



SOINS PRIMAIRES ET COVID-19 EN FRANCE : APPORTS D'UN RÉSEAU DE RECHERCHE ASSOCIANT PRATICIENS ET CHERCHEURS

[Sylvain Gautier](#), [Marine Ray](#), [Anne Rousseau](#), [Clarissa Seixas](#), [Sophie Baumann](#), [Laurent Gaucher](#), [Julien Le Breton](#), [Tiphonie Bouchez](#), [Olivier Saint-Lary](#), [Aline Ramond-Roquin](#), [Yann Bourgueil](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2021/6 Vol. 33 | pages 923 à 934

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.216.0923

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-6-page-923.htm>

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

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

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

Soins primaires et COVID-19 en France : apports d'un réseau de recherche associant praticiens et chercheurs

Primary healthcare and COVID-19 in France: contributions of a research network including practitioners and researchers

Sylvain Gautier^{1,2,3}, Marine Ray^{4,2}, Anne Rousseau⁵, Clarissa Seixas^{2,6}, Sophie Baumann⁵, Laurent Gaucher^{7,8}, Julien Le Breton^{9,10,11,12}, Tiphonie Bouchez^{13,14}, Olivier Saint-Lary^{1,15,16}, Aline Ramond-Roquin^{16,17,18,19}, Yann Bourgueil^{2,20}

➔ Résumé

Introduction : L'épidémie de COVID a présenté un défi majeur pour les acteurs et les organisations des soins primaires en France. L'objectif de ce travail réalisé par le réseau de recherche ACCORD, associant praticiens et chercheurs, est de décrire et d'analyser en interprofessionnalité les adaptations et organisations précoces des acteurs des soins primaires durant le premier confinement.

Méthodes : Ce travail confronte du matériel quantitatif et qualitatif. Les données quantitatives résultent d'une exploitation croisée des six enquêtes en ligne réalisées par le réseau ACCORD, entre mars et mai 2020, auprès des médecins généralistes, sages-femmes et structures pluriprofessionnelles en France. Ces données ont été enrichies d'échanges collectifs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires, conduits en groupes focaux lors d'un séminaire dématérialisé.

Résultats : Durant la période considérée, une baisse importante de l'activité en soins primaires a été constatée. Les acteurs ont

➔ Abstract

Introduction: The COVID-19 epidemic represented a major challenge for the primary care sector. We present the results of an interprofessional collaborative research endeavor conducted by the ACCORD network to describe primary care actors' and organizations' response to the first wave of the epidemic and national lockdown in France.

Methods: This work draws from quantitative and qualitative material. The quantitative data results from the cross-analysis of the six online surveys carried out by the ACCORD network between March and May 2020, among general practitioners, midwives, and multi-professional primary care organizations in France. This data was enriched by collective multi-professional and multi-disciplinary exchanges conducted in virtual focus groups during an online seminar.

Results: There was a significant decrease in primary care activity during the first wave of the epidemic. Many primary care actors adapted their organizations to lower the risk of coronavirus

¹ Université Paris-Saclay, UVSQ, Inserm U1018, CESP, équipe soins primaires et prévention – Villejuif – France.

² Mission RESPIRE, EHESP-CNAMTS-IRDES – EA 7348 MOS, EHESP – La Plaine Saint-Denis – France.

³ Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Département hospitalier d'épidémiologie et de santé publique, Hôpital Raymond Poincaré – Garches – France.

⁴ Chaire « Prospective en santé », EA 7348 MOS, EHESP – La Plaine Saint-Denis – France.

⁵ Université Paris-Saclay, UVSQ, UFR S. Veil-Santé, Département de Maïeutique, Inserm U1018, CESP, équipe épidémiologie clinique – Montigny-le-Bretonneux – France.

⁶ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública – Rio de Janeiro – Brasil.

⁷ Geneva School of Health Sciences, HES-SO University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland – Geneva – Switzerland.

⁸ Université Claude Bernard Lyon 1, Research on Healthcare Performance (RESHAPE), INSERM U1290 – Lyon – France.

⁹ Université Paris Est Créteil, Inserm U955, IMRB, équipe CEpiA (Clinical Epidemiology and Ageing) – Créteil – France.

¹⁰ Université Paris Est Créteil, UFR Santé, Département de médecine générale – Créteil – France.

¹¹ Société Française de Médecine Générale (SFMG) – Issy-les-Moulineaux – France.

¹² Institut Jean-François Rey (IJFR) – Paris – France.

¹³ Université Côte d'Azur, Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale, RETINES, HEALTHY – Nice – France.

¹⁴ UMR_S 1142, LIMICS, Sorbonne Université – Paris – France.

¹⁵ Université Paris-Saclay, UVSQ, UFR S. Veil-Santé, Département de médecine générale – Montigny-le-Bretonneux – France.

¹⁶ Collège National des Généralistes Enseignants – Paris – France.

¹⁷ Univ. Angers, Département de médecine générale – Angers – France.

¹⁸ Univ. Angers, Univ. Rennes, EHESP, Inserm, IRSET-ESTER, SFR ICAT – Angers – France.

¹⁹ Université de Sherbrooke, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence – Québec – Canada.

²⁰ Institut de Recherches et de Documentation en Santé – Paris – France.

été nombreux à adapter leurs organisations pour concilier risque épidémique et maintien de l'accès et de la continuité des soins. Les sources d'information utilisées par les professionnels se sont avérées très variables. La crise a révélé des réseaux d'échange et de collaboration importants au niveau des territoires.

Conclusion : Face à la crise sanitaire, les acteurs des soins primaires ont adapté leurs organisations et leurs pratiques de façon précoce et diversifiée, soulignant l'importance des organisations préexistantes et des collaborations à l'échelon territorial.

Mots-clés : Soins De Santé Primaires ; COVID-19 ; Recherche en Services de Santé.

Introduction

Le système de soins français est historiquement organisé selon deux logiques distinctes. Le secteur hospitalier, d'une part, central et très structuré, en particulier autour des établissements de santé publics, et le secteur des soins de ville, d'autre part, dominé par l'exercice libéral des professionnels. Affectée par un cycle soutenu de réformes, l'organisation du système de santé tend à évoluer depuis une vingtaine d'années au profit d'une plus grande reconnaissance des missions des acteurs des soins ambulatoires dans une logique territoriale inspirée des grands principes des soins primaires. Alliant le rôle de « première ligne » de soins, au sein du système de santé, à des fonctions d'accessibilité, de continuité des soins, de coordination et d'approche globale de la santé, le concept de soins primaires sous-tend de nombreuses transformations récentes du secteur ambulatoire [1]. Au fil de réformes et d'expérimentations successives, les rôles professionnels ont évolué, l'exercice coordonné et de nouvelles formes organisationnelles pluriprofessionnelles se sont développés, des formations des professionnels de santé des soins primaires ont été reconnues sur le plan universitaire... : autant de changements systémiques, souvent englobés sous le terme de « structuration » du secteur des soins primaires [2-4]. La crise sanitaire engendrée par la pandémie de Covid est donc intervenue en France, en mars 2020, dans ce contexte. Bien que l'attention initiale ait été fortement focalisée sur l'hôpital et l'augmentation de la capacité d'accueil en réanimation, la crise sanitaire a fait émerger de nombreuses problématiques organisationnelles spécifiques au secteur

transmission while maintaining access and continuity of care. Professionals received and used information from multiple sources. The crisis revealed both the importance and the diversity of local networks of exchange and collaboration.

Conclusions: *Primary care actors adapted quickly and with important local variability to the COVID epidemic, highlighting the importance of pre-existing organizations and collaborations at the local level.*

Keywords: *Primary Health Care; COVID-19; Health Services Research.*

des soins primaires, questionnant son rôle au sein du système de santé en temps de crise et mettant à l'épreuve des organisations territoriales parfois en cours de structuration.

Comme dans la plupart des pays occidentaux [5], la gestion française de l'épidémie a été réalisée conformément aux standards de l'OMS avec, d'abord, une phase d'endigement visant à empêcher l'entrée du virus sur le sol national (janvier, février 2020), puis une phase d'atténuation permettant de ralentir sa circulation et d'en limiter les conséquences (à partir de mars 2020) [6]. Les professionnels de ville n'ont pas été mobilisés spécifiquement à la phase d'endigement, la réponse s'étant structurée autour des établissements publics de santé. Tout juste les acteurs des soins primaires ont-ils été invités, par les autorités, à repérer et orienter les patients symptomatiques, alors que la consigne était donnée à la population de contacter le centre 15.

À la différence de la première phase, la phase d'atténuation prévoyait d'impliquer largement les acteurs des soins primaires comme première ligne de prise en charge, conformément à la stratégie de gestion de l'épidémie élaborée par la direction générale de la santé (DGS) [7]. Toutefois, sitôt cette stratégie annoncée, un confinement national a été décidé le 17 mars 2020, par les autorités, pour freiner drastiquement le nombre d'hospitalisations, faute de mieux. Cette mesure a permis de faire baisser la pression sur le système de soins et de réévaluer la stratégie d'atténuation, autour du triptyque « tester, tracer, isoler », en impliquant davantage les acteurs des soins primaires.

Dans ce contexte, et en l'absence de remontées d'informations structurées du secteur ambulatoire, le réseau ACCORD, associant chercheurs et professionnels de terrain

Le réseau ACCORD

Le réseau ACCORD (Assembler, Coordonner, Comprendre, Rechercher, Débattre en soins primaires) vise à constituer un écosystème de recherche en soins primaires. Il a obtenu un financement pour sa constitution en 2020 par l'appel à projet de l'Institut de Recherche En Santé Publique (IRES-P) de 2018. Il porte trois activités principales : la constitution d'un réseau d'investigateurs de recherche, l'aide à l'élaboration de projets de recherche orientés vers les thématiques de soins primaires (accessibilité, coordination, continuité et approche globale) et l'organisation d'un séminaire annuel. Les partenaires fondateurs sont des réseaux professionnels (AVECSanté, l'association Asalée), des réseaux de recherche (CNGE, Institut Jean François REY) ainsi que des équipes universitaires et académiques (Équipe RETINES, Département de maïeutique de l'UFR Simone Veil-Santé de l'Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines, Mission RESPIRE).

en soins primaires (*cf.* Encadré), a réorienté son travail et mobilisé ses ressources afin de décrire comment les acteurs de soins primaires ont adapté leurs organisations et leurs pratiques pour faire face à l'épidémie et ses conséquences. Une série d'enquêtes a été réalisée auprès des médecins généralistes, sages-femmes et structures pluriprofessionnelles pour explorer ces adaptations au début et à la fin du premier confinement ; chacune de ces enquêtes a fait l'objet de valorisations spécifiques [8-11]. Cet article présente une exploitation originale collective de ces enquêtes, et enrichie de matériau qualitatif dans le cadre d'un séminaire virtuel organisé par le réseau ACCORD, en novembre 2020. L'objectif principal de ce travail est de décrire et d'analyser, en interprofessionnalité, les adaptations et organisations précoces de différents acteurs des soins primaires (médecins généralistes, sages-femmes, structures pluriprofessionnelles) durant le premier confinement en France. L'objectif secondaire est de présenter une démarche originale de recherche participative, portée par un réseau en construction, associant chercheurs et professionnels en soins primaires.

Matériels et méthodes

Notre travail comprend une exploitation croisée, selon des dimensions communes, des différentes enquêtes réalisées par le réseau ACCORD auprès des médecins généralistes, sages-femmes et structures de soins pluriprofessionnelles. Cette exploitation a été secondairement enrichie d'échanges collectifs interprofessionnels et

pluridisciplinaires conduits en groupes focaux durant le séminaire du 27 novembre 2020.

Les enquêtes quantitatives

Le matériel quantitatif mobilisé est constitué de trois volets issus de deux séries d'enquêtes successives réalisées en ligne au moment du premier pic épidémique (mars - mai 2020) (figure 1), coïncidant avec le début et la fin du confinement. Deux niveaux d'exploration ont été retenus : l'un professionnel, à travers les enquêtes consacrées, d'une part, aux médecins généralistes (MG - v.1 et MG - v.2) et, d'autre part, aux sages-femmes (SF - v.1 et SF - v.2), et l'autre organisationnel, à travers la série d'enquêtes consacrées aux structures pluriprofessionnelles (maisons de santé (MSP) et centres de santé (CDS)) (Str. - v.1 et Str. - v.2). L'objectif principal de ces enquêtes était de décrire et de comprendre les modalités d'adaptation individuelles et collectives de ces différents acteurs des soins primaires : adaptations de l'activité, de l'organisation (ressources, locaux), mais également usage de dispositifs de protection et de dépistage à disposition. Les enquêtes ont été diffusées par les associations et réseaux professionnels partenaires d'ACCORD par méthode « boule de neige ». Cette stratégie d'échantillonnage non-probabiliste, retenue pour l'ensemble de ces enquêtes, a permis de constituer rapidement des échantillons de tailles importantes dont les caractéristiques diffèrent de celles des populations d'étude en raison du biais de sélection induit par le recrutement des répondants (tableau I). L'ensemble des résultats des enquêtes a été synthétisé par l'équipe de recherche lors de réunions préparatoires au séminaire, en comparant les réponses à certaines questions identiques ou similaires, dans chaque enquête, pour en proposer une lecture transversale. Ces résultats ont été présentés selon trois axes thématiques distincts, correspondant aux principaux défis organisationnels des soins primaires face au COVID : l'adaptation de la première ligne en phase épidémique, l'accès et la continuité des soins, et les collaborations interprofessionnelles et interinstitutionnelles à l'échelon des équipes et des territoires.

Les groupes focaux

Tous les membres d'ACCORD ont été conviés à un séminaire dématérialisé, le 27 novembre 2020, et incités à diffuser l'invitation dans leurs réseaux professionnels respectifs. Le séminaire a permis de rassembler

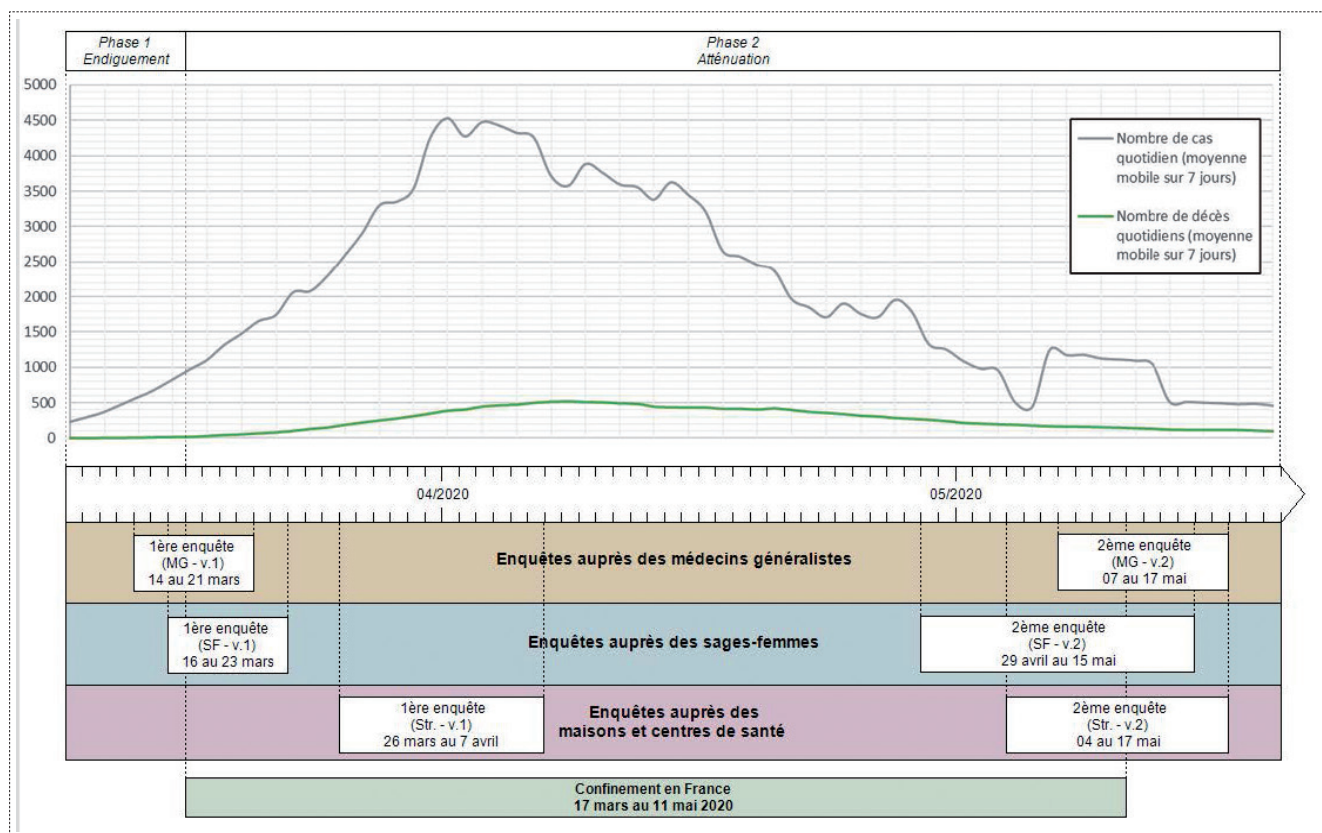


Figure 1 : Schéma synoptique des enquêtes en regard de l'évolution de l'épidémie de Covid entre mars et mai 2020 (sources : Open Data SI-DEP Santé publique France, Open Data INSEE, Data.gouv.fr)

Tableau 1 : Effectifs et caractéristiques des échantillons des enquêtes vagues 1 et 2 et des populations d'étude

	Médecins généralistes			Sages-femmes libérales			Structures pluriprofessionnelles	
	Effectif	Âge moyen (ans)	Sexe ratio F/H (%)	Effectif	Âge moyen (ans)	Sexe ratio F/H (%)	Effectifs	Maisons / Centres de santé (%)
Échantillon Vague 1	5 425	45,8	54/46	1 517	40,7	97/3	343	72/28
Échantillon Vague 2	3 096	46,5	55/45	1 491	42	98/2	340	77/23
Population générale	46 053*	50,5	44/56	5 789*	42	97/3	2 035†	79/21

*source : CNAMTS, professionnels libéraux actifs à part entière (2019)

†source : DGOS (2020)

110 personnes : soignants d'horizons variés, coordinateurs, chercheurs... (figure 2) Lors de celui-ci, six ateliers organisés en groupes focaux se sont tenus simultanément, dans des salles virtuelles différentes. Dans chacun d'eux, les échanges, d'une durée d'une heure et demie, ont porté sur

l'une des trois thématiques retenues lors de la synthèse des résultats quantitatifs, si bien que deux ateliers ont traité l'adaptation de la première ligne en phase épidémique, deux autres l'accès et la continuité des soins et les deux derniers les collaborations à l'échelon territorial. Les




	 Thématique 1 : Gestion du risque COVID-19		 Thématique 2 : Accès et continuité des soins		 Thématique 3 : Collaborations	
	Groupe 1	Groupe 4	Groupe 2	Groupe 5	Groupe 3	Groupe 6
Infirmières dont infirmières Asalée	2	4	2	3	4	3
Médecins généralistes	2	4	4	4	4	2
Pharmaciens	1	1	1	1	1	1
Sages-femmes	0	0	0	0	0	1
Coordinateurs MSP/CDS	1	1	1	0	0	0
Chercheurs	1	1	0	0	1	0
Représentant de réseaux professionnels (associations / fédérations)	1	1	1	1	1	1
Usagers partenaires	0	0	0	0	1	0
	20 participants 4 animateurs		18 participants 4 animateurs		20 participants 4 animateurs	

Figure 2 : Composition des groupes focaux et participation effective dans chaque atelier, séminaire ACCORD du 27 novembre 2020

participants ont été répartis entre ces six ateliers afin d'obtenir des groupes équilibrés et diversifiés. La plupart des participants étaient « multi-positionnés » (universitaire, association professionnelle...) [12]. Chaque groupe était animé par un binôme de chercheurs du réseau ACCORD. Les échanges ont été initiés après une présentation en 10 minutes des principaux résultats quantitatifs portant sur la thématique concernée par l'atelier. L'ensemble des échanges a été enregistré. Les idées et verbatims qui venaient conforter ou infirmer les hypothèses issues de l'analyse des enquêtes ont été extraits et analysés selon une grille thématique commune. Dans cet article, seuls les verbatims les plus saillants sont présentés pour éclairer et illustrer les principaux résultats. Certaines caractéristiques des locuteurs de ces verbatims sont précisées afin de situer leur propos, sans que cela soit systématique pour préserver leur anonymat.

Résultats

Le plan des résultats est directement issu de la confrontation des données quantitatives et des éléments qualitatifs obtenus lors du séminaire et résulte d'une réorganisation des axes thématiques préalablement définis pour les ateliers. Les verbatims sont présentés en italique.

Une chute initiale et hétérogène des recours en soins primaires

Les enquêtes réalisées ont permis d'objectiver une baisse importante de l'activité en soins primaires durant la période du confinement. Les données recueillies lors de la deuxième vague d'enquêtes montrent ainsi que 67 % des médecins généralistes ont pris en charge moins de patients qu'à l'habitude au cours des sept jours ayant précédé l'enquête (MG – v.2). Par rapport à la situation antérieure, 90 % des CDS et MSP ont également observé une baisse globale de leur activité (Str. – v.2), avec toutefois des diminutions variables selon le professionnel concerné. Les structures pluriprofessionnelles ont ainsi déclaré une moindre baisse de l'activité des infirmières (37 %), en particulier s'agissant des visites à domicile (Str. – v.2). Lors des ateliers, plusieurs participants ont suggéré que cette baisse d'activité était principalement liée à un moindre recours de la population compte-tenu des consignes des autorités de « rester chez soi » et de la peur de se contaminer.

« Pour les pharmacies, en fait, le premier confinement a été une grosse baisse d'activité, mais parce que tout le monde restait chez soi... » (Pharmacien, universitaire)

« (...) Les patients n'osaient pas surcharger le système. » (Usager partenaire)

« On a vu les gens disparaître. C'est normal, ils suivaient les consignes. » (MG, Île-de-France)

« *Les gens avaient comme représentation qu'on était débordés par la COVID.* » (MG, PACA)

En outre, bien que cela n'ait pas été abordé lors des ateliers, l'arrêt ou le report de certaines activités par les professionnels, notamment en début de confinement, a pu aussi contribuer à cette baisse d'activité. En effet, 83,7 % des sages-femmes ont déclaré avoir annulé ou reporté leur activité de rééducation périnéale, et près de 64,3 % le suivi gynécologique de prévention non urgent (SF – v.1). Près de trois quarts des généralistes (71 %) ont déclaré avoir supprimé ou adapté leurs plages de consultation sans rendez-vous (MG – v.1). Certains professionnels ont également arrêté transitoirement l'ensemble de leur activité de soin : 11,7 % des sages-femmes interrogées ont déclaré avoir fermé leur cabinet au début du confinement (SF – v.1), et 4 % des MSP et CDS ont déclaré avoir cessé toute activité sur la même période (Str. – v.1).

« *Au début de la crise, les MG avec qui je travaillais m'ont dit : "ne viens pas, on ferme les cabinets, on réorganise les circuits, on va réussir à se débrouiller".* » (Infirmière de pratique avancée)

Les principes d'action des soins primaires à l'épreuve d'une situation sanitaire inédite

Nos travaux permettent de documenter les adaptations des acteurs des soins primaires durant la période du confinement. Ceux-ci sont nombreux à avoir adapté leurs organisations pour concilier, d'une part, les fonctions des soins primaires, et notamment le maintien de l'accès et la continuité des soins de leur patientèle et, d'autre part, la nécessité de prendre en charge des patients malades de la COVID ou susceptibles de l'être.

Des adaptations variées face au risque épidémique

Tous les professionnels des soins primaires n'ont pas été confrontés de manière identique au risque COVID. S'ils faisaient tous face à un risque de contamination des soignants par des patients potentiellement malades et à un risque de contamination des patients entre eux, ces risques différaient selon l'intensité locale de l'épidémie et de la population soignée. Parmi les répondants, 75,3 % des sages-femmes ont ainsi déclaré ne pas avoir suivi de patients malades de la COVID (SF – v.2), contre seulement 17,2 % des médecins généralistes (MG – v.2).

La gestion du risque de contamination des soignants s'est avérée particulièrement difficile à mettre en œuvre en

début de confinement compte tenu d'une disponibilité limitée en équipements de protection individuelle (EPI). Le manque de masques a été au premier rang des préoccupations et sources d'angoisse, même si 86,6 % des généralistes et 74,9 % des sages-femmes ont déclaré avoir des masques à disposition au cabinet en début de confinement (MG & SF – v.1).

« *(...) il y avait une angoisse permanente de la part de tout le monde – parce qu'on n'avait pas les masques, on n'avait pas tout ça, on ne connaissait pas bien encore – il y avait une angoisse vraiment terrible* » (MG, en exercice coordonné)

Lors des ateliers, plusieurs professionnels ont souligné l'importance des mutualisations des stocks de matériels en situation de pénurie. Ces mutualisations étaient d'autant plus facilitées que les professionnels exerçaient en groupe. L'exercice regroupé a aussi pu permettre de mieux gérer le risque d'exposition par une répartition entre les professionnels des patients selon leur statut COVID.

« *On a pu travailler en commun, et ça a permis de passer la première vague en étant plus protégés avec les équipes en EPI au centre COVID qu'aux urgences à l'hôpital. Ce qui était quand-même un paradoxe parce qu'il y a eu des dons, parce qu'on s'est bien mobilisés.* » (MG, leader de MSP)

« *Je suis dans une MSP multisite. (...) Les médecins plus âgés se mettaient en retrait des prises en charge COVID. On a dédié certains cabinets à la prise en charge COVID, et eux ils se sont concentrés un peu plus, pour moins s'exposer, aux prises en charge non-COVID.* » (MG, universitaire)

Les professionnels ont diversement adapté leurs organisations pour gérer le risque de contamination entre patients : adaptation de l'accueil et du circuit patient, horaires de consultation dédiés pour les patients COVID, téléconsultations, etc. Ainsi, 40 % des médecins généralistes ont déclaré, en mars, avoir mis en place un espace dédié à l'attente des patients suspectés de COVID (MG – v.1). À la mi-mai, 50 % d'entre eux déclaraient avoir mis en place un tel espace ; ils étaient 63,2 % à le déclarer lorsqu'ils exerçaient en MSP ou CDS (MG – v.2). Dès le début du confinement, une grande majorité des structures pluri-professionnelles (95 %) déclarait avoir adapté l'accueil physique pour les patients suspectés de Covid (Str. – v.1). L'organisation des salles d'attente a été plus particulièrement explorée auprès des sages-femmes libérales en début de confinement. Pour 41,1 % d'entre elles, les patients étaient amenés à se croiser en salle d'attente, avec une différence significative selon que les sages-femmes

exerçaient seules (24,2 %) ou en groupe (49,1 %, $p < 0,001$) (SF – v.1).

« (...) les médecins pouvaient (...) recevoir [les patients COVID] mais alors à une plage horaire soit fin de matinée, soit fin de journée, pour [ne] pas mélanger. » (Infirmière Asalée et libérale)

Au début du confinement, l'absence de tests diagnostiques PCR accessibles en ambulatoire rendait difficile l'identification des patients COVID par les professionnels de ville et donc compliquait la gestion des flux. Cette difficulté persistait à la fin du confinement dans une moindre mesure : 13,7 % des généralistes déclaraient que leurs patients ne pouvaient pas bénéficier d'un test en raison d'un accès insuffisant (MG – v.2).

« À l'époque, on n'avait pas forcément un accès aux tests facile. Tout patient suspect COVID était considéré COVID+ pour nous avec un suivi à J7. » (Infirmière Asalée)

Des adaptations relatives à l'accessibilité et à la continuité des soins

La baisse des recours durant le confinement a révélé l'enjeu, initialement sous-estimé, de l'accès aux soins. Les enquêtes à la fin du confinement ont montré une forte préoccupation des professionnels pour garantir ce principe clef des soins primaires. Ainsi, en mai, seuls 2 % des généralistes interrogés déclaraient qu'ils tentaient de limiter la venue des patients au cabinet pour les autres motifs de consultation que ceux liés au COVID et proposaient de reporter les soins (MG – v.2). À l'inverse, 50 % déclaraient qu'ils incitaient plutôt leurs patients à venir au cabinet, 27 % qu'ils tentaient de limiter leur venue et proposaient à la place une visite ou une téléconsultation ; 20 % déclaraient ne pas avoir d'attitude spécifique. Par ailleurs, 75 % des généralistes ont déclaré avoir accueilli des patients dont ils n'étaient pas le « médecin traitant » (MG – v.2), tout comme 95 % des MSP et CDS (Str. – v.1). Dans les groupes focaux, plusieurs professionnels ont aussi insisté sur la difficulté d'accès aux soins de second recours, en particulier s'agissant des soins hospitaliers largement déprogrammés.

« ...les seuls, ceux qui ont vraiment disparu (...) c'est les médecins spécialistes » (MG, PACA)

« On a l'impression que le secteur hospitalier a été entièrement voué à la gestion des patients COVID et tout le reste est passé un peu à la trappe. » (MG, en exercice coordonné)

« Notre limite avec les patients non-COVID qui avaient besoin de soins c'est qu'il y a eu des fermetures au niveau des établissements hospitaliers, avec une difficulté de créer des filières sans passer par les urgences » (MG, membre d'une fédération professionnelle)

L'enjeu de continuité a été pris en compte par les professionnels, notamment par des démarches pro-actives visant à repérer et contacter certains patients. Ainsi, 60 % des structures pluriprofessionnelles ont déclaré avoir effectué un repérage des patients fragiles (Str. – v.2). De même, 71 % des généralistes ont pris l'initiative de rappeler certains de leurs patients vulnérables (MG – v.2). Les stratégies de repérage déployées n'étaient pas forcément systématisées. Certaines d'entre elles, à l'image des requêtes dans les logiciels métiers, se sont avérées plus aisées à mettre en place dans les CDS ou MSP disposant de système d'information partagé. L'emploi en urgence de ces systèmes d'informations a néanmoins pu révéler leurs limites, tant en termes de possibilités techniques d'exploitation que de qualité et pertinence des données saisies en routine. Si certains se sont interrogés, lors des ateliers, sur les outils et critères à retenir pour identifier les patients fragiles, il apparaît que, dans bien des cas, les démarches de repérage et de contact ont associé plusieurs professionnels parmi lesquels les infirmières Asalée et libérales qui ont joué un rôle majeur dans la continuité des soins.

« Avec les tournées – les infirmières ont été très importantes, une des vraies questions aussi c'est le suivi des patients à domicile, donc c'est elles qui pour la plupart ont assuré ce suivi, et il y a eu beaucoup de médecins qui ont un peu arrêté, qui se sont mis en retrait, mais qui pilotaient plus ou moins des tournées... » (MG, représentant professionnel)

« J'ai continué à suivre tous mes patients, je les ai tous appelés à un moment ou à un autre. Plus appelé aussi les patients qui n'avaient pas spécialement besoin de voir le médecin, ni pour le renouvellement ni rien, quand ils étaient considérés un peu plus fragiles. » (Infirmière Asalée)

« Les infirmières ont pris les initiatives d'appeler les patients. » (Pharmacienne)

« [Les MG] avaient trié dans leurs bases logicielles, tous les patients fragiles, âgés, avec des pathologies chroniques (...) j'ai réussi à en appeler pratiquement 400 sur dix semaines. (...) J'ai fait, en fait, au bout de ces séances téléphoniques, beaucoup de prévention, beaucoup de dépistage, repéré des

urgences que j'ai réorienté vers les médecins. » (Infirmière Asalée)

Pour maintenir l'accès et la continuité des soins en période épidémique, tout en limitant les contacts physiques, les solutions de téléconsultation ou de prise de contact à distance se sont développées. En mai, 77 % des médecins généralistes déclaraient faire des téléconsultations par vidéo (alors qu'ils étaient 9 % à en faire avant l'épidémie), et 61 % envisageaient de poursuivre après l'épidémie (MG - v.2). Pour autant, l'activité est restée majoritairement en présentiel : les deux tiers des médecins généralistes indiquaient avoir effectué moins de cinq téléconsultations dans la semaine précédant leur réponse à l'enquête. Dans le même temps, 86 % des sages-femmes libérales exprimaient, au début du confinement, leur volonté de pouvoir téléconsulter (SF - v.1), ce qui n'a été rendu possible que le 19 mars pour cette profession. À l'issue du confinement, 89 % des sages-femmes interrogées déclaraient réaliser des téléconsultations. Parmi les modalités de téléconsultation retenues par les professionnels, l'usage du téléphone semble avoir été privilégié : 86 % des généralistes déclaraient ainsi donner davantage de réponses par téléphone (MG - v.1). Il s'avérait beaucoup plus adapté aux patients âgés et fragiles. Lors des ateliers, certains professionnels ont fait état de freins à la mise en œuvre de la téléconsultation : fracture numérique, complexité des outils disponibles, résistance au changement, limite des forfaits 4G... Elle a parfois été adoptée de façon un peu contrainte compte-tenu de la crainte des patients de se déplacer ou de l'impossibilité de faire coexister deux filières de soins en même temps dans les cabinets ou structures.

« Contraints et forcés, certains se sont mis à la téléconsultation pour gérer un petit peu les demandes parce que les patients avaient peur de venir au cabinet. » (MG)

« Ce qu'on a repéré la première semaine c'est que la téléconsultation, on a fait des tests, ça ne marchait pas chez les patients fragiles et les personnes âgées. Du coup, ça a fait remonter l'évolution de la téléconsultation vers la consultation par téléphone reconnue comme telle. » (Membre de l'équipe support d'Asalée)

« Personnellement, je ne vois pas la différence entre le téléphone et la téléconsultation à part voir le visage des gens. » (MG, en exercice coordonné)

Des réseaux d'échange et des collaborations révélés dans la crise

En temps de crise, l'accès à l'information, *a fortiori* par des canaux de diffusion appropriés, ainsi que la collaboration entre les acteurs constituent deux enjeux importants. À ce titre, les enquêtes réalisées révèlent que les sources d'information utilisées par les professionnels se sont avérées très variables, compte-tenu de la diversité des organismes ayant émis des recommandations (figure 3). Au début du confinement, parmi les médecins enquêtés, 87 % indiquaient avoir reçu des consignes ou recommandations de bonnes pratiques au sujet de la gestion et de la prise en charge des patients suspects de COVID par le ministère de la Santé (MG - v.1). Il en était de même pour les sages-femmes pour qui le ministère constituait le principal

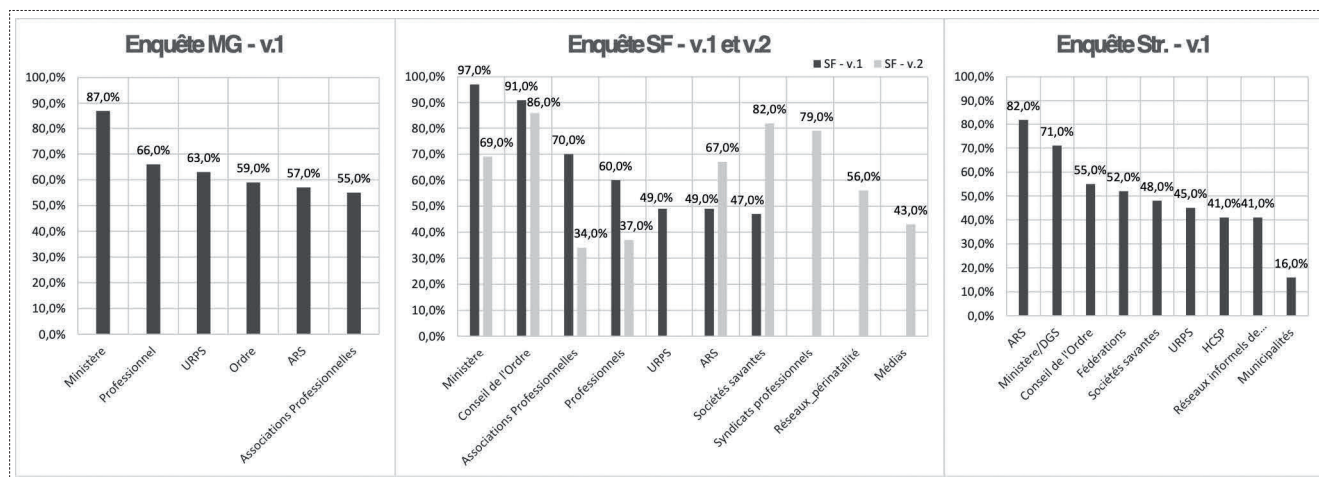


Figure 3 : Origine des sources d'informations déclarées dans les enquêtes MG - v.1, SF - v.1 et v.2 et Str. - v.1

émetteur d'informations (97 %), suivi par l'Ordre national ou départemental (91 %) (SF – v.1). Pour les MSP et CDS, l'Agence régionale de santé (ARS) constituait le principal canal d'informations (82 %) (Str. – v.1). Lors des ateliers, les professionnels ont déploré le trop grand nombre d'informations, parfois contradictoires, arrivant de plusieurs sources et qui pouvaient contester et remettre en cause des organisations mises en place. L'exercice regroupé, en particulier pluriprofessionnel, offrait la possibilité d'échanger et de réduire l'incertitude quant à la conduite à tenir.

« Je pense que les MSP, les CDS ont plus l'habitude de travailler en collaboration avec les ARS et donc il y a eu, je pense, un réflexe tout de suite pour aller voir et pêcher l'info et réactiver certains canaux qui étaient déjà présents, tandis que les professionnels de santé isolés, c'était plutôt, je pense, les communications ministérielles via DGS ou les syndicats... » (MG, représentant d'association professionnelle)

À l'occasion de la crise sanitaire, la majorité des acteurs enquêtés, lorsqu'ils étaient organisés comme tel, déclarait avoir intensifié leur travail en équipe. Lors des ateliers, les professionnels ont souligné l'importance d'une dynamique antérieure à la crise dans la mise en œuvre d'organisations susceptibles de mieux répondre à la situation. Au sein des MSP et CDS, 67 % des équipes ont ainsi mis en place très tôt une cellule de crise pour faire face à l'épidémie (Str. – v.1). Ces cellules se réunissaient une à deux fois par semaine dans plus de la moitié des cas (54 %) et quotidiennement pour 26 % d'entre elles. À la fin du confinement, 71 % des structures avaient mis en place une cellule (Str. – v.2). Ces cellules, dont la composition était pluriprofessionnelle, ont notamment permis de partager la prise de décision dans le cadre de la gestion de crise pour près de 80 % des structures (Str. – v.2). Pour faciliter leur fonctionnement en situation de crise, plus de trois structures sur quatre indiquaient également pouvoir s'appuyer sur la coopération entre médecins, le partage de valeurs communes et la confiance au sein de l'équipe (Str - v1).

« Je pense que le fait qu'il y a eu une dynamique antérieure, ça facilite pour s'organiser. » (MG, exerçant en MSP)

« On avait des tas d'informations de partout qui pleuvaient, ordre et contrordre, et il y avait besoin de repères collectifs, et les gens qui ont la chance d'exercer dans ces équipes ont essayé, je pense, d'avoir des réassurances à travers des repères construits en pluripro. » (MG)

« ...on a une CPTS qui avait été créée quelques semaines avant la première vague (...) avec une gouvernance très très partagée (...) [qui] a eu un effet très, très fort dans la

dynamique d'équipe du CDS (...) tous les jours on avait jusqu'à un moment, 2 réunions collectives. » (MG, exerçant en CDS)

Pour les acteurs des soins primaires, la crise a également été l'occasion de développer ou de renforcer certaines collaborations externes, notamment en lien avec le territoire. Les médecins généralistes enquêtés sont ainsi 54 % à avoir augmenté leurs relations avec leurs collègues généralistes et 58 % avec d'autres professionnels en soins primaires (infirmiers, pharmaciens, etc.) (MG – v.2). Les liens avec les autres spécialistes se sont en revanche dégradés : 38 % déclaraient avoir diminué leurs relations avec eux. Près de deux sages-femmes sur trois (60 %) ont rapporté davantage de difficultés pour orienter les femmes prises en charge vers d'autres professionnels, en particulier vers les travailleurs sociaux. Certaines ont, par ailleurs, souligné la dégradation du lien ville-hôpital durant la crise. Cette dégradation portait principalement sur la transmission des résultats médicaux (27 %), sur l'organisation des soins non-programmés à l'hôpital (26 %) et sur la communication entre les professionnels (22 %, SF – v.2). S'agissant des collaborations avec les institutions, 42 % des médecins généralistes déclaraient une augmentation des relations avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et, dans une moindre mesure (28 %) avec les ARS (MG – v.2). Sur certains territoires, les professionnels disaient avoir pu collaborer avec les municipalités : la crise a parfois été l'occasion de découvrir de nouveaux partenaires territoriaux.

« ...les liens se sont créés, mais finalement, maintenant le soufflé retombe, les liens risquent de retomber, si ce n'est pas déjà le cas pour certains liens entre les acteurs du territoire. (...) (...) La crise a permis de booster ces connexions, ces collaborations » (MG, représentant professionnel)

« Il y a des acteurs institutionnels qui sont réapparus comme par magie, pour le meilleur et pour le pire. Notamment les collectivités locales, les mairies... Au niveau du canton aussi on a eu des choses qui sont réapparues, des gens avec qui on n'avait pas l'habitude de travailler autant. » (MG, universitaire)

« J'ai monté aussi une cellule à la mairie de la ville où je travaillais pour les gens qui étaient en précarité, qui étaient âgés, et on a monté cette cellule avec le maire qui était très actif au niveau de la santé. » (Infirmière Asalée)

Pour les équipes de soins primaires déjà engagées dans des dynamiques de structuration territoriale, la crise a pu

constituer une mise à l'épreuve toute particulière. Ainsi, parmi les 30 % de médecins généralistes ayant déclaré participer à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), le quart d'entre eux considéraient que la CPTS avait facilité l'organisation des soins sur le territoire (MG – v.2). Pour 53 % d'entre eux, la CPTS a également permis le partage d'EPI.

« La CPTS a joué un rôle majeur, c'est la CPTS qui a organisé les tournées des infirmières ; quand il y avait des besoins en équipements... il y a eu aussi à l'occasion de la COVID une maturation des formes d'organisations pluri-professionnelles. (...) Les gens du territoire se sont organisés assez spontanément (...) ça a vraiment resserré, on était vraiment dans une organisation territoriale. » (MG, membre d'une CPTS)

« Un projet de CPTS (...) se retrouvait en concurrence avec un deuxième projet porté (...), ce qui fait que l'ARS nous avait dit "ne faites qu'un projet". Et le fait que l'épidémie de COVID ait amené les professionnels de santé à travailler ensemble a fait qu'aujourd'hui il y a 110 adhérents à l'association qui porte le projet clinique. » (MG, gérant de MSP et porteur d'un projet de CPTS)

« Je pense qu'un des aspects facilitateurs c'était le fait d'avoir déjà des liens de créés. (...) on était en préfiguration et réflexion sur le montage de notre CPTS, on avait commencé à répertorier un certain nombre de professionnels avec lesquels on aurait pu travailler (...). Donc ça a permis de diffuser des informations rapidement à un grand nombre de personnes. » (Infirmière de pratique avancée)

Discussion

Nos travaux sur le secteur des soins primaires français, au début et à la fin du premier confinement du printemps 2020, ont montré combien les acteurs se sont rapidement et diversement adaptés à la situation exceptionnelle engendrée par la pandémie de COVID et ce premier confinement strict. Nos enquêtes précoces ont objectivé la chute initiale importante de l'activité de soins des professionnels et structures pluriprofessionnelles en soins primaires, constat confirmé par les données de remboursement de l'assurance maladie [13, 14]. Ainsi, entre mi-mars et fin mai 2020, la CNAMTS a enregistré une chute importante de l'activité des médecins généralistes, de l'ordre de 25 % par rapport à l'année précédente. À cet égard, comme d'autres travaux

ont pu le montrer, la téléconsultation, facilitée précocement par les tutelles, a constitué une modalité d'adaptation répandue parmi les professionnels, qui a pour partie pallié leur baisse d'activité [15-17]. La CNAMTS précise ainsi que la baisse d'activité des médecins généralistes aurait atteint 35 % sans la compensation permise par le développement de la téléconsultation. Nos résultats soulignent, cependant, l'importance du recours au simple téléphone que la tarification ne permet pas de distinguer de la consultation avec vidéotransmission. Les groupes focaux ont, en outre, permis de souligner les limites de la téléconsultation, suggérant de s'interroger sur la pertinence et les conditions de la pérennisation de son usage, en particulier au regard du degré d'acceptabilité des patients et des inégalités de prise en charge qui pourraient en résulter [18].

Nous montrons par ailleurs que, si l'activité de soin a fortement chuté lors du premier confinement, les activités de coordination ont, elles, augmenté, avec par exemple la constitution de cellules de crise dans la grande majorité des structures pluriprofessionnelles, ou encore l'augmentation des coopérations, avec d'autres acteurs des soins primaires, objectivée dans les enquêtes professionnelles. Cette coordination semble avoir porté, à la fois, sur des questions logistiques (mutualisations de matériel, organisation de filières COVID/non-COVID) et sur celle du maintien de la continuité des soins, notamment, auprès des patients fragiles et malades chroniques. De ce point de vue, les groupes focaux ont souligné le rôle majeur joué par les infirmières libérales et les infirmières Asalée dans le repérage et le maintien de la continuité des soins auprès de patients fragiles, et le rôle facilitateur de l'existence préalable de dynamiques d'exercice coordonné. L'augmentation du travail de coordination est confirmée par plusieurs travaux qualitatifs menés sur différents territoires auprès de structures pluriprofessionnelles, qui montrent cependant qu'il a été inégal selon les professions (mobilisant prioritairement médecins, infirmiers, pharmaciens, secrétaires et coordinateurs) et les territoires [12, 19]. La crise a ainsi permis de révéler des réseaux d'échange et de collaboration importants et très diversifiés selon les territoires, dans un esprit de cohésion et de solidarité des professionnels de soins primaires, rompant avec l'image d'un secteur morcelé et faiblement coordonné [20].

Si la réalisation de ces enquêtes dès les premiers temps de l'épidémie a permis de décrire les adaptations précoces des acteurs des soins primaires, certaines données doivent être interprétées avec prudence. En effet, la composition des échantillons de répondants (plus jeunes et plus souvent des femmes) des enquêtes professionnelles, dans lesquelles l'exercice pluriprofessionnel est sur-représenté, tend à

surestimer les adaptations privilégiées par les équipes et les structures pluriprofessionnelles [12]. Ce biais de sélection inhérent à la méthode adoptée dans l'urgence limite l'extrapolation des résultats de nos travaux à l'ensemble des professionnels. Par ailleurs, la méthode des enquêtes ne permet pas l'exhaustivité dans la description des adaptations des acteurs des soins primaires : d'autres formes d'organisations ont également pu émerger sans avoir été identifiées dans nos travaux. La composition des groupes focaux reproduit, en partie, le biais de sélection des enquêtes (figure 2), et reflète le parti pris du réseau ACCORD de développer des travaux multidisciplinaires et interprofessionnels. Il n'en demeure pas moins que les dynamiques observées apparaissent comme celles des acteurs territoriaux les plus mobilisés et susceptibles de collaborer et d'entraîner l'adhésion des professionnels plus isolés [21].

La force de nos travaux réside à la fois dans leur précocité, puisqu'ils ont été conduits dès le début du confinement de mars 2020, et dans la démarche pluridisciplinaire et participative adoptée. Comme le soulignent les expériences étrangères des *practice-based research networks* [22-24], la collaboration de professionnels et de chercheurs à toutes les étapes de la recherche, depuis la définition des questions à l'analyse, permet de s'assurer de la pertinence des questions au regard des réalités de terrain vécues par les acteurs des soins primaires. La mobilisation des réseaux professionnels, pour la diffusion des enquêtes et la restitution des résultats, permet d'augmenter le taux de réponse et facilite la dissémination et l'appropriation.

Par la diversité des adaptations des acteurs des soins primaires à la crise mise en évidence, nos travaux suggèrent que ce contexte sanitaire exceptionnel a pu lever certains freins à des transformations amorcées depuis plusieurs années dans le système de santé français : développement de la télémédecine, coordination pluriprofessionnelle et évolution de certains rôles professionnels, structuration de collectifs des acteurs de ville à l'échelle territoriale, adoption de démarches proactives vis-à-vis de la population et des patients fragiles. Dans les enquêtes, les professionnels de soins primaires exerçant en pluriprofessionnel étaient plus nombreux à avoir déclaré des adaptations et semblaient s'être appuyés sur les organisations de coordination préexistantes, qu'il s'agisse de celles de la coordination clinique de proximité (MSP et CDS) ou de celles de la coordination territoriale (CPTS). La dimension territoriale est

ainsi apparue comme essentielle du fait du besoin d'une approche pragmatique et différenciée selon l'intensité locale de l'épidémie et des ressources locales existantes, ce que confirment d'autres travaux, qualitatifs et centrés sur cette dimension territoriale, menés lors du premier confinement [12, 19]. La crise semble ainsi confirmer la pertinence du développement de l'exercice pluriprofessionnel coordonné, et l'introduction d'une organisation du niveau « méso » reposant largement sur les acteurs des soins primaires et dotée d'une responsabilité populationnelle.

Conclusion

En accroissant brutalement les besoins de coordination à tous les niveaux (national, territorial, et local) et entre tous les acteurs (institutions, organisations, professionnels), la crise a cependant exacerbé certaines faiblesses du système de santé, telles que le manque de coordination entre les soins primaires et le second recours. Le manque d'articulation entre ville et hôpital et la chute brutale des recours aux soins primaires, en début de crise, invitent à définir le rôle des soins primaires dans les stratégies de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles et, plus généralement, leur contribution à la politique de santé et aux décisions publiques. Il nous paraît important de s'appuyer sur les forces des acteurs des soins primaires, révélées par la crise, dans la façon de penser cette intégration : réactivité aux évolutions locales des besoins de santé, appui sur les organisations existantes, émergence de collaborations et d'adaptations diversifiées selon les besoins, les ressources et les acteurs territoriaux. La variation des organisations et des pratiques, souvent considérée comme problématique, peut ici être une force propre aux acteurs et organisations en soins primaires, lorsqu'elle représente une adaptation aux réalités locales [25]. L'enjeu consisterait à construire un cadre clair pour l'action tout en tenant compte de l'hétérogénéité des configurations locales propres aux soins primaires. Comme l'ambitionne le réseau ACCORD, la recherche, et en particulier la recherche en soins primaires, participative et résolument tournée vers l'action, doit pouvoir aider à penser ces évolutions.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

- Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer F-X. Les soins primaires en question(s), coll. Débats santé Social, Hygée Editions ; 2021. 120 pp.
- Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. IRDES - Questions d'économie de la santé. 2014;200:8.
- Hassenteufel P, Naiditch M, Schweyer F-X. Les Réformes de l'organisation Des Soins Primaires : Perspectives Multi-Situées. Avant-Propos. 2020. 11-31 p. (RFAS, Revue Française Des Affaires Sociales).
- Bourgeois I, Fournier C, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. IRDES – Questions d'économie de la santé. avr 2018;(232).
- Bourgueil Y, Falcoff H, Ramond-Roquin A, Savigneau G, Bouchez T. La première vague de COVID-19 en France et les soins primaires. Rev Med Suisse. 4 nov 2020;16(713):2123-6.
- Pandemic Influenza Preparedness and Response: A WHO Guidance Document. Geneva: World Health Organization; 2009.
- Direction générale de la santé (DGS). Préparation au risque épidémique COVID-19 : établissements de santé, médecine de ville, établissements médico-sociaux. Guide méthodologique. 2020. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf.
- Baumann S, Gaucher L, Bourgueil Y, Saint-Lary O, Gautier S, Rousseau A. Adaptation of independent midwives to the COVID-19 pandemic: A national descriptive survey. Midwifery. 26 déc 2020;94:102918.
- Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J, Gilberg S, Frappé P, Schuers M, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. BMJ Open. 2 déc 2020;10(12):e042119.
- Ramond-Roquin A, Ray M, Rousseau A, et al. Gestion de l'épidémie COVID en soins primaires (vague 1). Enquêtes menées par le réseau ACCORD. 2020, congrès du CNGE Bordeaux.
- Mission RESPIRE, Institut Jean-François Rey, AVECSanté. Enquête nationale Maisons de Santé et Centres de Santé face au COVID-19 – Résultats des deux vagues d'enquête – rapport final. 2020. Disponible sur : <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2020/10/rts-sept2020-enquete-avecsante-respire-ijfr-msp-et-cds-face-au-covid.pdf>.
- Fournier C, Clerc P. 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. 11 mars 2021. <https://doi.org/10.4000/rfst.869>.
- CNAM. L'actualité en chiffres : remboursements de soin du régime général à fin mai 2020. Communiqué de presse, 23 juin 2020. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-06-23-cp-chiffres-remboursements-soins-regime-general>.
- CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. Rapport charges et produits. juill 2020. Disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf.
- Monziols M. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de COVID-19. Études et Résultats. sept 2020;(1162).
- Monziols M. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au COVID-19 ? Études et Résultats. Mai 2020;(1150).
- Huston P, Campbell J, Russell G, Goodyear-Smith F, Phillips RLJ, van Weel C, et al. COVID-19 and primary care in six countries. BJGP Open. oct 2020;4(4).
- Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Santé Publique. 2016;28(4):487-97.
- Schweyer F-X, Fiquet L, Fleuret S, Blois M, Garnier M, Géral A, et al. Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales. Revue francophone sur la santé et les territoires. 17 mars 2021. <https://doi.org/10.4000/rfst.976>.
- Bourgueil Y. L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ? Santé Société et Solidarité : Revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité. 2009;(2-2008):105-14.
- Schweyer F-X. Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation. Journal de gestion et d'économie de la santé. 2019;1(1):33-53.
- Mold JW, Peterson KA. Primary care practice-based research networks: working at the interface between research and quality improvement. Ann Fam Med. 2005;3(Suppl 1):S12-20.
- Schmittiel JA, Grumbach K, Selby JV. System-based participatory research in health care: an approach for sustainable translational research and quality improvement. Ann Fam Med. 2010;8(3):256-9.
- Werner JJ, Stange KC. Praxis-based research networks: An emerging paradigm for research that is rigorous, relevant, and inclusive. J Am Board Fam Med. déc 2014;27(6):730-5.
- Litaker D, Tomolo A, Liberatore V, Stange KC, Aron D. Using complexity theory to build interventions that improve health care delivery in primary care. J Gen Intern Med. févr 2006;21(Suppl 2):S30-4.