

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

[https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/
260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.pdf](https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.pdf)

Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale

Cécile Fournier¹, Lucie Michel¹, Noémie Morize^{1,2}, Laure Pitti^{1,3}, Matti Suchier¹
avec la collaboration d'Isabelle Bourgeois^{1,4} et Vincent Schlegel¹

Ce premier volet de l'enquête Exercice coordonné en soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 (Execo2) concentre le regard sur les reconfigurations de l'organisation des soins primaires durant la première vague de l'épidémie (mars à juin 2020), au sein de six territoires de France hexagonale aux caractéristiques contrastées. Cette enquête sociologique qualitative repose sur une étude de cas comparative, fondée sur une connaissance préalable des territoires investigués et sur des entretiens, menés entre mars et décembre 2020, auprès de membres d'équipes pluriprofessionnelles de soins primaires et de leurs partenaires dans la réponse à l'épidémie.

La crise, en suspendant les routines de travail, agit comme un révélateur des territoires d'action des soins primaires faisant sens localement, qui apparaissent distincts des territoires administratifs officiels. Selon les contextes, l'épidémie suspend, active ou amplifie des coopérations pluriprofessionnelles et des coordinations intersectorielles préexistantes, plus qu'elle n'en crée de nouvelles. S'observent deux mouvements antagonistes d'affaiblissement ou de renforcement des dynamiques préexistantes.

Dans cette première phase de l'épidémie, les dynamiques observées dépendent principalement de l'histoire des relations entre les acteurs sur les territoires, tandis que l'intensité de l'épidémie, la densité de l'offre de soins ou encore les caractéristiques socio-démographiques de la population ont des effets indirects et contrastés.

Dans le mouvement actuel de structuration territoriale des soins primaires en France, encouragé par les pouvoirs publics et soutenu par certaines collectivités territoriales (Hassenteufel *et al.*, 2020), l'épidémie de Covid-19 bouleverse depuis février 2020 les pratiques et les organisations. Les coopérations pluriprofessionnelles et les coordinations intersectorielles dans le domaine de la santé s'en trouvent favorisées ou atténuées. Si « l'hôpital a été l'épicentre de la crise et le lieu de tous les récits » (Gaudillière *et al.*, 2021), les soins primaires sont restés dans l'ombre. L'objectif de cette enquête est d'étudier comment les organisations de soins primaires, durant la première vague épidémique de mars à juillet 2020, ont contribué « par le bas » à la gestion de l'épidémie sur des territoires contrastés. Cette étude sociologique est complémentaire

de recherches qualitatives à une échelle nationale sur la gestion de la crise « par le haut » (Bergeron *et al.*, 2020 ; Gaudillière *et al.*, 2021), à une échelle régionale sur les traductions des directives nationales par les équipes de soins primaires (Schweyer *et al.*, 2021), ou à une échelle plus locale dans des territoires populaires (Mariette et Pitti, 2021). Elle vient également compléter des recherches quantitatives sur l'activité des médecins généralistes et d'autres groupes professionnels durant l'épidémie (Monziols *et al.*, 2020 ; Saint Lary *et al.*, 2020 ; Bourgueil *et al.*, 2020) ou sur le rôle joué par les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les Centres de santé (CDS) [ACCORD, 2020].

L'ampleur de la première vague de l'épidémie, à l'aune de la surmortalité, a été différenciée selon les territoires, bien qu'un

sentiment d'incertitude et d'urgence ait été partagé partout. On aurait pu penser que les réactions locales seraient proportionnelles à cette ampleur. À la phase initiale de l'épidémie où cette échelle de décision a été prédominante, la réorganisation précipitée des soins primaires dépend de trois types de dynamiques antérieures : de coopération (pluri)professionnelle (division du travail au sein des groupes et entre groupes professionnels) ; de coordination (entre les différentes organisations en charge des soins primaires) ; et d'intégration territoriale (constitution d'un réseau d'acteurs,

1 Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

2 Centre de sociologie des organisations, Sciences Po.

3 Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (Cresppa).

4 Icône Médiation santé.

publics et privés, œuvrant à la production de normes pour organiser les soins primaires sur un même territoire).

Dans un premier temps, un état des lieux de la structuration territoriale différenciée des soins primaires est dressé à partir des 6 territoires enquêtés (encadré Méthode et sources) pour saisir, dans un second temps, les échelles d'action face à l'épidémie. On analyse ensuite les reconfigurations des dynamiques de coordination entre les acteurs sur ces territoires, entre affaiblissement et renforcement. Les déterminants d'une intégration territoriale des soins primaires sont ainsi questionnés et les dynamiques de coopération professionnelle, esquissées ici, seront approfondies dans une prochaine publication.

Les territoires de la crise

La première vague de l'épidémie affecte différemment les territoires enquêtés : à l'aune des statistiques départementales de surmortalité, dans trois d'entre eux (Menhir, Acacias, et Sapins), l'épidémie a été de moindre intensité qu'à l'échelle hexagonale. Elle a plus fortement touché les territoires des Prairies, de Pierre-Neuve

et de Cornaline – ce dernier se caractérisant par un taux de surmortalité parmi les plus élevés de France hexagonale (figure ci-dessous et annexe en ligne¹). La comparaison entre ces territoires montre que c'est moins l'ampleur de la première vague qui a conditionné une réponse coordonnée à l'épidémie que l'existence d'un processus déjà amorcé de coordination intersectorielle et d'intégration territoriale des soins primaires à différentes échelles.

Quelle organisation des soins primaires avant l'épidémie ?

Avant l'épidémie, l'organisation des soins primaires dans les six territoires recouvre une gamme de pratiques qui traduisent des degrés plus ou moins poussés de coopération (pluri-)professionnelle, de coordination intersectorielle, voire d'intégration territoriale. L'intensité de ces pratiques varie selon qu'il s'agisse de dynamiques impulsées par le haut ou, à l'inverse, portées localement et de longue date par des professionnels de santé et des collectivités territoriales.

Coopérations actives, coordination *a minima*. La MSP des Acacias représente une forme d'organisation incarnée par une

MSP dont les membres coopèrent activement, mais sans dynamique d'intégration territoriale à ce stade. Créée en 2009, cette MSP regroupe une trentaine de professionnels de santé libéraux, répartis dans des cabinets mono- et pluri-professionnels situés sur trois communes péri-urbaines. Si un projet de Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est en réflexion pour augmenter la coordination avec d'autres MSP du département, aucune démarche concrète n'a été effectuée pour l'instant. Dans cette configuration, c'est davantage la structure MSP qui apparaît comme l'étalon de la coopération pluri-professionnelle.

« La MSP, c'est super comme système, la communication, les échanges entre professionnels, arriver à se connaître... C'est ce qu'il faut faire, il faut ne pas rester chacun dans son coin à faire sa soupe. »

(Podologue libérale, MSP, 04/2020)

Coordination développée, coopérations limitées. A l'inverse, sur certains territoires, des dynamiques de coordination intersectorielle existent alors même que les

MÉTHODE ET SOURCES

Une étude de cas multiple a été conduite sur six territoires déjà connus des auteur.rices et présentant des caractéristiques contrastées (figure ci-dessous). 80 entretiens ont été menés « à chaud » ou rétrospectivement entre mars et décembre 2020, par téléphone, en visioconférence ou en face à face, auprès de membres d'équipes de soins primaires exerçant : en libéral dans des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), ou comme salariés dans un Centre de santé (CDS) associatif (médecins, infirmier.es, pharmacien.nes, orthophonistes, podologues, diététiciennes, kinésithérapeutes, secrétaires, coordinateur.rices de MSP, de CDS et de Communautés professionnelles

territoriales de santé (CPTS)...); et avec leurs partenaires (professionnel.les de la santé ou du social, aides-soignantes, aides à domicile, chargé.es de mission, responsables de structures, de Contrats locaux de santé, d'associations de permanence des soins...), exerçant en libéral, en CDS, à l'hôpital, en collectivité locale ou dans les institutions régionales de santé publique. Les territoires ont été renommés pour préserver l'anonymat des enquêté.e.s.

Des données quantitatives caractérisant les territoires étudiés sont réunies dans le tableau en ligne. L'indicateur de la gravité de l'épidémie retenu est la surmor-

talité par département, critère qui, lors de la première vague, s'est imposé dans le débat public.

Deux types de matériaux sont mobilisés :

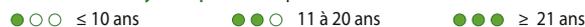
- Des entretiens menés lors de précédentes enquêtes (Fournier *et al.*, 2014 et 2019; Mariette et Pitti, 2016), donnant accès à l'histoire des relations entre les acteur.rices impliqués dans la réponse organisationnelle à l'épidémie.

- Des entretiens réalisés avec 80 acteur.rices, membres de 6 équipes de soins primaires (5 MSP et 1 CDS) et leurs partenaires, dans 4 régions (figure et annexe en ligne, lien dans la note de bas de page n° 1).

Principales caractéristiques des territoires d'implantation et structures enquêtées

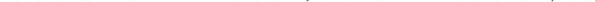
 Les Acacias	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de 3 communes, en zone péri-urbaine MSP multisite, 30 PS 	
 Cornaline	<ul style="list-style-type: none"> Quartier classé QPV en marges urbaines CDS associatif, 8 PS, CPTS en création 	
 Menhir	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement d'une commune et de 2 hameaux, en zone péri-urbaine MSP multisite, 30 PS, CPTS en création 	
 Pierre-Neuve	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de 2 communes, en marges urbaines MSP monosite, 20 PS, CPTS en création 	
 Les Prairies	<ul style="list-style-type: none"> Communauté de communes (40 communes) en marges rurales MSP multisite, 25 PS 	
 Les Sapins	<ul style="list-style-type: none"> Regroupement de 3 communes en centre-ville MSP multisite, 50 PS, CPTS en création 	

Ancienneté des dynamiques de coopération :


 ≤ 10 ans ●●● 11 à 20 ans ●●● ≥ 21 ans

Offre de soins ou densité médicale (nombre de MG pour 10 000 habitants)

Moyenne nationale : 8. FNPS, 2019.


 ≤ 7 MG ●●● 7,1 à 10 MG ●●● ≥ 10,1 MG

Intensité de l'épidémie ou surmortalité au niveau départemental

Moyenne nationale : 26 %. Écart de décès entre 2020 et 2019, du 1^{er} mars au 13 avril.


 ≤ 15 % ●●● 16 à 35 % ●●● ≥ 36 %

CDS Centre de santé

CPTS Communauté professionnelle territoriale de santé

MSP Maison de santé pluriprofessionnelle

MG Médecin généraliste

PS Personnel de santé

QPV Quartier prioritaire de la politique de la ville

coopérations pluriprofessionnelles restent limitées. Ainsi, la MSP des Prairies a été créée en 2015 sur un territoire rural regroupant près de quarante communes, situé dans un département où, au début des années 2000, des élus locaux et le Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) ont fait le constat d'une démographie médicale fortement décroissante. Une stratégie de construction de MSP et de recrutement de jeunes médecins a alors été mise en place, dotant de manière homogène le département en MSP. Pour autant, la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) des Prairies reste perçue comme une « *figure de style imposée* » par certain.es de ses membres, qui bien que regroupé.es autour d'un projet de santé, continuent à travailler principalement par groupes monoprofessionnels à l'échelle de leurs cabinets respectifs.

Coopération, coordination et intégration territoriale. Il existe enfin des configurations dans lesquelles coopération pluri-professionnelle, coordination intersectorielle et intégration territoriale s'imbriquent. Ces dynamiques, repérables sur quatre des territoires étudiés, révèlent le rôle joué en la matière par des CPTS en voie de création ou déjà créés, à des échelles différentes : le quartier pour Cornaline, une commune et deux hameaux pour Menhir, trois communes pour les Sapins, et un canton pour Pierre-Neuve. Trois de ces territoires ont en commun d'être des territoires urbains (Les Sapins), voire des marges urbaines (Pierre-Neuve et Cornaline), où le taux de pauvreté de la population est beaucoup plus marqué qu'à l'échelle hexagonale, où la prévalence des maladies chroniques est nettement plus forte, et où les logiques de coordination sont anciennes.

À Cornaline, la CPTS en voie de constitution à l'échelle de la commune s'est appuyée sur un projet initialement à l'échelle d'un quartier classé « politique de la ville » (QPV). L'équipe de ce CDS a joué un rôle moteur dans la structuration de réseaux locaux de soins, plus ou moins formalisés : *via* un groupe de pairs pour la dizaine de médecins généralistes du CDS et ceux de deux cabinets libéraux de deux autres QPV, dont l'un porte un projet de MSP depuis plusieurs années ; *via* un réseau ville-hôpital, né en 1990 de la pandémie de VIH-sida, et relancé depuis 2013 sous la forme de réunions bimensuelles entre généralistes et hospitaliers, co-organisées par un médecin endocrinologue du Centre hospitalier régional (CHR) et le

médecin coordinateur médical du CDS. C'est de cette coordination d'abord informelle qu'est né le projet de CPTS initialement à l'échelle du quartier, porté par le CDS associatif et regroupant les trois cabinets libéraux, le cabinet infirmier et les deux pharmacies du quartier. Celui-ci a été élargi à l'échelle de la commune grâce aux liens noués entre l'équipe du centre, des cabinets libéraux, et la direction de la santé de la ville. Ces liens ont été favorisés par le fait que cette collectivité locale compte une unité de santé publique, dont les chargées de mission ont une affectation par « thématique » et par quartier – l'une d'elles est précisément « référente santé » de ce quartier, en même temps qu'elle a la charge de l'offre de soins à l'échelle de la ville.

On retrouve cette même dynamique ancienne d'intégration territoriale informelle au fondement de la CPTS de Pierre-Neuve, comme l'expliquent différentes catégories d'acteurs.rices rencontrés :

« On avait déjà un petit pool sur [la commune A], une MSP très dynamique, qui était investie historiquement dans le contrat local de santé. Ils avaient même commencé à parler d'exercice coordonné dans les années 80. (...) une équipe (...) qui connaît très bien la mairie, les différentes équipes médico-sociales et sociales. »

(Chargée de mission, Cpm, 02/2021)

Les Sapins se situent dans une dynamique d'extension du périmètre de coordination des soins primaires qui, comme à Cornaline et à Pierre-Neuve, trouve son origine au début des années 1980 dans une initiative locale de coopération pluriprofessionnelle, formalisée sous une forme associative.

« En 1982, il y a eu la création d'une association (...). Un groupe de quelques généralistes ont écrit dans leurs statuts que ce serait bien de travailler intelligemment à plusieurs professions sur le territoire (...). Cette association a perduré et elle s'est transformée, (... avec) création de la Sisa en 2016. »

(Médecin généraliste libérale, MSP, 07/2020)

On mesure ici, à la différence des Prairies, la dynamique de coordination que vient consacrer la Sisa, lorsque celle-ci émane de formes de coopération pluri-professionnelle anciennes. Les Sapins présentent ainsi un degré complexe de coordination des soins primaires, articulant différents supports organisationnels : cette MSP pluri-sites regroupant environ 70 professionnel.les sur une même commune est, au début de l'année 2020, en voie de transformation *via* un projet de CPTS qui vise à regrouper les professionnel.les libéraux.ales de

REPÈRES

Le projet Exercice coordonné en soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 (Execo2) a été construit en réorientant temporairement les objectifs et ressources de trois projets de l'Ides financés par l'Assurance maladie, le ministère de la Santé et France stratégie : Évaluation de l'Accord conventionnel interprofessionnel accessible aux Maisons de santé pluriprofessionnelles (Eos), Évaluation des expérimentations de financements alternatifs à l'acte dans le cadre de l'Article 51 (Era2), et Compréhension des pratiques paramédicales en soins primaires (Paramed).

deux autres communes, les établissements de santé du territoire (le centre hospitalo-universitaire, les deux cliniques, les deux Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)), enfin une Plateforme territoriale d'appui (PTA).

Le cas de Menhir montre cependant la possibilité d'une dynamique de coordination structurante alors qu'elle est plus récente. Dans ce territoire péri-urbain centré sur une commune de petite taille et deux hameaux, un mouvement de structuration des soins primaires évolue depuis 2010, réunissant tous les professionnels de santé du territoire au sein d'une MSP multisite (en Sisa depuis 2014), porteuse d'un projet de CPTS en passe de contractualiser avec l'Assurance maladie au moment où se déclare l'épidémie.

Ces six configurations organisationnelles de soins primaires montrent que, là où les dynamiques de coopération pluriprofessionnelle, de coordination intersectorielle et d'intégration territoriale existent le plus fortement, elles reposent sur des territoires qui font sens pour les acteurs impliqués et qui ne correspondent pas nécessairement aux délimitations administratives. C'est sur ces territoires vécus, forgés dans et par les dynamiques de coopération et de coordination, découlant d'histoires locales et de configurations d'acteurs souvent éprouvées de longue date, que vont s'appuyer la mobilisation et la coordination des soins primaires face à l'épidémie de Covid-19.

Quand l'épidémie dévoile les territoires d'action des soins primaires

L'épidémie active et amplifie des dynamiques préexistantes de coordination des soins primaires plus qu'elle n'en crée de nouvelles. En l'absence de dynamiques de coordination préexistantes et bien rodées avant l'épidémie, la mobilisation des

équipes de soins primaires dans ce contexte critique n'impulse pas de processus plus affirmé de coordination à l'échelle des territoires. Les Prairies et les Acacias restent ainsi sur des formes *a minima* de coordination des soins, alors que l'épidémie y provoque une surmortalité entre cinq et sept fois plus élevée qu'aux Sapins (tableau en ligne). À l'inverse, à Pierre-Neuve, aux Sapins et à Cornaline, où l'ampleur de la vague épidémique est très variable, la coordination des soins primaires s'accroît dans ce contexte de crise, très largement impulsée par les équipes à l'échelle locale, et renforce le processus d'intégration territoriale préexistant. Entre ces deux configurations, Menhir présente une situation intermédiaire, avec une coordination reposant sur une coopération professionnelle accrue à l'échelle de la MSP, mais concurrencée par une logique descendante de maillage territorial des soins primaires, où l'Agence régionale de santé (ARS) joue un rôle structurant. Dans les autres territoires étudiés, les ARS sont restées en retrait dans l'organisation des soins primaires à cette phase de l'épidémie, se positionnant en soutien de certaines initiatives.

Communiquer sans coopérer, coopérer sans coordonner : une organisation peu modifiée des soins primaires face à l'épidémie. Au sein de la Sisa des Prairies, l'épidémie met clairement au jour le fonctionnement encore très libéral de chacun des cabinets travaillant davantage les uns à côtés des autres que dans un exercice coordonné, considérant que :

« ...le travail médical et paramédical, c'est complètement différent. Nous on a organisé les choses au niveau de notre cabinet et les infirmières dans le leur. »

(Médecin généraliste libéral, MSP, 03/2020)

L'équipe de soins primaires fonctionne cependant *a minima*, offrant déjà un espace d'échange et de soutien. Dans ce contexte d'épidémie, la Sisa permet aux soignants de ne pas se sentir seuls et offre un cadre rassurant d'échange, comparé à des professionnels à l'exercice isolé.

« On travaille en Sisa, on a des médecins qui sont franchement adorables, ils nous appellent le soir, on peut les appeler quand on veut (...) c'est une chance pour nous, je plains les pauvres filles (aides à domicile) qui bossent seules dans leur campagne perdue, là-bas. »

(Infirmière libérale, MSP, 03/2020)

Ce cadre d'échange rassurant s'insère dans une relation classique de hiérarchies matérielles et symboliques entre médecins et

infirmières, mais aussi entre infirmières et aides à domicile. Sur ce territoire, la stratégie Covid est en partie descendante : initiée par le CDOM, accompagnée par l'ARS, elle s'appuie sur l'infrastructure des territoires « e-santé » (outils numériques régionaux de coordination entre les professionnels du médical et du médico-social), laquelle conçoit rapidement un outil de suivi épidémiologique, utilisé par tous les médecins dès le début de l'épidémie. Y compris lorsque la stratégie Covid émane prioritairement des équipes, comme c'est le cas sur les Acacias, l'épidémie ne génère pas de coordination des soins primaires là où celle-ci n'existait pas. Aux Acacias, les coopérations pluri-professionnelles préexistantes à l'épidémie servent d'appui à l'organisation du suivi de la patientèle durant l'épidémie :

« On s'est organisés en téléconsultation, et on fait venir si besoin les patients non Covid le matin, et les patients suspectés Covid l'après-midi. On a un médecin par jour pour l'après-midi. On a mis une salle à disposition, pour ne pas contaminer les autres (...). On a prévu en renfort les infirmières pour faire la régulation et le suivi des patients. »

(Médecin généraliste libérale, MSP, 03/2020)

Les médecins généralistes de la MSP des Acacias organisent une seule réunion Zoom, début avril, afin de faire circuler les informations. Si cette réunion est bien reçue par ceux qui participent, les différents acteurs admettent avoir peu communiqué. L'épidémie de Covid-19 n'incite d'ailleurs pas les professionnels du territoire à accélérer le processus de création de la CPTS, encore peu formalisé au début de l'épidémie.

Dynamique locale, concurrences départementales : une coordination limitée en MSP. A Menhir, la coopération pluri-professionnelle, rôdée de longue date à l'échelle de la MSP, constitue un socle d'organisation face à l'épidémie. La MSP met en place un double circuit d'accueil des patient.es dans ses murs : un centre Covid où s'impliquent des paramédicaux dont l'activité est stoppée, et la poursuite de l'accueil des patient.es non-Covid.

« Sur la MSP, ça a très vite réagi. Les paramédicaux ont fermé leur cabinet, ils ont voulu nous aider. La coordinatrice a organisé leur participation. On a installé un barnum devant la MSP avec deux paramédicaux qui se relayent pour accueillir les patients. (...) L'avantage de l'accueil par les paramédicaux, c'est que ça trie tous les patients. Plus personne ne rentre dans la MSP avec des signes infectieux. »

(Médecin généraliste libéral, MSP, 03/2020)

Les membres de la MSP reconnaissent le caractère rassurant, protecteur, de cette coopération impulsée sur la base d'une expérience éprouvée, permettant de fonctionner de manière solidaire dans ce contexte critique.

« Chacun a trouvé sa voie, je tire mon chapeau à tous ceux qui ont fait du volontariat. Si on n'avait pas cette dynamique, il n'y aurait pas cette bonne volonté. C'est lié au travail de l'équipe dans les dernières années. Ça permet une gestion rapide et une entraide. »

(Médecin libéral, MSP, 04/2020)

Cette coopération locale, portée par la MSP, contraste avec les concurrences accrues générées par la stratégie Covid impulsée à l'échelle départementale. En effet, sur le territoire de Menhir, à la différence des cinq autres, l'ARS joue un rôle structurant, en constituant un comité départemental Covid à la fin mars, réunissant l'Ordre des médecins, un coordinateur hospitalier (infectiologue au CHU), un coordinateur libéral (médecin généraliste exerçant en cabinet monoprofessionnel) et l'association de gestion de la permanence des soins. Ce comité organise le maillage territorial du département par des centres Covid (une trentaine au plus fort de l'épidémie), en s'appuyant informellement sur le réseau des MSP. Cette stratégie descendante provoque des tensions entre acteurs à l'échelle départementale, comme en témoigne cet extrait d'entretien :

« Il y a toute une organisation avec les centres Covid qui a été mise en place avec les réseaux sociaux, avec l'Ordre, etc. Au niveau de la région, je ne vous raconte pas le bazar, chacun y va de sa petite organisation. (...) Là où on a réussi à rester en solidarité, c'est vraiment au niveau de la maison de santé. C'est l'unité de base qui a permis de garder un cadre rassurant et sécurisant. Encore hier avec la réunion au niveau du département, j'ai assisté à une guerre de tranchées entre les institutions pour manger le gâteau qui va arriver. »

Médecin libéral (MSP, 04/2020)

La conseillère médicale à la direction de la délégation territoriale de l'ARS pointe en mai 2020 les fortes limites et les tensions générées par le fait de « prendre des décisions et de faire du descendant (... ce qui) ne marche pas du tout ». Elle souligne au contraire le rôle de médiatrice entre les institutions régionales et les acteurs locaux, qu'elle a dû endosser dans ce contexte.

Le rôle de l'intégration territoriale dans la coordination face à l'épidémie. À l'aune de l'enquête, les formes de coordination des soins primaires les plus poussées face

à l'épidémie reposent sur des équipes déjà engagées dans des dynamiques locales et participant au déploiement d'instruments d'action publique à l'échelle des territoires, notamment des CPTS. Dans cette configuration, le contexte épidémique accroît la coordination des soins primaires et révèle le rôle de l'intégration territoriale dans ces dynamiques de coordination.

A Cornaline, la continuité des soins repose quasi-exclusivement sur la coordination impulsée par le CDS moteur dans le projet de CPTS. À l'échelle du quartier étudié, deux des trois cabinets libéraux ferment peu après le début du confinement. Le CDS se réorganise rapidement pour continuer à recevoir les patient.es en deux filières, mises en place informellement, plusieurs semaines avant de se déclarer centre Covid en mai 2020 pour faire reconnaître financièrement un travail réalisé de fait.

« On s'est déclaré Centre Covid (...), on savait qu'on allait déjà être un peu seuls sur le quartier (...). C'est une période où on a absolument pris tout le monde. On n'a fait aucun distinguo médecin-traitant/pas médecin-traitant. »

(Médecin généraliste salarié, 09/2020)

Le CDS, durant l'épidémie, a assuré la continuité des soins au-delà de sa patientèle médecin traitant, en s'appuyant sur des dynamiques de coordination locales, que l'épidémie a amplifiées plus qu'elle ne les a créées, en particulier avec la pharmacie et le cabinet infirmier du quartier, dans le cadre de la CPTS en préfiguration à l'échelle du quartier.

L'activation du levier CPTS comme instrument d'une réponse coordonnée à l'épidémie rapproche plus qu'elle ne différencie les structures pluri-professionnelles, notamment les MSP de Menhir et des Sapins, d'une part, et le CDS de Cornaline, d'autre part. Aux Sapins, là encore, la première action mise en place par les acteurs de la MSP est l'ouverture du centre Covid, dès le départ pensé par la présidence de la MSP à l'échelle de la CPTS.

« On s'est très rapidement dit que dans une logique sanitaire, il ne fallait pas que ce projet soit interne au pôle de santé (MSP), mais que c'était plutôt un projet qui se rapportait à la CPTS puisqu'on a une dimension territoriale évidente. Du coup, (...), quand on a construit le centre Covid, on s'est dit qu'il fallait absolument impliquer l'ensemble des acteurs de la CPTS, de tout notre territoire (...). Tout le monde s'est rendu compte que l'organisation de la CPTS permettait de répondre collectivement à quelque chose auquel personne n'était préparé. »

(Kinésithérapeute libéral, MSP, 05/2020)

À Pierre-Neuve, l'assemblée générale constitutive de la CPTS a lieu en février 2020 et la validation de son projet par l'ARS est en cours au moment où l'épidémie éclate. Reposant sur une collaboration entre une MSP et la mairie, avec le soutien institutionnel de l'ARS et de la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam), la CPTS impulse la création d'un centre Covid, occasion de nombreuses collaborations pluriprofessionnelles et d'une coordination intersectorielle entre des acteurs qui ne se connaissaient pas tous : le centre est pris en charge par des volontaires venus de tout le territoire ; les équipes élaborent des protocoles de consultation et de suivi des patient.es, qui à la fois reposent sur et donnent corps à la dynamique impulsée par la création de la CPTS.

L'organisation des soins primaires face à l'épidémie se structure donc aux échelles de territoire qui font sens pour les équipes de soins primaires, au regard de dynamiques antérieures de coordination, voire d'intégration territoriale. Cette réorganisation des soins primaires ne s'opère cependant pas de manière uniforme, dans ce contexte d'urgence, venant reconfigurer les logiques d'acteurs sur le territoire.

Reconfigurations des dynamiques de coopération et de coordination entre acteurs des territoires

Dans tous les territoires enquêtés, le contexte sanitaire entraîne un bouleversement des dynamiques antérieures de coopération et de coordination entre les acteurs des territoires. Deux tendances sont alors observables, simultanément ou successivement. Premièrement, on constate un mouvement global de repli sur des logiques professionnelles ou des routines organisationnelles. Ces replis ravivent les hiérarchies structurelles existantes entre les groupes professionnels, et entre le secteur de l'hôpital et celui de la médecine de ville. L'épidémie est ainsi, sur certains territoires, à l'origine de coopérations entre membres du même groupe professionnel, parfois au détriment de dynamiques de coopération pluriprofessionnelles antérieures. Deuxièmement, les équipes de soins primaires, déjà coordonnées, amplifient leurs coordinations, en particulier autour du recueil et de la distribution de matériels de protection ou en créant des liens avec les hospitaliers et les municipalités, accroissant ou élargissant les dynamiques d'intégration territoriale.

Un repli initial sur des logiques professionnelles et des routines organisationnelles

Le groupe professionnel comme premier espace de coopération. Sur l'ensemble des territoires, durant le mois de mars et en réaction au développement de l'épidémie de Covid-19 et à la prise de mesures restrictives, les professionnels de santé ont d'abord le réflexe d'un repli sur leurs juridictions professionnelles, et ce quel que soit le développement des dynamiques de coordination sur les territoires. Ils organisent leur espace de soin et leurs pratiques à l'échelle de leur groupe professionnel, entre autres *via* des réseaux de communication à des échelles variables (les infirmières du canton, les médecins généralistes du département, les pharmaciens ou les biologistes de la région), *via* des interconnaissances ou, de manière plus formalisée, *via* des initiatives d'organisations professionnelles. Ce repli sur son groupe professionnel n'a cependant pas la même incidence dans toutes les professions : certains groupes professionnels le vivent comme un isolement – de nombreux professionnels des paramédicaux sont contraints d'arrêter leur exercice, considéré comme moins essentiel que celui des médecins, des infirmières, des sages-femmes, des aides-soignantes ou encore des aides à domicile. Ces dernières professions, très féminisées, en première ligne face à l'épidémie au domicile des patient.es, se retrouvent à réorganiser leur pratique, surtout en libéral, avec très peu d'information de la part des organisations professionnelles (syndicat, Union régionale des professionnels de santé (URPS...)) et des institutions nationales et régionales, contrairement aux médecins.

Au mois de mars 2020, les informations au niveau national et dans la presse sont floues et souvent contradictoires. La mobilisation des réseaux professionnels permet aux infirmières de s'organiser en l'absence d'instructions claires de la part des tutelles.

« On s'est retrouvées un peu démunies, j'ai appelé ma collègue le matin et j'ai dit : « Moi, cet après-midi, je mets des masques ». J'ai eu l'autre cabinet infirmier, qui m'a dit : « Depuis samedi, on porte des masques ». (...) J'ai réalisé : mon sac, je le trimbale et le pose chez les gens donc ça ne va pas, j'ai regardé en ligne, j'ai vu des infirmières qui donnaient des possibilités : sac bandoulière, sac banane... »

(Infirmière libérale, MSP, 03/2020)

Cette mobilisation professionnelle permet souvent de s'affranchir des relations de concurrence qui préexistent à l'épidémie,

entre les infirmières des territoires enquêtés. Aux Acacias par exemple, les trois cabinets d'infirmières se sont organisés pour se répartir les patient.es Covid.

« Situation de crise oblige, on a décidé de se réunir avec trois cabinets (d'infirmières libérales) (...) de gens qui se disent bonjour mais ça s'arrête là. On dit, bon, (...) si dans notre tournée on a des patients Covid, on ne peut pas gérer. Donc on s'est organisés, (...) il y a une infirmière Covid dédiée par semaine. »

(Infirmière libérale et salariée, MSP, 04/2020)

Ce repli sur le groupe professionnel est ainsi le premier réflexe de ces professionnelles en libéral. Il pallie l'absence d'informations et de recommandations au niveau national, alors même que les infirmières sont particulièrement exposées. Pour d'autres groupes professionnels, et notamment les médecins généralistes, ce repli n'est pas subi. Dans tous les territoires étudiés, ils s'organisent rapidement pour mettre en place la téléconsultation et prendre en charge des patient.es suspecté.e.s de Covid. A Cornaline, les médecins du CDS se répartissent en « un médecin qui faisait des consultations d'urgence, un médecin qui faisait du téléphone et deux médecins qui faisaient encore un peu les rendez-vous ».

L'épidémie ne remet pas en question les hiérarchies professionnelles, la division des rôles et des statuts entre médecins et non-médecins s'en trouve renforcée. Pour les médecins généralistes, l'épidémie va de pair avec un recentrement sur leur rôle dans les soins primaires : submergés de mails institutionnels (« une avalanche de mails de la Cpsam, de la DCGDR (Direction de la coordination et de la gestion du risque), de l'Ordre... »), ils doivent faire le tri parmi un trop plein d'informations alors que d'autres professions n'en n'ont aucune.

Leurs réseaux professionnels sont souvent très développés, et les savoirs médicaux sont également réaffirmés en ce début d'épidémie, dans ce contexte d'incertitude où les informations sont encore très imprécises et parcellaires.

« On ne s'est pas vus avec les médecins, c'est un peu nos chefs quand même, et on n'a pas eu de consignes, donc on a dû gérer tout, tout seul. »

(Infirmière libérale, MSP, 03/2020)

Ce repli sur les juridictions professionnelles est inégalement durable selon les territoires et les professions. En outre, dans certains cas de figure, l'épidémie affaiblit

des dynamiques de coordination entre acteurs du territoire.

Une coordination ville-hôpital à l'arrêt sur certains territoires.

Dans le contexte du Plan blanc, étendu à tous les hôpitaux de France le 13 mars 2020, les hôpitaux sont contraints de mettre en place une organisation spécifique. Dans certains territoires, l'épidémie révèle l'absence de coordination, voire met fin à des dynamiques antérieures. A Cornaline et aux Prairies, qui connaissent tous deux un taux d'incidence élevé de la Covid-19, les organisations hospitalières ont ainsi stoppé la coordination ville-hôpital, au contraire de certains territoires où celle-ci est relancée ou développée (Pierre-Neuve et les Sapins). A Cornaline, un dispositif dit « sorties d'hospitalisation », co-construit entre l'hôpital local et le centre de santé, avant l'épidémie, *via* un réseau ville-hôpital, est arrêté.

« On avait mis en place cette coordination sortie de l'hospitalisation mais elle n'a pas fonctionné. (...) Je pense qu'ils avaient la tête dans le guidon. Franchement, même si on avait des discussions prépa de co-construction du dispositif (...) sur le soin, ils étaient débordés... »

(Chargée de mission Offre de soins, Unité de santé publique de la ville, 11/2020)

Plus précisément, l'ampleur de la vague épidémique à l'échelle du département a, au moins pour un temps, mis fin aux dynamiques de coordination. Celles-ci sont encore actives au début de l'épidémie : en février 2020, le service de maladies infectieuses de l'hôpital prend l'initiative d'une réunion d'information, en s'appuyant sur le maillage territorial du réseau ville-hôpital. Dès le début de l'épidémie, l'organisation du travail hospitalier laisse peu de place aux dynamiques de coordination avec les professionnels de santé de la ville et les acteurs de la municipalité. À partir de la mi-mars, le nombre de personnes atteintes de Covid-19 s'accroît très fortement. L'hôpital est rapidement au bord de la saturation et renvoie à plusieurs reprises les patient.es chez eux.elles, à rebours du protocole fixé avec les médecins de ville quelques semaines plus tôt. Les dynamiques de coordination antérieures entre la ville et l'hôpital, pourtant fortes, sont affaiblies durant la première vague, du fait en particulier de la sous dotation en offre de soins aussi bien hospitalière qu'ambulatoire.

Aux Prairies, les contacts avec l'hôpital le plus proche, un Centre hospitalier (CH) de

niveau 2 d'environ 1 200 lits intégré dans un vaste Groupement hospitalier de territoire (GHT), sont limités. Le CH est en effet mobilisé pour accueillir des patient.es des départements voisins.

« Les services attendaient l'énorme vague prévue ce week-end. Même les urgences sont désertées par les patients. Tout le système de soin est en suspens, c'est hallucinant. »

(Médecin généraliste libérale, MSP, 03/2020)

L'absence de coordination avec l'hôpital n'est cependant pas uniquement due à l'intensité de l'épidémie : aux Acacias par exemple, qui sont peu touchés, les relations avec l'hôpital ne sont pas plus soutenues.

« On a un hôpital privé qui est juste à côté de nous, qui accueille les Covid, on ne sait pas quels sont leurs chiffres et c'est d'autant plus difficile que très peu de secrétariats chez les spécialistes étaient ouverts. On avait moins de contact avec eux puisqu'on n'arrivait pas à les joindre. »

(Secrétaire médicale, salariée, MSP, 04/2020)

L'épidémie bouleverse les routines hospitalières, de manière générale et quelle que soit son intensité, probablement pour faire face à l'incertitude ou, dans les départements les plus touchés, à la surcharge de travail et à la pression induite par la réorganisation des services. En découlent de nouvelles difficultés pour les secteurs de la ville et de l'hôpital à se coordonner. Les prises de contact, l'orientation des patient.es sont d'autant plus compliquées que les professionnels de santé en ville ne sont pas toujours tenus au courant des adaptations hospitalières à l'épidémie. Ce constat montre également la fragilité des dispositifs de coordination mis en place à l'échelle territoriale, qui reposent sur une multitude d'acteurs.

Cependant, ce constat n'est pas uniforme sur tous les territoires : dans d'autres situations, l'épidémie conduit à développer des relations ville-hôpital. En effet, le premier niveau d'organisation par groupe professionnel, souvent doublé de manière simultanée ou dans un second temps par une réflexion sur l'organisation à l'échelle des maisons et centres de santé, peut s'accroître de coordinations à une échelle territoriale plus large.

Des coordinations préexistantes qui se déploient et se modifient

Dans certains territoires, le contexte d'épidémie amène les équipes de soins primaires à renforcer les coordinations dans une perspective d'intégration territoriale.

Une mobilisation transversale autour de la pénurie de matériel de protection.

Dans tous les territoires étudiés, la pénurie de matériel (masques, blouses, bouteilles d'oxygène, etc.) est l'objet d'une mobilisation transversale. En effet, l'accès au matériel de protection et de soin est l'un des premiers enjeux pour les soignants qui continuent à travailler au contact des patient.es. Les professionnels de santé ou les collectivités territoriales mobilisent leurs réseaux à l'échelle locale, formels ou informels, et structurés dans le cadre d'Ateliers santé ville (ASV) ou de Contrats locaux de santé (CLS), afin de récolter et de répartir un grand nombre de dons venus de divers secteurs : des habitants, des bénévoles, des entreprises privées, des associations sportives, des vétérinaires, des hôpitaux, des cliniques, des cabinets de paramédicaux fermés...

« Ça a été la grosse panique car on a réalisé qu'on n'avait pas de matériel, on a demandé à tout le monde (...), une entreprise nous a donné des lunettes, y'a aussi un monsieur qui a une entreprise du bâtiment, il nous a donné 100 blouses. (...) On a eu des charlottes des gens... »

(Infirmière libérale, MSP, 03/2020)

Dans certains territoires où des centres Covid sont mis en place, comme à Pierre-Neuve ou aux Sapins, les hôpitaux locaux ou les cliniques se mobilisent particulièrement pour fournir du matériel médical, notamment afin de prendre en charge avec de l'oxygène des cas éventuels de décompensation dans les centres Covid.

« On s'est débrouillé, l'hôpital (...) nous a donné un fauteuil, une table d'examen. Il y avait du matériel qu'on avait commandé, avant pour le centre, tensiomètre, saturo-mètre, et en fait par l'intermédiaire des infirmières on a trouvé un prestataire de service d'oxygène qui est venu nous installer un extracteur d'oxygène et qui nous a gentiment donné tous les masques, les tubulures, et du coup, on a réussi rapidement aussi à avoir de l'oxygène au Centre Covid. »

(Médecin libérale, MSP, 04/2020)

Le recueil de matériel est plus ou moins orchestré, par les professionnels individuellement (aux Prairies), par les coordinateurs ou les pharmaciens des organisations pluriprofessionnelles (aux Acacias, aux Sapins et à Cornaline), ou encore par les collectivités locales (une ou plusieurs mairies, comme à Pierre-Neuve). Ces mobilisations, qui se retrouvent dans tous les territoires, sanctionnent une reconnaissance symbolique de l'action des soignants à l'échelle locale par la population.

Ces dynamiques de coordination, encouragées et valorisées par les pouvoirs publics et les associations professionnelles, demeurent néanmoins des palliatifs souvent insuffisants à la carence de matériels et à l'absence de solution apportée par les pouvoirs publics à l'échelle nationale.

Une épidémie qui renforce la légitimité d'une approche territoriale des soins.

A Menhir, à Pierre-Neuve, aux Sapins et à Cornaline, l'épidémie renforce l'intégration territoriale de l'organisation coordonnée des soins primaires. Si ces organisations sont souvent préfigurées en amont de l'épidémie, cette dernière constitue pour leurs promoteurs l'opportunité de les mettre en œuvre concrètement. Sur ces quatre territoires, cette organisation territoriale se fait au travers de la création ou de la consolidation de CPTS. Selon les territoires étudiés, les organisations sont développées par des acteurs différents. A Menhir, à Cornaline et à Pierre-Neuve, les acteurs des collectivités territoriales contribuent au déploiement des CPTS.

« Les CLS (Contrats locaux de santé) ont joué un rôle moteur dans les CPTS parce que les professionnels ont participé aux travaux du CLS et ils se sont dit : « Si on était en CPTS, ce serait beaucoup plus facile pour nous ». On a quand même des MSP dans le territoire qui sont très matures. C'est elles qui vont booster les CPTS je crois. La crise les a boostées aussi. »

(Médecin salariée, délégation territoriale de l'ARS, 05/2020)

« L'idée de la création de ce centre (Covid) était de dévier l'activité Covid de nos cabinets plus ou moins organisés, permettre d'avoir le plus possible une activité normale et surtout de pouvoir orienter les patients correctement et qu'ils n'appellent pas le 15 ou qu'ils n'aillent pas aux urgences. (...) Cela a permis aux professionnels, aux tutelles et aux mairies, aux collectivités de voir « grandeur nature » ce que c'était qu'une CPTS. »

(Médecin généraliste libérale, MSP, 04/2020)

Ces dynamiques de coordination entre collectivités territoriales et équipes de soins primaires sont d'une intensité variable selon les territoires. Ainsi, aux Sapins, à la différence de Pierre-Neuve où les mairies sont plus impliquées, la CPTS se déploie principalement grâce aux professionnels libéraux et salariés d'une MSP. Dans les deux cas, l'épidémie est perçue comme une « opportunité » pour faire vivre cette CPTS, qui était jusqu'alors en latence, mobilisant peu les professionnels. De même, à Cornaline, avant l'épidémie, la CPTS était en préfiguration : une offre d'emploi de « chargé-e

de préfiguration de la CPTS », diffusée en septembre 2019 par l'Association locale de santé (issue d'un ASV), reste vacante au début de l'épidémie. Elle est pourvue en novembre 2020.

« En fait, la CPTS, si, cela fait un moment que l'on y travaille. Mais c'est vrai qu'on s'était dit, justement, que c'était vraiment une opportunité pour les CPTS de profiter de cette occasion-là [l'épidémie de Covid-19] pour (...) monter rapidement en charge. »

(Directrice du CDS, 07/2020)

L'épidémie a conduit les professionnels du centre de santé à se mobiliser, mais aussi des acteurs.rices « habitué.es » du travail en réseau à l'échelle locale, hérité du réseau Ville-Hôpital. Aux Sapins, une dynamique comparable est observable. La CPTS, dont la convention n'est pas encore signée en mars 2020, est portée par les professionnels d'une MSP du territoire, et inclut de nombreux acteurs du médico-social (clinique, Ehpad, CHU, réseau de soins, association). Cependant, la Cnam impose une extension du territoire de la CPTS à deux autres communes voisines, demandant aux professionnels les moteurs.es le recrutement des professionnels.libéraux.ales présent.es sur ces communes. L'épidémie conduit les professionnels.de la MSP à initier un travail collectif avec les médecins libéraux des deux autres communes.

« On a énormément de gens qui ne faisaient pas partie de la MSP qui nous ont rejoints très rapidement et qui ont participé activement à ce centre Covid, que ce soit des paramédicaux ou des médecins. Au final on a eu une cinquantaine de médecins différents qui sont passés et qui ont assuré des astreintes dans le centre Covid alors qu'il y a 14 médecins dans la maison de santé. Ce centre Covid a été vraiment un acte fédérateur de la CPTS parce que ça faisait un an qu'on essayait entre guillemets de draguer l'ensemble des professionnels de santé... »

(Kinésithérapeute libéral, MSP, 05/2020)

Un mouvement comparable se retrouve à Pierre-Neuve. Au sein de ces organisations, l'épidémie permet de légitimer le projet de CPTS, et de rassembler les soignants d'un territoire donné autour d'un but commun, qui les conduit à minimiser des conceptions pourtant différentes de leur profession et du soin. Ces dynamiques de coordination à l'échelle des territoires restent cependant centrées autour des médecins, qui prennent souvent une place plus importante dans les processus de décision que les professionnels.libéraux.paramédicaux.ales ou encore que des acteurs des collectivités territoriales. De plus, ces dynamiques

de coordination bénéficient davantage aux médecins : ainsi, aux Sapins, la prise en compte des deux nouvelles communes dans la CPTS a permis l'inclusion essentiellement de médecins généralistes, et plus en marge de professionnel.les paramédicaux.ales, généralement bénévoles.

Sur quelques territoires, des dynamiques de coordination ville-hôpital qui se développent. Aux Prairies, aux Acacias, et à Cornaline, l'épidémie entraîne un repli de l'hôpital sur lui-même, et balaye les coordinations existantes. Cependant, ce constat n'est pas uniforme au sein des territoires enquêtés : ainsi, à Menhir, à Pierre-Neuve et aux Sapins, l'épidémie conduit à un renforcement des coordinations préexistantes, développées notamment grâce aux projets de CPTS, entre professionnel.les des secteurs hospitaliers et de ville. À Pierre-Neuve, au contraire de Cornaline, un travail a été fait autour des entrées et des sorties à l'hôpital.

« On fait des réunions physiques à l'hôpital toutes les semaines (...) pour voir comment on s'organise. (...) Le lien a démarré à zéro : on envoyait des patients à l'hôpital, on ne savait pas ce qu'ils devenaient. (...) On est parti de ça en disant aux hospitaliers : « Ecoutez, c'est pas possible, nous il faut qu'on sache quand même s'ils ont été hospitalisés ou pas. (...) Vous êtes sursaturés, peut-être qu'on peut vous décharger d'un certain nombre de trucs qu'on sait faire (...) 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. »

(Médecin généraliste libéral, MSP, 05/2020)

Avec le soutien de la directrice d'un des hôpitaux du GHT autour de Pierre-Neuve, également chargée des relations ville-hôpital pour les trois établissements du GHT, une coordination préexistante mais peu développée entre les médecins généralistes et les hospitaliers est activée et restructurée au début de l'épidémie autour d'un protocole d'entrée et de sortie d'hospitalisation.

« Le centre Covid s'occupait de faire la première consultation de suivi et de renvoyer sur le médecin traitant quand il y en avait un, ou quand il n'y en avait pas, de répartir les patients concernés auprès de médecins traitants volontaires [de la CPTS]. (...) 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, 07/2020)

De même, aux Sapins, les dynamiques de coordination préexistantes entre les cli-

niques, le CHU du territoire et les équipes de soins primaires sont renforcées au cours de l'épidémie. L'orientation des patient.es étant perçue comme un enjeu majeur pour diviser la charge de l'épidémie entre la médecine de ville et l'hôpital, elle est l'objet de plusieurs initiatives. Ainsi, le CHU et les cliniques se coordonnent pour établir des critères d'orientation des patient.es selon les pathologies et en informer les médecins du territoire.

« On a eu des consignes sur qui envoyer dans quelle structure pour quel problème, par exemple, si on avait une suspicion de Coronavirus, il fallait tout envoyer au CHU, ... »

(MG libérale, MSP, 05/2020)

Dans ces territoires, l'épidémie conforte une dynamique territoriale de prise en charge des patient.les : les cliniques et les hôpitaux se coordonnent, incluant les professionnel.les libéraux.ales dans ces échanges, lesquel.le.s ne sont cependant pas décisionnaires. Les rivalités préexistantes, découlant de logiques de concurrence entre hôpitaux et cliniques dans la prise en charge et la captation des patient.es (Bergeron et Castel, 2010), sont suspendues par l'épidémie. La surcharge hospitalière et les fermetures de services liées à l'épidémie amènent à repenser les dynamiques de coordination à l'échelle du ter-

ritoire, sans pour autant remettre fondamentalement en question les hiérarchies entre la ville et l'hôpital.

Dans la première phase de l'épidémie de Covid-19, où la réponse à l'épidémie s'est construite « par le bas » sur des territoires vécus en soins primaires, les dynamiques de coordination dépendent principalement de l'histoire des relations entre les acteurs du territoire, qui s'appuient souvent sur des projets préexistants à l'épidémie. Elles reposent sur des reconfigurations des divisions du travail entre professionnels, qui seront analysées plus en détail dans une prochaine publication. *A contrario*, l'intensité de l'épidémie, les caractéristiques socio-démographiques de la population, ou encore l'offre de soins sur les territoires, ont des effets plus indirects et contrastés sur les dynamiques de coordination.

Si les projets préexistants ont permis la construction d'une culture commune, des tensions demeurent, même sur les territoires où l'intégration est la plus forte, autour de rapports de force politiques et institutionnels, entre alliances et concurrences pour assurer le contrôle de l'organisation territoriale des soins primaires. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- ACCORD (2020). « Enquête nationale maisons de santé et centres de santé face au covid-19. Résultats d'enquête, rapport final », septembre [en ligne]. <https://lescentresdesante.com/wp-content/uploads/2020/10/Rapport-final-enque%CC%82te-MSP-CDS-face-au-Covid-Septembre-2020-min.pdf>
- Bergeron H., Borraz O., Castel P., Dedieu F. (2020). *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Paris : Presses de Sciences Po.
- Bergeron H., Castel P. (2010). « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins ». *Sociologie du Travail*, vol. 52 no 4. p. 441-460.
- Bourguell 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, p. 2123-2126.
- 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.
- Fournier C., Frattini M.O., Naiditch M. (2014). « Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 200.
- 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, p. 72-91.
- Gaudillière J.P., Izambert C. et Juven P.A. (2021). *Pandémopolitique. Réinventer la santé en commun*. Paris : 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, p. 11-32.
- Mariette A., Pitti L. (2016). « Médecin de première ligne dans un quartier populaire. Un généraliste en banlieue rouge, des années 1960 aux années 2010 ». *Agone*, n° 58, p. 51-72.
- Mariette A., Pitti L. (2021). « Crise sanitaire en territoires urbains populaires : relégations, discriminations, contestations ». *Mouvements*, n° 105, p. 68-77.
- Monziols M., Chaput H., Verger P., Sronias 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.
- Schweyer F.-X., Fiquet L., Fleuret S. et al. (2021). « Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales ». *Revue francophone sur la santé et les territoires*. <https://journals.openedition.org/rfst/976>



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ • 117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Éditrice : Anne Evans • Éditrice adjointe : Anna Marek • Relactrices : Carine Franc, Véronique Lucas-Gabrielli • Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Addax (Montreuil, 93) • Dépôt légal : Juillet 2021 • Diffusion : Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).