnant la confiance des régulateurs, dont ils tirent leur capacité à faire financer leurs projets. Cette équipe de « leaders » est ainsi dotée d'un réseau et d'outils conceptuels pour penser le changement (connaissance des lois, participation à des groupes d'experts au sein de syndicats ou de sociétés savantes de médecine générale, etc.) (Fournier, 2014) et d'autres ressources que nous détaillons plus loin.

Un collectif qui s'élargit

56 La réflexion menée autour de la gestion de l'épidémie a élargi le cercle des participants à la résolution d'un problème aigu se posant au niveau du territoire. Grâce à la CPTS, cette équipe créée par des « médecins promoteurs » (Monneraud, 2011) ou des « médecins organisateurs » (Castel, 2020) s'est agrandie pendant la crise, rejointe par des membres d'autres professions libérales (biologiste, pharmacienne, infirmière), mais également des administratifs (coordinatrices, secrétaires), des élus (à travers le soutien du maire à la MSP et le travail au sein du CLS) et des hospitaliers (services des urgences et de santé publique). Des liens entre professionnels et entre secteurs se sont créés ou

renforcés à travers cette expérience, vécue comme « une épidémie qui donne un ennemi commun, on est plus soudés contre elle, ça crée une dynamique entre professionnels, les gens ont besoin de parler » (jeune médecin généraliste, MSP), une expérience ayant un effet fédérateur sur une équipe qui émerge au niveau du territoire : « *Ça a beaucoup fédéré les professionnels sur le territoire, cette affaire-là : des médecins sont venus faire des gardes, des infirmières qui ne sont pas de la MSP. Sur la commune, il peut arriver quoi que ce soit, on sait qui contacter… Maintenant les gens se connaissent* » (coordinatrice MSP). L'organisation créée a permis l'engagement de nouveaux professionnels aux côtés des leaders par l'intermédiaire du centre Covid : « *il y a des médecins généralistes qu'on ne voyait pas avant et qui ont pris leur vacation* » (médecin généraliste, MSP), mais aussi dans des actions qui ont dépassé le centre Covid pour s'adresser à tous les acteurs du territoire. Ainsi de jeunes médecins, qui ne participaient pas à l'association des médecins du canton, se sont investis dans la rédaction de la lettre d'information de la CPTS : « *Avec la lettre et le travail scientifique à y faire, il y a des jeunes qui sont bien pour ça, mieux que nous, qui arrivent dans ce mouvement et je pense que cela leur donne envie aussi, après un évènement comme cela, je sens qu'ils vont continuer.* » (médecin en MSP)

Une mise en visibilité par l'épidémie de difficultés partagées, et le déblocage ou la remise à l'agenda de projets existants

57 Cette vision devient concrète pour un plus grand nombre d'acteurs engagés dans la gestion de l'épidémie, en donnant l'occasion à des professionnels d'un même territoire qui ne se côtoyaient pas jusque-là de se rendre compte, à travers la gestion d'une situation clinique qui a du sens pour tous, qu'ils ont des difficultés communes, une envie partagée de mieux se coordonner au sein du territoire, et des intérêts convergents à le faire. Parmi les besoins évoqués : un besoin de mutualiser les connaissances et les conduites à tenir face au virus, et la gestion du matériel de protection ; un besoin de connaître et d'articuler des engagements professionnels et citoyens ; un besoin de fluidifier les parcours des patients entre la ville, l'hôpital et le secteur médicosocial, et de sécuriser le travail des professionnels ; un besoin de gérer certaines interfaces comme celles entre la ville et l'hôpital, en partageant des informations sur les patients, en leur donnant accès à un médecin traitant, en organisant les suivis et en évitant les redondances. Par exemple, « *au début, certains patients ont été rappelés 4 fois après une consultation Covid : par leur médecin, par le centre Covid, par l'hôpital…* » (médecin généraliste, MSP). Avec les représentants du GHT, le Covid a ainsi permis une mise en pratique de ce qui avait été imaginé dans les années précédentes, pour le travailler avec les membres de la CPTS : l'occasion de réunions hebdomadaires a été saisie pour examiner la plateforme de gestion de l'interface ville hôpital à travers les entrées et sorties d'hospitalisation, en faisant des tests et des ajustements au cours de réunions hebdomadaires pour faire évoluer le processus… ce qui a permis de se rendre compte que ce qui avait été imaginé avant la crise n'était pas utilisé car pas adapté, faisant dire à un médecin : « *Le Covid, ça a été catalyseur des projets qu'on avait* » (jeune médecin généraliste, cabinet de groupe)

Une culture commune qui se construit

58 Les conceptions qu'ont ces acteurs de soins primaires de leurs objectifs et de leurs rôles s'avèrent aujourd'hui à la fois compatibles entre elles, et avec la vision des leaders des

années 1980 qui selon l'un d'eux, consistait à « *partir de la demande des patients (…), traiter de façon synchrone le social et le médical (…), dans une relation de proximité qui correspondait au périmètre de l'amicale du canton (…) et d'abord coordonner ce qui existe avant de créer quelque chose* » (médecin en cabinet de groupe). Comme l'indique un médecin exerçant en MSP, « *la vision des collègues il y a 40 ans est très robuste, elle s'adapte tout à fait à l'actualité* ». Cependant certaines évolutions sont notables.

Des prises de décision partagées et des modalités de management plus participatives

59 Durant cette période de crise, les décisions au sein de la CPTS ont été partagées. Les cellules de crise ont réuni des acteurs de différentes professions et secteurs pour construire ensemble, avec une mise en œuvre commune très rapide qui a été appréciée : « *On aimerait conserver cette forme de management partagé. Ça a aidé d'être sur du monothématique, il faudra trouver les bonnes thématiques pour élargir la réflexion.* » (directrice d'hôpital)

60 Les modalités d'orchestration de l'équipe se sont adaptées. Dans la MSP, dans le centre Covid, ou dans la CPTS, organisations récentes, un management souple a été mis en place, les leaders de ces organisations accueillant et soutenant toutes les initiatives individuelles : « *Notre rôle en tant que leaders, ça a été de repérer ou de faire émerger des compétences, et de s'appuyer dessus lorsque des actions ont été proposées : l'interne qui a proposé de piloter l'élaboration des protocoles de suivi des patients en centre Covid, on ne lui a rien demandé. Elle a proposé, et on l'a accompagnée. La coordinatrice qui avait une expérience dans l'humanitaire, sans elle on n'aurait pas pu organiser le recueil épidémiologique aussi rapidement et aussi efficacement* » (médecin généraliste, MSP).

Des changements de regards sur les rôles et les métiers

61 On observe un changement de regard des professionnels sur les métiers de leurs collègues, une découverte de plusieurs cultures professionnelles ou institutionnelles à articuler entre professionnels de santé et secrétaires, ou entre professionnels de santé et élus et institutionnels (Bourgeois, 2012) : « *La pluriprofessionnalité est hyper importante. Je découvre des gens incroyables qui animent les politiques de terrain, à la préfecture, la sous-préfecture, à l'ARS, des gens qui se décarcassent pour faire avancer des trucs…* » (médecin généraliste, MSP). Ce changement de regard concourt à une meilleure connaissance mutuelle, des relations plus horizontales et la possibilité de donner une place à de nouvelles compétences chez des professionnels souvent déjà présents dans l'équipe.

Dans la construction de ces liens et de cette culture commune, des espoirs et des craintes

62 Concernant les liens créés, certains souhaitent qu'ils soient entretenus plus largement à l'échelle du territoire, grâce à des événements conviviaux : « *Pour la suite, il faut garder les liens qui ont été créés sur le territoire, entretenir les aspects relationnels. J'ai déjà négocié avec le maire qu'il nous fasse une énorme fête pour rassembler toutes les personnes qui se sont mobilisées sur le territoire pendant cette réponse à l'épidémie.* » (Coordinatrice MSP)

63 L'expérience vécue pendant ces derniers mois suscite de nombreux espoirs, notamment sur l'amélioration des relations ville-hôpital, grâce aux échanges qui ont eu lieu entre

professionnels de santé hospitaliers et libéraux dans la gestion de l'épidémie par exemple : « *Le Covid va nous aider. Le CH de Meulan qui a été décrété covid négatif*[5]*... ça va avoir un effet explosant. Dans cette affaire-là, ils sont aussi en souffrance. La non connaissance est des deux côtés (...) ça va sans doute faire réfléchir sur les circuits. Je l'espère, c'est une occasion à saisir...* » (médecin généraliste, cabinet de groupe). Mais un médecin hospitalier met en garde sur l'importance de conserver un objectif de qualité des soins, et non d'efficience budgétaire : « *le lien ville-hôpital, il faut qu'il soit fort (...) la crise sanitaire a fait développer une vision de la santé, on l'espère... pour que nos priorités ne soient pas juste budgétaires* ».

Discussion

64 Dans l'éphémère d'un temps d'épidémie, nous avons saisi la possibilité d'étudier une organisation des soins primaires en train de se construire à l'échelle d'un canton élargi, afin d'en analyser à la fois l'histoire, les modalités et les perspectives, dans une démarche compréhensive. Les professionnels enquêtés ont eux-mêmes conscience de participer à une histoire en train de s'écrire, et insistent sur l'importance pour eux d'en garder des traces (ce qu'ils ont été nombreux à faire à travers des récits, des photos partagées qui contribuent à souder le collectif) et de l'analyser dans une démarche de recherche permettant de nourrir la réflexion collective et la suite de l'action. Plusieurs constats et enjeux nous semblent intéressants à souligner dans cette construction.

65 Parmi les constats, le rôle joué par le territoire apparaît majeur, à la fois dans ses particularités géographiques, dans les pratiques de ses habitants, ses professionnels et ses institutions, et dans l'histoire de leurs interactions. L'histoire commune et les liens préexistants à l'épidémie, entre des professionnels de santé et des équipes pluriprofessionnelles qui se côtoient ici à l'échelle d'un canton et des villes environnantes, ont facilité la concertation et l'organisation, et permis une réponse rapide aux besoins locaux, en articulation avec les élus locaux et les acteurs hospitaliers. Ce constat, déjà documenté dans diverses configurations de soins primaires (Fleuret, 2015 ; Schweyer, 2016), est retrouvé dans d'autres territoires étudiés pendant l'épidémie (Sluis, 2020, enquête Execo2, enquête Accord).

66 Cette construction a été vécue par les professionnels de santé réunis au sein d'une CPTS comme un « *test grandeur nature* » (médecin MSP) de leur capacité à exercer un mandat de santé publique en organisant les soins de première ligne pour la population. Le centre Covid et les dépistages dans les foyers ont eu un impact au niveau du territoire, contribuant à désengorger les urgences hospitalières et à soulager la 2ème ligne de soins (Bergeron et al, 2020), et facilitant l'accès aux soins pour des publics habituellement éloignés du système, ce qui sera à confirmer ailleurs et à plus grande échelle.

67 Cela a été l'occasion d'apprentissages et de changements culturels non seulement pour les professionnels libéraux, amenés à quitter le colloque singulier pour l'action collective, et à s'engager dans une approche populationnelle au sein d'une « équipe soignante du territoire », mais aussi pour les institutionnels qui ont laissé cette organisation se construire et l'ont accompagnée. Certains apprentissages ont été visibles sur le territoire étudié au moment de l'arrivée de la deuxième vague épidémique : les professionnels de santé de l'ambulatoire ont été intégrés dans une vision d'emblée systémique, appuyée sur des objectifs donnés par l'Etat au niveau national (garder les cabinets ouverts, utiliser la téléconsultation, organiser un circuit

d'accueil des patients Covid dans les cabinets). Aux dires d'un des médecins enquêtés, le parcours ville-hôpital s'avère aujourd'hui plus fluide dans l'organisation du suivi après hospitalisation, notamment pour les patients sans médecin traitant. Mais selon les enquêtes Execo[2] et Accord, cela n'a pas été le cas dans d'autres territoires, ce qui montre l'influence des configurations territoriales dans ces apprentissages.

68 Si cette expérience a permis de créer des liens entre les acteurs, les leaders de la CPTS s'en sont aussi saisis explicitement comme une opportunité pour avancer une réflexion sur les transformations à venir de l'organisation des soins primaires. Dans cette perspective, au-delà de la situation exceptionnelle ouverte par l'épidémie, notre étude soulève différents types d'enjeux que montrent l'enquête Execo2, qu'il serait intéressant d'approfondir localement et de documenter dans d'autres territoires. Ces enjeux sont liés à une nouvelle manière de construire des politiques publiques, basée sur une confiance réciproque entre des professionnels construisant des collectifs à une échelle territoriale qui fait sens pour eux, et des institutions chargées de les évaluer et de les rémunérer (Barbier, 2010, Schweyer, 2016).

69 Cette expérience, avec l'accélération de certaines dynamiques et le renforcement des interactions entre professionnels de ville, hospitaliers, élus locaux et institutions de santé publique, questionne l'autonomie des systèmes d'action locaux en soins primaires, et leur capacité à construire une réponse adaptée à la fois aux besoins des acteurs locaux et aux enjeux portés par les acteurs politiques et les institutions régulatrices qui interviennent à différentes échelles. En effet, ce type de coordination peut être analysé comme « un "territoire" où se déploient, s'affrontent et/ou se concilient des dynamiques professionnelles et des "logiques gestionnaires" » (Robelet, 2005). Quels équilibres pourront être trouvés entre les logiques professionnelles que nous avons décrites, des logiques gestionnaires - portées par l'ARS (et ses délégations territoriales) et l'Assurance maladie, liées aux instruments de gouvernement que représentent les MSP et les CPTS (Fournier, 2019) - et des logiques d'acteurs engagés politiquement (Ordres professionnels, syndicats des professionnels de santé et leurs union régionales, élus locaux, Conseil départemental) ? De ces tensions susceptibles d'intervenir à tous les niveaux, l'issue dépendra fortement des configurations d'acteurs et de leurs pouvoirs respectifs, très variables d'un territoire à l'autre... Sans oublier les équilibres à construire entre des professionnels libéraux en mouvement et des hospitaliers en souffrance (Juven et al, 2019).

70 D'autres enjeux ne doivent pas être occultés. Tout d'abord, autour de ce qu'il est possible de gérer à un niveau local : avoir des outils propres de suivi et d'analyse de données à l'échelle du territoire étudié, fournir une veille scientifique, développer des recherches... tout en s'inscrivant dans les outils mis en place au niveau de la région. Ensuite, autour des rôles nouveaux joués par toute une série de professionnels - paramédicaux et administratifs - qui conduisent à redéfinir le rôle de chacun dans ces organisations territoriales à construire, comme le montrent les exemples étrangers (Michel et Or, 2020). Cela rejoint bien sûr des enjeux de formation des professionnels de santé, et donc pose la question des liens à tisser avec l'université pour leur permettre d'apprendre à travailler ensemble, de s'approprier une approche de santé publique, et de développer des recherches répondant aux problématiques locales. Enfin, des enjeux autour du périmètre des services de santé à organiser : les soins – depuis les maladies infectieuses jusqu'aux maladies chroniques –, mais aussi la prévention et la promotion de la santé (Mino et Frattini, 2020) pour permettre de lutter contre les inégalités

sociales de santé que l'épidémie a rendues plus visibles que jamais (Mariette et Pitti, 2020). De manière plus générale, cela questionne la place, ici encore très faible, donnée aux habitants du territoire et aux usagers du système de santé dans l'organisation des soins primaires. Travailler à fonder cette organisation sur une véritable démocratie sanitaire (Morize, 2019 ; Cachard, 2020), selon une approche de santé communautaire (Fleuret, 2017 ; Gaudillière, Izambert et Juven, 2020) apparaît indispensable pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Barbier JC., 2010, Eléments pour une sociologie de l'évaluation des politiques publiques en France. Revue française des affaires sociales, n°1, 25-49.

Baszanger I., Bungener M., 2002, Médecine générale, le temps des redéfinitions, In : Baszanger I., Bungener M., Paillet A., eds, Quelle médecine voulons-nous ?, Paris : La Dispute, 19-34.

Bergeron H, Borraz O, Castel P, Dedieu F, 2020, Covid-19 : une crise organisationnelle, Paris : Presses de Sciences Po.

Bourgeois I., 2012, Les collectivités locales face à la pérennisation de l'offre de soins de premier recours : l'invention d'un dialogue entre élus et professionnels de santé libéraux, Colloque GRALE-CERAS-Université Lille 2.

Bourgueil, Y., 2008. L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ? Santé, société et solidarité, n°2, 105-114.

Bourgueil Y., Falcoff H., Ramond-Roquin A., Savigneau G. et Bouchez T., 2020, La première vague de COvid-19 en France et les soins primaires. Revue médicale suisse, n°16, 2123-2126.

Cachard J., 2020, Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ?, Revue française des affaires sociales, n°1, 143-166.

Castel P., 2020, Vers des médecins organisateurs ? Initiatives organisationnelles, professions et pouvoir à l'interface de la pratique et de la recherche cliniques. Dossier en vue de l'habilitation à diriger des recherches : Volume n°2.

Clerc P. et Certain MO., 2020, Innovation territoriale aux Mureaux, Revue Française des affaires sociales, n°1, 263-280.

Douguet F, Fillaut T et Hontebeyrie J. (dir.), 2016, Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la proximité, Paris : L'Harmattan.

Eliot E., Lucas-Gabrielli V. et Mangeney C., 2017, Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français. Revue Francophone sur la santé et les territoires, 1-11.

Fleuret S., 2017, Construction locale de la santé, Paris : Editions Matériologiques.

Fleuret S., 2015, Construction locale de la santé : quels sont les facteurs de réussite des projets locaux de santé communautaire ?, L'espace politique, 26.

Fournier C., 2014, Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes, Sciences sociales et santé, vol.32, n°2, 67-95.

Fournier C., 2015, Les maisons de santé pluriprofessionnelles : une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours, Doctorat de sociologie, Université Paris Sud.

Fournier C. 2019, Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles, Journal de Gestion et d'Économie de la Santé, vol.37, n°1, 72-91.

Gaudillière JP., Izambert C. et Juven P.A., 2021, Pandémopolitique. Réinventer la santé en commun, Editions La découverte.

Hassenteufel P., Naiditch M. et Schweyer F.X., 2020, Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Revue Française des affaires sociales, n°1, 11-32.

Hassenteufel P., Schweyer F.X., Gerlinger T. et Reiter R., 2020, Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne. Revue Française des affaires sociales, n°1, 33-56.

Juven P.A., Pierru F. et Vincent F., 2019, La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public, Paris : Raisons d'agir.

Lombrail P., 2014, Les maisons de santé pluri-professionnelles : penser localement, agir globalement ? Sciences sociales et santé, vol.32, n°2, 97-108.

Loncle P., 2009, La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : l'animation territoriale en santé en Bretagne, Sciences Sociales et Santé, vol.27, n°1, 5-30.

Lucas-Gabrielli V. et Coldefy M., 2013, Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins, Actualité et Dossier en Santé Publique, vol.3, n°82, 32-34.

Mariette A. et Pitti L., 2020, Covid-19 en Seine-Saint-Denis (2020) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé, Métropolitiques.

Michel L. et Or Z., 2020, Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays, Questions d'économie de la santé, n°248.

Michel L. et Or Z., 2020, Décloisonner les prises en charge entre médecine spécialisée et soins primaires : expériences dans cinq pays, Questions d'économie de la santé, n°248.

Mino JC. et Frattini MO., 2020, Face à l'épidémie, associer la prévention et la promotion de la santé au traitement du Covid-19, In : Hirsch E. (dir.), Pandémie 2020 Ethique, Société, Politique, Paris : Editions du Cerf, 185-192.

Moine S., 2006, Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie, L'espace géographique, n°2, tome 35, 115-132.

Monneraud, L., 2011, Les médecins "promoteurs" dans l'action publique de la santé : un nouveau type de sacerdoce, Revue française des affaires sociales, vol.2, n°2-3, 276–296.

Monziols M., Chaput H., Verger P., Scronias D. et Ventelou B, 2020, Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ?, DREES, Études et Résultats, n°1150.

Morize N., 2019, « La participation, c'est le graal ! » Une participation mise au travail, le cas des maisons de santé pluriprofessionnelles. Master 2 de sociologie et humanités numériques, Université Lumière Lyon 2.

OMS, 1978 Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaire, Alma-Ata (URSS), 6-1 septembre 1978. Rapport coparrainé par l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Genève : OMS.

OMS, 2008, Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais, Genève : OMS.

Robelet, M., Serré, M. et Bourgueil, Y., 2005. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Revue française des affaires sociales, vol. 1, n°1, 231-260.

Saint-Lary O., Gautier S., Le Breton J., et al., 2020, How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. BMJ Open, 10:e042119.

Schweyer FX., 2016, Inventer et apprendre un nouveau métier. Les médecins généralistes dans des maisons de santé, in Douguet F., Fillaut T. et Hontebeyrie J., Intervenir en première ligne. Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité, Paris : L'Harmattan, 39-60.

Sluis E., 2020, Médecine libérale et crise Covid : la faille, Pratiques n°91, 60-62.

Verger P., Scronias D., Monziols M., Chaput H. et Ventelou B, 2020, Perception des risques et opinion des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19, Etudes et Résultats, n° 1151.

Vézinat N. et Schweyer FX., 2019, Écologie des maisons de santé. Une gouvernance multi-niveau, Journal de gestion et d'économie de la santé, vol.37, 3-10.

Vézinat N., 2019, Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France. Paris : PUF.

NOTES

1. Réseau Accord. Enquête nationale Maisons de santé et Centres de santé face au Covid 19. Résultats des deux vagues d'enquête. Rapport final, septembre 2020, 112 p. En ligne : https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2020/10/rts-sept2020-enquete-avecsante-respire-ijfr-msp-et-cds-face-au-covid.pdf

2. L'étude sociologique EXECO2 (EXErcice COordonné en soins primaires face au COvid-19), pilotée par l'Irdes et en cours de valorisation, s'appuie sur un recueil de données qualitatives dans 6 territoires en France, entre mars et septembre 2020.

3. Fin 2020, la CPTS est constituée de 61 membres. Son bureau compte 3 médecins généralistes, une pharmacienne, une infirmière et 2 kinésithérapeutes, et son Conseil de surveillance est présidé par un biologiste.

4. Synthèse Patients Covid-19 en France - Desktop (arcgis.com).

5. Un des trois établissements a été réservé à l'accueil des patients « non Covid » nécessitant des soins urgents, avec un circuit facilitant l'accès à l'hôpital pour les professionnels de ville, et avec des circulations de personnels entre les hôpitaux qui ont favorisé les rencontres et la découverte mutuelle de conditions de travail difficiles.

RÉSUMÉS

Comment une organisation territoriale des soins primaires se construit-elle en temps d'épidémie, en prenant appui sur un système d'action préexistant à l'échelle du territoire ?
L'étude de cas menée entre mars et septembre 2020 mêle observation participante et entretiens sociologiques avec 21 professionnels impliqués dans cette organisation, à l'échelle d'un canton sous-doté en offre de soins, centré sur une métropole urbaine défavorisée au plan socioéconomique.
L'histoire des relations entre les acteurs du territoire, incarnées depuis peu dans une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), apparaît centrale dans la construction d'une organisation des soins primaires en temps d'épidémie, permettant aux acteurs - libéraux, élus locaux et hospitaliers - d'exercer un mandat de santé publique.
Cette expérience questionne la capacité des CPTS à poursuivre leur contribution, après l'épidémie, à l'organisation des soins primaires répondant à une démarche de promotion de la santé, dans un système où des logiques professionnelles, gestionnaires et politiques peuvent entrer en tension.

INDEX

Mots-clés : Covid-19, organisation territoriale, soins primaires

AUTEURS

CÉCILE FOURNIER

IDREF : https://idref.fr/148601324
VIAF : http://viaf.org/viaf/161291694
ISNI : https://isni.org/isni/0000000111058003
BNF : http://data.bnf.fr/ark:/12148/cb162572207

Maître de recherche, IRDES, 117 bis rue Manin 75019 Paris, France, Chercheure associée au LEPS EA 3412

PASCAL CLERC

IDREF : https://idref.fr/116850108
ORCID : https://orcid.org/0000-0002-9290-081X
VIAF : http://viaf.org/viaf/172395030

Chercheur associé, Université Paris-Est-Créteil, INSERM, IMRB (CEpiA Team), F-94010 Créteil, France. Professeur associé, Université de Versailles-St Quentin en Yvelines, Département de médecine générale. Membre titulaire de la Société Française de Médecine Générale