



Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé
publique

Promotion : 2019-2020

Les soins de premier recours en situation épidémique : l'exemple de la gestion de la Covid-19 en Ile-de- France

Clément GIRARD

Remerciements

Je tiens à remercier le cabinet Acsantis présidé par le Dr. Dominique Dépinoy de m'avoir accueilli au sein de son équipe durant ces six mois de stage.

Je tiens à remercier chaleureusement le Dr Dépinoy ainsi que M. François-Xavier Schweyer pour leur accompagnement et leurs conseils dans la réalisation de cette étude. Je remercie également Marie-Ange Pedron pour son soutien et l'aide qu'elle a pu m'apporter.

Un grand merci à M. Arnaud Campéon, responsable du master Pilotage des politiques et actions en santé publique (PPASP) pour son accompagnement, sa bienveillance ainsi que sa disponibilité tout au long de cette année universitaire.

Je remercie Mme. Régine Maffei ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique du master PPASP pour leur disponibilité.

Je remercie l'ensemble des consultants du cabinet Acsantis qui m'ont permis de mieux appréhender les soins primaires et les structures d'exercice coordonné.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des professionnels de santé qui ont répondu à ma demande d'entretien dans le cadre de ce mémoire.

Sommaire

Liste de sigles utilisés	i
Introduction.....	- 1 -
Problématisation	- 3 -
Méthodologie	- 6 -
1 Une gestion épidémique initialement centrée sur l'hôpital, faisant des professionnels du premier recours des acteurs de seconde ligne.....	- 9 -
1.1 L'hôpital au cœur de la crise sanitaire.....	- 9 -
1.1.1 L'engorgement de l'assistance pré-hospitalière (SAMU – Centres 15)	- 9 -
1.1.2 La saturation des services spécialisés dans les établissements de santé malgré une coopération public/privé	- 11 -
1.2 Une diminution paradoxale de l'activité libérale	- 14 -
1.2.1 Une diminution du nombre de consultations auprès des médecins généralistes	- 14 -
1.2.2 La pratique à domicile des infirmiers diplômés d'Etat également touchée-	16
1.2.3 L'activité des pharmaciens d'officine, perturbée par la crise épidémique	- 17 -
1.3 Un manque de matériel de protection ayant pesé lourdement sur les professionnels du premier recours	- 18 -
2 Le rôle du premier recours et l'adaptation de l'exercice professionnel à la situation.....	- 21 -
2.1 La nécessité de prendre en charge les patients COVID-19 non graves et les patients avec des maladies chroniques.....	- 21 -
2.1.1 L'importance du partage d'informations sur la pathologie afin de prendre en charge les patients Covid-19 non graves	- 22 -
2.1.2 La prise en charge des autres patients, notamment chroniques, un besoin irremplaçable	- 23 -

2.1.3	Informer les patients sur l'état de l'offre de soins de premier recours afin de les amener à consulter à nouveau	- 24 -
2.2	L'adaptation de l'exercice professionnel à cette situation exceptionnelle	- 25 -
2.2.1	Le recours à la téléconsultation et au télésoin	- 25 -
2.2.2	L'organisation temporelle des professionnels	- 29 -
2.2.3	L'organisation spatiale des professionnels.....	- 29 -
2.2.4	La création de plateformes téléphoniques d'orientation	- 30 -
2.3	Médecins généralistes, infirmiers diplômés d'Etat et pharmaciens d'officine, des acteurs incontournables	- 32 -
2.3.1	Le médecin généraliste, un acteur pivot.....	- 32 -
2.3.2	L'importance des infirmiers dans la prise en charge à domicile / ambulatoire	- 33 -
2.3.3	Le renforcement du rôle du pharmacien d'officine pendant la crise.....	- 34 -
2.3.3.1	Le pharmacien d'officine, un relai pour la distribution de masques .	- 34 -
2.3.3.2	La possibilité de renouveler des ordonnances	- 35 -
2.3.3.3	Adaptation de l'activité et de l'organisation officinale	- 37 -
2.3.3.4	Point relai pour les victimes de violences familiales.....	- 37 -
3	La crise sanitaire de la Covid-19, une situation favorisant l'exercice coordonné ..	- 38 -
3.1	La création d'un dispositif innovant, les centres de consultations ambulatoires dédiés à la Covid-19.....	- 39 -
3.1.1	Mise en place des dispositifs	- 40 -
3.1.2	La recherche de matériel de protection pour les soignants	- 41 -
3.1.3	La prise en charge pluriprofessionnelle.....	- 41 -
3.1.4	Des dérogations autorisant le dépistage dans certains centres ambulatoires	- 42 -
3.2	La crise de la COVID-19, une situation propice au développement des CPTS	- 45 -
4	La coopération ville – hôpital et ville – médico-social au cœur de la crise	- 46 -
4.1	L'importance de la coopération entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.....	- 47 -
4.1.1	Une coopération pour la prise en charge des patients	- 47 -

4.1.2	Une coopération en matière d'information	- 50 -
4.2	La coopération entre la médecine de ville et les EHPAD	- 51 -
	Conclusion.....	- 52 -
	Bibliographie.....	- 55 -
	Liste des annexes.....	- 66 -
	Annexe 1 : Chronologie de la gestion épidémique française selon le plan ORSAN REB.	- 66 -
	Annexe 2 : Liste des entretiens réalisés	- 68 -
	Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des médecins généralistes et des infirmiers	- 70 -
	Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des pharmaciens	- 72 -
	Annexe 5 : Retranscription de six des entretiens réalisés avec des médecins généralistes, des infirmiers et pharmaciens.....	- 73 -
	Entretien réalisé avec le Dr Atlan Cottin, médecin généraliste	- 73 -
	Entretien réalisé avec le Dr Assouline, médecin généraliste	- 84 -
	Entretien réalisé avec l'infirmière Asalée de Pantin.....	- 92 -
	Entretien réalisé avec Mme. Desbenoit, infirmière scolaire qui a exercé au sein du centre Covid à Rueil Malmaison	- 93 -
	Entretien réalisé avec Mme. Dubois, pharmacienne et directrice de la CPTS Pôle Santé Paris 13	- 97 -
	Entretien réalisé avec le pharmacien d'officine de Rueil Malmaison	- 104 -
	Annexe 6 : La coopération extrahospitalière et interrégionale durant la crise épidémique	- 111 -
	Annexe 7 : Recommandations de l'ARS Ile-de-France sur la mise en œuvre d'un centre territorial ambulatoire dédié COVID-19 en Ile-de-France.....	- 112 -
	Annexe 8 : Le centre médical et de dépistage Covid à Saint-Mandé illustré.....	- 140 -

Liste des sigles utilisés

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

Asalée : Action de santé libérale en équipe

CDS : Centre de santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

ComPaRe : Communauté de Patients pour la Recherche

COSEM : Coordination des Œuvres Sociales et Médicales

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DCGDR : Direction de la Coordination de la Gestion du Risque

EPI : Equipement de Protection Individuelle

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FCPTS : Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires

FHF : Fédération Hospitalière de France

FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

HAS : Haute Autorité de Santé

ICTV : International Committee on Taxonomy of Viruses / Comité international de taxonomie des virus

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSAN REB : plan d'Organisation de la Réponse du système de santé en situation SANitaire exceptionnelle – Risques Epidémiologiques et Biologiques

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SARS-CoV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

Introduction

« Il y aura donc des maladies nouvelles. C'est un fait fatal. Un autre fait, aussi fatal, est que nous ne saurons jamais les dépister dès leur origine. Lorsque nous aurons notion de ces maladies, elles seront déjà toutes formées, adultes pourrait-on dire [...]. Il faut aussi bien se résigner à l'ignorance des premiers cas évidents. Ils seront méconnus, confondus avec des maladies déjà existantes, et ce n'est qu'après une longue période de tâtonnements qu'on dégagera le nouveau type pathologique du tableau des affections déjà classées. Pour qu'on la reconnaisse plus vite, il faudrait que l'infection nouvelle soit d'importation exotique et douée d'un pouvoir marqué de contagiosité, telle autrefois la syphilis à son débarquement en Europe. »¹ Cet extrait de *Destin des maladies infectieuses* écrit par Charles Nicolle en 1933 résonne aujourd'hui avec la Covid-19. Cette pathologie qui était initialement décrite comme une forme de pneumonie atypique² dont le tableau clinique correspondait à celui d'autres maladies connues et maîtrisées par les scientifiques, s'avéra finalement une affection virulente, à l'origine d'une pandémie mondiale.³ Elle s'est propagée à travers le monde en quelques mois et est venue bouleverser nos habitudes de vie et notamment l'organisation des services de santé.

Début janvier 2020, les autorités chinoises ont déclaré que la pathologie, qui était auparavant qualifiée de pneumonie atypique, était une nouvelle forme de coronavirus dont la propagation était virulente. A ce moment, la ville de Wuhan était l'épicentre de l'épidémie. A la fin du mois, l'épidémie gagnait les pays voisins puis les autres continents. Le 12 mars 2020, la pandémie était déclarée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).⁴

En France, trois premiers cas ont été recensés pour la première fois le 24 janvier 2020.⁵ Néanmoins, des examens réalisés *a posteriori* sur des patients souffrant d'une infection respiratoire proche de la Covid-19 ont démontré que le premier malade de la Covid-19 datait en réalité du 2 décembre 2019.⁶ Lorsque les trois malades ont été recensés le 24

¹ Charles Nicolle, *Destin des maladies infectieuses*, 3ème (Paris : Presses Universitaires de France (PUF), 1939), http://classiques.uqac.ca/classiques/nicolle_charles/destin_maladies_infectieuses/destin_maladies_infectieuses.html.

² Pascal Marichalar, « Savoir et prévoir. Première chronologie de l'émergence du Covid-19 », *La Vie des idées*, 25 mars 2020, <http://www.laviedesidees.fr/Savoir-et-prevoir.html>; « Coronavirus SARS-CoV-2 : retour sur trois mois de mobilisation contre une maladie émergente (Covid-19) », *Institut Pasteur* (blog), 3 avril 2020, <https://www.pasteur.fr/fr/node/13228/draft>.

³ Marichalar, « Savoir et prévoir. Première chronologie de l'émergence du Covid-19 ».

⁴ Marichalar.

⁵ François Bonnet, « Covid-19 : chronologie d'une débâcle française », *Mediapart*, 11 avril 2020, <https://www.mediapart.fr/journal/france/110420/covid-19-chronologie-d-une-debacle-francaise>.

⁶ FranceInfo, « Coronavirus : un premier cas de Covid-19 remontant au 2 décembre confirmé en Alsace », *FranceInfo*, 7 mai 2020, https://www.franceinfo.fr/france/alsace/coronavirus-un-premier-cas-de-covid-19-remontant-au-2-decembre-confirme-en-alsace_110420.html, Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

janvier 2020, les autorités sanitaires apparaissaient confiantes sur la propagation de l'épidémie. Trois jours auparavant, Agnès Buzyn, alors Ministre des Solidarités et de la Santé affirmait ainsi, lors d'un point de presse : « *le risque d'introduction en France est faible mais ne peut pas être exclu [...]. Notre système de santé est bien préparé, professionnels et établissements de santé ont été informés.* »⁷ La même semaine, les présidents du Service d'aide médicale urgente (SAMU) et de l'association des urgentistes de France, François Braun et Patrick Pelloux se voulaient également rassurants sur la situation affirmant qu'il n'y avait aucune raison d'avoir peur.⁸ Quelques semaines plus tard, le 20 février 2020, le Ministère des Solidarités et de la Santé publiait un guide méthodologique à destination des établissements de santé, de la médecine de ville et des établissements médico-sociaux pour les préparer au risque épidémique lié à la Covid-19,⁹ reprenant les grandes lignes du plan de gestion de crise sanitaire français, le plan d'Organisation de la Réponse du système de santé en situation SANitaire exceptionnelle – Risques Epidémiologiques et Biologiques (ORSAN REB). Ce plan, détaillé en annexe 1, vise une réponse graduée en trois stades. Les stades 1 et 2 déclenchés respectivement le 23 février 2020 et le 28 février 2020 chargeaient les établissements de santé de la prise en charge des patients présentant les symptômes de la Covid-19 afin de freiner l'introduction du virus puis de l'endiguer sur le territoire.¹⁰ Ce n'est qu'à partir du 14 mars 2020, correspondant au déclenchement du stade 3, que les professionnels de santé du premier recours, ou dits de ville, ont été considérés comme des acteurs de première ligne. Or ces derniers l'étaient déjà lorsqu'ils accueillaient, en consultation, des patients présentant des symptômes proches de ce qui ne s'appelait pas encore la Covid-19. Certains professionnels

https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-un-premier-cas-de-covid-19-remontant-au-2-decembre-confirme-en-alsace_3952985.html.

⁷ Bonnet, « Covid-19 ».

⁸ L'Obs et AFP, « Cas de coronavirus en France : « Ça ne sert à rien d'avoir peur » », *L'Obs*, 25 janvier 2020, <https://www.nouvelobs.com/coronavirus-de-wuhan/20200125.OBS23941/cas-de-coronavirus-en-france-ca-ne-sert-a-rien-d-avoir-peur.html>.

⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Préparation au risque épidémique Covid-19. Etablissements de santé. Médecine de ville. Etablissements médico-sociaux », Ministère des Solidarités et de la Santé, 20 février 2020, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf.

¹⁰ FranceInfo, « Covid-19 : la France se prépare à faire face à l'épidémie », *FranceInfo*, 24 mars 2020, https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-la-france-se-prepare-a-faire-face-a-lepidemie_3839235.html; Le Monde, « Coronavirus : 1, 2 et 3... que veulent dire les différents stades de l'épidémie ? », *Le Monde.fr*, 5 mars 2020, https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/03/05/coronavirus-a-quoi-correspondent-les-trois-stades-du-plan-d-action-contre-l-epidemie_6031948_4355770.html; Ministère des Solidarités et de la Santé, « Préparation au risque épidémique Covid-19. Etablissements de santé. Médecine de ville. Etablissements médico-sociaux »; Jean-Loup Adénor, Benoît Jourdain, et Benoît Zagdoun, « DIRECT. Covid-19 : « nous passons au stade 2" de l'épidémie, affirme le ministre de la Santé, qui recommande "d'éviter les poignées de mains » », *Franceinfo*, 28 février 2020, https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/direct-covid-19-la-france-compte-38-cas-dont-24-toujours-hospitalises-premiere-contamination-en-afrique-subsaaharienne_3844755.html; Ministère des Solidarités et de la Santé, « Préparation au risque épidémique Covid-19. Etablissements de santé. Médecine de ville. Etablissements médico-sociaux ».

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

de santé confiaient que d'un point de vue épidémiologique, le stade 3 aurait pu être décrété plusieurs semaines auparavant.¹¹

Durant cette crise sanitaire, les établissements de santé français ont dû faire face à un nombre très important de patients nécessitant une hospitalisation pouvant aller pour les cas les plus graves vers une admission dans des services de réanimation. Les professionnels du premiers recours ont également connu des difficultés : manque d'équipement de protection individuelles (EPI) tels que des masques, des gants, du gel hydroalcoolique, et autres vêtements de protection, un manque de connaissances sur cette nouvelle pathologie et une baisse de leur activité. Au cours de cette crise épidémique, à la mi-mars, des initiatives ont émergé parmi les professionnels dits de ville afin de prendre en charge les patients présentant les symptômes de la Covid-19 dont l'état de santé n'était pas alarmant mais également les patients nécessitant des soins d'autres natures, tels que ceux liés à des pathologies chroniques.

Plusieurs régions françaises ont été particulièrement impactées : la région Grand Est et la région Ile-de-France. Cette dernière est devenue le « *nouvel épicode de l'épidémie* » à la fin du mois de mars 2020.¹² La mobilisation des professionnels du premier recours franciliens a été nécessaire pour couvrir les besoins de santé de la région la plus peuplée de France, nous concentrerons l'étude sur ce territoire.

Problématisation

Aux stades 1 et 2 du plan ORSAN REB, la stratégie des autorités sanitaires a été de concentrer la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 dans les établissements de santé. Au cours de la phase 3 de l'épidémie, parmi les professionnels des soins de premier recours, les médecins généralistes, les infirmiers et les pharmaciens d'officine ont été les plus mobilisés.¹³

Leur organisation en cette période épidémique nous intéresse ici, qu'ils exercent de façon isolée ou coordonnée au sein de maisons médicales, de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé ou de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces professionnels, faisant face à une situation inédite, ont souvent dû s'organiser différemment pour garantir non seulement un accès aux soins aux patients présentant les symptômes de la Covid-19 mais aussi aux autres patients,

¹¹ Entretien 2 (médecin généraliste).

¹² Euronews, « En Île-de-France, nouvel épicode de l'épidémie de Covid-19, les hôpitaux saturent », *Euronews*, 27 mars 2020, sect. news_news, <https://fr.euronews.com/2020/03/27/en-ile-de-france-nouvel-epicode-de-l-epidemie-de-covid-19-les-hopitaux-saturent>.

¹³ « Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » (s. d.), consulté le 1 juin 2020.

notamment ceux avec des maladies chroniques. La place de ces professionnels aux côtés des acteurs du sanitaire et du médico-social interroge également à un moment où leur coopération semble inévitable.

En cette période de crise sanitaire liée à la Covid-19 qui a perturbé l'organisation du système de santé, en quoi les professionnels du premier recours ont été des acteurs indispensables durant cette crise sanitaire en Ile-de-France ? Dans quelle mesure les professionnels du premier recours franciliens ont-ils dû adapter leur mode d'exercice pour participer à la prise en charge des malades Covid-19 et pour garantir un accès aux soins à leurs patients notamment ceux atteints de maladies chroniques ?

La question de l'importance des professionnels du premier recours et de l'organisation pour participer à la prise en charge des patients atteints du Covid-19 et pour garantir un accès aux soins à leurs patients chroniques peut être abordée selon 4 axes : l'accès à l'information, le dispositif opérationnel, le dispositif organisationnel et le vécu des professionnels.

Axe 1 : Accès à l'information :

Les professionnels de santé s'informent principalement par la presse médicale papier et numérique. Ainsi, en 2016 par exemple, selon un baromètre Cessim réalisé par Ipsos, les quatre premiers moyens d'information utilisés par les médecins sont la presse médicale papier, les parutions des organismes officiels type HAS, les échanges entre confrères et les sites internet dédiés à l'univers médical¹⁴. Avec la crise sanitaire liée à la Covid-19, des sites internet non spécialisés dans le domaine médical font le point sur la situation avec notamment des données dites « grand public ». Alors que les sources d'information sont nombreuses et que leur contenu est actualisé régulièrement, il s'agit ici de s'interroger sur la façon dont les professionnels du premier recours se sont informés. De plus, tous les professionnels interrogés n'ont pas uniquement utilisé ces canaux traditionnels pour s'informer sur le virus et la prise en charge des patients mais ont également massivement utilisé les réseaux, principalement *WhatsApp*.

¹⁴ Le Généraliste, « Presse, congrès, recos... Comment s'informent les médecins généralistes », *Le Généraliste*, 26 décembre 2016, https://www.legeneraliste.fr/observatoires/infographie/2016/12/26/presse-congres-recos-comment-sinforment-les-medecins-generalistes_308709.

Axe 2 : Dispositif opérationnel :

Au lendemain du confinement, le 18 mars 2020, alors que plus de 2 972 personnes étaient hospitalisées en France. L'Ile-de-France, avec 957 hospitalisations liées à la Covid-19 (dont 294 en soins intensifs ou en réanimation)¹⁵, recensait le tiers de toutes les hospitalisations Covid-19 de France, faisant d'elle l'une des deux régions les plus touchées par l'épidémie. Le nombre maximal de personnes hospitalisées dans les établissements hospitaliers franciliens a été atteint le 14 avril avec 13 209 personnes hospitalisées et la capacité de lits de réanimation était alors dépassée¹⁶. Une enquête menée par le syndicat MG France, entre le 31 mars et le 3 avril, estimait que les médecins de ville avaient pris en charge plus d'1,5 million de cas Covid-19¹⁷. Les informations médicales et les dispositions réglementaires pour gérer cette crise évoluant très régulièrement, il nous faut donc nous interroger sur les consignes que les professionnels du premier recours ont reçues pour prendre en charge leurs patients chroniques ainsi que ceux atteints de la Covid-19. La question du matériel à leur disposition est également à prendre en compte.

Axe 3 : Dispositif organisationnel :

Compte-tenu du manque de moyens matériels (manque de masques, de gants et d'autres protections) et du nombre de patients chroniques renonçant aux soins au cours de cette période de peur de contaminer ou de se faire contaminer par un nombre important de malades Covid-19, la question de l'organisation des professionnels du premier recours s'est donc posée. Le mode d'exercice (coordonné, en groupe ou isolé) des professionnels de santé a-t-il eu un impact sur la façon dont les professionnels de santé se sont organisés pendant cette crise ? Il faut également s'intéresser à la façon dont les pharmaciens d'officine se sont organisés pour répondre à la forte demande de matériel de protection

¹⁵ Santé Publique France, « Nombre de personnes actuellement hospitalisées pour COVID-19 - hommes et femmes. 20-03-18 », Géodes - Santé Publique France, consulté le 1 juin 2020, https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-1148234,6637156,2485638,1644345&c=indicator&f=0&i=covid_hospit.hosp&s=2020-03-18&t=a01&view=map1 ; Santé Publique France, « Nombre de personnes actuellement en réanimation ou soins intensifs pour COVID-19 - hommes et femmes. 2020-03-18 », Géodes - Santé Publique France, consulté le 1 juin 2020, https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-1213651,6680433,2616474,1730898&c=indicator&f=0&i=covid_hospit.rea&s=2020-03-18&t=a01&view=map1.

¹⁶ Santé Publique France, « Nombre de personnes actuellement hospitalisées pour COVID-19 - hommes et femmes. 2020-04-14 », Géodes - Santé Publique France, consulté le 1 juin 2020, https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-1282513,6725987,2754197,1822007&c=indicator&f=0&i=covid_hospit.hosp&s=2020-04-14&view=map1.

¹⁷ Marion Jort, « Plus de 1,5 million de patients Covid pris en charge par les médecins généralistes », *Egora.fr*, 8 avril 2020, sect. Santé publique, <https://www.egora.fr/actus-pro/sante-publique/58767-plus-de-15-million-de-patients-covid-pris-en-charge-par-les-medecins>.

(masques, solution hydroalcoolique, etc.) de la part des professionnels de santé mais également de la part du grand public.

Axe 4 : Vécu des professionnels :

La façon dont les professionnels ont vécu la situation et leur rôle est également un élément à prendre en compte. Il s'agit également de savoir si cette crise sanitaire peut avoir des incidences sur leur exercice futur.

Après avoir présenté la méthodologie utilisée pour cette étude, il conviendra d'expliquer que la gestion épidémique française et francilienne a été initialement centrée sur les établissements de santé, faisant des professionnels du premier recours des acteurs de seconde ligne, confrontés à une baisse de leur activité alors que les premiers étaient dépassés. Quelques semaines après le déclenchement du plan ORSAN REB, il est apparu important de renforcer le premier recours afin que les professionnels de ce secteur puissent prendre en charge non seulement les patients non graves atteints de la Covid-19 mais également les patients nécessitant d'autres soins, notamment pour maladie chronique. Pour cela, l'adaptation de l'exercice professionnel à la situation et le rôle incontournable des professionnels du premier recours seront analysés. Dans un troisième temps, la coopération pluriprofessionnelle sera étudiée car elle a eu une place importante dans la stratégie mise en place par les professionnels du premier recours afin d'apporter une réponse au besoin de prise en charge des patients. Pour finir, des formes de coopération entre le premier recours, les établissements de santé et médico-sociaux seront étudiées sous l'angle des professionnels dits de ville.

Méthodologie

La région Ile-de-France a été mon terrain d'étude. Cette région a été choisie car l'Ile-de-France était l'une des deux régions les plus touchées par l'épidémie de Covid-19. A partir de la fin mars 2020 elle a été considérée comme l'épicentre épidémique en France.¹⁸ Compte tenu de la situation qu'a connue la région francilienne, elle constituait un formidable terrain d'étude pour analyser la façon dont le secteur du premier recours a affronté cette crise sanitaire.

Par ailleurs, la présente étude porte sur l'organisation des professionnels de santé du premiers recours, dans le cadre de la crise sanitaire liée à la Covid-19, sur la période de janvier à mai 2020. Cette temporalité a été choisie pour deux raisons. D'une part, les premiers patients Covid-19, en France, ont été diagnostiqués et médiatisés à compter du

¹⁸ Euronews, « En Île-de-France, nouvel épicentre de l'épidémie de Covid-19, les hôpitaux saturent ».

24 janvier 2020, d'autre part, le stade 3 du plan de gestion de crise ORSAN REB, au sein duquel les professionnels de santé du premiers recours étaient mobilisés dans la gestion de crise, a pris fin la veille du déconfinement, le 10 mai 2020. Cette période rend ainsi compte de l'essor épidémique en France et des actions déployées par l'ensemble des acteurs du système de santé afin d'y pallier. Plus particulièrement, elle permet d'étudier l'organisation des professionnels de santé du premier recours à chaque stade du plan ORSAN REB.

Enfin, parmi les acteurs de santé du premier recours, l'étude porte plus spécifiquement sur les médecins généralistes, les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et les pharmaciens d'officine. Ces professionnels de santé étaient au cœur de la gestion épidémique pour plusieurs raisons. La première est le fait que les médecins généralistes ont habituellement un rôle de pivot dans la prise en charge de leurs patients et ont dû au même titre que les IDE modifier leurs pratiques pour prendre en charge les patients. La deuxième raison est le fait que certains médecins généralistes et infirmiers ont été à l'initiative de dispositifs innovants pour prendre en charge les patients présentant les symptômes de la Covid-19. La troisième raison est le fait que contrairement aux autres professionnels du premier recours, tels que les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes, leurs consultations ne concernaient pas uniquement des urgences. Pour finir, l'exercice des pharmaciens d'officine durant cette période a également connu certains changements. Ils ont eu un rôle primordial dans la distribution de masques et de gel hydroalcoolique aux professionnels de santé et certaines de leurs prérogatives ont été développées.

Dans un premier temps, il m'a fallu réaliser une revue de littérature sur les soins de premier recours. Elle a été suivie d'une revue de presse quotidienne de médias spécialisés tels que *Décision Santé*, *Hospimedia*, *Infirmiers.com*, *Le Généraliste*, *Le Quotidien du médecin*, *Le Quotidien du Pharmacien* etc., et de médias plus généraux tels que *FranceInfo*, *Le Monde*, *Le Parisien*, *Le Point*, *Libération*, *Médiapart*, etc. Par ailleurs, la consultation de sites tels que celui du Ministère des Solidarités et de la Santé, de l'ARS Ile-de-France a été nécessaire afin d'enrichir mes connaissances sur le sujet.

Parallèlement à cette veille documentaire, j'ai réalisé 21 entretiens semi-directifs afin de recueillir la parole des professionnels sur le terrain et ainsi d'étayer mon analyse. La majorité de ces entretiens a été effectuée durant le confinement, entre le 15 avril et le 25 mai 2020 en visioconférence ou par téléphone. Mon stage au sein du cabinet Acsantis m'a permis de me familiariser avec les soins de premiers recours et sur les structures d'exercice coordonné (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), centres de santé (CDS) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)). Cette expérience m'a également permis de comprendre les enjeux liés au développement du secteur de la

médecine de ville notamment dans l'amélioration de l'offre de soins. Les compétences alors développées en conduite d'entretiens semi-directifs avec des professionnels de santé ont ainsi été mises à profit dans la réalisation des entretiens avec les professionnels de santé interrogés.

Des échanges par courriel et téléphone ont été réalisés a posteriori avec plusieurs des professionnels interrogés. Ces échanges avaient pour but de connaître l'évolution de la situation plusieurs semaines après les entretiens. Afin de disposer d'un panel d'interlocuteurs variés, les professionnels interrogés ont été minutieusement sélectionnés. J'ai eu l'opportunité d'échanger avec sept médecins généralistes, sept infirmières, six pharmaciens d'officine et un interne en santé publique. L'ensemble de ces professionnels exercent en Ile-de-France, de façon isolée ou regroupée au sein de MSP, de CDS et de CPTS. La liste des personnes rencontrées est disponible dans l'annexe 2.

L'objectif des entretiens étaient d'échanger avec des acteurs de terrain sur l'impact de la Covid-19 sur leurs pratiques professionnelles : sur leur accès à l'information et aux matériels de protection, leur perception quant aux consignes sanitaires, leurs éventuelles modifications de pratiques ainsi que leur ressenti quant à cette gestion de crise. Pour mener à bien ces entretiens, un guide d'entretien à destination des médecins généralistes et des infirmiers (Annexe 3) et un guide d'entretien à destination des pharmaciens (Annexe 4) ont été conçus. Un guide d'entretien était à destination des médecins généralistes et des infirmiers car contrairement au guide à destination des pharmaciens d'officine, il prenait en compte la prise en charge des patients en cabinet, à domicile et au sein de centres ambulatoires de consultations dédiés à la Covid-19. Le guide d'entretien à destination des pharmaciens d'officine s'attardait quant à lui sur l'activité officinale et sur les nouvelles prérogatives qui leurs avaient été confiées durant cette période.

Ensuite, chaque entretien a été retranscrit intégralement sous la forme des verbatims. L'annexe 5 contient six d'entre eux.

1 Une gestion épidémique initialement centrée sur l'hôpital, faisant des professionnels du premier recours des acteurs de seconde ligne

En France, la gestion de l'épidémie de la Covid-19 a reposé sur le plan ORSAN REB. Ainsi, lorsque le plan a été décrété le 23 février 2020, quatre hôpitaux franciliens habilités pour la Covid-19 soignaient des malades atteints de cette pathologie. Les jours suivants, de nombreux autres établissements de santé de niveau 2 les ont rejoints dans la prise en charge de ces patients. Dans les premières semaines qui ont suivi la mise en œuvre du plan ORSAN REB, les hôpitaux ont été au cœur de la crise sanitaire. A l'inverse, les professionnels du premier recours ont connu une baisse de leur activité et ont dû faire face au manque de matériel de protection, donnant l'impression qu'ils pouvaient être des acteurs de seconde ligne dans le plan de gestion épidémique.

1.1 L'hôpital au cœur de la crise sanitaire

Jusqu'au 14 mars 2020, date à laquelle le stade 3 du plan ORSAN REB a été décrété par le Ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, les établissements hospitaliers étaient les figures de proue dans la gestion des malades Covid-19 comme en atteste leur médiatisation quotidienne dans les différents journaux télévisés. Face à l'afflux grandissant de personnes atteintes du virus le système hospitalier francilien s'est retrouvé très fortement sollicité.

1.1.1 L'engorgement de l'assistance pré-hospitalière (SAMU – Centres 15)

Les Services d'Assistance Médicale Urgente (SAMU) ont été au cœur du dispositif de gestion épidémique. Le Ministère des Solidarités et de la Santé a publié en février 2020 un guide méthodologique sur la préparation au risque épidémique en période de Covid-19 à destination des établissements de santé, de la médecine de ville et des établissements médico-sociaux. Dans ce guide, le ministère demandait aux établissements de santé dotés d'un SAMU de vérifier et d'adapter le dispositif qu'ils avaient prévu afin de répondre à un triplement des appels au Centre 15 et ainsi faire face à la demande croissante.¹⁹

A ce moment, les consignes officielles étaient d'appeler le 15 en cas de doute et de ne pas se rendre aux urgences ou chez son médecin généraliste pour éviter de contaminer

¹⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Préparation au risque épidémique Covid-19. Etablissements de santé. Médecine de ville. Etablissements médico-sociaux ».

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

d'autres personnes.²⁰ Cette consigne a pu faire baisser de manière importante les consultations en médecine générale.

Dès la fin janvier, les centres d'appel des SAMU de l'Île-de-France ont enregistré une hausse des appels comparée à la normale pour la saison hivernale (+ 25%).²¹ Plus l'épidémie progressait, plus le nombre d'appels au 15 augmentait à tel point que leur nombre a été multiplié par quatre ou cinq au cours de la période, expliquait François Braun, le président du SAMU-Urgences de France.²² Ceci s'explique non seulement par les consignes officielles qui avaient été communiquées à la population mais aussi par le fait que le SAMU - Centre 15 a joué un rôle de chef d'orchestre dans le dispositif de régulation des transports, des soins de ville et des hospitalisations. Lorsque des professionnels de santé, tels que les médecins généralistes, avaient en consultation des patients qui présentaient des signes de détresse respiratoire liée au virus ou qui étaient dans un état inquiétant et qu'ils ne voulaient pas maintenir à domicile, les omnipraticiens faisaient appel au SAMU.

Les services d'assistance médicale urgente franciliens ont été sollicités de toutes parts : par les personnes nécessitant une intervention médicale urgente ou celles présentant des symptômes de la Covid-19 et par les professionnels de santé qui requéraient leurs services pour le transport de patients Covid-19 nécessitant une hospitalisation. Ainsi, l'attente pour joindre une personne du Centre 15 pouvait être longue comme en attestent les propos du Dr Atlan Cottin : *« Il est parfois arrivé de mettre 3/4 d'heure, une heure pour joindre le 15, ce qui a causé d'autres soucis parce qu'il n'y avait pas que des patients Covid. J'ai un patient qui a fait un infarctus, il a mis plus de deux heures pour joindre le 15 pour être pris en charge. Ça crée des dommages collatéraux très importants du fait que le 15 était complètement saturé mais ils ont vu leur nombre d'appels multiplié par plus de 5, ce qui est énorme. Ils ont fait appel à quelques médecins retraités ou à des remplaçants pour augmenter le nombre de permanences sur les lignes téléphoniques »*.²³

²⁰ FranceInfo, « Covid-19 : le nombre d'appels au 15 « multiplié par quatre ou cinq » lundi, selon le Samu », *Franceinfo*, 25 février 2020, https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-le-nombre-d-appels-au-15-multiplie-par-quatre-ou-cinq-lundi-selon-le-samu_3840457.html.

²¹ Mathilde Roche, « +25% d'appels au Samu à cause du coronavirus : « Nous ne sommes pas débordés, la gestion de crise, on sait faire » », *LCI*, 26 janvier 2020, sect. Population, <https://www.lci.fr/population/25-d-appels-au-samu-a-cause-du-coronavirus-nous-ne-sommes-pas-debordes-la-gestion-de-crise-on-sait-faire-2143968.html>.

²² FranceInfo, « Covid-19 », 25 février 2020.

²³ Entretien 5 (médecin généraliste).

1.1.2 La saturation des services spécialisés dans les établissements de santé malgré une coopération public/privé

Pour faire face à une hospitalisation massive de patients atteints de la Covid-19 et en vue d'optimiser la réponse sanitaire à l'échelle régionale, le plan blanc, intégrant les orientations du plan ORSAN REB, a été déclenché le 6 mars 2020 par le Ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran. Il s'agit d'un plan de mobilisation interne aux établissements de santé qui doit leur permettre de gérer un afflux massif de patients ou de faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Pour ce faire, les établissements ont mobilisé immédiatement tous les moyens dont ils disposaient.²⁴

Malgré sa mise en place, ce dispositif n'était pas suffisant, ce qui a amené le Ministre des Solidarités et de la Santé à enjoindre, le 12 mars, les directeurs des ARS à déprogrammer immédiatement les interventions chirurgicales non urgentes avec réanimation post-opératoire. Les hôpitaux et cliniques ont dû annuler toute chirurgie non urgente afin d'accueillir le maximum de patients atteints de la Covid-19.²⁵ Seules les opérations ne pouvant être différées ont été maintenues dans les établissements de santé.²⁶

A partir du 13 mars 2020, une nouvelle étape dans le plan blanc a été franchie. Dans les différents établissements de santé d'Ile-de-France, le plan blanc élargi est venu compléter le plan blanc mis en place initialement. Ce plan blanc élargi devait permettre d'assurer la prise en charge du nombre important de patients dans les établissements de santé, d'organiser l'accueil d'un afflux de personnes non régulées en les orientant le mieux possible grâce aux moyens d'information. Ce nouveau dispositif de permettre d'assurer un fonctionnement opérationnel du système de santé, des hôpitaux publics et privés ainsi que des cliniques franciliens.²⁷

²⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Préparation au risque épidémique Covid-19. Etablissements de santé. Médecine de ville. Etablissements médico-sociaux »; Susie Bourquin, « Contre le coronavirus : en quoi consistent les « plans blancs » et « plans bleus » ? », *Infirmiers.com*, 10 mars 2020, sect. Profession IDE, <https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/epidemiologie/contre-coronavirus-quoi-consistent-plans-blancs-plans-bleus.html>.

²⁵ Le Quotidien du Médecin et AFP, « Coronavirus : dans les hôpitaux, déprogrammation immédiate des interventions non urgentes, plan blanc maximal et nouveaux moyens », *Le Quotidien du médecin*, 13 mars 2020, <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/politique-hospitaliere/coronavirus-dans-les-hopitaux-deprogrammation-immEDIATE-des-interventions-non-urgentes-plan-blanc>.

²⁶ Elisabeth Pineau, « Dans la lutte contre le coronavirus, cliniques et hôpitaux privés se sentent encore sous-utilisés », *Le Monde*, 31 mars 2020, https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/31/dans-la-lutte-contre-le-coronavirus-le-prive-se-sent-encore-sous-utilise_6034978_3244.html.

²⁷ Union des Chirurgiens de France, « Point presse LE BLOC CNJC », Union des Chirurgiens de France, 21 avril 2020, <https://www.ucdf.fr/actualite/322-point-presse-le-bloc-cnjc>; Samantha Pagès, « Plan blanc : c'est quoi, dans quel hôpital ? », *Le journal des femmes*, 5 juillet 2020, <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2624681-plan-blanc-elargi-c-est-quoi-hopital-coronavirus-hospitalisation-deprogrammees-non-urgentes/>.

Durant cette crise, conformément au plan blanc élargi, les établissements hospitaliers publics et privés ont coopéré afin d'hospitaliser le plus de patients Covid-19 possible.²⁸ Comme le rappelait la FEHAP (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires), les établissements privés non lucratifs sanitaires étaient présents pour aider les hôpitaux submergés dans la prise en charge de ces patients.²⁹

Dans le public comme dans le privé, le nombre de lits d'hospitalisation et de réanimation dédiés aux patients Covid-19 a fortement augmenté. Ainsi, au plus fort de la crise, le 14 avril 2020, les établissements de santé franciliens comptaient 13 209 patients Covid-19 hospitalisés dont 2 599 en réanimation, dont environ 2 100 dans les établissements privés.³⁰ Certains établissements qui n'avaient initialement aucun lit de réanimation en ont mis en place. Lorsque les établissements publics ne pouvaient plus faire face à l'afflux de patients Covid-19, ceux-ci étaient transférés vers les établissements privés. Mme. Atika Alami, directrice générale du territoire des Yvelines et du Val-d'Oise du groupe Vivalto Santé affirmait que dans les établissements du groupe : « 100 % des patients qui [étaient] dans nos lits de réanimation Covid [étaient] des transferts du public, et 80 % de ceux qui [occupaient] des lits de médecine Covid [venaient] des établissements du public. »³¹

Cependant, cette coopération public/privé ne s'est pas faite sans difficulté. La coopération a d'abord été lente à mettre en place pour plusieurs raisons :

- Comme le rappelait le président de la Fédération Hospitalière de France (FHF), Frédéric Valletoux, les établissements publics, dans les plans de gestion de crise sanitaire, sont toujours en première ligne en prenant généralement les cas les plus graves car ils disposent de moyens plus importants que les établissements privés, qui eux, restent en deuxième ligne.

²⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, « L'établissement de santé en tension. Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc. », 2005, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_l_etablissement_de_sante_en_tension.pdf.

²⁹ Jérôme Robillard, « La Fehap se transforme en fédération des « établissements privés solidaires » », *Hospimedia*, 19 mars 2020, https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200319-gestion-des-risques-la-fehap-se-transforme-en?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200319-gestion-des-risques-la-fehap-se-transforme-en&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged.

³⁰ Santé Publique France, « Nombre de personnes actuellement en réanimation ou soins intensifs pour COVID-19 - hommes et femmes - 2020-04-14 », Géodes - Santé Publique France, consulté le 1^{er} juin 2020, https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-48654,6407789,724792,478007&c=indicator&f=0&i=covid_hospit.rea&s=2020-04-14&selcodgeo=11&t=a01&view=map1; Pineau, « Dans la lutte contre le coronavirus, cliniques et hôpitaux privés se sentent encore sous-utilisés ».

³¹ Pineau, « Dans la lutte contre le coronavirus, cliniques et hôpitaux privés se sentent encore sous-utilisés ».

- La régulation des transports médicaux d'urgence est organisée par le SAMU. Or le SAMU a l'habitude d'orienter d'abord les patients vers les hôpitaux publics.
- Pour permettre la création, la conversion et le regroupement d'activités de soins, un établissement de santé doit obtenir une autorisation de l'ARS. Ce régime des autorisations obligatoires a pu ralentir la création ou la conversion d'unités de soins dédiées à la Covid-19 même si le processus a été accéléré avec des autorisations dérogatoires signées par l'ARS Ile-de-France.³²

De plus, certains établissements privés se montraient réticents à prendre en charge ces patients comme l'expliquait le Pr Philippe Juvin, chef des urgences de l'hôpital Georges Pompidou à Paris : « *On a demandé à quelques hôpitaux privés de nous prendre des malades, certains jouent vraiment le jeu, d'autres prétendent jouer le jeu [...]. Quand on les appelle pour leur proposer un malade, ils trouvent des raisons pour ne pas le prendre.* »³³

Ces difficultés d'organisation entre les établissements publics et privés ont pu susciter l'incompréhension du grand public et des professionnels de santé lorsque des transferts de patients dans d'autres départements et régions ont été réalisés alors qu'il existait des structures privées proches qui pouvaient accueillir ces patients, comme en attestent le Dr Atlan Cottin qui a été interrogée : « *Lorsque je suis allée faire une garde à la clinique privée qui est à côté dans ma ville [, elle avait annulé] tout ce qui n'était pas urgent pour faire de la place. Les services de réanimation étaient prêts à accueillir. L'hôpital Mignot était saturé et il transférait des patients en Province alors que juste à moins d'un kilomètre, il y avait une structure qui était capable d'accueillir, qui finalement, a récupéré des patients qui étaient dans le 92.* »³⁴

La coopération extrahospitalière et les transferts interrégionaux de patients Covid franciliens vers d'autres régions n'ont pas été suffisant pour absorber le flux importants de patients atteints par le SARS-CoV-2 (annexe 6).

Au même moment, les professionnels de santé du premier recours, notamment les médecins généralistes, les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et les pharmaciens qui maillent le territoire francilien ont vu leur activité faiblir.

³² Mathilde Damgé, « Coronavirus : pourquoi les établissements de soins privés sont restés en deuxième ligne », *Le Monde.fr*, 10 avril 2020, https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/04/10/coronavirus-pourquoi-les-etablissements-de-soins-privés-sont-restés-en-deuxième-ligne_6036270_4355770.html.

³³ Pineau, « Dans la lutte contre le coronavirus, cliniques et hôpitaux privés se sentent encore sous-utilisés ».

³⁴ Entretien 5 (médecin généraliste).

1.2 Une diminution paradoxale de l'activité libérale

Au cours de ces premières semaines de gestion épidémique, alors que les établissements de santé faisaient face à une augmentation des hospitalisations et des séjours en réanimation de patients atteints de la Covid-19, les professionnels du premier recours et notamment les médecins généralistes ont vu leur activité décroître fortement pour diverses raisons : le discours des autorités appelant à consulter un médecin généraliste qu'en cas d'urgence, la peur de certains patients d'être contaminés ou de contaminer, par exemple. Le manque de connaissances sur la pathologie et sur la façon de prendre en charge les patients a pu avoir un impact sur l'activité des professionnels du premiers recours, notamment celle des omnipraticiens. De plus, la très grande majorité d'entre eux manquait de matériel de protection pour accueillir des patients, les obligeants à adapter leur exercice. Seul un petit nombre avait des masques.

1.2.1 Une diminution du nombre de consultations auprès des médecins généralistes

Alors que de nombreux professionnels de santé étaient débordés à cause de l'épidémie de Covid-19, les professionnels du premiers recours ont vu le nombre d'actes réalisés fortement diminuer. Le Dr Leymarie affirmait ainsi que le nombre de patients qu'il recevait en consultation avait : « *considérablement chuté* » à un niveau tel qu'une présence à mi-temps était suffisante pour répondre aux demandes de consultations de ses patients.³⁵ Cette chute du nombre de consultations observée a été mentionnée par l'ensemble des médecins généralistes interrogés dans ce mémoire. Nicolas Revel, Directeur général de l'Assurance Maladie a corroboré de tels propos mi-avril 2020 en affirmant qu'une « *baisse notable d'activité de 40 % pour les médecins généralistes* » avait été constatée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) sur les trois dernières semaines, soit à partir d'une semaine après le début du confinement. Il estimait également que ce ralentissement de l'activité durerait encore « *un certain temps* »³⁶ ; prévision qui s'est ensuite confirmée. En mai 2020, le nombre de consultations habituel n'était pas encore atteint.³⁷

Cette baisse des consultations de médecine générale s'explique de plusieurs façons.

³⁵ Entretien 1 (médecin généraliste).

³⁶ Stéphane Lancelot, « 40 % de baisse d'activité pour les généralistes, Revel annonce une aide financière d'ici début mai », *Le Généraliste*, 15 avril 2020, https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/04/15/40-de-baisse-dactivite-pour-les-generalistes-revel-annonce-une-aide-financiere-dici-debut-mai_322309.

³⁷ Echanges a posteriori avec les médecins généralistes du Chesnay, de Paris et de Rueil-Malmaison.

La première, avancée par l'ensemble des professionnels rencontrés dans le cadre de ce mémoire, est le discours officiel du gouvernement appelant les Français à ne se déplacer pour une consultation médicale qu'en cas d'urgence afin de soulager les soignants. Le président des Généralistes-CSMF, le Dr Duquesnel affirmait également que « *le discours politique avait fait peur aux gens* ». A cela s'ajoutait l'obligation de se munir de l'attestation de déplacement dérogatoire pour se rendre à une consultation médicale.³⁸

La peur pour certains patients de se rendre chez un professionnel de santé et d'être contaminés par celui-ci ou d'autres patients peut également expliquer la diminution de l'activité des omnipraticiens. Cette crainte de la contamination semble avoir entraîné un renoncement aux soins chez certains patients, d'après l'enquête « Maladies chroniques et confinement : à quel point les patients ont-ils renoncé à se soigner ? » conduite par Ipsos et l'Amgen et publiée le 6 mai 2020. Cette enquête, conduite en France, auprès des 5 001 personnes de 18 ans et plus, stipule que 51% des patients atteints de pathologies chroniques déclarent avoir renoncé à une consultation prévue dans le cadre de leur prise en charge à cause de la Covid-19.³⁹

Cependant, ce renoncement aux soins n'a été que parcellaire pour certains patients. Bon nombre d'entre eux, faute de se rendre chez un praticien, ont bénéficié de l'arrêté du 14 mars 2020 autorisant les pharmaciens à délivrer des médicaments aux personnes qui suivaient un traitement de longue durée sans que leur médecin généraliste n'ait besoin de renouveler leur ordonnance.⁴⁰ Par ailleurs, comme l'a montré l'étude « Etude des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation à la fin avril 2020 » menée par le groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE constitué de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), publiée le 4 mai 2020, un phénomène de stockage des traitements de pathologies chroniques au mois d'avril 2020 a été observé.⁴¹

³⁸ Camille Roux, « Cabinets désertés : les généralistes craignent des pertes de chances pour les patients chroniques », *Le Généraliste*, 27 mars 2020, https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/27/cabinets-desertes-les-generalistes-craignent-des-pertes-de-chances-pour-les-patients-chroniques_322036?utm_source=covid19-pressepro&utm_medium=referral&utm_campaign=covid19-pressepro.

³⁹ Didier Doukhan, « 1 patient chronique sur 2 a renoncé à une consultation prévue à cause de l'épidémie », *Le Quotidien du Pharmacien.fr*, 6 mai 2020, <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/formation/specialites-medicales/medecine-generale/1-patient-chronique-sur-2-renonce-une-consultation-prevue-cause-de-lepidemie>.

⁴⁰ « Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 », 19, consulté le 15 avril 2020, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041722917&categorieLien=i d>.

⁴¹ Alain Weill et al., « Usage des médicaments en ville durant l'épidémie de COVID-19 : point de situation sur les deux premières semaines du confinement - Point d'information » (EPI-PHARE), consulté le 14 mai 2020, <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020>

En outre, l'intervention des médecins généralistes pour prendre en charge spécifiquement les patients atteints de la COVID-19 a débuté mi-mars. A cette période, le manque de connaissances sur la pathologie et sur la façon dont les omnipraticiens pouvaient accueillir en consultation des patients étaient perceptibles. Auparavant, jusqu'à la fin février 2020, comme le rappelaient deux des professionnels interrogés, la perception du danger lié au virus était relativement faible. Certains, notamment les autorités sanitaires et des instances de représentation de professionnels de santé, avaient un discours peu alarmiste et le terme « *grippette* » était parfois utilisé dans les discours publics alors même que certains scientifiques tenaient un discours plus alarmiste.⁴²

1.2.2 La pratique à domicile des infirmiers diplômés d'Etat également touchée

Une baisse du nombre d'actes réalisés par des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) a également pu être observée. Cependant, selon la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), ils ont été les professionnels dont « *l'activité a subi la baisse la moins importante* ». ⁴³ Cette baisse s'explique en partie par le fait que certains patients avaient moins sollicité des infirmiers pour des soins à domicile. La fermeture des établissements scolaires a également impacté l'offre de soins. Certains IDE sans solution de garde d'enfant avait réduit leur activité. Certains avait donc dû réduire le nombre de consultations à domicile et à recourir au télésoin, notamment par téléphone, pour les patients dont la prise en charge à domicile n'était pas indispensable.⁴⁴ Le manque de matériel de protection a pu impacter la dispensation de soins par certains professionnels⁴⁵

Malgré une diminution du nombre d'actes réalisés par les IDE franciliens, l'amplitude des horaires de travail de ces professionnels n'a pas diminuée. Lorsque les infirmiers pratiquaient des soins au domicile d'un patient ayant contracté la Covid-19, un temps de préparation en amont et en aval de la prise en charge était nécessaire pour permettre au praticien de s'équiper puis d'enlever les équipements de protection individuels qu'il avait à sa disposition : masque, surblouse et autres EPI s'il en avait à sa disposition.⁴⁶

information/Usage-des-medicaments-en-ville-durant-l-epidemie-de-Covid-19-point-de-situation-apres-cinq-semaines-de-confinement-Point-d-information.

⁴² William Andureau et Assma Maad, « Coronavirus, « mascarade » et « grippette » : la mémoire sélective d'Agnès Buzyn », *Le Monde*, 28 mai 2020, https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/05/28/coronavirus-mascarade-et-grippette-la-memoire-selective-d-agnes-buzyn_6041073_4355770.html ; Echanges a posteriori avec les médecins généralistes du Chesnay et de Pantin.

⁴³ Caisse Nationale d'Assurance Maladie, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 », juillet 2020, https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_charges_et_produits_pour_2021.pdf.

⁴⁴ Entretien 11 (coordinatrice de soins).

⁴⁵ Entretien 20 (pharmacienne, directrice du Pôle Santé Paris 13).

⁴⁶ Entretiens 10 (infirmière libérale), 11 (coordinatrice de soins) et 15 (infirmière libérale).

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

1.2.3 L'activité des pharmaciens d'officine, perturbée par la crise épidémique

L'épidémie a également eu un impact sur l'activité des pharmacies d'officine. Ainsi, la hausse de leur activité quelques jours précéda sa baisse quelques jours plus tard. Les pharmaciens de Rueil Malmaison et du Kremlin-Bicêtre, rencontrés dans le cadre de ce mémoire témoignent. Le week-end précédant le confinement, leur activité s'est accrue à tel point qu'ils ont réalisé, en l'espace d'un week-end, le chiffre d'affaire d'une semaine en temps normal. A cette période, l'approvisionnement des officines par les grossistes-répartiteurs fut complexe.⁴⁷

A l'inverse, dans les jours qui ont suivi l'annonce du confinement, leur activité a fortement chuté. Ce constat est partagé par la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), qui, sur la base d'un sondage réalisé auprès de 3 500 officinaux entre le 1^{er} avril et le 12 mai 2020, confirmait que 80% des pharmacies avaient subi, en moyenne, une baisse de 30% de leur activité entre avril et mai 2020. Par ailleurs, près d'un pharmacien sur cinq a eu recours à de l'activité partielle.⁴⁸

Les horaires d'ouverture ont également été légèrement réduits. Les cinq pharmaciens d'officine contactés avaient décidé de fermer une heure plus tôt leur établissement compte-tenu de la faible fréquentation. La localisation de l'officine a également eu un impact sur la fréquentation des pharmacies. Les pharmacies des centres commerciaux ou de centre-ville qui travaillent principalement sur une clientèle hors ordonnances composée majoritairement d'actifs du secteur ont été beaucoup plus impactées que celles situées dans des quartiers résidentiels ou dans des zones rurales⁴⁹ : *« On est dans une zone résidentielle donc il y a des patients, qui devaient avoir d'autres pharmacies à côté de leur travail, et qui sont venus. C'est pour cette raison que ça a pu avoir un impact positif sur notre activité mais il y a des personnes qui travaillaient à côté et qui font probablement la même chose à côté de chez eux. Mais sinon, notre activité, notre chiffre, n'a pas augmenté particulièrement. »*⁵⁰

⁴⁷ Entretien 16 (pharmacien d'officine).

⁴⁸ Pascal Marie, « Une baisse d'activité pour 80 % des pharmacies, selon la FSPF », *Le Quotidien du Pharmacien.fr*, 13 mai 2020, <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/une-baisse-dactivite-pour-80-des-pharmacies-selon-la-fspf>.

⁴⁹ Marie Bonte, « Comment aborder la baisse soudaine de l'activité à l'officine face à l'épidémie Covid-19 ? », *Le Quotidien du Pharmacien*, 17 avril 2020, https://www.lequotidiendupharmacien.fr/marketing-et-gestion-dune-officine/article/2020/04/17/comment-aborder-la-baisse-soudaine-de-lactivite-lofficine-face-lepidemie-covid-19-_283508.

⁵⁰ Entretien 8 (pharmacien d'officine).

1.3 Un manque de matériel de protection ayant pesé lourdement sur les professionnels du premier recours

La tension liée à la quantité insuffisante de matériel de protection pour les soignants a été rapportée par tous les professionnels interrogés.

Le manque de protection pour les professionnels de santé du premier recours a également pu avoir un impact sur leur activité.

Pour faire face au manque de masques disponibles, un rationnement des masques chirurgicaux et FFP2⁵¹ a été mis en place par l'Etat à partir de mars. Un bulletin DGS-Urgent du 18 mars 2020 informait les professionnels du nombre de masques hebdomadaires dont ils pouvaient bénéficier. Les médecins et infirmiers pouvaient bénéficier de dix-huit masques FFP2 ou chirurgicaux par semaine et les pharmaciens pouvaient bénéficier de dix-huit masques chirurgicaux.⁵² Cependant le manque de protection s'est fait ressentir chez les professionnels. L'enquête en ligne du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), du 14 au 21 mars 2020 auprès de 5 490 professionnels, montrait que seul un médecin sondé sur cinq disposait d'une surblouse et un sur quatre de lunettes de protection. Cette enquête révélait également que 14 % des omnipraticiens affirmaient n'avoir plus le moindre masque à leur cabinet au moment de l'enquête.⁵³ Une enquête en ligne de l'Ordre national des infirmiers, réalisée du 4 au 7 avril 2020 auprès de 70 000 infirmiers, allait dans le même sens en montrant que près des trois quarts des infirmiers ne disposaient pas d'équipement de protection en quantité suffisante. Il s'agissait aussi bien des masques (près de 78% des infirmiers disaient ne pas en disposer en quantité suffisante), des surblouses (83%) que des lunettes (65%).⁵⁴ Le fait d'exercer au sein de structures dans lesquelles de nombreux professionnels exerçaient a pu, dans certains cas

⁵¹ Les masques dits « chirurgicaux » sont des masques antiprojections qui permettent d'éviter la projection de sécrétions présentes dans la salive ou les voies aériennes supérieures transmissible par voie de gouttelettes ou par voie aérienne. Ces masques étaient utilisés par les professionnels de santé qui n'étaient pas en contact direct avec des patients présentant des symptômes de la Covid-19. A l'inverse, les masques de types FFP2 étaient réservés aux professionnels en contact direct avec ces patients. Ces masques filtrants protègent contre le risque de transmission par gouttelettes mais protègent également le porteur contre les risques d'inhalation d'agents infectieux. Ministère des Solidarités et de la Santé, « Les différents types de masques », Ministère des Solidarités et de la Santé, 15 juillet 2009, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_Masques.pdf.

⁵² Direction générale de la Santé, « Délivrance des masques FFP2 et chirurgicaux aux professionnels », 18 mars 2020, <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do?id=30650&cmd=visualiserMessage>.

⁵³ Stéphane Lancelot, « Coronavirus : sept généralistes sur dix se sont organisés pour faire face à l'épidémie », *Le Généraliste*, 26 mars 2020, https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/26/coronavirus-sept-generalistes-sur-dix-se-sont-organises-pour-faire-face-a-lepidemie_321998.

⁵⁴ Ordre National des Infirmiers, « COVID-19 : L'Ordre National des Infirmiers alerte sur la situation de la profession et annonce de nouvelles mesures d'urgence », Ordre National des Infirmiers, 8 avril 2020, <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/covid-19-ordre-des-infirmiers-alerte-sur-la-situation-de-la-profession-et-annonce-de-nouvelles-mesures-durgence.html>.

avoir une incidence sur le matériel de protection. Sur les vingt-et-un professionnels interrogés, un seul expliquait ne pas avoir ressenti le manque pour exercer, même si elle expliquait avoir fait attention pour juste utiliser ce dont elle avait besoin.⁵⁵ Certaines Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont, durant cette période, tenté de pallier le manque de masques que subissaient certains professionnels et structures en distribuant ceux qu'ils avaient réussi à se procurer.⁵⁶

Afin de pallier le manque de masques par exemple, le gouvernement a autorisé des dérogations pour l'utilisation de masques périmés depuis vingt-quatre mois⁵⁷ même si au départ les consignes données étaient de ne pas en utiliser comme le montre l'exemple du Dr Leymarie, secrétaire général adjoint de l'URPS médecins libéraux d'Ile-de-France, racontant cette situation lors de l'entretien :

« J'avais gardé [des masques FFP2] de la précédente pandémie qui n'avait pas été très violente, de la crise H1N1. J'avais gardé des masques périmés dans un fond de tiroir, ce qui est totalement illégal [...]. C'est ce qui m'a servi en tout cas au début à me protéger. Et à un certain moment, même l'ARS, sous directive ministérielle, m'a dit [lors d'une cellule] de crise de l'ARS et de l'URPS Ile-de-France, qu'on n'avait pas le droit de porter des masques, que c'était délétère, dangereux, et deux jours après, on disait finalement que l'on pouvait les mettre [...]. Donc [je les ai gardés] contre l'avis de l'ARS tout au début. »⁵⁸

Ce manque de matériel de protection, notamment de masques et le discours officiel disant depuis janvier 2020 que le stock de masques était suffisant puis le flou tenu sur l'état des stocks et la distribution des masques a été vivement critiquée par l'ensemble des professionnels interrogés. Les professionnels en question auraient préféré que les autorités sanitaires communiquent de façon plus transparente sur l'état du stock de masques et sur l'utilisation de ces derniers. Les propos du Dr Leymarie résument cet état d'esprit : *« j'aurais préféré entendre dès le début : "On n'a pas de masque. [On n'en a pas suffisamment.] On essaye de se débrouiller pour en chercher" »*.⁵⁹

Durant cette crise sanitaire, plusieurs professionnels sont tombés malades de la Covid-19 et ont dû fermer leur cabinet.⁶⁰ Cependant, il n'existe pas de chiffre officiel du nombre de

⁵⁵ Entretien 18 (médecin généraliste).

⁵⁶ Entretiens 5 (médecin généraliste) et 20 (pharmacienne, directrice du Pôle Santé Paris 13).

⁵⁷ « Le gouvernement autorise l'utilisation de masques FFP2 périmés depuis 24 mois », Le Généraliste, consulté le 4 avril 2020, https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/27/le-gouvernement-autorise-lutilisation-de-masques-ffp2-perimes-depuis-24-mois_322034.

⁵⁸ Entretien 1 (médecin généraliste).

⁵⁹ Entretien 1 (médecin généraliste).

⁶⁰ Geoffroy Tomasovitch, « Coronavirus : « Sans masques, les médecins vont tomber les uns après les autres » », *Le Parisien*, 20 mars 2020, [sect. /societe/sante/](https://www.leparisien.fr/societe/sante/), Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

professionnels qui ont été contaminés. En Ile-de-France, le chiffre s'élèverait à quelques centaines selon *Le Quotidien du médecin*.⁶¹ Ce risque de contracter la maladie a été mentionné par plusieurs professionnels interrogés. Ces derniers n'avaient pas uniquement peur pour leur santé mais craignaient également de contaminer leur famille, créant un climat stressant pour les professionnels en première ligne.⁶²

Le fait de ne pouvoir se protéger convenablement et de ne pas pouvoir protéger correctement certains patients d'une possible infection du virus, a également eu un impact sur l'offre de soins des professionnels du premier recours. Plusieurs cabinets ont fermé. Certains professionnels du premier recours, par manque de protection, ne pouvaient assurer la prise en charge des patients, y compris ceux qui n'avaient pas contracté le virus.⁶³ A Paris par exemple, une partie des centres de santé de l'association de Coordination des Œuvres Sociales et Médicales (COSEM) ont fermé pour concentrer l'activité sur quelques-uns. La Croix Rouge et la Mairie de Paris ont fermé certains de leurs centres de protection maternelle et infantile (PMI) afin de concentrer l'activité sur certains centres afin de réduire notamment la charge liée à la décontamination des locaux.⁶⁴ Certains cabinets infirmiers ont également fermé leurs portes au public et ne réalisent que des soins à domicile.⁶⁵

De plus, certains centres de santé médico-dentaires franciliens dans lesquels exerçaient des chirurgiens-dentistes et des médecins généralistes ont fermé pendant le confinement. Deux médecins généralistes qui exerçaient dans un centre médico-dentaire annonçaient que les chirurgiens-dentistes qui assuraient la direction de la structure avaient décidé de ne plus prendre en charge les patients dans les locaux en se basant sur les recommandations de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes en mars.⁶⁶ L'Ordre conseillait en effet de « *fermer les cabinets dentaires de ville à l'accueil physique des patients [et de réaliser] autant que possible, [la] gestion à distance des urgences bucco-dentaires relatives* ». ⁶⁷

<http://www.leparisien.fr/societe/sante/coronavirus-sans-masques-les-medecins-vont-tomber-les-uns-apres-les-autres-20-03-2020-8284560.php>.

⁶¹ Marie-Pierre Baillet et Stéphane Long, « Covid-19 : la carte de France des médecins contaminés », *Le Quotidien du médecin*, 24 mars 2020, <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/covid-19-la-carte-de-france-des-medecins-contamines>.

⁶² Entretien 5 (médecin généraliste), 18 (médecin généraliste) et 19 (infirmière diplômée d'Etat).

⁶³ Entretien 20 (pharmacienne, directrice du Pôle Santé Paris 13).

⁶⁴ Croix-Rouge française, « Covid-19 : la Croix-Rouge réorganise ses missions », Croix-Rouge française, 21 mars 2020, <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Coronavirus-COVID-19/Covid-19-la-Croix-Rouge-reorganise-ses-missions-Questions-Reponses-2358> ; Entretien 18 (médecin généraliste).

⁶⁵ Entretien 10 (infirmière libérale) et 11 (coordinatrice des soins).

⁶⁶ Entretien 13 (médecin généraliste) et 18 (médecin généraliste).

⁶⁷ Ordre national des chirurgiens-dentistes et al., « Recommandations d'experts pour la prise en charge des patients en cabinet dentaire de ville au stade 3 de l'épidémie de Covid-19 », Ordre Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

Ainsi, durant ces premières semaines de crise sanitaire, la stratégie épidémiologique reposant principalement sur le secteur hospitalier s'est révélée insuffisante, le recours aux professionnels de santé du premier recours a été une nécessité, comme le prévoyait déjà le Ministère des Solidarités et de la Santé dans son guide méthodologique du 20 février dernier.⁶⁸ Le renforcement du rôle du premier recours a donc été nécessaire.

2 Le rôle du premier recours et l'adaptation de l'exercice professionnel à la situation

Le renforcement du secteur du premiers recours est devenu indispensable du fait de la nécessité de prendre en charge les patients pour lesquels une hospitalisation n'était pas indispensable. Pour permettre à l'hôpital d'accueillir et de gérer les cas les plus graves, certains acteurs tels que la Fédération des CPTS (FCPTS) et le Collège National des généralistes enseignants (CNGE), à partir de la fin mars 2020, estimaient que seuls les cas graves devaient être adressés aux hôpitaux. Pour les autres situations, ils affirmaient que le premier recours était à même de prendre en charge les patients, permettant ainsi de limiter le nombre de patients adressés aux établissements de santé et d'éviter d'accroître le risque de contamination.⁶⁹ Les professionnels ont donc commencé à s'organiser uni-professionnellement pour prendre en charge les patients. Dans ce contexte épidémique, les médecins généralistes, les IDE et les pharmaciens d'officine ont été des acteurs incontournables.

2.1 La nécessité de prendre en charge les patients COVID-19 non graves et les patients avec des maladies chroniques

En période épidémique, la prise en charge des patients restait un impératif, aussi bien pour les patients présentant des symptômes non graves de la COVID-19 que pour les patients chroniques.

national des chirurgiens-dentistes, 24 mars 2020, 19, <https://ordre-chirurgiens-dentistes-covid19.cloud.coreoz.com/files/Recommandations%20COVID%2019%20v1%2024%20mars%202020.pdf>.

⁶⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Préparation au risque épidémique Covid-19. Etablissements de santé. Médecine de ville. Etablissements médico-sociaux ».

⁶⁹ Clémence Nayrac, « Les CPTS portent une organisation coordonnée en vue de la phase 3 de l'épidémie Covid-19 », *Hospimedia*, 5 mars 2020, <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200305-gestion-des-risques-les-cpts-portent-une-organisation>.

2.1.1 L'importance du partage d'informations sur la pathologie afin de prendre en charge les patients Covid-19 non graves

Durant cette crise, il était important d'assurer une prise en charge ambulatoire des patients présentant des symptômes non graves de la Covid-19 afin de les maintenir à domicile et d'éviter l'accentuation de l'engorgement des établissements de santé franciliens.

Cette pathologie étant récente, les professionnels du premier recours, notamment les médecins généralistes disposaient de peu d'informations sur la symptomatologie. Le partage d'information et l'accès à celle-ci ont été primordiaux. Les professionnels interrogés se sont informés sur la pathologie ou sur la prise en charge des patients Covid et non Covid à travers des documents officiels provenant du Ministère des Solidarités et de la Santé, de l'ARS Ile-de-France, des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et des syndicats. Ils se sont également informés grâce aux médias traditionnels (presse, télévision, radio) mais aussi grâce aux réseaux sociaux, dont un en particulier : *WhatsApp*. Ce réseau social permettait aux professionnels du premier recours d'échanger avec d'autres professionnels n'appartenant pas à leur discipline. De nombreux groupes WhatsApp ont été créés et rassemblaient des professionnels du premiers recours tels que des médecins généralistes ou des infirmiers mais aussi des professionnels du second et du troisième recours tels que des urgentistes, des pneumologues et des infectiologues. Ces groupes permettaient d'échanger des expériences, des initiatives mais aussi des publications et recherches en lien avec la Covid-19 et sa prise en charge. Selon ce principe de partage d'information, le site *Bibliovid*, développé par des médecins du CHU de Grenoble, permettait une veille et une analyse bibliographiques sur la Covid-19.⁷⁰ Ce site facilitait le partage d'informations scientifiques sur la pathologie et les symptômes pouvant y être associés. Ce site a pu être utilisé par des professionnels du premier recours, notamment des médecins généralistes afin de renforcer leurs connaissances sur la pathologie et ainsi compléter les informations qu'ils avaient reçues d'autres sources mentionnées auparavant.⁷¹

Les réseaux d'information développés par les professionnels de structures pluriprofessionnelles permettaient également de partager des protocoles liés à l'hygiène, l'organisation des structures, la prise en charge des patients, et les prescriptions médicamenteuses post-hospitalisation. Ainsi, par exemple au sein de la CPTS Paris 13, Mme. Dubois, pharmacienne, a rédigé des protocoles en partenariat avec des pharmaciens hospitaliers et des hygiénistes pour aider les professionnels dans leur exercice, en informant les professionnels sur « *le port ou non de masques en tissu, sur le type de*

⁷⁰ « À propos Bibliovid », Bibliovid, consulté le 17 avril 2020, <https://bibliovid.org/a-propos>.

⁷¹ Entretien 2 (médecin généraliste).

*désinfectant [à utiliser], sur l'aération de la salle d'attente accompagnée ou non d'un aérosol [...] [sur les médicaments car] les patients ne sortaient pas avec les mêmes protocoles, notamment avec l'hydroxychloroquine et les antibiotiques associés ».*⁷²

Des échanges plus informels entre les professionnels de structures d'exercice coordonné telles que les MSP permettaient également de partager des informations organisationnelles et cliniques sur la pathologie. De cette façon, les médecins généralistes et les professionnels paramédicaux tels que les infirmiers pouvaient s'informer mutuellement.⁷³

Des structures d'exercice coordonné ont également pu participer à la diffusion d'informations à destination des professionnels à travers la publication de newsletters. A titre d'exemple, la CPTS du 13^{ème} et celle du 14^{ème} arrondissement de Paris, travaillant ensemble, publiaient trois newsletters par semaine durant le confinement. Elles étaient adressées aux 1 200 professionnels de la communauté qu'ils soient médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens ou tout autre professionnel libéral ou salarié, y compris de structures médico-sociales. De tels newsletters, pouvant regrouper des informations sur les laboratoires ouverts et ceux réalisant des tests de dépistage du virus, des informations sur les structures pluriprofessionnelles qui dédiaient des plages à la consultation de patients Covid, permettaient aux professionnels de pouvoir orienter les patients durant cette période.

2.1.2 La prise en charge des autres patients, notamment chroniques, un besoin irremplaçable

L'enquête menée par Ipsos et l'Amgen, publiée le 6 mai 2020, révélait que 51% des patients chroniques avaient renoncé à une consultation médicale prévue dans le cadre de leur prise en charge et que 46% ne s'étaient pas rendus à un rendez-vous prévu avec leur médecin généraliste ou spécialiste à cause de la Covid-19.⁷⁴ Or il s'agit de pathologies qui sont à l'origine de complications parfois graves voire invalidantes, qui peuvent causer des souffrances physiques et morales. Elles concernent un tiers de la population.⁷⁵

Ce renoncement à consulter un médecin généraliste pendant une très courte période n'était pas grave selon les professionnels interrogés. Cependant, une suspension de traitement pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois devenait dangereuse à cause de la décompensation.⁷⁶ C'est pour cela que le Collège de la Médecine Générale, dans un communiqué diffusé le 25 mars affirmait que « *mettre en pause les soins de santé primaire*

⁷² Entretien 20 (pharmacienne, directrice du Pôle Santé Paris 13).

⁷³ Entretien 15 (infirmière libérale).

⁷⁴ Doukhan, « 1 patient chronique sur 2 a renoncé à une consultation prévue à cause de l'épidémie ».

⁷⁵ ComPaRe, « Les maladies chroniques », Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, consulté le 12 avril 2020, <https://compare.aphp.fr/l-etude/liste-maladies.html>.

⁷⁶ Entretien 2 (médecin généraliste).

[qui regroupent les soins de bases et les soins chroniques, était] enclencher une bombe à retardement »⁷⁷ car leur état pouvait s'aggraver s'ils négligeaient leur maladie.⁷⁸ Cela s'explique de la façon suivante comme le confiait le médecin généraliste de Pantin interrogé :

« Le risque de déséquilibre de leurs pathologies, c'est une chose ; mais parfois pour certaines pathologies, ça peut être très compliqué, je pense par exemple aux patients qui ont des troubles bipolaires, des pathologies psychiatriques au sens large et qui peuvent vivre difficilement la période de confinement. [...] Les patients avec des pathologies chroniques sont souvent des patients âgés qui sont parfois isolés. Rajouter en plus la rupture du lien entre le patient et le médecin, ce n'est pas forcément une excellente idée et aussi parce que tout simplement, dans les consultations, il se passe bien autre chose qu'un renouvellement de traitement. Ça permet de faire un point sur la situation sociale, ça permet de savoir comment vont les gens, comment ils vivent, etc. C'est tout ça que l'on a mis en suspens. »⁷⁹

De plus, en cette période, il était également important de prendre en charge physiquement des patients qui avaient besoin de soins tels qu'une entorse ou une brûlure et qui ne nécessitaient pas un passage aux urgences. Les professionnels avaient également pour rôle de rassurer les patients qui étaient dans un « état de stress très important. »⁸⁰

2.1.3 Informer les patients sur l'état de l'offre de soins de premier recours afin de les amener à consulter à nouveau

Afin d'informer les patients sur l'état de l'offre des soins de premier recours et de les convaincre de prendre rendez-vous auprès d'un médecin, des professionnels du premier recours ont dû adopter un discours pédagogique auprès de la population.

Pour ce faire, des appels aux patients des différents médecins généralistes ont pu être effectués par certains professionnels afin d'informer les personnes qu'un rendez-vous avec leur médecin généraliste était possible, soit en consultation, soit en téléconsultation. Des courriers ont également pu être envoyés aux patients par certains professionnels afin de leur expliquer la façon dont leur médecin traitant s'était réorganisé pour prendre en charge

⁷⁷ Collège de la Médecine Générale, « Mettre en pause les soins de santé primaire, c'est enclencher une bombe à retardement ! », *Collège de la Médecine Générale* (blog), 25 mars 2020, <https://lecmg.fr/mettre-en-pause-les-soins-de-sante-primaire-cest-enclencher-une-bombe-a-retardement/>.

⁷⁸ Perrine Debacker et al., « Hôpital, médico-social et ville alertent sur le danger de rupture des soins hors Covid-19 », *Hospimedia*, 6 avril 2020, https://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20200406-offre-de-soins-hopital-medico-social-et-ville?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget.

⁷⁹ Entretien 2 (médecin généraliste).

⁸⁰ Entretien 19 (infirmière diplômée d'Etat).

les patients, sur l'importance de consulter un professionnel de santé pour éviter toute décompensation. Cela permettait de rendre le plus lisible possible la nouvelle organisation et d'inciter les personnes à consulter à nouveau un omnipraticien. Les réseaux sociaux tels que Facebook ont également été utilisés pour cela.⁸¹

Cependant, ce discours ne semble pas avoir permis aux professionnels du premier recours de retrouver un niveau d'activité antérieur à la crise sanitaire.⁸² Une infirmière libérale expliquait que certains de ces patients chroniques, en perte d'orientation, semblaient alors perdus car malgré des propos les incitant à consulter à nouveau, le confinement perdurait.⁸³

2.2 L'adaptation de l'exercice professionnel à cette situation exceptionnelle

Durant le confinement, afin de prendre en charge les patients, les professionnels ont dû adapter leur mode d'exercice. Cela s'est traduit par un recours accru à la téléconsultation et au télésoin, à de nouvelles organisations temporelles et spatiales dans les cabinets ou dans les structures d'exercice pluriprofessionnel.

2.2.1 Le recours à la téléconsultation et au télésoin

La première adaptation des professionnels du premier recours pour continuer à prendre en charge leurs patients durant cette crise sanitaire a été le recours à la téléconsultation et au télésoin. La téléconsultation est une consultation réalisée à distance par un médecin. Le télésoin, est quant à lui une pratique de soins à distance entre un pharmacien ou un auxiliaire médical (un infirmier par exemple) et un patient, afin d'assurer le suivi de ce dernier.⁸⁴ Durant l'épidémie, afin de respecter les consignes de confinement et limiter les risques de contamination, toute prise en charge à distance était remboursée intégralement par l'Assurance Maladie. Si le tiers payant était pratiqué par un professionnel de santé, le patient n'avait rien à régler.⁸⁵ Au cours de cette période, la télémédecine a été utilisée par un très grand nombre de professionnels. Une consultation en ligne lancée par la Commission des affaires sociales du Sénat entre le 31 mars et 9 avril 2020 montrait que sur les 3 785 professionnels qui avaient répondu à la consultation, 70% d'entre eux avaient

⁸¹ Entretiens 2 (médecin généraliste) et 5 (médecin généraliste).

⁸² Echanges a posteriori avec les médecins généralistes du Chesnay, de Paris et de Rueil-Malmaison.

⁸³ Entretien 10 (infirmière libérale).

⁸⁴ Assurance maladie, « La téléconsultation », Ameli.fr, 14 novembre 2019, <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>; HAS, « Téléconsultation et télésoin pendant l'épidémie de Covid-19 », Haute Autorité de Santé, 7 mai 2020, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183032/fr/teleconsultation-et-telesoin-pendant-l-epidemie-de-covid-19.

⁸⁵ Assurance Maladie, « Covid-19 : tout savoir sur la téléconsultation et les actes à distance », Ameli.fr, 23 avril 2020, <https://www.ameli.fr/assure/actualites/covid-19-tout-savoir-sur-la-teleconsultation-et-les-actes-distance>.

eu recours à la télémedecine pour exercer. Le taux atteignait les 100% lorsque la prise en charge concernait un patient qui était non connu par le medecin réalisant la prise en charge.⁸⁶

La teleconsultation a connu un reel essor aupres des medecins generalistes. A titre d'exemple, rien que pour la semaine du 23 au 29 mars 2020, 486 369 actes ont été facturés à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), contre 10 000 par semaine début mars.⁸⁷ Le pic du million d'actes de teleconsultation facturés à la CNAM a été atteint mi-avril. Selon Nicolas Revel lors d'une audition devant des sénateurs le 15 avril 2020, plus de 30 000 medecins generalistes pratiquaient désormais la teleconsultation « *de manière régulière* ». ⁸⁸ Cet essor fait suite aux nouvelles recommandations de prise en charge du Covid-19 et à la multiplication des acteurs sur le marché.⁸⁹

Afin d'aider les professionnels dans la prise en charge en teleconsultation de patients chroniques, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en avril de nombreuses fiches présentant des recommandations adaptées à la spécificité de chaque pathologie. Une fiche était par exemple consacrée aux maladies rénales.⁹⁰ Les autorités sanitaires ont également publié des guides énumérant les questions à aborder en teleconsultation pour aider le praticien dans le diagnostic.⁹¹ Pour les patients pris en charge au titre de la Covid-19, le site internet *Antibiocliv* a mis en ligne une grille décisionnelle.⁹²

Les sept medecins generalistes franciliens interviewés ont tous eu recours à la teleconsultation pendant le confinement. Celle-ci pouvait être réalisée en visioconférence si le praticien et les patients disposaient d'un outil numérique, d'une connexion internet adéquate et d'une webcam. Lorsque ces conditions n'étaient pas réunies, notamment chez

⁸⁶ Commission des affaires sociales du Sénat, « Suivi de la mise en oeuvre de la stratégie de lutte contre l'épidémie de Covid-19. Consultation des professionnels de santé sur la prise en charge en ville de l'épidémie Covid-19 » (Sénat, 14 avril 2020), http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/commission/affaires_sociales/AFSOC-2020-045_Bilan_consultation_6avril2020-1.pdf.

⁸⁷ Le Quotidien du medecin, « Record absolu de teleconsultations en mars », *Le Quotidien du medecin*, 3 avril 2020, <https://www.lequotidiendumedecin.fr/record-absolu-de-teleconsultations-en-mars>.

⁸⁸ Stéphane Lancelot, « Coronavirus : le cap du million de teleconsultations franchi la semaine passée », *Legeneraliste.fr*, 16 avril 2020, https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/04/16/coronavirus-le-cap-du-million-de-teleconsultations-franchi-la-semaine-passee_322337.

⁸⁹ Amandine Le Blanc, « Le coronavirus dope les teleconsultations », *Le Généraliste*, 27 mars 2020, https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2020/03/27/telemedecine_321975.

⁹⁰ Clémence Nayrac, « La HAS précise la prise en charge de 9 pathologies chroniques dans le contexte épidémique », *Hospimedia*, 14 avril 2020, https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200414-qualite-la-has-precise-la-prise-en-charge?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200414-qualite-la-has-precise-la-prise-en-charge&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged.

⁹¹ Entretien 2 (medecin generaliste).

⁹² Entretien 5 (medecin generaliste).

certaines personnes âgées ou chez des patients n'ayant pas les revenus suffisant pour les avoir, la téléconsultation se faisait par téléphone.⁹³ Elle concernait la très grande majorité des actes réalisés au cours de cette période. A titre d'exemples, 80% des actes réalisés par le Dr Leymarie l'avaient été en téléconsultation, pour le Dr Astruc, cette part s'élevait à 90%, soit environ une quinzaine d'actes par jour pour chacun des deux professionnels.⁹⁴

Ellasanté, le choix d'un fonctionnement principalement tourné sur la téléconsultation

Au sein du centre de santé Ellasanté à Paris, il a été décidé d'axer principalement la prise en charge des patients sur de la téléconsultation.

Avant la crise, seuls trois de la trentaine de professionnels présents recouraient à la téléconsultation dont un médecin généraliste. Lorsque la phase 3 du plan ORSAN REB a été décrétée et estimant ne pas avoir les moyens d'accueillir des patients présentant des symptômes de la grippe ou de la Covid-19, le centre a décidé de se réadapter au plus vite en recourant massivement à la téléconsultation. Un déploiement de la téléconsultation a donc été opéré en une quinzaine de jours. Pour ce faire, le Dr Astruc, médecin généraliste a organisé diverses sessions de formation sur cette pratique aux professionnels du centre.

Dans le centre, il a été décidé que la téléconsultation serait utilisée pour la prise en charge initiale des patients. Une consultation physique n'était programmée que lorsque la venue du patient au centre était indispensable.

Cependant, la téléconsultation ne fut pas la panacée. Bien qu'elle ait pu permettre de prendre en charge des patients à distance en évitant ainsi toute contamination des patients et des professionnels, cette solution possède certains inconvénients détaillés de la façon suivante par le médecin généraliste de Pantin :

« [En téléconsultation, ce] sont déjà des consultations triées parce qu'on est limité sans examen clinique. On ne fait pas tout. On ne raisonne pas de la même façon. On se permet un degré d'incertitude qui est plus important. Quand on n'a pas le choix et qu'on est en situation de crise, ça ne pose pas de soucis. Quand on est, je dirais, en capacité de recevoir les gens, je pense que c'est tout de même mieux. Et puis surtout parce que ça change fondamentalement [...], on ne fait pas passer les mêmes choses en consultation lorsqu'on est derrière un écran. Il n'y a pas l'adhésion thérapeutique que l'on peut avoir avec son médecin, le fait de créer une relation, tout simplement, c'est beaucoup plus compliqué en téléconsultation. Ça peut se

⁹³ Entretien 18 (médecin généraliste).

⁹⁴ Entretiens 1 (médecin généraliste) et 9 (médecin généraliste).

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

faire ponctuellement avec des patients qu'on connaît, mais voilà, je pense que ça peut tout à fait se faire, pour interpréter des résultats. Mais ça doit rester une activité marginale par rapport au reste. Sinon ça risque même de dénaturer le lien médecin-patient. »⁹⁵

Les inconvénients de la téléconsultation étaient davantage perceptibles lorsque celle-ci était réalisée par téléphone et sans solution permettant de voir le patient. Cependant, « *le téléphone [a rendu] d'énormes services* » car il rendait possible une certaine prise en charge.⁹⁶

De plus, la téléconsultation ne permettait et ne permet pas de détecter certains problèmes dermatologiques selon l'éclairage utilisé,⁹⁷ et certaines affections telles que les pneumopathies non liées à la Covid-19 et les angines bactériennes par exemple.⁹⁸

La téléconsultation et la consultation par téléphone ont été également fortement utilisées par les médecins dont les cabinets et centres de santé qui avaient fermé. Cependant cette offre de santé ne fut pas utilisée au maximum de ses possibilités car la demande de soins n'était pas suffisante sur certaines plateformes. Selon un des médecins interrogés, il y a eu un très fort afflux de médecins sur les plateformes *LIVI* et *Qare* qui sont spécialisées dans la téléconsultation. Ce professionnel expliquait également qu'il connaissait un autre médecin qui lui avait rapporté qu'un jour sur *Qare* plus de 100 médecins étaient « *inscrits et qu'en cinq heures il n'avait réalisé aucun acte.* »⁹⁹

Alors que seuls les médecins généralistes étaient autorisés à pratiquer la téléconsultation depuis 2018, les infirmiers n'ont été autorisés à réaliser des activités de télésoin qu'à partir de la mi-mars 2020 lorsque le décret du 19 mars 2020 les y autorisant fut publié. Ce décret assouplissait jusqu'au 31 mai 2020 les règles en matière de télésoin.¹⁰⁰ Pendant cette période, le télésoin a été utilisé par 65% des infirmiers.¹⁰¹ Cela devait permettre de limiter

⁹⁵ Entretien 2 (médecin généraliste).

⁹⁶ Entretien 18 (médecin généraliste).

⁹⁷ Entretien 1 (médecin généraliste).

⁹⁸ Commission des affaires sociales du Sénat, « Suivi de la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre l'épidémie de Covid-19. Consultation des professionnels de santé sur la prise en charge en ville de l'épidémie Covid-19 ».

⁹⁹ Entretien 13 (médecin généraliste).

¹⁰⁰ Lancelot, « Coronavirus », 26 mars 2020 ; « Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus », 2020-277 § (2020).

¹⁰¹ Bernadette Fabregas, « « Soutenir les infirmiers afin qu'ils puissent délivrer des soins de qualité en toute sécurité pour les patients » », *Infirmiers.com*, 13 avril 2020, sect. Profession IDE, <https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/ordre-infirmier/soutenir-infirmiers-ils-peuvent-delivrer-soins-qualite-en-securite-pour-patients.html>.

les contacts directs pour optimiser et garantir la prise en charge des patients. Ainsi, par exemple, l'infirmière Asalée à Patin n'a eu recours qu'au télésoin pour réaliser ses actes.

2.2.2 L'organisation temporelle des professionnels

Lorsque la téléconsultation n'était pas possible et qu'une consultation physique était inévitable, une organisation temporelle a été mise en place par les professionnels de santé interrogés. Une enquête en ligne du CNGE ayant recueilli 5 490 réponses complètes en mars 2020 montrait que 76% des médecins avaient ouvert des plages de consultation dédiées à la Covid-19.¹⁰² Tous accueillait des patients pour une consultation liée à la Covid-19 en fin d'après-midi ou en fin de journée. Le matin et la première partie de l'après-midi étaient réservés aux consultations physiques non liées au SARS-CoV-2 et aux téléconsultations. Cela permettait d'éviter que les patients Covid ne risquent de contaminer d'autres patients et notamment des patients avec certaines pathologies faisant d'eux des patients dits à risque.

Les infirmières interrogées expliquaient également organiser leurs tournées pour faire en sorte que les patients atteints de la Covid-19 ne bénéficient de soins qu'à la fin de la tournée. Si cela n'était pas possible, un infirmier pouvait être dédié à la prise en charge des patients Covid-19. Cela permettait non seulement d'éviter la contamination d'autres patients mais également d'économiser du matériel de protection qui pouvait être réutilisé.¹⁰³

2.2.3 L'organisation spatiale des professionnels

Outre l'organisation temporelle qui s'est mise en place, une organisation spatiale a été instaurée, lorsque cela était possible, dans les cabinets, MSP et centres de santé. L'enquête du CNGE a également révélé que 80% des médecins généralistes avaient « *mis en place des espaces dédiés lorsque cela était possible* ». ¹⁰⁴ Cette organisation pouvait être mono-disciplinaire au sein d'un cabinet médical ou au sein d'un centre de santé ou pluriprofessionnelle avec la mise en place de centres ambulatoires dédiés à la prise en charge de patients présentant les symptômes de la Covid-19. Ces centres seront présentés en troisième partie. L'organisation de « circuits » Covid dans les cabinets ou les MSP permettait d'éviter que des patients suspects de Covid-19 et ceux venant consulter pour d'autres raisons ne se rencontrent.

A Paris, par exemple, le Centre Médical Europe et le centre de santé Ellasanté, se sont réorganisés pour dédier dans leurs locaux des espaces réservés uniquement aux patients présentant les symptômes de la Covid-19 et d'autres réservés aux patients venant pour

¹⁰² Lancelot, « Coronavirus », 26 mars 2020.

¹⁰³ Entretien 10 (infirmière libérale) et 11 (coordinatrice des soins).

¹⁰⁴ Lancelot, « Coronavirus », 26 mars 2020.

d'autres motifs. L'organisation d'espaces dédiés a été possible car ces centres possédaient de grandes surfaces qui leur permettaient de réserver un étage ou plus à l'accueil de patients Covid-19. De plus, ces centres avaient décidé d'axer la prise en charge physique presque exclusivement sur les patients présentant les symptômes du virus.¹⁰⁵ Mais d'autres se sont également organisés pour dédier des espaces dédiés aux patients présentant les symptômes de la Covid-19 alors qu'ils n'avaient que peu de place. Ce fut par exemple le cas de la MSP Convention-Lecourbe du 15^{ème} arrondissement de Paris.¹⁰⁶

Organisation spatiale du Centre Médical Europe

Le Centre médical Europe est réparti sur cinq étages et possède deux escaliers. Voyant que les patients venaient de moins en moins au centre et qu'il était risqué que des patients non Covid côtoient des patients Covid-19, une unité dédiée aux consultations de patients présentant les symptômes du virus a été ouverte à un étage du centre. Cette unité avait une entrée distincte avec un escalier réservé. L'organisation d'un circuit indépendant permettait d'éviter que les patients Covid-19 pénètrent dans des espaces pouvant accueillir un autre type de public.

2.2.4 La création de plateformes téléphoniques d'orientation

Outre ces adaptations au mode d'exercice habituel des professionnels du premier recours, des plateformes téléphoniques d'orientation des patients Covid-19 et non Covid ont été mises place en Ile-de-France afin de les prendre en charge.

Ainsi, les CPTS du 13^{ème} et du 14^{ème} arrondissement de Paris ont mis en place une plateforme téléphonique d'orientation et de coordination territoriale qui a été opérationnelle à partir du 30 mars 2020. Cette plateforme téléphonique ouverte du lundi au samedi de 8h à 20h permettait aux professionnels de santé des deux arrondissements d'obtenir des renseignements pour organiser des parcours patients et de prendre connaissance des structures vers lesquelles ils pouvaient orienter leurs patients. Pour ce faire, les appels téléphoniques étaient traités par un auxiliaire médical faisant office « *d'accueillant téléphonique* » et un médecin régulateur.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Entretiens 9 (médecin généraliste) et 18 (médecin généraliste).

¹⁰⁶ Echange avec le Dr. Dépinoy (médecin généraliste).

¹⁰⁷ Pôle de Santé Paris 13, « Une initiative de plateforme téléphonique à destination des professionnels de santé », AVECSanté, consulté le 3 avril 2020, <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2020/04/pole-sante-paris-13-plateforme-territoriale-telephonique.pdf> ; Entretiens 20 (pharmacienne, directrice du Pôle Santé Paris 13) et 21 (Interne de santé publique et médecine sociale).

Début avril 2020, les professionnels du premiers recours des communes de Chelles et Lagny ont également créé une permanence d'accueil téléphonique et de régulation des cas Covid-19. Celle-ci, contrairement à la plateforme téléphonique mise en place par les CPTS du 13^{ème} et du 14^{ème} arrondissement de Paris, concernait exclusivement la régulation des cas Covid sur le territoire. Cette permanence d'accueil téléphonique était destinée aux patients présentant les symptômes de la Covid-19 qui ne pouvaient être pris en charge par leur médecin généraliste, aux patients Covid-19 sortant d'hospitalisation et aux personnes redirigées par le Centre 15.¹⁰⁸

Focus sur la plateforme téléphonique d'orientation et de coordination territoriale des CPTS Paris 13 et Paris 14 et sa création

Le vendredi 13 mars 2020, quelques jours avant l'instauration du confinement, des membres du bureau du Pôle de Santé Paris 13 se sont rendus un après-midi au SAMU d'un hôpital parisien afin de prendre le pouls de la situation et voir quelle était la nature des appels.

Voyant que le Centre 15 était dépassé, les CPTS Paris 13 et Paris 14, sur proposition du SAMU et en accord avec l'ARS Ile-de-France, la CPAM et le Conseil de l'ordre des médecins ont décidé de mettre en place une plateforme téléphonique d'orientation et de coordination territoriales sur leurs territoires. Le 30 mars, après avoir obtenu les autorisations nécessaires, les deux communautés professionnelles territoriales de santé inauguraient leur plateforme téléphonique uniquement dédiée aux professionnels de santé afin d'éviter que le public ne le confonde avec le numéro 15.

Cette plateforme permettait aux professionnels d'orienter leurs patients vers d'autres professionnels ou structures si le besoin s'en faisait sentir.

Ainsi, par exemple, pendant le confinement, un patient diabétique avait un pied diabétique et un début d'infection. Voyant cela, un professionnel le prenant en charge a eu recours à la plateforme téléphonique pour trouver un pédicure-podologue pouvant le prendre en charge.

¹⁰⁸ Ville de Torcy, « Plateformes d'orientation pour les patients Covid-19 à Chelles et Lagny », *Ville de Torcy* (blog), 6 avril 2020, <https://www.ville-torcy.fr/ouverture-de-centres-de-consultations-ambulatoires-dedies-aux-patients-covid-19-a-chelles-et-lagny-sur-marne/>.

2.3 Médecins généralistes, infirmiers diplômés d'Etat et pharmaciens d'officine, des acteurs incontournables

Durant la crise sanitaires, les médecins généralistes, les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et les pharmaciens d'officines ont été des acteurs incontournables dans la prise en charge ambulatoire des patients Covid et non Covid, tels que les patients chroniques par exemple.

2.3.1 Le médecin généraliste, un acteur pivot

Habituellement, les médecins généralistes ont un rôle de pivot dans la prise en charge de leurs patients et dans l'orientation de ces derniers vers d'autres professionnels du premier et du second recours. Durant cette vague épidémique, ce rôle a perduré. Il était notamment visible dans des structures d'exercice coordonné telles que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé (CDS) polyvalents. Début avril 2020, le Dr Marguerite Bayart, vice-présidente du syndicat MG France affirmait que « *plus de 80% des patients touchés par le Covid-19 [avaient alors été] pris en charge par la médecine de ville* ». ¹⁰⁹

Au sein des MSP, ce rôle de pivot était plus facilement perceptible. Dans ces structures où la coopération pluriprofessionnelle, entre des médecins généralistes et des auxiliaires médicaux tels que des IDE, est primordiale, une organisation centrée sur l'omnipraticien a pu permettre d'absorber les flux de patients suspects Covid et ceux venus pour d'autres motifs. Le médecin généraliste réalisait la prise en charge soit en téléconsultation lorsque cela était possible, soit en consultation lorsque cela était indispensable. Ensuite, si le praticien estimait qu'une prise en charge infirmière était nécessaire pour maintenir le patient à domicile et éviter toute hospitalisation non obligatoire, il pouvait solliciter un infirmier pour réaliser un suivi et des soins post-consultation.

Cette organisation traduit une fois encore le rôle de « *prescripteur de soins [et] de coordonnateur de trajectoire des patients* » des médecins généralistes. ¹¹⁰

¹⁰⁹ Stéphane Foucart et Faustine Vincent, « Coronavirus : les généralistes, première ligne invisible face au Covid-19 », *Le Monde.fr*, 2 avril 2020, https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/02/les-generalistes-premiere-ligne-invisible-face-au-covid-19_6035286_3244.html.

¹¹⁰ Anne Moyal, « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical », sous la direction de Patrick Hassenteufel et François-Xavier Schweyer, *Les réformes de l'organisation des soins primaires*, n° 1 (mars 2020) : 103-24.

Le parcours du patient au sein de la Maison de santé pantinoise, à Pantin¹¹¹

Au sein de la MSP, le parcours du patient est le suivant :

La secrétaire médicale trie les patients en les orientant soit vers une consultation lorsque cela est nécessaire, soit vers une téléconsultation. Pour ce faire, la secrétaire questionne brièvement le patient sur la raison de sa prise de rendez-vous et écoute sa respiration via le téléphone. Lorsqu'il y a absence de signe de gravité, elle oriente le patient vers une téléconsultation. Lorsque la téléconsultation n'est ou n'a pas été suffisante, une consultation au cabinet est programmée.

Lors de son arrivée dans la MSP les gestes barrières (lavage des mains, utiliser le creux de son coude pour tousser, la distanciation physique d'1m50, etc.) sont rappelés aux patients grâce à une signalétique mise en place. La secrétaire leur distribue du gel hydroalcoolique et un masque s'ils n'en ont pas. Les patients sont ensuite installés dans la salle d'attente et sont chacun espacés d'1m50.

Le médecin généraliste effectue ensuite la consultation.

Une fois la consultation terminée, lorsque des patients nécessitent une surveillance infirmière particulière, les médecins généralistes adressent les patients en question aux infirmières de la structure qui assurent le suivi du parcours.

2.3.2 L'importance des infirmiers dans la prise en charge à domicile / ambulatoire

Les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) exerçant en ville ont, également eu un « *rôle très important* »¹¹² dans la prise en charge ambulatoire des patients, comme le rappelait le Dr Jacques Battistoni, président de MG France.

Lorsqu'ils exerçaient au sein de structures pluriprofessionnelles, ils ont pu jouer un rôle dans le début de la prise en charge de patients suspects Covid venus consulter, comme cela a été expliqué auparavant. Une fois la consultation médicale réalisée, le recours à un IDE pouvait être indispensable pour maintenir le patient à domicile lorsqu'une hospitalisation n'était pas nécessaire.¹¹³

¹¹¹ Entretiens 2 (médecin généraliste) et 15 (infirmière libérale).

¹¹² Solveig Godeluck, « Coronavirus : les professionnels de santé libéraux montent en première ligne », Les Echos, 15 mars 2020, <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/coronavirus-les-professionnels-de-sante-liberaux-montent-en-premiere-ligne-1185470>.

¹¹³ Entretiens 2 (médecin généraliste) et 5 (médecin généraliste).

Malgré le renoncement de certains patients chroniques à consulter temporairement leur médecin généraliste pour le suivi de leur pathologie, les visites infirmières à domicile n'ont pas été interrompues par les infirmiers. Il est arrivé que des infirmiers pratiquent des soins dispensés en temps normal par d'autres professionnels de santé, qui durant le confinement ne sont pas intervenus.¹¹⁴ Les infirmiers pouvaient également alerter en contactant d'autres professionnels ou dispositifs lorsqu'ils constataient un manque de soins réalisés chez certains patients afin que ces derniers puissent être pris en charge par d'autres praticiens.¹¹⁵

Les IDE ont également eu un rôle de prévention en cette période. Dans certains quartiers où l'accès aux soins peut être compliqué, des infirmiers, ont mené des actions de sensibilisation pour « *faire passer les messages de prévention de santé publique aux habitants [...] « qui ont souvent du mal à les recevoir »* », comme l'ont montré les actions menées à Melun.

Acteurs de proximité, ils ont également dû « *gérer le stress* »¹¹⁶ des patients et des familles, notamment lorsqu'un cas Covid avait été diagnostiqué.¹¹⁷

2.3.3 Le renforcement du rôle du pharmacien d'officine pendant la crise

Par ailleurs, au cours de la gestion épidémique de la Covid-19, les pharmaciens ont représenté un relai important dans la distribution de masques. Ils ont également vu leur rôle se renforcer dans la prise en charge coordonnée des patients. Ils se sont vu confier de nouvelles prérogatives et pour faire face à une variation de la demande, ils ont adapté leur exercice.

2.3.3.1 Le pharmacien d'officine, un relai pour la distribution de masques

Au début de la crise, un manque important de masques s'est fait ressentir. Les professionnels de santé rencontraient des difficultés pour se procurer des masques chirurgicaux ou FFP2 auprès de grossistes ou de pharmaciens d'officine.¹¹⁸ Afin d'universaliser le processus de distribution des masques, il a été décidé que les officines seraient au centre de la distribution de masques aux professionnels du premier recours.

¹¹⁴ Entretien 10 (infirmière libérale) et 11 (coordinatrice des soins).

¹¹⁵ Entretien 20 (pharmacienne, directrice du Pôle Santé Paris 13).

¹¹⁶ Foucart et Vincent, « Coronavirus ».

¹¹⁷ Entretien 19 (infirmière diplômée d'Etat).

¹¹⁸ Entretien 2 (médecin généraliste), 9 (médecin généraliste) et 10 (infirmière libérale).

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

Elles avaient pour mission de distribuer aux professionnels de santé le nombre de masques dont ils pouvaient bénéficier hebdomadairement et qui étaient issus du stock national.¹¹⁹

Pour ce faire, les pharmaciens ont pu s'appuyer sur leurs grossistes-répartiteurs. Selon les pharmaciens interrogés, le recours aux grossistes-répartiteurs pour la livraison de masques issus du stock national était, d'après le pharmacien de Rueil-Malmaison, la solution « *[la] plus traçable, [la] plus correct[e], [la] plus propre* » et la comparait à la façon dont des masques avaient été livrés au cours de la période par un transporteur privé à qui l'Etat avait confié la deuxième vague de distribution de masques aux officines. Le pharmacien en question dénonçait les conditions de stockage et de traçabilité des masques qui lui avaient été livrés « *en vrac, sans particulièrement d'information sur leur provenance et sur le fabricant* ». ¹²⁰

Au cours de cette période, les pharmaciens franciliens ont créé leur propre système qui permettait la traçabilité de la répartition des masques aux professionnels. Afin de simplifier la distribution des masques, l'URPS pharmaciens d'Ile-de-France avait ouvert son outil *monpharmacien-idf.fr* à l'ensemble des professionnels de santé de ville. Il permettait aux professionnels de précommander des masques en se référant à une officine de son choix. Une fois que le matériel était arrivé, le professionnel recevait une notification l'invitant à se rendre dans l'officine qu'il avait préalablement sélectionné.¹²¹ Comme l'expliquait Renaud Nadjahi, président de l'URPS pharmaciens d'Ile-de-France : « *Cela [a permis] aux pharmaciens de s'organiser, de mieux répartir le stock à la fois selon la doctrine et les besoins de son territoire* ». ¹²²

Les pharmaciens se sont également vu confier de nouvelles prérogatives et ont dû adapter leur activité.

2.3.3.2 La possibilité de renouveler des ordonnances

Du 15 mars au 31 mai 2020 ont été autorisés par arrêté ministériel du 14 mars 2020 à délivrer des médicaments sans renouvellement d'ordonnance, y compris celles périmées.¹²³ Cela

¹¹⁹ Direction générale de la Santé, « Distribution masques pour professionnels de santé libéraux via officines », Ministère des Solidarités et de la Santé, 2 mars 2020, <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do?id=30350&cmd=visualiserMessage>.

¹²⁰ Entretien 8 (pharmacien d'officine).

¹²¹ Marie Bonte, « Les grossistes-répartiteurs reprennent la main », *Le Quotidien du Pharmacien*, 3 avril 2020, https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2020/04/03/les-grossistes-repartiteurs-reprennent-la-main_283215 ; Entretien 5 (médecin généraliste).

¹²² Bonte.

¹²³ Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19, 14 ; Camille Roux, « Les patients chroniques pourront renouveler leur traitement en pharmacie jusqu'au 31 mai », *Le Généraliste*, 16 mars 2020, https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/16/les-patients-chroniques-pourront-renouveler-leur-traitement-en-pharmacie-jusquau-31-mai_321823.

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

devait permettre d'éviter toute interruption de traitement qui pourrait être « *préjudiciable* »¹²⁴, comme le rappelait le Ministre des Solidarités et de la Santé, au cours d'une période durant laquelle les patients se rendaient moins dans les cabinets médicaux et durant laquelle les patients sortaient moins à cause du confinement.¹²⁵

La possibilité de délivrer des médicaments sans renouvellement d'ordonnance a été bien perçue par les pharmaciens¹²⁶ et était principalement destinée aux patients chroniques comme le rappelait l'arrêté du 15 mars 2020 : « *Dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, les pharmacies d'officine peuvent dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue, un nombre de boîtes par ligne d'ordonnance garantissant la poursuite du traitement jusqu'au 31 mai 2020.* » Lorsque le pharmacien délivrait des médicaments sans renouvellement d'ordonnance, il devait informer en le médecin ayant prescrit le traitement.¹²⁷ Cet échange entre les pharmaciens et les médecins généralistes était renforcé sur certains territoires sur lesquels étaient présents des CPTS comprenant ces deux professions.¹²⁸

Par ailleurs, durant cette période, l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) avait assoupli certaines règles renouvellement de médicaments telles que celles relatives aux stylos d'adrénaline qui permettent l'auto-injection en cas de choc anaphylactique. Normalement, ces stylos sont uniquement délivrable sur prescription médicale. Pendant la crise, l'agence avait autorisé les pharmaciens à en délivrer à tous les patients bénéficiant d'une ordonnance ponctuelle de moins d'un an ou en rapportant l'emballage d'un stylo récemment utilisé ou périmé.¹²⁹

¹²⁴ Roux, « Les patients chroniques pourront renouveler leur traitement en pharmacie jusqu'au 31 mai ».

¹²⁵ Entretien 16 (pharmacien d'officine).

¹²⁶ Entretiens 7 (pharmacien d'officine), 8 (pharmacien d'officine) et 17 (pharmacien d'officine).

¹²⁷ Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19, 14.

¹²⁸ Entretien 5 (médecin généraliste).

¹²⁹ Didier Doukhan, « Covid-19 : renouvellement des stylos d'adrénaline autorisé en pharmacie », *Le Quotidien du Pharmacien*, 10 avril 2020, https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2020/04/10/covid-19-renouvellement-des-stylos-dadrenaline-autorise-en-pharmacie_283381.

2.3.3.3 Adaptation de l'activité et de l'organisation officinale

Durant cette crise, pour faire face à la baisse d'activité des officines et pour répondre à une demande de la part de patients ne se rendant plus dans les officines, 82% des pharmaciens ont développé le système de livraison de médicaments à domicile à leurs frais.¹³⁰

A Rueil Malmaison par exemple, la pharmacienne interrogée expliquait qu'un salarié de la pharmacie consacrait les trois-quarts de son temps de travail à gérer les commandes par internet via le site de la pharmacie, par courriel et par internet. Les horaires d'ouverture de la pharmacie avaient également été modifiés pour répondre à la demande. Ainsi, l'officine fermait une heure plus tôt pour effectuer des livraisons.

Cependant, les pharmaciens ont déploré le fait que ces livraisons ne soient pas indemnisées.¹³¹ Selon l'Ordre national des pharmaciens, ce portage de médicaments à domicile constituait un nouveau service médical car le pharmacien, en arrivant au domicile du patient pouvait expliquer le traitement.¹³²

Outre ce portage de médicaments à domicile, les officines ont dû s'adapter pour accueillir les patients. Une très grande majorité d'entre elles a mis en place des mesures de gestion des flux en utilisant notamment le marquage au sol, en balisant un parcours et en limitant le nombre de patients à l'intérieur. Le recours à des vitres en plexiglass a également été plébiscité pour se protéger au niveau des comptoirs.¹³³

2.3.3.4 Point relais pour les victimes de violences familiales.

Durant la première semaine du confinement, une hausse de 36% des violences conjugales était recensée par le Ministère de l'Intérieur dans la zone de la préfecture de police de Paris. Ainsi, à partir de début avril 2020, un accord entre le gouvernement et l'Ordre national des pharmaciens a été trouvé. Il visait à mettre en place au sein des pharmacies un dispositif d'alerte en cas de violences familiales.¹³⁴ Ce système de point de relais, ressemblant à celui déjà existant en Espagne, permettait à une personne victime de telles violences de donner

¹³⁰ Oihana Gabriel, « Coronavirus : Comment l'épidémie a transformé (durablement ?) le rôle des pharmaciens », *20 Minutes*, 21 avril 2020, <https://www.20minutes.fr/sante/2764371-20200421-coronavirus-commet-epidemie-transforme-durablement-role-pharmaciens>.

¹³¹ Entretiens 8 (pharmacien d'officine) et 17 (pharmacien d'officine).

¹³² Gabriel, « Comment le Covid-19 a transformé (durablement ?) le rôle des pharmaciens »

¹³³ Hélène Delmotte, « Les pharmaciens face au Covid-19 : stocks de médicaments et matériel de protection insuffisants », *Réseau Hôpital & GHT*, 27 avril 2020, sect. Actualités, <https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/sante-publique/crise-sanitaire/la-crise-sanitaire-du-covid-19-vue-par-les-officines.html> ; Entretiens 3 (pharmacien d'officine), 7 (pharmacien d'officine) et 17 (pharmacien d'officine).

¹³⁴ Charlotte Demarti, « Violences conjugales : un dispositif d'alerte en pharmacie », *Le Quotidien du Pharmacien.fr*, 27 mars 2020, <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/violences-conjugales-un-dispositif-dalerte-en-pharmacie>.

l'alerte dans une officine. Le pharmacien pouvait soit alerter les policiers et gendarmes, si la personne le souhaitait, soit lui remettre les numéros utiles.¹³⁵

Ce dispositif nouvellement mis en place pouvait s'expliquer car le pharmacien propose un « *service de proximité. [Il entretient] un lien avec les gens qui est proche et intime* »¹³⁶, et comme le rappelait Carine Wolf-Thal, présidente de l'Ordre des pharmaciens, ce professionnel a également un rôle « *social, d'aide et d'orientation des personnes en souffrance, que ce soit psychologique ou liées à des violences [...] et l'officine [durant cette période] est restée un lieu accessible, offrant un prétexte facile à trouver.* »¹³⁷

Une telle mesure a été perçue positivement par tous les pharmaciens interrogés. Cependant, certains déploraient d'avoir appris cette nouvelle dans les médias la veille de la mise en place de cette mesure.¹³⁸ Une pharmacienne estimait ne pas être suffisamment préparée pour accueillir ces personnes si elles se présentaient à l'officine en étant accompagnée et regrettait le manque d'information qui leur étaient données pour agir en conséquence : « *je n'ai aucune information sur comment je fais, comment je décèle, comment je réagis si la femme arrive avec son époux. Je me suis donc renseignée sur les numéros à appeler et on a reçu un document de la mairie pour savoir qui appeler et sur comment réagir face aux violences. Il est assez déplaisant d'apprendre à la radio que l'on doit faire ça.* »¹³⁹

Au cours de cette vague épidémique, les pharmaciens mais aussi les médecins généralistes et les infirmiers diplômés d'Etat ont eu un rôle incontournable dans la prise en charge ambulatoire des patients atteints de la Covid-19 ou suspectés de l'avoir et des patients atteints d'autres pathologies, notamment chroniques, ayant également des besoins de soins. Leur activité et leur mode d'exercice ont été modifiés durant cette période épidémique qui a également été une situation favorisant l'exercice coordonné parmi les professionnels du premier recours.

3 La crise sanitaire de la Covid-19, une situation favorisant l'exercice coordonné

Au cœur de la crise, l'exercice coordonné est devenu une nécessité pour certains professionnels de santé franciliens du premier recours. Cette situation a favorisé l'exercice coordonné comme l'a montré l'enquête de la Fédération Nationale des Centres de Santé

¹³⁵ Gabriel, « Comment le Covid-19 a transformé (durablement ?) le rôle des pharmaciens »

¹³⁶ Entretien 8 (pharmacien d'officine).

¹³⁷ Gabriel, « Comment le Covid-19 a transformé (durablement ?) le rôle des pharmaciens »

¹³⁸ Entretiens 3 (pharmacien d'officine), 7 (pharmacien d'officine), 8 (pharmacien d'officine) et 17 (pharmacien d'officine).

¹³⁹ Entretien 8 (pharmacien d'officine).

(FNCS), d'AVECSanté et de l'Institut Jean-François REY dans le cadre du projet de réseau Accord. Cette enquête a montré que les structures pluriprofessionnelles s'étaient bien adaptées à la crise liée à la Covid-19.¹⁴⁰

Des initiatives visant à prendre en charge de façon coordonnée les patients présentant des symptômes de la Covid-19 ont été mises en place : les centres de consultations ambulatoires dédiés à la Covid-19. La création de tels dispositifs, souvent créés par des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) semblent avoir eu un impact sur le développement de ces dernières.

3.1 La création d'un dispositif innovant, les centres de consultations ambulatoires dédiés à la Covid-19

Sur des territoires où la coordination était en cours d'organisation, où l'exercice était éclaté, où il n'y avait pas de MSP ou CDS, ou sur des territoires sur lesquels les structures ne pouvaient absorber les flux de patients Covid, des centres de consultations ambulatoires dédiés à la Covid-19 ont été mis en place.

Lorsque le stade 3 de l'épidémie a été décrété, des professionnels du premier recours se sont organisés en France et en Ile-de-France pour créer des centres ambulatoires dédiés à la Covid-19. Ces dispositifs visaient :

- L'optimisation de la prise en charge des patients qui présentaient des symptômes de la Covid-19 en les accueillant sur rendez-vous, du lundi au samedi et de façon pluriprofessionnelle. Un système de vacations a été mis en place en Ile-de-France dans le but d'organiser la gestion des professionnels de santé présents et les rémunérer ;¹⁴¹
- La limitation de la propagation du SARS-CoV-2 en prenant en charge les patients Covid dans des lieux sécurisés, en les séparant des structures de soins habituelles, destinées à prendre en charge les autres patients ;
- Une interconnexion avec le Centre 15 et les établissements de santé afin d'avoir une régulation médicale des flux de patients et de demandes de soins.

Fin mars 2020, 150 projets de centres de consultations ambulatoires étaient soutenus par l'ARS Ile-de-France et ses partenaires dont dix-sept étaient alors ouverts à ce moment,

¹⁴⁰ FNCS et al., « Communiqué de Presse : Covid-19, enquête nationale Maisons de Santé et Centres de Santé face au Covid-19 et Résultats de la 1ère vague d'enquête », AVECSanté, 4 mai 2020, <https://www.avecsante.fr/covid-19-enquete-nationale-maisons-de-sante-et-centres-de-sante-face-au-covid-19/>.

¹⁴¹ Entretiens 1 (médecin généraliste), 5 (médecin généraliste) et 14 (médecin généraliste).
Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

dont une grande partie dans la ville de Paris.¹⁴² Une autorisation de l'ARS était nécessaire pour l'ouverture des centres. L'agence validait ou non le projet et l'emplacement de celui-ci. Ce dernier ne devait pas être à proximité de structures accueillant des personnes dites à risque telles que les personnes âgées. Ainsi, au Chesnay, un local municipal avait été initialement retenu par les professionnels mais a été refusé par l'ARS car il se situait trop près d'un EHPAD, même si leurs entrées respectives étaient distinctes.¹⁴³ La rémunération des professionnels de santé intervenant dans ces centres a été longuement discutée par les URPS Médecins libéraux et Infirmiers d'Ile-de-France, l'ARS Ile-de-France et l'Assurance Maladie Ile-de-France. La lourdeur administrative¹⁴⁴ décrite par des omnipraticiens ainsi que la négociation sur la rémunération des professionnels présents ont pu expliquer que les premiers dispositifs de ce type n'ont commencé à prendre en charge des patients suspectés de Covid-19 que plus d'une semaine après le début du confinement.¹⁴⁵

3.1.1 Mise en place des dispositifs

Ces dispositifs ont été mis en place soit :

- Dans des lieux dédiés qui étaient mis à disposition des professionnels pour la durée de la crise. Il pouvait s'agir de gymnases municipaux tels que celui mis en place à Saint-Mandé dans le Val-de-Marne, de locaux associatifs non utilisés pendant la période ou dans des locaux mis à disposition par des établissements de santé comme ce fut le cas pour les centres Covid du Chesnay dans les Yvelines et de Rueil Malmaison dans les Hauts-de-Seine.¹⁴⁶
- Dans des MSP, centres de santé et cabinets de groupe qui se sont organisés en associant, s'ils le souhaitaient, d'autres professionnels du territoire à travers des boxes et créneaux horaires dédiés par exemple.¹⁴⁷ Le COSEM et le Centre Médical Europe ont ainsi chacun mis en place un tel dispositif au sein de leurs locaux.¹⁴⁸

¹⁴² ARS Ile-de-France, « Covid19 : Ouverture de centres de consultations ambulatoires », ARS Ile-de-France, 30 mars 2020, <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/covid19-ouverture-de-centres-de-consultations-ambulatoires>.

¹⁴³ Entretien 5 (médecin généraliste).

¹⁴⁴ Pour créer un centre de consultations ambulatoire dédié à la Covid-19, les professionnels de santé devaient présenter leur projet (nature et objectifs de celui-ci, les modalités d'organisation, les professionnels participant à son fonctionnement et une expression des soins de soutien). Ils devaient également signer une attestation sur l'honneur. Une fois que ces éléments étaient rédigés et signés, ils devaient ensuite être transmis à la Délégation Territoriale (DT) de l'ARS Ile-de-France et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du département dans lequel le centre était installé. L'annexe 7 présente les recommandations régionales visant la mise en œuvre d'un centre ambulatoire dédié à la Covid-19 en Ile-de-France.

¹⁴⁵ Entretiens 2 (médecin généraliste) et 5 (médecin généraliste).

¹⁴⁶ Entretiens 1 (médecin généraliste), 5 (médecin généraliste) et 14 (médecin généraliste).

¹⁴⁷ ARS Ile-de-France, « Covid19 ».

¹⁴⁸ Entretien 18 (médecin généraliste).

Dans ces centres dans lesquels les consultations étaient organisées sur rendez-vous, les patients étaient orientés par les professionnels de santé : médecins généralistes en majorité, pharmaciens, infirmiers, etc., mais également par le SAMU ou des établissements de santé ou médico-sociaux. En moyenne, une trentaine de patients étaient orientés quotidiennement vers les dispositifs interrogés.¹⁴⁹

3.1.2 La recherche de matériel de protection pour les soignants

Pour que ces dispositifs puissent être sécurisés et mis en place de façon pérenne, la recherche de matériel de protection a été une priorité.

Les professionnels se sont ainsi lancés dans une sorte de chasse au trésor. La dotation en masques n'étant pas suffisante pour couvrir les besoins à cette période, tous les professionnels interrogés ont fait appel à leur réseau pour se procurer du matériel de protection. Ainsi, des particuliers, des associations, des administrations, des établissements d'enseignement, des entreprises et des syndicats ont été contactés ou se sont proposés d'offrir du matériel de protection tel que des masques FFP2, des blouses, des surblouses, des charlottes, des lunettes de protection et des sur-chaussures. Par exemple, une des infirmières scolaires venue exercer au sein du centre de Rueil Malmaison expliquait qu'une autre infirmière scolaire du centre s'était procurée du matériel dans le lycée professionnel dans lequel elle exerce, après accord du chef d'établissement.¹⁵⁰

Durant la phase 3 de l'épidémie, la question du matériel de protection n'a cessé de se poser pour les professionnels de santé exerçant dans ces centres. Le « système D » était le maître-mot.¹⁵¹ Pour économiser le matériel de protection devenu une denrée rare et précieuse, la durée des vacations initiales de trois heures a pu être augmentée comme cela a été le cas dans le centre à Saint-Mandé. Cela permettait de réduire le nombre de roulements et donc d'économiser le stock d'EPI (Equipement de Protection Individuelle).¹⁵²

3.1.3 La prise en charge pluriprofessionnelle¹⁵³

Au sein de ces structures ambulatoires, les patients étaient pris en charge par une équipe pluriprofessionnelle composée de médecins généralistes, des médecins du second recours

¹⁴⁹ Entretiens 1 (médecin généraliste), 4 (infirmière scolaire), 5 (médecin généraliste), 14 (médecin généraliste) et 19 (infirmière diplômée d'Etat).

¹⁵⁰ Entretiens 1 (médecin généraliste), 4 (infirmière scolaire), 5 (médecin généraliste) et 14 (médecin généraliste).

¹⁵¹ Entretien 19 (infirmière diplômée d'Etat).

¹⁵² Entretien 14 (médecin généraliste).

¹⁵³ Entretiens 1 (médecin généraliste), 4 (infirmière scolaire), 5 (médecin généraliste), 14 (médecin généraliste) et 19 (infirmière diplômée d'Etat).

et de paramédicaux, le plus souvent des infirmiers mais des masseurs-kinésithérapeutes pouvaient également être présents.

Un système de vacation de trois heures¹⁵⁴ permettait de répartir les temps de travail entre les professionnels présents afin d'éviter leur épuisement, préserver leur santé en leur évitant d'être au contact des patients Covid de longues heures et de permettre le maintien du dispositif autant que nécessaire. Pour organiser les vacations, la mise en place de calendriers partagés sur internet a été nécessaire. Ces calendriers, propres à chaque structure, permettaient aux professionnels de s'inscrire sur des créneaux horaires lorsqu'ils avaient la possibilité de se rendre dans le centre. Des sites internet tels que *Doodle* ou des applications d'administration d'enquêtes telles que *Google Forms* ont été utilisés.¹⁵⁵

Lorsque les patients arrivaient dans les locaux des centres, ils étaient accueillis par des professionnels le plus souvent paramédicaux, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes par exemple. Ces professionnels accueillait les patients en leur rappelant les gestes barrières, en leur offrant un masque s'ils n'en avaient pas, en leur proposant de se laver les mains et en leur montrant si besoin. Ils étaient également chargés de prendre leur saturation en oxygène à l'aide d'un saturomètre afin de connaître le niveau d'oxygène présent dans leur sang et ainsi déceler toute détresse respiratoire possible. Une fois que la prise en charge des patients avait débuté, les professionnels recueillaient des données administratives nécessaires les concernant : noms, prénoms, personnes ou structures les ayant adressées, etc. Une fois ces informations recueillies, les patients étaient conduits dans un espace servant de salle d'attente avant d'être reçus en consultation par un médecin généraliste qui s'était vu transmettre la fiche administrative et médicale. Dans certains centres, tels que celui de Saint-Mandé, une fonction de médecin superviseur a été mise en place. Le médecin superviseur était un médecin qui « *[s'était] un peu plus formé à la pathologie Covid* »¹⁵⁶ et qui avait pour mission de vérifier le respect des procédures d'hygiène, de réception des patients qui avaient auparavant été formalisées à travers des protocoles.

3.1.4 Des dérogations autorisant le dépistage dans certains centres ambulatoires

Ces centres de consultations ambulatoires n'avaient pas vocation à être des centres de dépistage.¹⁵⁷ Cependant, certains d'eux, exceptionnellement, ont été autorisés à dépister sur place en plus de la prise en charge car le dépistage était une nécessité pour confirmer le diagnostic.¹⁵⁸ Ce fut le cas du centre ambulatoire mis en place à Saint-Mandé qui a justifié

¹⁵⁴ Entretiens 5 (médecin généraliste) et 14 (médecin généraliste).

¹⁵⁵ Entretiens 1 (médecin généraliste) et 5 (médecin généraliste).

¹⁵⁶ Entretien 14 (médecin généraliste).

¹⁵⁷ ARS Ile-de-France, « Covid19 ».

¹⁵⁸ Entretiens 14 (médecin généraliste) et 18 (médecin généraliste).

l'organisation de dépistages en son sein auprès de l'ARS en affirmant qu'il s'agissait d'un besoin sur le territoire car les laboratoires des villes de Vincennes, Saint-Mandé et Fontenay-sous-Bois, qui dépendaient du centre, ne réalisaient pas de test de dépistage de la Covid-19 pour permettre les autres prélèvements.

Zoom sur le centre de consultations et de dépistage Covid-19 à Saint-Mandé¹⁵⁹

Afin de limiter la venue de patients présentant les symptômes de la Covid dans les cabinets médicaux, les professionnels de santé des communes de Vincennes, Fontenay-sous-Bois, Saint-Mandé et Charenton-le-Pont ont décidé de créer un centre de consultation et de dépistage.

Le premier samedi du confinement, le 21 mars 2020, un échange a eu lieu entre Dr Assouline, adjoint au maire élu à la santé à Saint-Mandé, et le maire de la commune pour tenter d'apporter une réponse sanitaire aux habitants de la commune. C'est à ce moment que la mise en place d'un centre de consultations a été évoqué. Un échange avec le SAMI (Service d'Accueil Médical Initial) regroupant la commune avec celles de Vincennes et de Fontenay-sous-Bois a eu lieu afin d'organiser une réponse à une échelle intercommunale.

Le lendemain, une visite du centre sportif de Saint-Mandé, mis à disposition des professionnels de santé, a été effectuée. Afin de garantir une certaine intimité pour les patients, des boxes ont été mis en place pour les consultations. La mairie ainsi que des chirurgiens-dentistes, l'hôpital Bégin et le MEDEF ont fourni le matériel nécessaire à l'ouverture du centre ambulatoire pour que professionnels et patients soient protégés. L'ARS a également participé en fournissant des masques et en octroyant une aide financière pour permettre la décontamination du site par une société de décontamination facturant la prestation 4 000€ par semaine. La coopération avec la mairie et l'ARS était indispensable pour le fonctionnement du centre.

Le 30 mars 2020, le centre ouvrait ses portes aux patients. Il était ouvert tous les jours de 8h à 20h. Les patients des quatre communes pouvaient s'y rendre sur ordonnance de leur médecin traitant ou sur envoi par le SAMU après avoir pris rendez-vous par téléphone ou sur *Doctolib*.

¹⁵⁹ Marie Foult, « À Saint-Mandé, un centre Covid-19 sur un terrain de basket », *Le Quotidien du médecin*, 17 avril 2020, <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/saint-mande-un-centre-covid-19-sur-un-terrain-de-basket> ; Entretien 14 (médecin généraliste).

Les patients, une trentaine en moyenne par jour, étaient pris en charge par une équipe pluriprofessionnelle composée de masseurs-kinésithérapeute, de deux infirmiers et de deux médecins généralistes. Les masseurs-kinésithérapeutes avaient la charge du standard téléphonique et géraient l'accueil de la cellule. Les infirmiers, positionnés dans des boxes différents, réalisaient ensuite un tri des patients en évaluant leur état de santé afin de compléter la fiche administrative et médicale avant que celle-ci ne soit transmise au médecin généraliste lors de la consultation dans des boxes différents. En cas de besoin de prélèvement, une tente de prélèvement a été prévue à cet effet. Elle permet de faire des tests PCR. Deux tentes ont également été prévues pour les évacuations. Entre chacune de ses étapes, les patients étaient accompagnés par des volontaires de la Sécurité civile.

A ces professionnels s'ajoutait un médecin superviseur chargé de vérifier le respect des procédures d'hygiène, de réception des patients qui avaient auparavant été formalisées à travers des protocoles. De nombreux protocoles avaient été établis pour les professionnels et la prise en charge des patients afin de limiter la propagation du virus.

Le centre a été autorisé par l'ARS, sur dérogation, à réaliser des tests de dépistage car les laboratoires d'analyse des communes de Vincennes, Saint-Mandé et Fontenay-sous-Bois ne pratiquaient pas ces dépistages au sein de leurs locaux pour poursuivre les prélèvements des autres patients et limiter tout risque de contamination entre patients. Initialement les tests étaient réalisés sur des patients présentant des comorbidités ou aux professionnels de santé qui venaient consulter. Au fil du temps, à partir du 20 avril 2020, ces tests ont été ouverts à l'ensemble des patients présentant des signes de la Covid-19, ceux souhaitant s'occuper d'un proche à risque ou souhaitant reprendre une activité professionnelle et qui avaient besoin de connaître leur statut immunitaire. Les tests étaient ensuite analysés par les laboratoires de biologie médicale proches.

L'annexe 8 illustre l'organisation de ce centre.

A partir de la troisième semaine d'avril 2020, une baisse de la fréquentation des centres ouverts a été observée.¹⁶⁰ Certains d'entre eux, tels que celui de Rueil Malmaison et du Chesnay ont donc dû modifier leur fonctionnement. Ainsi, le centre du Chesnay, dans lequel travaillaient initialement trois infirmières et six médecins généralistes se relayant toutes leurs 3 heures de 9h00 à 18h00, a réduit le nombre de professionnels présents à une infirmière et un médecin par vacation de 3 heures. A cette période, même si très peu de patients se rendaient quotidiennement dans le centre, les horaires d'ouverture n'avaient pas été réduits car les porteurs du projet avaient décidé de réaliser, dans les locaux, les

¹⁶⁰ Entretien 5 (médecin généraliste) et 19 (infirmière diplômée d'Etat).

consultations des personnels d'EHPAD avant qu'ils ne se fassent tester pour la Covid-19. A partir de début mai 2020, le centre n'était ouvert plus que 3 heures par jour.¹⁶¹

Cependant, ces centres de consultations n'ont pas fait l'unanimité auprès du corps médical et paramédical comme l'a révélée la consultation de la Commission des affaires sociales du Sénat. Certains professionnels de santé les percevaient comme de probables « *clusters* » de contagion et considéraient que ces structures « *[accaparaient] les ressources en équipements sécurité au détriment des cabinets et autres structures libérales [...]* ». ¹⁶²

3.2 La crise de la COVID-19, une situation propice au développement des CPTS

De nombreux centres de consultations ambulatoires dédiés à la Covid-19 ont été créés ou ont été pensés par des CPTS existantes ou en cours de construction. Cela s'explique principalement par le fait que ces communautés regroupent des professionnels de santé qui sont habitués à échanger les uns avec les autres afin d'améliorer l'accès aux soins et favoriser l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient.¹⁶³ Par exemple, les professionnels des CPTS de Pantin, Paris 13 et Paris 14 avaient réfléchi à l'organisation de centres dédiés à la prise en charge des patients Covid-19 sur leurs territoires respectifs si les professionnels du premier recours de leurs territoires, exerçant en grand nombre au sein de MSP ou CDS, n'arrivaient plus à faire face à l'afflux de patients présentant les symptômes de cette pathologie.¹⁶⁴

Certaines CPTS en cours de construction telles que celles de Rueil-Malmaison et du Chesnay ont ouvert des centres Covid. Les entretiens menés avec certains de leurs membres ont montré l'impact que la Covid-19 et l'ouverture de tels centres ont eu sur le développement de leurs communautés professionnelles territoriales de santé respectives. Ce contexte les a notamment confortés dans leurs projets car de telles structures ont permis de renforcer la communication et la coopération entre des professionnels qui auparavant n'avaient pas pour habitude de travailler ensemble.¹⁶⁵

¹⁶¹ Entretien 5 (médecin généraliste).

¹⁶² Commission des affaires sociales du Sénat, « Suivi de la mise en oeuvre de la stratégie de lutte contre l'épidémie de Covid-19. Consultation des professionnels de santé sur la prise en charge en ville de l'épidémie Covid-19 ».

¹⁶³ « Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019 » (s. d.), 21, consulté le 3 août 2020.

¹⁶⁴ Entretiens 2 (médecin généraliste) et 20 (pharmacienne, directrice du Pôle Santé Paris 13).

¹⁶⁵ Entretiens 1 (médecin généraliste), 5 (médecin généraliste) et 10 (infirmière libérale).

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

Afin de contribuer à la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 et ceux atteints d'autres pathologies, certaines CPTS ont mis en œuvre des projets qui n'avaient pas encore dépassé le stade de la réflexion. Ainsi, par exemple, les CPTS du 13^{ème} et du 14^{ème} arrondissement de Paris réfléchissaient depuis un certain temps à la création d'une plateforme téléphonique d'orientation et de coordination territoriale. Le lancement de cette plateforme était prévu d'ici deux ans, le temps d'obtenir les autorisations ainsi que les moyens humains et financiers. Finalement, la situation épidémique a précipité le lancement de ce dispositif qui est devenu opérationnel dix jours après que le Pôle de Santé Paris 13 ait décidé d'avancer l'ouverture du standard téléphonique.¹⁶⁶

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) constate également « *une émergence ou une consolidation* » des dynamiques territoriales, grâce à la mise en place de centres dédiés à la prise en charge des patients suspects Covid, la mobilisation des médecins généralistes, des pharmaciens, des IDE et autres paramédicaux dans la gestion de crise avec les établissements de santé et les collaborations avec les EHPAD.¹⁶⁷ Au cours du stade 3 de l'épidémie, conformément au plan ORSAN REB, la coopération entre la médecine de ville, les établissements de santé et les médico-sociaux était préconisée mais comment s'est-elle traduite dans les faits ?

4 La coopération ville – hôpital et ville – médico-social au cœur de la crise

Le stade 3 du plan ORSAN REB reposant sur une stratégie d'atténuation de l'épidémie a mobilisé l'ensemble des secteurs de l'offre de soins. Alors que les établissements de santé étaient compétents pour la prise en charge des cas graves de la Covid-19, les professionnels du premier recours ont participé au renforcement de l'offre de soins en développant les soins ambulatoires pour maintenir à domicile les patients pour lesquels une hospitalisation n'était pas indispensable. Ce stade 3 visait également à renforcer les établissements médico-sociaux afin d'assurer la prise en charge des personnes fragiles.¹⁶⁸ Ainsi, la coopération entre la médecine de ville et le secteur hospitalier et celle entre la médecine de ville et le secteur médico-social se sont mises en place progressivement mais l'ont été de façon inégale selon les territoires et les acteurs.

¹⁶⁶ Entretien 20 (pharmacienne, directrice du Pôle Santé Paris 13).

¹⁶⁷ Caisse Nationale d'Assurance Maladie, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 ».

¹⁶⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Préparation au risque épidémique Covid-19. Etablissements de santé. Médecine de ville. Etablissements médico-sociaux ».

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

4.1 L'importance de la coopération entre la médecine de ville et la médecine hospitalière

Afin de décharger les établissements de santé des patients non graves, les professionnels du premier recours ont également été en première ligne afin d'assurer une prise en charge ambulatoire des patients dans le but de les maintenir à domicile. Cette coopération entre les professionnels du premiers recours et les professionnels hospitaliers s'est aussi traduite en matière d'information.

4.1.1 Une coopération pour la prise en charge des patients

La coopération entre les professionnels du premier recours et les professionnels hospitaliers s'est traduite de trois façons : le renforcement des équipes soignantes au sein des établissements de santé, la prise en charge ambulatoire des patients Covid-19 pour les maintenir à domicile et l'élaboration de protocoles pour la prise en charge coordonnée des patients ayant contracté la Covid-19.

Certains professionnels du premier recours ont, durant la crise sanitaire, travaillé dans des établissements de santé afin de renforcer les équipes et soulager les soignants de ces établissements.¹⁶⁹ Les médecins généralistes, les infirmiers et les pharmaciens, qui souhaitaient mettre à profit leurs compétences dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux pouvaient s'inscrire sur le site *renfort-covid.fr* mis en place par l'ARS Ile-de-France pour :

- Prendre en charge des patients atteints de la Covid-19 dans des services de réanimation,
- Remplacer des professionnels de santé qui avaient été appelé en renfort pour prendre en charge les patients ayant contracté ce virus, afin d'assurer la continuité des soins dans les autres services des établissements,
- Participer à l'accueil, l'orientation et la prise en charge des patients dans ces centres dédié au virus qui ont été mis en place dans des établissements de santé.¹⁷⁰

¹⁶⁹ Entretien 5 (médecin généraliste).

¹⁷⁰ « Renforts-Covid », ARS, consulté le 16 juillet 2020, <https://www.renfort-covid.fr>; ARS Ile-de-France, « Opération #Renforts-Covid : Tous mobilisés pour le système de santé ! », ARS Ile-de-France, 20 mars 2020, <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/operation-renforts-covid-tous-mobilises-pour-le-systeme-de-sante>; AP-HP, « L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris fait appel à des soignants qualifiés pour renforcer ses équipes face à l'épidémie de COVID-19 », AP-HP, 20 mars 2020, <https://www.aphp.fr/contenu/lassistance-publique-hopitaux-de-paris-fait-appel-des-soignants-qualifies-pour-renforcer-ses>.

L'afflux sur ce site a été tel que de nombreux professionnels du premier recours n'ont pas obtenu de réponse pour venir exercer dans des établissements de santé afin de renforcer les équipes déjà présentes.¹⁷¹

Pour tenter d'absorber le flux de patients atteints de la Covid-19, l'AP-HP a cherché à créer un « *réseau ville-hôpital* ». Pour ce faire, l'équipe du service de maladies infectieuses de l'hôpital Bichat a créé *Covicab'* dont l'objectif est que l'hôpital et la ville s'organisent pour la prise en charge des patients. Le premier assurerait la prise en charge des patients qui nécessitaient une hospitalisation ou une surveillance en cas de facteurs de risque. La seconde, grâce aux médecins généralistes, assurerait la prise en charge des « *demandes non urgentes mais néanmoins justifiées de certains patients* ».¹⁷² Ce dispositif reposait sur un formulaire à remplir pour signaler sa capacité à « *recevoir des patients suspects ou confirmés Covid19 en présentiel ou en téléconsultation et ses modalités de consultation* ». Une fois remplis, ces formulaires ont permis la constitution d'un annuaire uniquement consultable par les médecins hospitaliers ou les médecins urgentistes pour réorienter des patients vers la médecine de ville.¹⁷³

Certains établissements de santé tels que le centre hospitalier (CH) Stell à Rueil-Malmaison et l'hôpital André Mignot au Chesnay ont mis à disposition des professionnels du premier recours une partie de leurs locaux afin qu'ils puissent mettre en place leurs centres de consultations ambulatoires dédiés à la Covid-19. Ainsi, par exemple le CH Stell a prêté les locaux de ses anciennes urgences, espace qui n'était plus utilisé depuis longtemps. L'hôpital Mignot avait quant à lui mis à disposition une dépendance afin que les patients venant consulter le centre Covid-19, géré par des professionnels du premier recours, ne soient pas en contact avec les autres patients se rendant à l'hôpital Mignot.¹⁷⁴

Outre *Covicab'*, afin de maintenir le plus possible à domicile les patients atteints du SARS-CoV-2 et ainsi éviter toute hospitalisation non indispensable, l'AP-HP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris) a mis en place, le 9 mars 2020, un dispositif de suivi à disposition des patients atteints de la Covid-19 appelé *Covidom*.¹⁷⁵ Lorsque les patients consultaient un médecin généraliste au sein d'un cabinet ou d'un centre Covid-19, celui-ci pouvait être

¹⁷¹ Entretiens 13 (médecin généraliste) et 19 (infirmière diplômée d'Etat).

¹⁷² « L'AP-HP crée un réseau ville-hôpital pour la prise en charge des patients Covid-19 », Le Généraliste, consulté le 4 avril 2020, https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/26/lap-hp-cree-un-reseau-ville-hopital-pour-la-prise-en-charge-des-patients-covid-19_322000.

¹⁷³ « L'AP-HP crée un réseau ville-hôpital pour la prise en charge des patients Covid-19 ».

¹⁷⁴ Entretiens 1 (médecin généraliste), 4 (infirmière scolaire), 5 (médecin généraliste) et 19 (infirmière diplômée d'Etat).

¹⁷⁵ Arnaud Gonzague, « Avec Covidom, on a inventé une nouvelle façon de penser la médecine », *L'Obs*, 19 mai 2020, <https://www.nouvelobs.com/sante/20200519.OBS29033/avec-covidom-on-a-invente-une-nouvelle-facon-de-penser-la-medecine.html>.

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

inscrit sur *Covidom* par le professionnel l'ayant pris en charge.¹⁷⁶ Une fois que le patient était inscrit sur la plateforme, il devait remplir une à deux fois par jour un questionnaire avec les informations suivantes : température, gêne respiratoire, fréquence cardiaque, vomissements, détresse psychologique, etc.). Selon la gravité des informations renseignées, le patient pouvait être appelé une ou deux fois par jour par un télésurveillant, voire un médecin. Selon les informations que le patient avait données, le télésurveillant pouvait conseiller au patient de consulter à nouveau son médecin traitant. S'il ne disposait d'aucun médecin traitant, le télésurveillant le dirigeait alors vers un médecin généraliste grâce au partenariat noué avec l'URPS des médecins libéraux d'Ile-de-France. Ainsi, entre mars et mai 2020, plus de 61 000 patients franciliens avaient été suivis par les professionnels de la plateforme.¹⁷⁷

Par ailleurs, certains protocoles ont été élaborés entre des professionnels du premier recours et des établissements de santé. A titre d'exemple, un protocole thérapeutique a été rédigé entre l'hôpital Georges Pompidou, l'hôpital Bégin et le centre Covid de Saint-Mandé afin que celui-ci participe à la recherche sur la Covid-19. Ce protocole prévoyait de réaliser des essais cliniques sur des patients volontaires venus consulter un médecin généraliste dans le centre.¹⁷⁸ Selon le Pr Pierre Tattevin, président de la Société de pathologie infectieuse de la langue française (Splif) : « *Nous avons découvert notre interdépendance, entre ville et hôpital, entre professionnels de santé, paramédicaux et administratifs. Cela fonctionne [...]. Maintenant, les liens sont là. Ce sera une aide en cas de nouvelle crise.* ».¹⁷⁹

Par ailleurs, certaines CPTS se sont organisées pour accompagner les professionnels de santé adhérents dans leur prise en charge des patients. Certaines, dans le cadre de programmes de retour à domicile (PRADO), ont réfléchi au retour à domicile de patients hospitalisés pour assurer une bonne coordination entre les professionnels de ville et les professionnels d'établissements de santé. Ainsi, par exemple, la CPTS du 20^{ème} arrondissement de Paris a accompagné les infirmiers du territoire pour créer des tournées d'infirmiers pour prendre en charge les patients ayant contracté la Covid-19.¹⁸⁰

¹⁷⁶ Entretiens 4 (infirmière scolaire), 5 (médecin généraliste), 9 (médecin généraliste) et 14 (médecin généraliste).

¹⁷⁷ Gonzague, « Avec Covidom, on a inventé une nouvelle façon de penser la médecine ».

¹⁷⁸ Entretien 14 (médecin généraliste).

¹⁷⁹ Elsa Bellanger, « Nous avons découvert notre interdépendance », *Le Quotidien du médecin*, 3 avril 2020, <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/infectiologie/nous-avons-decouvert-notre-interdependance>.

¹⁸⁰ Laetitia Rault et Laure Paillassou, « COVID-19 et CPTS : quand le lien ville-hôpital se renforce en situation de crise - Mazars - France », Mazars.fr, consulté le 16 avril 2020, <https://www.mazars.fr/Accueil/News/Publications/Newsletters/Newsletter-Transfo-Sante/News-Transfo-Sante-8-Merci-la-sante/COVID-19-CPTS-le-lien-ville-hopital-renforce>.

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

Cependant, cette coopération entre la ville et l'hôpital n'a pas été homogène sur tout le territoire. Un des médecins généralistes interrogés estimait que les professionnels du premiers recours avaient été assez peu mis à contribution par le secteur hospitalier et qu'il y avait eu peu de collaboration malgré une mobilisation des professionnels du premiers recours pour l'accueil des patients infectés par le SARS-CoV-2. Ce professionnel avait eu l'impression que le secteur hospitalier « *voulait gérer seul la crise* ». ¹⁸¹ Il a justifié son ressenti en évoquant l'organisation d'un groupe de travail mis en place début avril 2020 en Seine-Saint-Denis en partenariat avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du département et des établissements de santé du territoire. Ce groupe a travaillé sur l'organisation entre la médecine hospitalière et la médecine de ville pour la prise en charge de patients qui habituellement restaient hospitalisés le temps « *de sevrer l'oxygène* ». Ce groupe de travail a ainsi formulé des bonnes pratiques en la matière pour permettre d'organiser ces sorties avec les médecins généralistes et les infirmiers. Selon cet omnipraticien, aucune sortie ne s'est faite en coopération avec les professionnels du premier recours contrairement à ce qui était prévu initialement. ¹⁸²

4.1.2 Une coopération en matière d'information

La coopération en matière d'information semble avoir été plus répandue. Elle permettait aux professionnels du premiers recours d'échanger avec des professionnels exerçant dans des établissements de santé, tels que des infectiologues. ¹⁸³

Cette coopération a principalement été informelle grâce au réseau social *WhatsApp*. Sur cette application, des groupes de discussion réunissant professionnels du premier et du second recours des soins de ville et des établissements hospitaliers ont été créés. Ils permettaient aux médecins d'échanger sur la pathologie en diffusant des études scientifiques, des bonnes pratiques, des initiatives mises en place et des modes d'organisation. Cette coopération en matière d'information a été importante car comme cela a été expliqué auparavant, ces groupes *WhatsApp* ont été utilisés par une grande majorité de médecins généralistes pour s'informer sur la pathologie et les modes d'exercice. ¹⁸⁴

Cette coopération en matière d'information entre la ville et l'hôpital a pu être accrue sur certains territoires où une CPTS était présente. A titre d'exemple, la CPTS Paris 13 a fait

¹⁸¹ Entretien 2 (médecin généraliste).

¹⁸² Entretien 2 (médecin généraliste).

¹⁸³ Entretien 18 (médecin généraliste).

¹⁸⁴ Entretiens 2 (médecin généraliste), 5 (médecin généraliste), 9 (médecin généraliste), 14 (médecin généraliste) et 18 (médecin généraliste).

l'intermédiaire entre les professionnels du premier recours et des pharmaciens hospitaliers et des hygiénistes sur les protocoles et les modalités de sortie d'hôpital.¹⁸⁵

4.2 La coopération entre la médecine de ville et les EHPAD

Durant la crise, la prise en charge des personnes vulnérables, notamment des personnes âgées, a également été un enjeu, ces personnes étant considérées comme à risque.

Le 10 avril 2020, 60% des EHPAD franciliens, soit 400 sur 700, comptaient au moins un cas de Covid-19.¹⁸⁶ Pour limiter le risque de contamination des résidents qui était : « *dépendant de la contamination des soignants* »¹⁸⁷, les interventions des professionnels du premier recours, notamment celle des médecins généralistes et des infirmiers libéraux ont dû « *être limitées au maximum* ». ¹⁸⁸ Pour ce faire, les missions du médecin coordonnateur ont été renforcées avec notamment la prise en charge et une prescription coordonnée entre lui et le médecin traitant du résident. Si le médecin coordonnateur était absent, le ministère conseillait aux médecins généralistes du territoire de se coordonner pour limiter le nombre d'interventions et de définir un médecin généraliste référent par établissement.¹⁸⁹ Cette nouvelle organisation a pu engendrer certains problèmes de communication entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant du résident comme le montre l'exemple de l'omnipraticien du Chesnay : « *[Nous] avons des patients en EHPAD dont nous n'avons plus de nouvelles. J'ai par exemple une patiente dont j'ai appris qu'elle était Covid par sa fille qui en plus ne savait pas exactement dans quel état était sa maman. Elle était très inquiète et elle pensait évidemment que j'étais au courant et que je pourrais la renseigner mais ce n'était pas le cas du tout.* »¹⁹⁰

Or, face aux contaminations du personnel exerçant dans ces structures et notamment des médecins coordonnateurs, le soutien des professionnels libéraux de la ville aux EHPAD était stratégique pour venir en aide aux professionnels des établissements dans lesquels le médecin coordonnateur avait été infecté.

¹⁸⁵ Entretien 20 (pharmacienne, directrice du Pôle Santé Paris 13).

¹⁸⁶ Le Parisien et AFP, « Près de 60 % des Ehpads d'Ile-de-France sont touchés par le coronavirus », Le Parisien, 10 avril 2020, <https://www.leparisien.fr/societe/pres-de-60-des-ehpad-d-ile-de-france-sont-touchees-par-le-coronavirus-10-04-2020-8297718.php>.

¹⁸⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Fiche professionnels de santé de ville. Propositions concernant l'appui des professionnels de santé de ville aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. », Ministère des Solidarités et de la Santé, 3 avril 2020, https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/207318/5228/Fiche_appui_PS_ville_EHPAD.pdf?1586438731.

¹⁸⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé.

¹⁸⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé.

¹⁹⁰ Entretien 5 (médecin généraliste).

Certains médecins généralistes sont venus exercer dans ces structures pour soutenir voire remplacer le médecin coordonnateur. C'est par exemple ce qu'ont fait le Dr Assouline et le Dr Atlan Cottin qui suivaient déjà certains patients dans des EHPAD de leurs communes respectives et qui ont été amenés à remplacer les médecins coordonnateurs des établissements en question lorsque ceux-ci étaient soit de repos, soit malades.¹⁹¹ Ces interventions ont pu être éprouvantes psychologiquement pour les professionnels de santé comme en attestent les propos confiés par l'omnipraticien de Vincennes : « *La maison de retraite, qui était un petit peu désemparée par les premiers décès Covid en son sein m'a proposé un contrat pour que je puisse gérer cet EHPAD, ce que j'ai accepté [...]. Mais c'est très difficile, c'est très très douloureux. Les premiers jours ont été très douloureux.* »¹⁹²

Afin de prendre en charge les résidents atteints de la Covid-19, des équipes mobiles pour apporter un soutien sanitaire aux EHPAD ont été mises en place. Ce fut par exemple le cas au Chesnay et à Paris dans les 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements.¹⁹³ Pour mettre en place ces équipes, les professionnels ont dû obtenir l'accord de l'ARS. Cette nécessité de validation du projet par une autorité sanitaire a pu être perçue comme trop procédurière et lente selon certains praticiens.¹⁹⁴

Ainsi, malgré les rapprochements qui se sont opérés entre les professionnels du premier recours et ceux des établissements de santé et des EHPAD, le degré de coopération entre eux a différé d'un territoire à l'autre.

Conclusion

Pour conclure, le plan de gestion épidémique français ne faisait des professionnels du premier recours des acteurs de première ligne, au même titre que les praticiens hospitaliers, qu'à partir du stade 3 du plan ORSAN REB, confiant en priorité la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 aux établissements de santé. Ces derniers ont rapidement été saturés alors que les professionnels du premier recours tels que les médecins généralistes, les infirmiers diplômés d'Etat et les pharmaciens d'officine faisaient face à une baisse significative de leur activité alors qu'ils pouvaient jouer un rôle important dans le repérage des patients, les premiers soins, l'orientation et la prévention des gestes barrières.

Or en cette période, l'absence ou la réduction de prise en charge de certains patients, notamment ceux avec des maladies chroniques ne pouvait perdurer. Il fallait éviter toute

¹⁹¹ Entretien 5 (médecin généraliste) et 14 (médecin généraliste).

¹⁹² Entretien 14 (médecin généraliste).

¹⁹³ Entretien 5 (médecin généraliste) et 20 (pharmacienne, directrice du Pôle Santé Paris 13).

¹⁹⁴ Entretien 5 (médecin généraliste).

décompensation et limiter toute cause de mortalité non liée à la Covid-19 qui aurait pu être évitable. Dans le même temps, les établissements de santé ne pouvant examiner ou hospitaliser tous les patients présentant des symptômes de la Covid-19 ou ceux contaminés, il est devenu impératif que les professionnels de santé du premier recours, dits de ville, prennent en charge les patients non graves atteints de cette pathologie.

Afin de prendre en charge les patients Covid et non Covid, il a été nécessaire d'équiper au mieux les médecins généralistes, les IDE et les pharmaciens d'officine. Le manque de matériel de protection a été source de tensions tout au long de la crise lorsque les praticiens avaient des difficultés à se procurer le matériel dont ils avaient besoin pour réaliser leurs consultations et visites à domicile. Ce manque de masques a été très mal vécu par les professionnels de santé interrogés, que ce soit au niveau professionnel ou personnel. En Ile-de-France, de nombreux professionnels du premier recours sont tombés malades.

Durant cette période, il a été primordial de renforcer le rôle des professionnels de ville : les médecins généralistes ont démontré la fonction de pivot de leur profession, les IDE, ont également été indispensables et les pharmaciens d'officine se sont vu confier de nouvelles prérogatives. Les professionnels de santé ont dû adapter leurs modes d'exercice pour tenter de prendre en charge des patients qui ne les consultaient plus en cette période. Le recours à la téléconsultation et au télésoin, effectués en visioconférence ou par téléphone, a été massif malgré la présence de certaines limites inhérentes à cette pratique. Lorsque cela était possible au sein de leurs cabinets, MSP, CDS, les médecins généralistes ont organisé une séparation spatiale entre les patients suspects Covid-19 et ceux venus pour d'autres motifs. Le fait de dédier des espaces et d'organiser des parcours différenciés pour ces deux catégories de patients permettait d'éviter toute contamination. Les omnipraticiens et les infirmiers ont également adapter leur organisation temporelle en prenant en charge les patients atteints de la Covid-19 ou ceux présentant les symptômes en fin de journée afin de rationner le matériel de protection dont ils disposaient et d'éviter une fois encore toute contamination entre les patients.

Durant cette période, le partage d'informations sur la pathologie et les façons de prendre en charge les patients a été primordial compte tenu de la nouveauté de la maladie. Les autorités sanitaires, telles que le Ministère de la Santé et des Solidarités et l'ARS Ile-de-France, les URPS, le Collège de la médecine générale, les fédérations de professionnels et de structures d'exercice pluriprofessionnel ont diffusé des documents, des guides et des protocoles à destination des professionnels du premier recours pour les aider dans la prise en charge des patients. Les réseaux sociaux, notamment *WhatsApp* ont été très fortement utilisés par les médecins généralistes et les IDE pour s'informer et partager leurs connaissances et expériences avec d'autres praticiens du premier recours mais également

avec des professionnels exerçant dans les établissements de santé. Des standards téléphoniques ont été mis en place par des professionnels et structures de soins primaires afin de répondre aux besoins des acteurs de la santé dans la prise en charge et l'orientation des patients Covid et chroniques.

Cette crise sanitaire a fait émerger un nouveau type de dispositif utilisable en période épidémique : les centres de consultations ambulatoires dédiés à la Covid-19. Ces dispositifs ont souvent été créés par des CPTS lorsque celles-ci existaient. Ils étaient basés sur le principe de la pluriprofessionnalité entre des médecins généralistes et des paramédicaux tels que des infirmiers ou des masseurs-kinésithérapeutes et ont commencé à être mis en place au cours des deux dernières semaines de mars 2020 pour répondre au besoin de prise en charge des patients Covid-19 sans contaminer les autres patients. Certains d'eux pratiquaient des tests de dépistages même si cela n'était pas leur finalité initiale. La création de tels centres n'a pas été immédiate car il fallait respecter une procédure administrative, jugée lourde par certains professionnels.

La phase 3 du plan de gestion de crise prévoyait une répartition de la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 entre les établissements de santé et les professionnels du premier recours. Une coopération entre ces derniers et les professionnels des établissements de santé et médico-sociaux, tels que les EHPAD a semblé inévitable. Or celle-ci s'est avérée hétérogène en Ile-de-France. Sur certains territoires, cette coopération a pu s'avérer étroite alors que sur d'autres, celle-ci a rencontré des difficultés.

Cette crise a eu un impact sur les CPTS présentes en Ile-de-France et celles en construction. Elle a permis le développement de celles-ci. Certaines ont enregistré une augmentation du nombre de professionnels souhaitant adhérer, d'autres, ont été confortées dans leur volonté de créer une telle communauté professionnelle sur leur territoire. Dans certains territoires, les CPTS se sont avérés être des chevilles ouvrières dans l'exercice coordonné entre les professionnels du premier recours et des établissements de santé et médico-sociaux. Ainsi, selon la Caisse nationale de l'Assurance Maladie : « *La crise offre paradoxalement une occasion propice [aux CPTS] qu'il convient de savoir saisir.* »¹⁹⁵

Cette crise amène également à repenser l'articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social qui en période épidémique s'est avérée être indispensable. Cela constitue « *un enjeu fort pour notre système de santé* ». ¹⁹⁶

¹⁹⁵ Caisse Nationale d'Assurance Maladie, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 ».

¹⁹⁶ Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

Bibliographie

Ouvrages :

- Moyal, Anne. « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical ». Édité par Patrick Hassenteufel et François-Xavier Schweyer. *Les réformes de l'organisation des soins primaires*, n° 1 (mars 2020) : 103-24.
- Nicolle, Charles. *Destin des maladies infectieuses*. 3ème. Paris : Presses Universitaires de France (PUF), 1939.
http://classiques.uqac.ca/classiques/nicolle_charles/destin_maladies_infectieuses/destin_maladies_infectieuses.html [Consulté le 26 avril 2020].

Revue :

- Marichalar, Pascal. « Savoir et prévoir. Première chronologie de l'émergence du Covid-19 ». *La Vie des idées*, 25 mars 2020. <http://www.laviedesidees.fr/Savoir-et-prevoir.html> [Consulté le 3 avril 2020].

Articles :

- Adénor, Jean-Loup, Benoît Jourdain, et Benoît Zagdoun. « DIRECT. Covid-19 : « nous passons au stade 2 » de l'épidémie, affirme le ministre de la Santé, qui recommande « d'éviter les poignées de mains » ». *Franceinfo*, 28 février 2020. https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/direct-covid-19-la-france-compte-38-cas-dont-24-toujours-hospitalises-premiere-contamination-en-afrique-subsaharienne_3844755.html [Consulté le 16 juin 2020].
- Agence France-Presse. « Covid-19 : les évacuations toujours en cours en Ile-de-France, objectif de 150 patients ». *Mediapart*, 2 avril 2020. <https://www.mediapart.fr/journal/fil-dactualites/020420/covid-19-les-evacuations-toujours-en-cours-en-ile-de-france-objectif-de-150-patients> [Consulté le 30 avril 2020].
- . « Covid-19 : près de 50 malades transférés vers la Nouvelle-Aquitaine pour soulager l'Ile-de-France ». *Mediapart*, 10 avril 2020. <https://www.mediapart.fr/journal/fil-dactualites/100420/covid-19-pres-de-50-malades-transferes-vers-la-nouvelle-aquitaine-pour-soulager-l-ile-de-france> [Consulté le 30 avril 2020].
- Andureau, William, et Assma Maad. « Coronavirus, « mascarade » et « grippette » : la mémoire sélective d'Agnès Buzyn ». *Le Monde*, 28 mai 2020. <https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/05/28/coronavirus-mascarade->

- et-grippette-la-memoire-selective-d-agnes-buzyn_6041073_4355770.html
[Consulté le 1er août 2020].
- Baillet, Marie-Pierre, et Stéphane Long. « Covid-19 : la carte de France des médecins contaminés ». *Le Quotidien du médecin*, 24 mars 2020. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/covid-19-la-carte-de-france-des-medecins-contamines> [Consulté le 5 avril 2020].
- Bellanger, Elsa. « « Nous avons découvert notre interdépendance » ». *Le Quotidien du médecin*, 3 avril 2020. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/infectiologie/nous-avons-decouvert-notre-interdependance>. [Consulté le 3 avril 2020].
- Bonnet, François. « Covid-19 : chronologie d'une débâcle française ». *Mediapart*, 11 avril 2020. <https://www.mediapart.fr/journal/france/110420/covid-19-chronologie-d-une-debacle-francaise> [Consulté le 30 avril 2020].
- Bonte, Marie. « Comment aborder la baisse soudaine de l'activité à l'officine face à l'épidémie Covid-19 ? » *Le Quotidien du Pharmacien*, 17 avril 2020. https://www.lequotidiendupharmacien.fr/marketing-et-gestion-dune-officine/article/2020/04/17/comment-aborder-la-baisse-soudaine-de-lactivite-lofficine-face-lepidemie-covid-19-_283508 [Consulté le 19 avril 2020].
- . « Les grossistes-répartiteurs reprennent la main ». *Le Quotidien du Pharmacien*, 3 avril 2020. https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2020/04/03/les-grossistes-repartiteurs-reprennent-la-main_283215 [Consulté le 15 avril 2020].
- Bourquin, Susie. « Contre le coronavirus : en quoi consistent les « plans blancs » et « plans bleus » ? » *Infirmiers.com*, 10 mars 2020, sect. Profession IDE. <https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/epidemiologie/contre-coronavirus-quoi-consistent-plans-blancs-plans-bleus.html> [Consulté le 26 avril 2020].
- Damgé, Mathilde. « Coronavirus : pourquoi les établissements de soins privés sont restés en deuxième ligne ». *Le Monde.fr*, 10 avril 2020. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/04/10/coronavirus-pourquoi-les-etablissements-de-soins-privés-sont-restés-en-deuxieme-ligne_6036270_4355770.html [Consulté le 16 avril 2020].
- Debacker, Perrine, Agathe Moret, Clémence Nayrac, et Jérôme Robillard. « Hôpital, médico-social et ville alertent sur le danger de rupture des soins hors Covid-19 ». *Hospimedia*, 6 avril 2020. https://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20200406-offre-de-soins-hopital-medico-social-et-ville?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget [Consulté le 16 avril 2020].

- Delmotte, Hélène. « Les pharmaciens face au Covid-19 : stocks de médicaments et matériel de protection insuffisants ». *Réseau Hôpital & GHT*, 27 avril 2020, sect. Actualités. <https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/sante-publique/crise-sanitaire/la-crise-sanitaire-du-covid-19-vue-par-les-officines.html> [Consulté le 28 avril 2020].
- Demarti, Charlotte. « Violences conjugales : un dispositif d'alerte en pharmacie ». *Le Quotidien du Pharmacien.fr*, 27 mars 2020. <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/violences-conjugales-un-dispositif-dalerte-en-pharmacie> [Consulté le 14 mai 2020].
- Doukhan, Didier. « 1 patient chronique sur 2 a renoncé à une consultation prévue à cause de l'épidémie ». *Le Quotidien du Pharmacien.fr*, 6 mai 2020. <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/formation/specialites-medicales/medecine-generale/1-patient-chronique-sur-2-renonce-une-consultation-prevue-cause-de-lepidemie> [Consulté le 7 mai 2020].
- . « Covid-19 : renouvellement des stylos d'adrénaline autorisé en pharmacie ». *Le Quotidien du Pharmacien*, 10 avril 2020. https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2020/04/10/covid-19-renouvellement-des-stylos-dadrenaline-autorise-en-pharmacie_283381 [Consulté le 15 avril 2020].
- Euronews. « En Île-de-France, nouvel épicode de l'épidémie de Covid-19, les hôpitaux saturent ». *Euronews*, 27 mars 2020, sect. news_news. <https://fr.euronews.com/2020/03/27/en-ile-de-france-nouvel-epicode-de-l-epidemie-de-covid-19-les-hopitaux-saturent> [Consulté le 1er avril 2020].
- Fabregas, Bernadette. « « Soutenir les infirmiers afin qu'ils puissent délivrer des soins de qualité en toute sécurité pour les patients » ». *Infirmiers.com*, 13 avril 2020, sect. Profession IDE. <https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/ordre-infirmier/soutenir-infirmiers-ils-peuvent-delivrer-soins-qualite-en-securite-pour-patients.html> [Consulté le 15 avril 2020].
- Foucart, Stéphane, et Faustine Vincent. « Coronavirus : les généralistes, première ligne invisible face au Covid-19 ». *Le Monde.fr*, 2 avril 2020. https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/02/les-generalistes-premiere-ligne-invisible-face-au-covid-19_6035286_3244.html [Consulté le 10 avril 2020].
- Foult, Marie. « À Saint-Mandé, un centre Covid-19 sur un terrain de basket ». *Le Quotidien du médecin*, 17 avril 2020. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/saint-mande-un-centre-covid-19-sur-un-terrain-de-basket> [Consulté le 19 avril 2020].
- FranceInfo. « Coronavirus : un premier cas de Covid-19 remontant au 2 décembre confirmé en Alsace ». *FranceInfo*, 7 mai 2020.

- https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-un-premier-cas-de-covid-19-remontant-au-2-decembre-confirme-en-alsace_3952985.html
[Consulté le 1er juin 2020].
- . « Covid-19 : la France se prépare à faire face à l'épidémie ». *FranceInfo*, 24 mars 2020. https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-la-france-se-prepare-a-faire-face-a-lepidemie_3839235.html [Consulté le 1er juin 2020].
- . « Covid-19 : le nombre d'appels au 15 « multiplié par quatre ou cinq » lundi, selon le Samu ». *Franceinfo*, 25 février 2020. https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-le-nombre-d-appels-au-15-multiplie-par-quatre-ou-cinq-lundi-selon-le-samu_3840457.html
[Consulté le 20 juin 2020].
- Gabriel, Oihana. « Coronavirus : Comment l'épidémie a transformé (durablement ?) le rôle des pharmaciens ». *20 Minutes*, 21 avril 2020. <https://www.20minutes.fr/sante/2764371-20200421-coronavirus-commet-epidemie-transforme-durablement-role-pharmaciens> [Consulté le 9 juillet 2020].
- Godeluck, Solveig. « Coronavirus : les professionnels de santé libéraux montent en première ligne ». *Les Echos*, 15 mars 2020. <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/coronavirus-les-professionnels-de-sante-liberaux-montent-en-premiere-ligne-1185470> [Consulté le 25 avril 2020].
- Gonzague, Arnaud. « « Avec Covidom, on a inventé une nouvelle façon de penser la médecine » ». *L'Obs*, 19 mai 2020. <https://www.nouvelobs.com/sante/20200519.OBS29033/avec-covidom-on-a-invente-une-nouvelle-facon-de-penser-la-medecine.html> [Consulté le 20 mai 2020].
- Jort, Marion. « Plus de 1,5 million de patients Covid pris en charge par les médecins généralistes ». *Egora.fr*, 8 avril 2020, sect. Santé publique. <https://www.egora.fr/actus-pro/sante-publique/58767-plus-de-15-million-de-patients-covid-pris-en-charge-par-les-medecins> [Consulté le 8 avril 2020].
- Lancelot, Stéphane. « 40 % de baisse d'activité pour les généralistes, Revel annonce une aide financière d'ici début mai ». *Le Généraliste*, 15 avril 2020. https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/04/15/40-de-baisse-dactivite-pour-les-generalistes-revel-annonce-une-aide-financiere-dici-debut-mai_322309
[Consulté le 16 avril 2020].
- . « Coronavirus : le cap du million de téléconsultations franchi la semaine passée ». *Legeneraliste.fr*, 16 avril 2020. https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/04/16/coronavirus-le-cap-du-million-de-teleconsultations-franchi-la-semaine-passee_322337 [Consulté le 16 avril 2020].

- . « Coronavirus : sept généralistes sur dix se sont organisés pour faire face à l'épidémie ». *Le Généraliste*, 26 mars 2020. https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/26/coronavirus-sept-generalistes-sur-dix-se-sont-organises-pour-faire-face-a-lepidemie_321998 [Consulté le 3 avril 2020].
- Le Généraliste. « L'AP-HP crée un réseau ville-hôpital pour la prise en charge des patients Covid-19 ». https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/26/lap-hp-cree-un-reseau-ville-hopital-pour-la-prise-en-charge-des-patients-covid-19_322000 [Consulté le 4 avril 2020].
- Le Blanc, Amandine. « Le coronavirus dope les téléconsultations ». *Le Généraliste*, 27 mars 2020. https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2020/03/27/telemedecine_321975 [Consulté le 3 avril 2020].
- Le Généraliste. « Presse, congrès, recos... Comment s'informent les médecins généralistes ». *Le Généraliste*, 26 décembre 2016. https://www.legeneraliste.fr/observatoires/infographie/2016/12/26/presse-congres-recos-comment-sinforment-les-medecins-generalistes_308709 [Consulté le 8 avril 2020].
- Le Généraliste. « Le gouvernement autorise l'utilisation de masques FFP2 périmés depuis 24 mois ». https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/27/le-gouvernement-autorise-lutilisation-de-masques-ffp2-perimes-depuis-24-mois_322034 [Consulté le 4 avril 2020].
- Le Monde. « Coronavirus : 1, 2 et 3... que veulent dire les différents stades de l'épidémie ? » *Le Monde.fr*, 5 mars 2020. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/03/05/coronavirus-a-quoi-correspondent-les-trois-stades-du-plan-d-action-contre-l-epidemie_6031948_4355770.html [Consulté le 1er juin 2020].
- . « Coronavirus : en quoi consiste le « stade 3 » de l'épidémie ? » *Le Monde*, 14 mars 2020. https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/14/coronavirus-en-quoi-consiste-le-stade-3-de-l-epidemie_6033115_3244.html [Consulté le 8 mai 2020].
- Le Parisien, et AFP. « Près de 60 % des Ehpad d'Ile-de-France sont touchés par le coronavirus ». *Le Parisien*, 10 avril 2020. <https://www.leparisien.fr/societe/pres-de-60-des-ehpad-d-ile-de-france-sont-touchees-par-le-coronavirus-10-04-2020-8297718.php> [Consulté le 17 juillet 2020].
- Le Quotidien du médecin. « Record absolu de téléconsultations en mars ». *Le Quotidien du médecin*, 3 avril 2020. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/record-absolu-de-teleconsultations-en-mars> [Consulté le 3 avril 2020].
- Le Quotidien du Médecin, et AFP. « Coronavirus : dans les hôpitaux, déprogrammation immédiate des interventions non urgentes, plan blanc maximal et nouveaux

- moyens ». *Le Quotidien du médecin*, 13 mars 2020. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/politique-hospitaliere/coronavirus-dans-les-hopitaux-deprogrammation-immediate-des-interventions-non-urgentes-plan-blanc> [Consulté le 26 avril 2020].
- L'Obs, et AFP. « Cas de coronavirus en France : « Ça ne sert à rien d'avoir peur » ». *L'Obs*, 25 janvier 2020. <https://www.nouvelobs.com/coronavirus-de-wuhan/20200125.OBS23941/cas-de-coronavirus-en-france-ca-ne-sert-a-rien-d-avoir-peur.html> [Consulté le 18 juin 2020].
- Marie, Pascal. « Une baisse d'activité pour 80 % des pharmacies, selon la FSPF ». *Le Quotidien du Pharmacien.fr*, 13 mai 2020. <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/une-baisse-dactivite-pour-80-des-pharmacies-selon-la-fspf> [Consulté le 13 mai 2020].
- Nayrac, Clémence. « La HAS précise la prise en charge de 9 pathologies chroniques dans le contexte épidémique ». *Hospimedia*, 14 avril 2020. https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200414-qualite-la-has-precise-la-prise-en-charge?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200414-qualite-la-has-precise-la-prise-en-charge&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged [Consulté le 15 mai 2020].
- . « Les CPTS portent une organisation coordonnée en vue de la phase 3 de l'épidémie Covid-19 ». *Hospimedia*, 5 mars 2020. <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200305-gestion-des-risques-les-cpts-portent-une-organisation> [Consulté le 13 avril 2020].
- Pagès, Samantha. « Plan blanc : c'est quoi, dans quel hôpital ? » *Le journal des femmes*, 5 juillet 2020. <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2624681-plan-blanc-elargi-c-est-quoi-hopital-coronavirus-hospitalisation-deprogrammees-non-urgentes/> [Consulté le 24 juillet 2020].
- Pineau, Elisabeth. « Dans la lutte contre le coronavirus, cliniques et hôpitaux privés se sentent encore sous-utilisés ». *Le Monde*, 31 mars 2020. https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/31/dans-la-lutte-contre-le-coronavirus-le-prive-se-sent-encore-sous-utilise_6034978_3244.html [Consulté le 2 avril 2020].
- Robillard, Jérôme. « La Fehap se transforme en fédération des « établissements privés solidaires » ». *Hospimedia*, 19 mars 2020. https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200319-gestion-des-risques-la-fehap-se-transforme-en?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200319-gestion-des-risques-la-fehap-se-transforme-

en&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged
[Consulté le 5 avril 2020].

Roche, Mathilde. « +25% d'appels au Samu à cause du coronavirus : « Nous ne sommes pas débordés, la gestion de crise, on sait faire » ». *LCI*, 26 janvier 2020, sect. Population. <https://www.lci.fr/population/25-d-appels-au-samu-a-cause-du-coronavirus-nous-ne-sommes-pas-debordes-la-gestion-de-crise-on-sait-faire-2143968.html> [Consulté le 20 juin 2020].

Roux, Camille. « Cabinets désertés : les généralistes craignent des pertes de chances pour les patients chroniques ». *Le Généraliste*, 27 mars 2020. https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/27/cabinets-desertes-les-generalistes-craignent-des-pertes-de-chances-pour-les-patients-chroniques_322036?utm_source=covid19-pressepro&utm_medium=referral&utm_campaign=covid19-pressepro [Consulté le 4 avril 2020].

———. « Les patients chroniques pourront renouveler leur traitement en pharmacie jusqu'au 31 mai ». *Le Généraliste*, 16 mars 2020. https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/16/les-patients-chroniques-pourront-renouveler-leur-traitement-en-pharmacie-jusquau-31-mai_321823 [Consulté le 15 avril 2020].

Tomasovitch, Geoffroy. « Coronavirus : « Sans masques, les médecins vont tomber les uns après les autres » ». *Le Parisien*, 20 mars 2020, sect. /societe/sante/. <http://www.leparisien.fr/societe/sante/coronavirus-sans-masques-les-medecins-vont-tomber-les-uns-apres-les-autres-20-03-2020-8284560.php> [Consulté le 19 avril 2020].

Rapports et études :

HAS. « Téléconsultation et télésoin pendant l'épidémie de Covid-19 ». Haute Autorité de Santé, 7 mai 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183032/fr/teleconsultation-et-telesoin-pendant-l-epidemie-de-covid-19 [Consulté le 3 juillet 2020].

Rault, Laetitia, et Laure Paillassou. « COVID-19 et CPTS : quand le lien ville-hôpital se renforce en situation de crise - Mazars - France ». Mazars.fr. <https://www.mazars.fr/Accueil/News/Publications/Newsletters/Newsletter-Transfo-Sante/News-Transfo-Sante-8-Merci-la-sante/COVID-19-CPTS-le-lien-ville-hopital-renforce> [Consulté le 16 avril 2020].

Weill, Alain, Jérôme Drouin, David Desplas, Rosemary Dray-Spira, et Mahmoud Zureik. « Usage des médicaments en ville durant l'épidémie de COVID-19 : point de situation sur les deux premières semaines du confinement - Point d'information ». EPI-PHARE. <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020>

information/Usage-des-medicaments-en-ville-durant-l-epidemie-de-Covid-19-point-de-situation-apres-cinq-semaines-de-confinement-Point-d-information [Consulté le 14 mai 2020].

Caisse Nationale d'Assurance Maladie. « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 », juillet 2020.

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_charges_et_produits_pour_2021.pdf [Consulté le 9 juillet 2020].

Commission des affaires sociales du Sénat. « Suivi de la mise en oeuvre de la stratégie de lutte contre l'épidémie de Covid-19. Consultation des professionnels de santé sur la prise en charge en ville de l'épidémie Covid-19 ». Sénat, 14 avril 2020. http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/commission/affaires_sociales/AFSO_C-2020-045_Bilan_consultation_6avril2020-1.pdf [Consulté le 19 avril 2020].

Documents législatifs et normatifs :

Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041722917&categorieLien=id> [Consulté le 15 avril 2020].

Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019 (s. d.) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038954739&categorieLien=id> [Consulté le 3 août 2020].

Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus, 2020-277 § (2020) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041737421&categorieLien=id> [Consulté le 18 avril 2020].

Direction générale de la Santé. « Délivrance des masques FFP2 et chirurgicaux aux professionnels », 18 mars 2020. <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do?id=30650&cmd=visualiserMessage> [Consulté le 4 avril 2020].

———. « Distribution masques pour professionnels de santé libéraux via officines ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 2 mars 2020. <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do?id=30350&cmd=visualiserMessage> [Consulté le 7 avril 2020].

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (s. d.).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> [Consulté le 1er juin 2020].

Sites internet :

- Bibliovid. « À propos Bibliovid ». <https://bibliovid.org/a-propos> [Consulté le 17 avril 2020].
- AP-HP. « L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris fait appel à des soignants qualifiés pour renforcer ses équipes face à l'épidémie de COVID-19 ». AP-HP, 20 mars 2020. <https://www.aphp.fr/contenu/lassistance-publique-hopitaux-de-paris-fait-appel-des-soignants-qualifies-pour-renforcer-ses> [Consulté le 15 juillet 2020].
- ARS Ile-de-France. « Covid19 : Ouverture de centres de consultations ambulatoires ». ARS Ile-de-France, 30 mars 2020. <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/covid19-ouverture-de-centres-de-consultations-ambulatoires> [Consulté le 7 avril 2020].
- . « Opération #Renforts-Covid : Tous mobilisés pour le système de santé ! » ARS Ile-de-France, 20 mars 2020. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/operation-renforts-covid-tous-mobilises-pour-le-systeme-de-sante> [Consulté le 15 juillet 2020].
- Assurance Maladie. « Covid-19 : tout savoir sur la téléconsultation et les actes à distance ». Ameli.fr, 23 avril 2020. <https://www.ameli.fr/assure/actualites/covid-19-tout-savoir-sur-la-teleconsultation-et-les-actes-distance> [Consulté le 15 juillet 2020].
- Assurance maladie. « La téléconsultation ». Ameli.fr, 14 novembre 2019. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation> [Consulté le 3 juillet 2020].
- Collège de la Médecine Générale. « Mettre en pause les soins de santé primaire, c'est enclencher une bombe à retardement ! » *Collège de la Médecine Générale* (blog), 25 mars 2020. <https://lecmg.fr/mettre-en-pause-les-soins-de-sante-primaire-cest-enclencher-une-bombe-a-retardement/> [Consulté le 27 mars 2020].
- ComPaRe. « Les maladies chroniques ». Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. <https://compare.aphp.fr/l-etude/liste-maladies.html> [Consulté le 12 avril 2020].
- Institut Pasteur. « Coronavirus SARS-CoV-2 : retour sur trois mois de mobilisation contre une maladie émergente (Covid-19) », 3 avril 2020. <https://www.pasteur.fr/fr/node/13228/draft> [Consulté le 1er juin 2020].
- Croix-Rouge française. « Covid-19 : la Croix-Rouge réorganise ses missions ». Croix-Rouge française, 21 mars 2020. <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Coronavirus-COVID-19/Covid-19-la-Croix-Rouge-reorganise-ses-missions-Questions-Reponses-2358> [Consulté le 27 juin 2020].
- FNCS, AVECSanté, Institut Jean-François REY, et Mission RESPIRE. « Communiqué de Presse : Covid-19, enquête nationale Maisons de Santé et Centres de Santé face
Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

au Covid-19 et Résultats de la 1ère vague d'enquête ». AVECSanté, 4 mai 2020. <https://www.avecsante.fr/covid-19-enquete-nationale-maisons-de-sante-et-centres-de-sante-face-au-covid-19/> [Consulté le 5 mai 2020].

Ministère des Solidarités et de la Santé. « Fiche professionnels de santé de ville. Propositions concernant l'appui des professionnels de santé de ville aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. » Ministère des Solidarités et de la Santé, 3 avril 2020. https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/207318/5228/Fiche_appui_PS_ville_EHPAD.pdf?1586438731 [Consulté le 17 juillet 2020].

———. « Les différents types de masques ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 15 juillet 2009. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_Masques.pdf [Consulté le 25 juillet 2020].

———. « L'établissement de santé en tension. Les éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du plan blanc. », 2005. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_l_etablissement_de_sante_en_tension.pdf [Consulté le 24 juillet 2020].

———. « Préparation au risque épidémique Covid-19. Etablissements de santé. Médecine de ville. Etablissements médico-sociaux ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 20 février 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf [Consulté le 9 avril 2020].

Ordre national des chirurgiens-dentistes, Collège National des Chirurgiens-Dentistes Universitaires en Santé Publique, Association Dentaire Française, Collège National des Enseignants en Chirurgie Orale, Collège National des Enseignants en Parodontologie, Mission nationale Coordination Opérationnelle du Risque Épidémique et Biologique, Réseau de Prévention des Infections Associées aux (Nom), et al. « Recommandations d'experts pour la prise en charge des patients en cabinet dentaire de ville au stade 3 de l'épidémie de Covid-19 ». Ordre national des chirurgiens-dentistes, 24 mars 2020. <https://ordre-chirurgiens-dentistes-covid19.cloud.coreoz.com/files/Recommandations%20COVID%2019%20v1%2024%20mars%202020.pdf> [Consulté le 22 avril 2020].

Ordre National des Infirmiers. « COVID-19 : L'Ordre National des Infirmiers alerte sur la situation de la profession et annonce de nouvelles mesures d'urgence ». Ordre National des Infirmiers, 8 avril 2020. <https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/covid-19-ordre-des-infirmiers-alerte-sur-la-situation-de-la-profession-et-annonce-de-nouvelles-mesures-durgence.html> [Consulté le 12 avril 2020].

- Pôle de Santé Paris 13. « Une initiative de plateforme téléphonique à destination des professionnels de santé ». AVECSanté. <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2020/04/pole-sante-paris-13-plateforme-territoriale-telephonique.pdf> [Consulté le 3 avril 2020].
- ARS. « Renforts-Covid ». <https://www.renfort-covid.fr> [Consulté le 16 juillet 2020].
- Santé Publique France. « Nombre de personnes actuellement en réanimation ou soins intensifs pour COVID-19 - hommes et femmes - 2020-04-14 ». Géodes - Santé Publique France. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-48654,6407789,724792,478007&c=indicator&f=0&i=covid_hospit.rea&s=2020-04-14&selcodgeo=11&t=a01&view=map1 [Consulté le 1^{er} juin 2020].
- . « Nombre de personnes actuellement en réanimation ou soins intensifs pour COVID-19 - hommes et femmes. 2020-03-18 ». Géodes - Santé Publique France. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-1213651,6680433,2616474,1730898&c=indicator&f=0&i=covid_hospit.rea&s=2020-03-18&t=a01&view=map1 [Consulté le 1^{er} juin 2020].
- . « Nombre de personnes actuellement hospitalisées pour COVID-19 - hommes et femmes. 20-03-18 ». Géodes - Santé Publique France. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-1148234,6637156,2485638,1644345&c=indicator&f=0&i=covid_hospit.hosp&s=2020-03-18&t=a01&view=map1 [Consulté le 1^{er} juin 2020].
- . « Nombre de personnes actuellement hospitalisées pour COVID-19 - hommes et femmes. 2020-04-14 ». Géodes - Santé Publique France. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#bbox=-1282513,6725987,2754197,1822007&c=indicator&f=0&i=covid_hospit.hosp&s=2020-04-14&view=map1 [Consulté le 1^{er} juin 2020].
- Union des Chirugiens de France. « Point presse LE BLOC CNJC ». Union des Chirugiens de France, 21 avril 2020. <https://www.ucdf.fr/actualite/322-point-presse-le-bloc-cnjc> [Consulté le 24 juillet 2020].
- Ville de Torcy. « Plateformes d'orientation pour les patients Covid-19 à Chelles et Lagny ». *Ville de Torcy* (blog), 6 avril 2020. <https://www.ville-torcy.fr/ouverture-de-centres-de-consultations-ambulatoires-dedies-aux-patients-covid-19-a-chelles-et-lagny-sur-marne/> [Consulté le 2 août 2020].

Liste des annexes

Annexe 1 : Chronologie de la gestion épidémique française selon le plan ORSAN REB

En France, la gestion épidémique repose sur le plan d'Organisation de la Réponse du système de santé en situation SANitaire exceptionnelle – Risques Epidémiologiques et Biologiques (ORSAN REB) mis en œuvre par les Agences Régionales de Santé (ARS). Il vise une réponse graduée en trois stades afin de favoriser dans un premier temps l'endiguement de la pathologie et dans un second temps l'assurance d'un accès aux soins accru pour la population. Dans le cadre de la crise de la Covid-19, son déploiement a été progressif :

- Le stade 1, déclenché le 23 février 2020 par Olivier Véran, Ministre de la Santé et des Solidarités, visait à freiner l'introduction du virus sur le territoire national.¹⁹⁷ Seuls les 38 établissements de santé habilités pour la Covid-19 avaient pour mission de prendre en charge les malades du virus. Ces établissements disposaient d'un recours permanent à un infectiologue et d'un plateau technique hautement spécialisé les rendant opérationnels 24/24 et 7jours/7. En Ile-de-France, seuls quatre établissements étaient alors habilités pour la Covid-19 : l'AP-HP Bichat, l'AP-HP Pitié-Salpêtrière, l'AP-HP Necker-Enfants malades ainsi que l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Bégin.¹⁹⁸
- Le stade 2, décrété le 28 février 2020, visait à freiner la propagation du virus sur le territoire national.¹⁹⁹ A ce stade, des établissements de santé de seconde ligne sont venus renforcer les premiers. Ces établissements disposaient d'une unité d'infectiologie ou de lits dans une autre unité de soins sous la responsabilité d'un infectiologue senior, de chambres individuelles avec renouvellement d'air sans recyclage au sein de l'établissement et d'un laboratoire de biologie médicale leur permettant d'assurer la biologie courante dans les conditions requises.²⁰⁰

¹⁹⁷ FranceInfo, « Covid-19 », 24 mars 2020; Le Monde, « Coronavirus », 5 mars 2020.

¹⁹⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Préparation au risque épidémique Covid-19. Etablissements de santé. Médecine de ville. Etablissements médico-sociaux ».

¹⁹⁹ Adénor, Jourdain, et Zagdoun, « DIRECT. Covid-19 : « nous passons au stade 2" de l'épidémie, affirme le ministre de la Santé, qui recommande "d'éviter les poignées de mains » ».

²⁰⁰ Ministère des Solidarités et de la Santé, « Préparation au risque épidémique Covid-19. Etablissements de santé. Médecine de ville. Etablissements médico-sociaux ».

Clément GIRARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2019-2020

- La stade 3, appelé « stade épidémique », décrété le 14 mars 2020, modifiait la stratégie d'intervention.²⁰¹ Il a été appliqué jusqu'au 10 mai 2020 inclus. Le lendemain, le déconfinement était mis en place progressivement. La stratégie sanitaire est alors passée d'une logique de détection et de prise en charge individuelle à une logique d'action collective pour endiguer l'épidémie. L'ensemble des acteurs du sanitaire, du médico-social et de la médecine de ville devaient agir en mobilisant toutes les ressources dont ils disposaient.

Ainsi, au cours des deux premiers stades du plan ORSAN REB, la stratégie d'endiguement primait afin de limiter l'extension du virus qui n'était pas encore, officiellement, jugé en circulation active par les pouvoirs publics. A cette période, les professionnels de santé hospitaliers étaient considérés, par les autorités publiques, comme les seuls concernés par la prise en charge de l'épidémie. Les professionnels de santé du premier recours, ou dits de ville, ont été considérés comme des acteurs de première ligne seulement à partir du stade 3.

²⁰¹ Le Monde, « Coronavirus : en quoi consiste le « stade 3 » de l'épidémie ? », *Le Monde*, 14 mars 2020, https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/14/coronavirus-en-quoi-consiste-le-stade-3-de-l-epidemie_6033115_3244.html.

Annexe 2 : Liste des entretiens réalisés

N°	Professionnel interrogé	Durée	Date
1	Dr Leymarie Médecin généraliste exerçant au sein de la CPTS Rueil Malmaison	40 minutes	14 avril 2020
2	Médecin généraliste à Pantin	49 minutes	15 avril 2020
3	Pharmacien à Ivry-sur-Seine	15 minutes	16 avril 2020
4	Mme. Desbenoit Infirmière scolaire exerçant au sein du centre Covid à Rueil Malmaison	45 minutes	16 avril 2020
5	Dr Atlan Cottin Médecin généraliste au Chesnay, membre de la CPTS Union Territoriale de Santé Est Yveline	58 minutes	17 avril 2020
6	Mme. Saynac Infirmière Asalée au sein de la MSP Pantinoise, à Pantin	16 minutes	17 avril 2020
7	Pharmacien au Chesnay	24 minutes	18 avril 2020
8	Pharmacien à Rueil Malmaison	37 minutes	18 avril 2020
9	Dr Astruc Médecin généraliste au centre de santé Ellasanté à Paris	42 minutes	20 avril 2020
10	Infirmière libérale au Chesnay	30 minutes	20 avril 2020
11	Coordinatrice de soins au Centre de santé médical Saint Luc à Paris	41 minutes	21 avril 2020
12	Infirmière Asalée à Pantin	15 minutes	21 avril 2020
13	Médecin généraliste exerçant au sein d'un centre de santé médical et dentaire dans les Hauts-de-Seine	33 minutes	21 avril 2020
14	Dr Assouline Médecin généraliste à Vincennes	38 minutes	22 avril 2020
15	Mme. Padoly Infirmière libérale dans la MSP pantinoise à Pantin	15 minutes	23 avril 2020
16	M. Fraysse Pharmacien à Fontenay-sous-Bois	16 minutes	23 avril 2020

17	Pharmacien au Kremlin-Bicêtre	33 minutes	23 avril 2020
18	Médecin généraliste dans différents centres de santé à Paris	1 heure et 10 minutes	24 avril 2020
19	Ancienne infirmière exerçant au sein du centre Covid à Rueil Malmaison	49 minutes	28 avril 2020
20	Mme. Dubois Pharmacienne, Directrice de la CPTS Pôle Santé Paris 13	46 minutes	25 mai 2020
21	M. Ah-Ting Interne de santé publique et médecine sociale au sein du Pôle Santé Paris 13	19 minutes	25 mai 2020

Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des médecins généralistes et des infirmiers

- Informations sur le Covid-19 à votre disposition
- 1) Comment jugez-vous l'information qui vous a été adressée ?
 - a) Avez-vous été correctement informé ? Suffisamment vite informé ?
 - b) Par quel canal avez-vous reçu l'information la plus pertinente ? (Ministère, ARS, URPS, AvecSanté/Fédération nationale des centres de santé, réseaux informels, etc.)
- 2) Quels types d'informations vous étaient transmises ?
- 3) Vous a-t-on transmis des informations concernant la prise en charge des patients ? Si oui, lesquelles ?
- 4) Que dire sur cet aspect de l'information ? (réponse ouverte)

- Votre organisation dans ce contexte
- 5) Comment avez-vous géré la situation pour les patients Covid-19 versus non Covid-19 ? (ex : patients avec maladies chroniques)
- 6) Comment vous êtes-vous organisés ? Double circuit ? Organisation entre plusieurs MSP ? (Demander exemples)
- 7) L'exercice coordonné en structure : Comment vous êtes-vous organisés ?
 - a) L'exercice coordonné en structure pluriprofessionnelle a-t-elle eu un impact sur la façon dont vous avez géré la situation ? Si oui/non, pourquoi ?
 - b) Relation ville-hôpital : Adresse de patients vers l'hôpital / Patients provenant de l'hôpital

- Si Centre ambulatoire dédié à la gestion des patients Covid-19 :
- 8) Comment est venue l'idée de créer un centre ambulatoire dédié à la gestion des patients Covid-19 ?
- 9) Comment s'est construit ce projet ? En combien de temps ? Aide ARS ? Contraintes ?
- 10) Avez-vous bénéficié d'un soutien pour mettre en place un tel centre ?
- 11) Comment fonctionne-t-il ? (Lieu, professionnels présents, horaires d'ouverture, organisation, protocoles, fiches actions)
- 12) Quels sont les moyens mis en place pour son fonctionnement ?
- 13) Lien avec l'ARS et la CPAM pour son fonctionnement ?

- Impact de la crise sanitaire Covid-19 sur l'activité habituelle
- 14) Impact sur votre activité

- a) Baisse ? / Augmentation ?
 - b) Développement de la téléconsultation (si oui en faisiez-vous avant) ?
 - c) Développement de la collaboration MG/IDE ? Si oui en faisiez-vous avant ?
- 15) Matériel à disposition (ex : masque, gel hydroalcoolique, gants, etc.) ?
- Le vécu de la situation
- 16) Comment vivez-vous la situation en tant que professionnel et en tant que personne ?
- 17) Quelle(s) aide(s) supplémentaire(s) auriez-vous souhaitée(s) ? (Quoi ? De qui ?
Quand ?)
- 18) Pour vous, est-ce que cette crise changera quelque chose ?

Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des pharmaciens

- Informations sur le Covid-19 à votre disposition

1) Comment jugez-vous l'information qui vous a été adressée ?

a) Avez-vous été correctement informé ? Suffisamment vite informé ?

b) Par quel canal avez-vous reçu l'information la plus pertinente ? (Ministère, ARS, URPS, AvecSanté/Fédération nationale des centres de santé, réseaux informels, etc.)

2) Quels types d'informations vous étaient transmises ?

3) Vous a-t-on transmis des informations concernant la prise en charge des patients ? Si oui, lesquelles ?

4) Que dire sur cet aspect de l'information ? (réponse ouverte)

- Votre organisation dans ce contexte

5) Comment avez-vous géré la situation pour les patients Covid-19 versus non Covid-19 ? (ex : patients avec maladies chroniques)

6) Quel a été votre rôle dans la distribution de matériel de protection ?

- Impact de la crise sanitaire Covid-19 sur l'activité habituelle

7) Impact sur votre activité

a) Baisse ? / Augmentation ?

b) Développement de la téléconsultation (si oui en faisiez-vous avant) ?

c) Développement de la collaboration MG/IDE ? Si oui en faisiez-vous avant ?

8) Matériel à disposition (ex : masque, gel hydroalcoolique, gants, etc.) ?

- Le vécu de la situation

9) Comment vivez-vous la situation en tant que professionnel et en tant que personne ?

10) Quelle(s) aide(s) supplémentaire(s) auriez-vous souhaitée(s) ? (Quoi ? De qui ? Quand ?)

11) Pour vous, est-ce que cette crise changera quelque chose ?

Annexe 5 : Retranscription de six des entretiens réalisés avec des médecins généralistes, des infirmiers et pharmaciens

Entretien réalisé avec le Dr Atlan Cottin, médecin généraliste

Dr : Dr Atlan Cottin

CG : [Présentation du projet et du déroulé de l'entretien]. Comment vous vous êtes informés ? Quelles étaient les canaux d'information et quelle était leur qualité ?

Dr : La DGS nous envoyait régulièrement des documents d'information, de mises à jour, des fiches sur les prises en charge des patients Covid en ambulatoire, en hôpital, en HAD, des fiches sur les patients contact, etc. On a eu une ribambelle de mails qui se sont suivis à un rythme assez effréné, notamment au début, sur les 3 premières semaines de mars. C'était un peu compliqué parfois de se repérer car il y avait des mises à jour régulières, donc ce qu'on venait d'apprendre devenait obsolète très rapidement et il fallait relire de nouvelles mises à jour. Sur ce point, ça a été un peu brouillon. Mais c'est aussi lié au fait qu'on ne connaissait pas du tout la pathologie et que les informations venaient au fur et à mesure qu'on en apprenait davantage sur le Covid. Donc c'est normal. Ensuite, on a eu des informations par d'autres sources, notamment certains sites, d'outils à disposition des médecins, comme notamment Antibioclic qui avait mis en ligne une sorte de grille décisionnelle par rapport aux patients Covid. Je suis sur Doctolib pour mes prises de rendez-vous depuis le début d'année et, systématiquement à l'ouverture de l'agenda, on avait tout un encart dédié (« Info Covid ») avec les liens pour accéder à l'ensemble des sources. Ça venait à la fois du Ministère de la Santé ou de Santé Publique France. On retombait donc sur les mêmes informations que l'on recevait de la DGS directement. On a eu aussi des informations par le biais du Conseil de l'ordre des médecins. C'était un petit peu plus en décalé et il y avait moins d'informations mais chez nous, en tout cas, ils ont organisé une visioconférence vers le 18 mars avec les infectiologues de l'hôpital Mignot sur les informations disponibles sur le Covid. Le seul souci, c'était le fait qu'il fallait poser les questions avant la visio, et une fois dedans, on ne pouvait pas forcément interagir. Il y a eu beaucoup d'informations données sur comment mettre un masque même si ce n'était pas forcément très utile à la majorité des participants. Nous ce qu'on attendait, c'était plutôt en pratique de tous les jours : comment faire pour organiser le cabinet ? Quelle était la durée de vie du Covid ? Quels étaient les modes de transmission, les périodes d'incubation. Toutes ces données de physiopathologie nous intéressaient beaucoup plus. Ils ont fait la visioconférence en plusieurs étapes. On a eu cette étape-là, qui était a priori essentielle. On a eu ensuite d'autres informations mais plus d'ordre pratique et administratif de la part de l'URPS Ile-de-France. Mais c'était une fois qu'on avait pu monter des centres Covid, sur

comment les faire fonctionner, etc. Ce n'était pas forcément de l'information scientifique, médicale sur le Covid.

CG : C'était plus organisationnel ?

Dr : Oui.

CG : J'ai appris que vous étiez dans une CPTS en cours de construction. C'est ça ?

Dr : C'est exact. On travaille sur le projet depuis décembre 2018. A l'origine, on est un collectif, un CODTS (Collectif pour l'organisation et la Défense du Territoire de Santé). On s'est créé au moment de la loi santé 2016 et l'association est restée car ça permettait de resserrer les liens entre les médecins et quand on a entendu parler de CPTS dans le plan santé 2022, on a voulu s'approprier le concept de CPTS pour le modeler à nos besoins locaux. On s'est vu proposer de l'aide par des confrères du Conseil de l'ordre, également membres de l'URPS. Mais on avait de nombreux points de désaccord et la collaboration s'est arrêtée, aboutissant à la constitution de deux projets distincts sur le territoire.

CG : Le fait d'avoir initié une démarche de CPTS, est-ce que ça a pu jouer sur votre organisation pendant cette crise sanitaire ? Et comment vous vous organisez concrètement cette période ?

Dr : C'est sûr que ça a joué car on était certes un collectif de médecins du secteur, on pouvait donc échanger facilement entre nous, discuter et s'informer, mais on n'avait pas encore le lien de communication avec l'ensemble des soignants tels que les paramédicaux ou les pharmaciens. [...]. Ce projet de CPTS nous a permis de tous nous retrouver et de manière intéressante, bienveillante, solidaire et réactive. On pouvait mettre des visages sur des noms et d'une façon beaucoup plus pluridisciplinaire que ce qu'on avait avant. Ça nous a permis d'améliorer et d'optimiser la communication qu'on avait les uns avec les autres et les échanges [...] donc cette amélioration de la communication nous a permis en cette période Covid de nous rapprocher. Ça nous permet également d'être très réactif sur notre façon de prendre en charge en ville. On a alerté l'ARS sur le fait qu'on voulait créer un double flux de patients pour éviter que les cabinets soient contaminés par les patients Covid, après avoir entendu parler d'une initiative similaire dans le Maine-et-Loire. On s'est très vite organisé avec tous les soignants, pas que médecins mais également infirmiers, kinés. Tout le monde a mis la main à la pâte pour s'organiser en amont par rapport à un planning prévisionnel d'astreintes. On a contacté la mairie. On était très motivés pour faire avancer les choses. Tout était prêt pour faire ce double flux et dévier nos patients Covid hors de nos cabinets vers un local dédié dans lequel on se reliait entre médecins mais également avec les paramédicaux pour un accueil administratif et prise de constantes du patient. C'était quelque chose de complémentaire où l'on engageait des soignants de spécialités différentes autour d'un même projet. Cependant, pour des raisons qui nous dépassent, l'ARS a souhaité que le projet soit porté par le conseil de l'ordre et nous n'avons

plus eu la main dessus. Mais bon, peu importe, le plus important était d'avoir un local dans lequel on pouvait diriger nos patients et continuer à recevoir nos patients non-Covid dans nos cabinets pour les protéger et nous protéger aussi. On a d'ailleurs mutualisé des moyens de protection pour ce centre Covid. On a mis là-bas tout ce qu'on avait pu récolter, amasser entre les dons et commandes de matériels que j'avais faites au nom de l'association. Des patients nous avait également donné des choses on a tout apporté là-bas afin que les équipes qui travaillaient dans le centre soient protégées car en première ligne. Dans nos cabinets on avait tout de même des protections mais elles étaient moindres car le risque de contamination y était désormais moins important.

CG : Par double flux vous entendez le fait que les patients Covid étaient dirigés vers le centre Covid et les patients non-Covid étaient pris en charge dans vos cabinets ?

Dr : Les patients ont été orientés vers le local Covid soit par le 15 soit par nous dans les cabinets lorsqu'on avait des patients en téléconsultation qui présentaient des signes suspects et pour lesquels on pensait que la téléconsultation n'était pas suffisante.

CG : A quel moment avez-vous créé ce centre Covid ?

Dr : C'était juste au moment des élections le 14 mars on envoie un premier mail à notre président de l'Ordre, au chef du SAMU et à la directrice adjointe de Mignot pour proposer de créer un local Covid dédié. Le temps pressait [...]. Comme on n'avait pas de réponse, le 15, j'ai envoyé un mail à l'ARS ainsi qu'au maire. Au bout d'une semaine d'attente, Le maire nous a proposé un local que l'ARS a refusé parce que c'était trop près d'un EHPAD et donc même si les entrées étaient séparées, ce n'était pas possible. Mais en parallèle l'hôpital Mignot, notre hôpital de secteur, a proposé de nous prêter un local pour y mettre notre centre. L'ARS a demandé que notre projet d'organisation soit formalisé de façon très officielle, ce que j'ai fait. Mais ce n'était plus suffisant car lorsqu'on crée un projet on dit qui sont les organisateurs. Mais lorsque nous nous sommes identifiés comme représentants d'un projet CPTS réunissant à l'époque déjà 80 soignants, le mot CPTS a fâché. Et l'ARS a demandé que le projet soit porté par nos instances ordinaires qui ont signé l'attestation sur l'honneur du cahier des charges des fameux centres Covid. Le local a ouvert 10 jours après le début de la procédure. Le local est à Mignot dans une maison séparée du centre de l'hôpital, au fond de l'hôpital. C'est un peu caché dans les arbres donc très isolé. A l'intérieur, un parcours à sens unique est organisé. Le patient arrive dans le bureau d'accueil où un infirmier le reçoit et lui donne un masque. Une fiche administrative est remplie par l'infirmier, suivie d'une désinfection des mains du patient, prise de saturation et ensuite il le transfert dans une sorte de salle d'accueil où il est tout seul. Le médecin récupère la fiche administrative, prend en charge le patient qui repart par une autre issue.

CG : Le centre est ouvert de quelle heure à quelle heure et quels jours ? Et il y a combien de professionnels ?

Dr : C'est ouvert tous les jours de 9h00 à 18h00. Et il y a trois vacations de trois heures. Par vacation au début on avait mis deux médecins et un paramédical. Sachant que les infirmiers continuaient à travailler et à réaliser des soins à domicile on n'avait pas prévu de mettre que des infirmiers sur le planning mais on avait également prévu de mettre des kinés qui étaient partant pour le faire d'autant plus que leurs cabinets étaient fermés. Mais l'ARS a dit qu'elle ne rémunérerait que les infirmiers. Et même si les kinés préféraient le faire bénévolement plutôt que de rester au chômage technique, leurs cabinets étant fermés, le Conseil de l'ordre et la plate-forme territoriale d'appui, dirigée par les mêmes personnes, ont refusé que les kinés fassent partie du planning. Donc ce sont les infirmiers qui font toutes les vacations d'accueil avec les médecins qui assurent les consultations. Au début, il y avait pas mal de demandes, de patients à prendre en charge. Il y avait deux médecins par créneau et un infirmier pour 2 médecins, ce qui faisait neuf personnes au total chaque jour. Puis au bout de 15 jours les demandes ont commencé à diminuer, il y avait moins d'appels, moins de rendez-vous et donc depuis on tourne à une seule équipe par vacation ce qui fait trois infirmiers et trois médecins par jour. On a dit que ça faisait même trop car il y avait des journées où on ne voyait que trois personnes. Donc ce n'était pas logique de garder une plage horaire aussi large avec un nombre de personnes payées au forfait. Mais ceux qui ont repris l'organisation nous ont expliqué que l'on gardait cette plage horaire large parce qu'on allait désormais devoir réaliser les consultations pour les personnes travaillant dans les EHPAD avant qu'ils fassent un test de dépistage. Le centre va aussi servir de centre de prélèvement. Mais nous n'avons comme seule valeur ajoutée, à les voir en consultation avant les tests, que le fait de pouvoir rédiger l'ordonnance nécessaire à la réalisation des tests.

CG : D'accord en matière d'approvisionnement matériel comment vous faites ? Est-ce que vous rencontrez des difficultés ?

Dr : Ça dépend, au tout début de la crise clairement on a fait avec ce qu'on avait d'avant, des anciens stocks que l'on avait pu garder, du matériel périmé. Moi j'ai des masques FFP2 qui sont périmés depuis 11 ans mais bon c'est toujours mieux que rien. C'est comme ça qu'on a fait. Au cabinet j'avais un petit sachet de masques FFP1. Je l'avais laissé dans la salle d'attente pour les patients qui toussaient. Mais finalement, ce sont ceux qui ne toussaient pas qui les ont pris pour eux et en trois jours il n'y avait plus de masque. J'ai commandé du matériel de protection jetable type pyjama de bloc, que j'ai mis 15 jours - trois semaines à recevoir. J'avais acheté, quand je me suis installée, 2 blouses dont je ne m'étais jamais servie et là, finalement elles m'ont servi. Chacun fait avec les moyens du bord, on a beaucoup de confrères qui ont été contaminés faute de protection suffisante. En revanche pour le centre Covid, c'était claire et net, on mutualisait les moyens. Donc dès que j'ai pu, j'ai commandé du matériel qu'on a reçu au bout de 10 jours. L'hôpital nous a

fourni quelques pyjamas de bloc et des blouses que l'hôpital se chargeait ensuite de nettoyer et nous en apportait des nouvelles. Et puis on avait une consœur dont la sœur travaillait dans une entreprise qui avait récupéré beaucoup de masques chirurgicaux, donc on les a récupérés et on les a mis là-bas. Les quelques FFP2 qu'on avait, venaient soit de l'hôpital Mignot soit de quelques dons provenant de patients. Maintenant le système de récupération des dotations en ville fonctionne un petit peu mieux. On s'inscrit sur le site *monpharmacien-idf.fr* auprès d'une pharmacie de notre choix et on reçoit une notification lorsque notre matériel est arrivé. Donc on a une dotation en théorie de 18 masques chirurgicaux par semaine et normalement six masques FFP2 par semaine par médecin.

CG : Et pour vous, cette plateforme est très utile ?

Dr : C'est toujours mieux que rien. Elle permet d'éviter de remettre toujours le même masque. Maintenant, heureusement qu'on avait un peu de stock avant quand même.

CG : Outre les difficultés que vous avez rencontrées avec l'ARS d'un point de vue administratif au tout début du projet et des difficultés que vous avez rencontrées avec l'autre projet de CPTS est-ce que vous en avez rencontrées d'autres ?

Dr : Avec l'ARS, c'est très compliqué, on n'a pas de mauvais rapports, c'est juste que c'est très long et compliqué à mettre en marche. C'est un mode de fonctionnement qui n'est pas du tout réactif. Donc on a un projet, ça ne peut pas être mis en place comme ça, il faut d'abord des doctrines, et si ça ne colle pas au langage technocratique, ça ne va pas donc il faut recommencer le projet et on perd du temps. Les initiatives ne se sont pas arrêtées au local Covid : nous exerçons en ville et avons des patients en EHPAD dont nous n'avons plus de nouvelles. J'ai par exemple une patiente dont j'ai appris qu'elle était Covid par sa fille qui en plus ne savait pas exactement dans quel état était sa maman. Elle était très inquiète et elle pensait qu'évidemment j'étais au courant et que je pourrais la renseigner mais ce n'était pas le cas du tout. On a des médecins coordonnateurs qui sont tombés malades et n'assurent plus leur travail dans leurs EHPAD. Certaines de mes consœurs ont décidé de se relayer à trois dans un EHPAD pour remplacer le médecin coordonnateur tombé malade. Ça s'est fait de façon informelle sans avertir l'ARS. Elles ne savent pas comment elles vont être rémunérées. Elles font des feuilles de soins. Au Chesnay, la ville où j'exerce, je suis en contact avec le médecin coordonnateur qui est tout seul mais aucun médecin traitant ne vient l'aider car ils ne sont volontairement pas sollicités afin de limiter les entrées et sorties d'établissement. Mais on lui a demandé si on pouvait venir aider car on est 4-5 à avoir des patients là-bas car on sait que ce n'est pas évident pour lui non plus, de tout gérer. Ce n'est qu'au bout de deux semaines de discussions qu'on a eu le droit de l'aider alors que l'on s'était déjà organisé avec un planning. Mais on est autorisé à y aller que deux jours par semaine les jours où il s'autorise une pause, c'est-à-dire le vendredi, samedi et on y va chacune à tour de rôle pour le remplacer. Finalement l'ARS m'a

recontactée la semaine numéro 14 pour me proposer de monter un projet d'équipe mobile pour venir apporter un soutien sanitaire aux EHPAD, sachant que la plateforme territoriale d'appui s'occupait de monter une solution de téléconsultation pour les EHPAD. J'ai accepté, elle m'a confirmé l'autorisation d'un tel projet le 7 avril. Le jour même j'ai contacté la MAIA, la PTA, la filière gériatrique sur mon territoire pour monter une solution. Le 10, soit trois jours plus tard, on envoie un projet à l'ARS. Le 14, je reçois un mail de l'ARS me faisant plein de remarques, me disant qu'elle ne valide pas car sur la plaquette de diffusion que l'on comptait envoyer aux EHPAD, figurait le logo de l'ARS alors que l'ARS n'avait pas encore validé le projet et qu'il n'était pas bien d'avoir écrit sur le projet que la téléconsultation n'était pas pratique dans les EHPAD car ils sont tout de même dans les initiatives du projet de téléconsultation. Il a fallu faire quatre versions du projet, à chaque fois avec des remarques différentes pour que le dossier soit retenu en vue d'une validation. Le 15 avril j'ai donc envoyé la version remaniée du projet. Et on attend que l'ARS revienne vers nous. En attendant les EHPAD continuent d'avoir des problèmes et on ne peut rien faire. On est en train de s'organiser en ce moment de manière pragmatique afin de proposer sans attendre notre soutien aux EHPAD et limiter ainsi l'urgence sanitaire.

CG : Concernant vos patients avec des maladies chroniques, comment ça se passe d'un point de vue organisationnel ?

Dr : Dans les EHPAD je n'ai aucune nouvelle d'eux, c'est donc la grande interrogation. On va découvrir au fur et à mesure. Pour les patients qui ne sont pas en EHPAD, le cabinet reste ouvert. Il y en a beaucoup qui n'ont pas osé venir - alors qu'il faut qu'ils soient suivis - car ils pensaient qu'on était très débordés et qu'en plus on n'arrêtrait pas de leur dire qu'il ne fallait pas aller dans les cabinets médicaux. Donc on a eu ce double souci, ce qui a été accentuée par le fait que l'État a dit que les pharmacies pouvaient délivrer un mois de plus avec une ordonnance périmée, ce qui faisait un mois de plus passer sans les voir. Mais heureusement grâce à l'association porteuse de projet CPTS on communique avec les pharmaciens, on a pu ajuster ensemble au cas par cas. Il y a des pathologies qu'on est obligé de voir à une fréquence rapprochée alors que pour d'autres on n'est pas un mois près pour les voir. Ce n'est pas le cas pour les personnes âgées, les patients avec insuffisance cardiaque et qu'on a besoin d'évaluer régulièrement et de manière présenteielle. On appelle certains d'entre eux ; d'autres, nous ont laissé des messages, il suffisait donc de les rappeler pour leur dire qu'ils pouvaient venir dans nos cabinets voir même qu'on pouvait passer chez eux les voir. Donc ça s'est fait un peu au coup par coup. Le maire, chez nous au Chesnay, est au courant de la situation. Il a fait venir un journaliste local de la page Facebook de la ville pour venir nous interviewer afin de relayer l'information que les gens pouvaient venir chez nous dans les cabinets, qu'ils n'aient pas peur de venir et surtout

qu'il fallait qu'on les voie. On a très peur du retour de bâton lorsque le confinement sera levé et que l'on va récupérer des choses qui sont un peu trop tardives à notre goût.

CG : Justement, concernant votre activité, certains professionnels m'ont expliqué avoir eu une forte baisse de leur activité. Est-ce que c'était aussi le cas pour vous ?

Dr : Oui clairement. C'est partout pareil. Ceux qui ont fait de la téléconsultation ont été un peu moins rapidement impactés car on a pu voir en téléconsultation des patients Covid+ ou suspects Covid qui appelaient pour au moins être orientés. Donc même si c'est une autre façon d'exercer la médecine, ça permettait d'avoir un semblant d'activité. J'ai quand même réussi à avoir des gens qui n'habitaient pas sur mon département parce qu'ils ont vu qu'il y avait de la disponibilité en téléconsultation et qu'ils avaient besoin d'être rassurés, orientés et conseillés. Donc la téléconsultation a aussi permis de limiter un peu la casse au début. Mais malgré tout, la casse est là, typiquement, mes journées, je pourrais les regrouper sur des matinées uniquement.

CG : Et justement dans ce qui constitue le suivi des patients dont vous venez de me parler ; concernant ce que certains appellent la relation ville-hôpital : Comment ça s'est passé pour l'envoi de patients ? De ce que j'ai compris, le Centre 15 vous envoyait des patients au centre mais est-ce que l'hôpital vous en envoyait (au centre et dans votre cabinet) également après que certains de leurs patients aient été hospitalisés ?

Dr : C'est plutôt nous qui de temps en temps envoyions des patients par le 15 parce que nous avons des patients Covid avant d'avoir le centre Covid. On s'était tous organisés globalement. On n'a pas mis trop longtemps à réfléchir. Tant que le centre n'était pas ouvert, on voyait les patients non Covid sur la première partie de journée et on voyait les patients suspects en fin de journée. Comme ça, ça permettait de limiter la casse en termes de niveau de contamination même si ce n'était pas parfait. Pendant toute cette période de transition, durant laquelle on attendait d'avoir un centre Covid, ça nous est arrivé de devoir envoyer des patients en appelant le 15 parce qu'on avait des patients qui étaient en détresse respiratoire ou en tout cas très inquiétants et qu'on ne voulait pas laisser à leur domicile. Là, on a eu beaucoup de mal à les joindre parce qu'ils étaient saturés, vraiment saturés. Il est parfois arrivé de mettre 3/4 d'heure, une heure pour joindre le 15, ce qui a causé d'autres soucis parce qu'il n'y avait pas que des patients Covid. J'ai un patient qui a fait un infarctus, il a mis plus de deux heures pour joindre le 15 pour être pris en charge. Ça crée des dommages collatéraux très importants du fait que le 15 était complètement saturé mais ils ont vu leur nombre d'appels multipliés par 10, ce qui est énorme. Ils ont fait appel à quelques médecins retraités ou à des remplaçants pour augmenter le nombre de permanences sur les lignes téléphoniques. L'adressage du 15 vers nous n'était que vers le centre Covid sauf parfois lorsque certains de nos patients contactaient le 15 qui leur disait de contacter leur médecin pour une téléconsultation. Après c'était à l'envers lorsqu'on avait un patient qui

nécessitait d'être pris en charge. On a eu aussi des contacts avec les urgences de l'hôpital qui étaient devenues des urgences exclusivement dédiées au Covid où on envoyait nos patients. Dès qu'un patient Covid avait besoin d'être exploré, soit avec un scanner soit par prélèvement, on l'envoyait aux urgences. C'était la consigne que l'on avait. Les patients étaient transférés aux urgences d'une manière ou d'une autre, soit par les pompiers, soit par nous, soit par le 15. Nous, au centre qui était à environ 200 mètres des urgences de Mignot, il nous est arrivé d'avoir des patients que l'on envoyait avec des brancardiers aux urgences de Mignot car ils nécessitaient une hospitalisation pour oxygénothérapie. La communication s'est faite mais avec de grosses difficultés au début pour le 15. Le 15 nous avait même donné un numéro d'appel direct, mais on n'arrivait pas à les joindre facilement pour autant.

CG : Et dans le centre Covid, vous avez vu des patients qui sortaient d'hospitalisation, pour un suivi post-hospitalisation ?

Dr : Oui ça commence à arriver. Ça a mis beaucoup de temps parce que ceux qui étaient hospitalisés ne sortaient pas. On commence à en avoir, même en ville. Je commence à avoir des patients qui sont sortis d'hospitalisation, certains plus âgés que d'autres. Même au centre Covid, il y a des patients qui ont été revu en post-hospitalisation ou même en cours d'évolution. Ils étaient donc vus une première fois et on leur demandait de revenir se faire ré-évaluer au bout de quelques jours, une semaine. Les deux types de situation sont arrivées.

CG : Est-ce que ces patients Covid, vous pouvez les accueillir dans votre cabinet ?

Dr : Non je les vois à domicile. Pour l'instant je les ai vus à domicile ou en téléconsultation mais on n'a pas vraiment de visibilité sur la durée de contagion donc c'est compliqué de les voir au cabinet ?

CG : Vous avez des protocoles pour prendre en charge ces patients une fois sortis de l'hôpital ?

Dr : On a reçu des directives de la DGS sur le suivi des patients Covid. Après, de toute façon, ça reste du suivi médical comme s'ils n'avaient pas été hospitalisés d'ailleurs. Le suivi, on peut le faire de différentes façons. On a une application qui s'appelle *Covidom* qui a été développée par l'AP-HP d'abord pour l'AP-HP mais qui a aussi été diffusée en dehors de leurs murs et à laquelle on peut maintenant se connecter en tant que professionnel libéral pour inscrire des patients dessus. Chaque jour, ils sont évalués. En fonction de leur niveau de risque, ils vont être plus ou moins souvent appelés pour évaluer leur état. Ils ont un questionnaire à remplir. En fonction des réponses qu'ils vont apporter, il y aura des alertes qui vont être lancées et ils vont donc être contactés soit par un médecin de la plateforme, soit par nous pour les avoir en direct et voir s'il faut les réhospitaliser ou les voir en consultation physique. L'ARS tient beaucoup à son outil *TERR-eSanté* qu'elle avait déjà

testé sur la région pour travailler l'aspect parcours de soins du patient, cercle de soins, réseaux de soins, et qui a voulu développer sa solution pour être surveillant Covid. J'ai testé les deux mais je préfère *Covidom* qui est beaucoup plus pratique d'utilisation. Après, on a nos infirmières de ville qu'on peut missionner pour aller surveiller des patients au domicile selon un rythme qu'on fixe au départ : une fois par jour, deux fois par jour. Avec leur saturomètre, leur tensiomètre, elles vont prendre les constantes des patients et nous alerter si besoin.

CG : Et justement, par exemple, vous en tant que professionnel de santé mais aussi en tant que personne, comment vous avez vécu la question du matériel qui était à votre disposition, la situation ? Et quelles aides supplémentaires auriez-vous souhaitées avoir ou alors quelles informations vous auriez souhaitées avoir en plus ?

Dr : Premièrement, à titre personnel, je suis mariée, je suis maman et j'ai eu l'impression d'être jetée dans la fosse aux lions, sans protection, avec la crainte à chaque fois de rentrer chez moi et de contaminer tout le monde. Et ça, je devais le garder pour moi. C'était déjà suffisamment anxiogène pour les non-soignants, pour ne pas leur ajouter du stress. La chose la plus compliquée à vivre, c'était quand je rentrais chez moi, de ne pas pouvoir faire un bisou à mes filles qui n'attendaient que ça. Je n'étais même pas sûre d'être malade, de ne pas être malade, d'être contaminante, de ne pas être contaminante. Je n'en savais rien et c'était très compliqué. Jusqu'à ce qu'on arrive à avoir des moyens de protection un peu plus adaptés, c'était particulièrement difficile à vivre. Après, on est rationnel, on sait notre objectif mais on voit des confrères qui sont hospitalisés, certains qui ne sont plus là. C'est dur de se dire que si ça avait été géré un petit peu mieux, on n'en serait peut-être pas là. Ensuite, d'un point de vue médical, de médecin de premier recours, on a encore été, clairement, la dernière roue du carrosse. Si le Gouvernement nous avait inclus dans la prise en charge dès le départ, le 15 n'aurait pas été saturé parce qu'il ne faut pas oublier que la première chose qu'ils ont dit au gens c'est : « Si vous toussiez, si vous avez de la fièvre, appelez le 15 », alors qu'on aurait très bien pu gérer la majorité des appels sans avoir besoin de saturer le 15. Donc ça, c'était tout de même quelque chose d'énorme et d'honteux au final. Et puis, là, aujourd'hui, on entend parler partout de l'hôpital mais au final, nous en ville, on a l'impression, limite, que l'on n'existe plus. Donc c'est compliqué à vivre aussi là-dessus alors qu'on a clairement un rôle à jouer. On est quand même les médecins de premier recours pour nos patients. Et même nos propres patients étaient persuadés que l'on était débordés alors qu'en fait, nos cabinets ont été désertés ; en plus, on ne s'est pas laissé abattre, on avait réagi très vite, on a proposé ces centres Covid. Ça s'est monté partout sur le territoire, comme quoi, ça répondait vraiment à un besoin et ça, c'était en lien avec tout le monde. On était aussi en première ligne. On a aussi été aider les confrères dans les structures hospitalières publiques comme privées, comme on a pu. On s'est

positionné en soutien. Il y avait plusieurs sites d'inscription sur lequel on pouvait postuler pour aller aider sur le territoire. On l'a tous fait parce que c'est notre rôle, c'est notre mission et que l'on trouvait ça normal. Je pense que nos confrères de structures privées ou publiques étaient très contents que l'on ait été là parce que tout seul, ça aurait été compliqué pour eux. Et après, d'un point de vue un peu plus transversal, sur une situation de la gestion des soins en France, j'espère qu'on arrivera enfin à faire comprendre que quand la santé est gérée par des bureaucrates et des administratifs, ça ne marche pas. J'espère bien que les choses vont changer suite à ça parce que c'est inadmissible que l'on soit en France, un pays développé et qu'on ose nous faire croire que les masques ne sont pas obligatoires, que les soignants peuvent prendre du FFP1, que finalement, ils peuvent prendre deux FFP1, ça fera un FFP2. Il faut, à un moment donné, qu'ils se rappellent à qui ils s'adressent. On n'est pas des bleus. Au lieu d'oser admettre que l'on manquait de masque parce qu'ils avaient fait des erreurs, il valait mieux dire qu'on n'en avait pas besoin. En fait, ça été un enchainement de mensonges qui ont décrédibilisé totalement la gouvernance des soins en France. En même temps, on savait très bien à quoi s'en tenir mais là, pour le coup, ça été vraiment le pompon. Typiquement, quand on voit, même s'ils sont plein de bonne volonté, mais quand on voit à quel point on est obligé de repasser la première alors qu'on est déjà en sixième parce qu'il faut répondre aux doctrines, parce qu'il faut monter des projets comme si et pas comme ça, c'est à l'encontre du bon sens. Or on a besoin de réactivité aujourd'hui mais on n'en a pas parce que ce sont des bureaucrates qui s'occupent de la gestion de la santé en France. On partage tous globalement le même avis sur la question, à savoir, la santé doit être gérée par des gens du soin et que c'est à ce prix-là qu'on aura une réactivité cohérente et nécessaire sur notre sol pour répondre à ce type de problématique et aux autres. C'est vrai qu'un clivage a été créé entre la ville et l'hôpital pendant des années. Pendant des années et des années, on a séparé les deux alors qu'on est complémentaire. C'est vrai que la CPTS est là aussi pour ça. Je le vois, ça nous aide à ça, ça nous aide à recréer du lien et de la complémentarité entre soignants de tous les horizons, privé comme public. On est tous complémentaires et c'est intéressant et important de s'en rappeler.

CG : Et justement, est-ce que vous avez peur d'un retour à un hospitalo-centrisme qui serait plus visible qu'auparavant ?

Dr : Ah oui ! C'est clair qu'on en a peur parce que je vous dis, toutes les informations que l'on voit, sont tournées autour de l'hôpital. C'est l'hôpital par-ci, c'est l'hôpital par-là. Alors, évidemment c'est là qu'il y a les services de réanimation, et encore, vous les avez dans les structures privées, en sachant – je l'ai su lorsque je suis allée faire une garde à la clinique privée qui est à côté dans ma ville – qu'ils avaient annulé tous les blocs, tout ce qui n'était pas urgent pour faire de la place. Les services de réanimation étaient prêts à accueillir.

L'hôpital Mignot était saturé et il transférait des patients en Province alors que juste à moins d'un kilomètre, il y avait une structure qui était capable d'accueillir, qui finalement, a récupéré des patients qui étaient dans le 92. C'est quand-même un comble. [...] C'est compliqué et pourtant on est quand même tous dans le même bateau. Il faut quand même revenir aux bases, c'est le bien-être du patient. Donc il y a un problème de cohérence là-dedans qui fait quand-même peur. J'espère que l'on ne va pas revenir à cette idée de l'hôpital tout puissant, parce que c'est aussi dans l'inconscient collectif ce qui ressort. C'est très intéressant d'être sur les réseaux sociaux pour voir ça [...] [Fin de l'enregistrement].

Entretien réalisé avec le Dr Assouline, médecin généraliste

Dr : Dr Assouline

CG : Présentation du projet et du déroulé de l'entretien. Comment vous êtes-vous informés ? Quelles étaient les canaux d'information et quelle était leur qualité ?

Dr : L'essentiel vient de la création de cette cellule Covid, de la volonté de créer un centre de consultation et de dépistage, dédié au Covid, pour éviter que les patients atteints de maladie Covid ne puissent « polluer » les cabinets médicaux et pour éviter que les patients non-Covid viennent dans un cabinet médical ou prennent le risque d'être soit contaminés par les patients Covid. La création de cette cellule a nécessité que l'on puisse voir les ressources médicales du secteur, c'est-à-dire du territoire puisque nous avons décidé de créer cette cellule pour quatre villes : Vincennes, Fontenay-sous-Bois, Saint-Mandé et Charenton-le-Pont. Pour ce faire, on a créé des groupes *WhatsApp* de professionnels de santé, des grands groupes de médecins, de pharmaciens, d'infirmières, de kinésithérapeutes et de dentistes. Avec la création de ces grands groupes regroupant quasiment tous les professionnelles des quatre communes mais essentiellement des communes de Vincennes, Fontenay-sous-Bois, Saint-Mandé parce qu'initialement nous avons utilisé un SAMI, c'est-à-dire un service d'aide médicale d'urgence lorsque les cabinets médicaux sont fermés. On a utilisé cette structure pour arriver à construire ces groupes *WhatsApp* de professionnels de santé. Sur ces groupes qui regroupent différentes spécialités, petit à petit, on a enrichi nos connaissances sur le Covid et ça nous a permis à travers différentes spécialités médicales de regrouper tous les tableaux cliniques existant dans cette pathologie. C'est qui nous a permis de nous renforcer nos connaissances sur cette maladie. Grâce à ces groupes *WhatsApp*, on a pu aussi avoir les ressources médicales permettant de faire fonctionner cette cellule Covid. Ainsi, ces groupes nous ont permis d'en savoir plus sur cette maladie et de faire en sorte que les patients non-Covid reviennent peu à peu dans nos cabinets médicaux respectifs. Ce n'est pas encore gagné car parfois on a des patients qui ont été dans des cellules Covid quelques jours ou semaines auparavant. Cela nous oblige à être très prudents dans les cabinets médicaux et à désinfecter systématiquement après chaque passage. Mais le fait d'avoir des téléconsultations, m'a permis d'éviter au maximum que des patients présentant des signes Covid, ne viennent à ma consultation. Lorsque j'ai des patients présentant des signes Covid et qui nécessitent un examen médical, je les adresse à la cellule Covid et je réserve mon cabinet aux malades chroniques, pour lesquels j'espère, quand je les reçois, j'ai le moins de patients atteints de cette pathologie.

CG : Et concernant les informations, vous me parlez des groupes *WhatsApp* vous ont permis de vous informer mais est-ce que vous avez reçu de l'information de la part de l'URPS médecins libéraux et de l'Ordre, par exemple.

Dr : Oui bien-sûr. Ces groupes s'alimentent évidemment à travers des informations provenant de Direction Générale de la Santé, de l'ARS, de l'URPS, du Conseil de l'Ordre et nous avons des articles issus de publications internationales, avec des échanges. Au sein de ce groupe, par exemple, nous avons un infectiologue de l'hôpital Bégin, nous avons également un référent de l'hôpital Georges Pompidou qui alimentent, par leurs publications, les groupes *WhatsApp*. Il y a évidemment les ressources liées administrativement à la Direction Générale de la Santé, de l'ARS et de l'URPS, mais nous avons également des publications internes qui sont diffusées dans ces groupes.

CG : Lors d'un entretien, un médecin m'expliquait que les publications du Conseil de l'Ordre n'étaient pas suffisamment « pertinentes » pour lui et qu'il avait préféré par d'autres biais tels que les groupes *WhatsApp*. Est-ce que vous partagez cet avis-là ?

Dr : Non, je crois que tous les avis sont pertinents. La Direction Générale de la Santé, l'Ordre des médecins, l'ARS, etc. rapportent des recommandations globales issues de comités scientifiques mais il y a bien-entendu des avancées qui se font de part et d'autre et qui n'ont pas encore reçu la labellisation de l'ARS ou du Conseil de l'Ordre mais qui nous permettent de réfléchir et de sentir un peu les pistes. D'ailleurs, justement, si le centre Covid, a d'abord été un centre de consultation et de dépistage, il va devenir à partir de la semaine prochaine, un centre thérapeutique parce que nous allons accueillir un protocole, en collaboration avec l'hôpital Georges Pompidou et l'hôpital Bégin, un bras thérapeutique, c'est-à-dire un protocole mis en place qui va nous permettre d'inclure des patients qui viendraient consulter à la cellule Covid et pour participer à l'ensemble des bras thérapeutiques et des essais thérapeutiques qui sont mis en France. Ça permettra d'abord de faire un lien entre la ville et l'hôpital parce que pour l'instant, c'est principalement le milieu hospitalier qui a mis en œuvre des protocoles de recherche thérapeutique. Notre cellule participera donc à un essai thérapeutique, ce qui est assez inédit. On collaborera. Le fait d'avoir un grand groupe *WhatsApp* de médecins, d'un comité médical qui intervient au sein de cette cellule au-delà des consultations. Il y a donc une réflexion apportée, il y a nos propres statistiques. Il y a notre propre façon de voir l'évolution des choses et de nous permettre de réfléchir à travers de diverses publications et des expériences de chacun sont profitables au sein de ce groupe qui atteint maintenant une centaine de praticiens.

CG : Pour rebondir sur la cellule Covid, j'ai lu un article sur le centre que vous aviez mis en place. L'article résumait le fonctionnement de cette structure. J'aurais aimé savoir comment vous était venue l'idée de créer cette cellule ? Avec qui, à quel moment ?

Dr : Le samedi 21 mars, quelques jours après ces mesures de confinement décidées, je suis un élu, à la santé de la ville de Saint-Mandé, j'ai demandé au maire une petite réunion pour que l'on puisse discuter de ce que l'on allait pouvoir apporter raisonnablement aux citoyens de notre ville, en termes d'information de prise en charge et ensuite. On s'est dit que ce serait bien - parce que j'avais déjà la semaine précédente beaucoup de mal à gérer ma patientèle au cabinet, compte-tenu de l'angoisse que j'avais d'accueillir au sein de mon cabinet des patients pouvant être atteints de cette symptomatologie que l'on ne connaissait pas vraiment à ce moment-là - de créer, pour les médecins, un centre de consultation dédié. J'ai ensuite contacté le SAMI pour voir s'il voulait s'associer et si les villes alentours étaient d'accord pour qu'ensemble nous créions, sur ce territoire-là une cellule dédiée à la consultation Covid. Ensuite, nous avons avancé très vite puisque le maire de Saint-Mandé nous a tout donné. Il nous a proposé un local car nous cherchions un grand local aéré, suffisamment vaste car nous avons déjà envisagé qu'au-delà des consultations que l'on aurait, qu'il faudrait bien un jour penser au déconfinement. On s'était dit qu'avec les progrès que l'on espérait voir venir, que nous allions pouvoir participer au déconfinement et reprendre un petit peu les rennes de ce qui allait être les prémices de ce déconfinement. C'est pour cette raison, que nous nous sommes d'emblée organisés pour donner à ce « cabinet » de consultations, une première vie, c'est-à-dire la vie de la consultation, du dépistage et puis maintenant, peut-être un bras thérapeutique mais qui est encore malheureusement un protocole. On aurait aimé, mais on ne savait pas à l'époque si l'on aurait un traitement à proposer. Donc ça aurait été un centre de traitement en même temps. Là, ça sera pour l'instant, encore un protocole ; puis pour le déconfinement être capable de dépister les patients et de voir quel est leur statut immunitaire en vue d'une reprise de l'activité économique.

CG : Et donc le centre de consultation a été opérationnel à quel moment ?

Dr : Il était opérationnel une semaine après, c'est-à-dire le 30. Le 30 après-midi, on a ouvert le centre. Donc très vite, le samedi 21, on s'est réuni. Le 22 on est allé visiter le centre et tout de suite, on a recouvert le terrain de basket, on a mis des tentes de consultation. Puis, on a très vite, un dentiste, qui ne pouvait plus exercer depuis le 16 mars, nous a aidés à faire en sorte que l'on ait le matériel nécessaire pour débiter les consultations, c'est-à-dire le matériel de protection pour les soignants et pour les patients qui consultaient. On a très vite commandé, à travers des grossistes de matériel dentaire, le matériel nécessaire car ces grossistes, avaient à l'époque encore un peu de matériel disponible ; heureusement sinon on n'aurait pas pu mener cette opération.

CG : Et comment vous vous êtes approvisionnés en plus de ces grossistes ?

Dr : On a eu la chance que le maire ait accepté une très grosse commande de 15 000€ environ [...]. Grâce à ça, on a pu tenir un certain temps. Maintenant on vit plus de bric et de

broc, c'est-à-dire qu'on va plus chercher à droite, à gauche. Le MEDEF nous a aidé pour trouver des combinaisons. L'hôpital Bégin, nous a aidé pour trouver des masques FFP2. Ensuite, il y a eu une contribution de l'ARS en termes de masques, qui nous a permis de constituer des masques permettant de protéger les soignants. Ensuite, petit à petit, il y a eu la débrouillardise, on s'est débrouillé et on est arrivé à faire en sorte que tout le monde soit bien équipé et surtout très bien protégé parce que c'était la condition sine qua none à l'ouverture de cette cellule Covid. Jusqu'à présent, on est arrivé tant bien que mal à trouver tout ce qu'il nous fallait. Il faut dire, que dans un premier temps, l'ARS nous a autorisé l'ouverture de cette cellule Covid uniquement avec une dotation de 200 masques et petit à petit, ils ont eu le temps de s'organiser et donc ils proposaient une rémunération pour les médecins vacataires. Ils nous ont aussi aidé pour un budget pour le ménage et la décontamination car il nous fallait une société de décontamination le soir et la société de décontamination prenait 4 000€ par semaine pour décontaminer le centre. Là, aussi, c'est la mairie qui a signé les contrats, qui s'est engagée dans cette démarche financière de soutien. Maintenant, l'ARS prend le relais. On va pouvoir présenter ces factures et alléger un peu la charge des collectivités.

CG : Actuellement, la charge était prise essentiellement par la mairie de Saint-Mandé et par les trois autres communes ?

Dr : Oui bien-sûr, les autres communes contribuaient. Au départ, la mairie a tout avancé mais ensuite les autres mairies ont dit, qu'au terme du bilan, qu'ils partageraient les frais.

CG : Vous m'expliquiez précédemment que le centre faisait également office de centre de dépistage. De ce que j'ai cru comprendre, vous aviez eu certaines difficultés pour devenir un centre de dépistage. En fait, comment ça s'est passé exactement ?

Dr : On s'est aperçu que la consultation n'était pas quelque chose de très important si on n'avait pas la possibilité de dépister en même temps, surtout qu'au même moment, les laboratoires de ville de Vincennes, Saint-Mandé et Fontenay-sous-Bois ne pratiquaient ces dépistages au sein de leurs locaux parce que pratiquer ces dépistages dans leurs locaux, c'était les polluer et donc les autres prélèvements n'auraient pas pu être faits. On a donc poussé l'ARS à faire en sorte qu'elle nous accorde ces prélèvements en élargissant petit à petit les indications. Au départ, on a été d'accord pour que ces indications soient plutôt restreintes aux patients présentant des comorbidités ou aux professionnels de santé qui venaient consulter. Puis au fil des jours, on a bien-sûr élargi et depuis 48 heures, on a beaucoup élargi ces prélèvements à l'ensemble des patients présentant des signes Covid ou souhaitant éventuellement s'occuper de leurs parents ou qui ont besoin de reprendre leur activité professionnelle et qui ont besoin de connaître leur statut immunitaire même s'ils acceptent que les gestes barrières persistent et s'amplifient, ils ont besoin de savoir s'ils

risquent ou pas de contaminer leurs proches ou leur lieu de travail malgré les mesures de protection. Ça a été un plus, pour nous, de pouvoir beaucoup plus tester.

CG : Justement, comme se passent les tests dans le gymnase ? Combien de professionnels les réalisent ? De quel type de test s'agit-il ?

Dr : Pour l'instant, nous n'avons qu'une seule tente dédiée aux tests [...]. Au sein de la cellule, on a également la protection civile qui aide à l'accueil des patients. C'est le premier contact avec la cellule. Ensuite, le patient voit un professionnel de santé qui l'accueille, qui prend des informations administratives et des éléments médicaux. Le patient est ensuite accompagné au pied de la cellule une personne de la protection civile pour commencer la consultation. [Diffusion d'une vidéo de l'organisation de la cellule destinée aux élus locaux pour leur expliquer son fonctionnement].

CG : Combien de médecins sont présents pour les consultations ?

Dr : On a deux médecins présents de 8h à 20h avec des roulements et deux infirmières dont une est dédiée aux prélèvements. Il y a aussi un médecin superviseur qui est un médecin qui s'est un peu plus formé à la pathologie Covid et qui est là pour contrôler que les procédures d'hygiène, de réception de patients soient conformes aux protocoles que l'on a établis. On a établi de très nombreux protocoles permettant de nous assurer du parcours du patient et du parcours du professionnel de santé qui doit s'habiller dans un vestiaire dédié, qui doit ressortir par une voie normale et qui une fois sa consultation terminée, doit passer par une tente de décontamination. On a un nombre de procédures importantes pour justement bien faire circuler le patient et le professionnel de santé. Le médecin superviseur est aussi en soutien aux médecins lorsqu'ils butent sur une forme atypique. Le médecin superviseur peut éventuellement appeler un médecin spécialiste de l'organe pour éventuellement avoir un conseil et il peut éventuellement appeler les secours lorsqu'un patient arrive et qu'il est plus grave qu'attendu parce que la cellule n'a pas vocation à recevoir des patients à hospitaliser. On a tout de même eu 25 ou 30 hospitalisations depuis l'ouverture. Ça veut dire qu'il y a des patients relativement graves qui se sont présentés dans cette structure ambulatoire.

CG : Concernant les patients, comment sont-ils adressés à la structure ?

Dr : Les patients, en général, sont adressés par un professionnel de santé, de préférence le médecin traitant. Mais sinon les pharmaciens, les infirmières, les kinésithérapeutes, les dentistes, les centres de soins, les centres médico-sociaux de la région peuvent adresser leurs patients sur simple appel avec un numéro direct. Évidemment le 15 aussi envoie des patients pour décharger le 15 lorsque le patient n'est considéré comme étant à hospitaliser. Les urgences de l'hôpital Bégin par exemple avaient ouvert au départ une cellule Covid mais pour les décharger de cette de cette prise en charge des patients pas très graves, ils nous les envoient, ce qui a permis à l'hôpital Bégin de reprendre des ressources médicales

qu'ils avaient mises à disposition de cette cellule Covid ambulatoire pour les besoins d'hospitalisation.

CG : Parmi les professionnels qui exercent au sein de votre cellule Covid, ce sont des professionnels libéraux qui se portent volontaire pour la structure ? Comment ça se passe ?

Dr : Tout le monde est bien-sûr volontaire. L'ARS a proposé des vacations rémunérées. Ce sont des vacations de 3h pour ne pas avoir à trop changer de matériel parce que le consommable coûte cher et est surtout rare parce qu'on est en pénurie de matériel. On a donc changé notre mode de fonctionnement. Maintenant, ce sont des praticiens et des infirmières qui prennent des vacations de 6 heures en général.

CG : Un système de planning a donc été mis en place pour organiser ces vacations ?

Dr : Oui on a un planning qui se remplit en fonction des besoins et chaque médecin se positionne [...].

CG : Vous me parliez d'un standard téléphonique que vous avez mis en place au centre Covid. Comment s'est mis en place cet outil ?

Dr : On a mis des kinésithérapeutes qui eux aussi ne sont pas en activité et qui gèrent l'accueil de la cellule Covid [...].

CG : Et en moyenne, vous accueillez combien de patients par jour ?

Dr : On était jusqu'à présent, en moyenne à 30 patients par jour sauf pour le week-end de Pâques où on a eu une petite baisse d'activité. Depuis que des mesures gouvernementales ont été prises, nous incitant à un peu plus tester, on monte très vite, aux alentours de 40 voire un peu plus. On est complet. On n'est pas cadencés pour recevoir plus car entre chaque patient il faut désinfecter les chaises, les bureaux, il faut se repositionner, donner le dossier au patient, l'inscrire sur *Covidom*, il faut également apprécier le retentissement psychologique de sa pathologie. Il y a un temps de consultation incompressible. Je pense que l'on pourrait, en fonction des besoins que l'ARS nous demanderait, pousser à 60 patients par jour en faisant en sorte qu'un troisième médecin assure des consultations mais ça va être un petit peu difficile. Je pense que pour l'instant on aura du mal à dépasser les 40 patients par jour dans la présentation actuelle.

CG : Et dans votre cabinet, avez-vous connu une forte baisse de consultations et comment vous êtes-vous organisé ?

Dr : Oui parce qu'il y a eu une baisse naturelle. Je prends mon cas particulier. J'exerce depuis 35 ans. J'ai une grosse patientèle. C'est moi qui ai plutôt freiné les consultations. Il n'y a que depuis une semaine que j'ai repris les consultations. Pendant les 2-3 premières semaines, je me suis consacré entièrement à la cellule Covid et je n'avais donc pas beaucoup de temps. Je freinais les consultations mais faisais beaucoup de

téléconsultations car j'ai vraiment voulu éviter aux maximum les contacts. Depuis une semaine, j'ai repris un petit peu l'activité présentielle parce que j'ai des patients qui avaient besoin d'être examinés parce qu'il y avait d'autres pathologies en cours et que l'on était déjà un petit peu en limite de ne pas les recevoir. On ne voulait pas rajouter à la crise sanitaire des retards de prise en charge. C'est pour cela que je fais un peu de présentiel [...]

CG : J'aimerais également savoir comment, vous, en tant que professionnel de santé mais aussi en tant que personne, vous avez vécu la situation ? Auriez-vous aimé bénéficier d'aides supplémentaires auparavant ?

Dr : On vit la situation très difficilement comme tout à chacun. Le confinement, c'est lourd. Je suis personnellement très exposé parce que j'ai pris en charge un EHPAD où ça ne va pas du tout. Moralement c'est très lourd à porter. Il y a la cellule, la gestion sanitaire sur la ville, la gestion au cabinet. C'est donc beaucoup de choses. Moi, personnellement, je suis particulièrement impacté par cette crise sanitaire par mes multiples fonctions et investissements. J'aurais aimé que l'on prenne un peu plus en compte l'action de la médecine de ville dans le schéma de cette crise sanitaire. Je pense qu'évidemment les plus exposés, les plus en difficulté et ceux qu'il faut privilégier, c'est la médecine hospitalière qui est évidemment indispensable pour gérer cette crise. Je pense que la ville aurait dû être un petit peu plus aidée dans la prise en charge des patients non graves pour justement apporter à nos patients des conseils sur cette pathologie, du réconfort, essayer d'améliorer un petit peu leur quotidien et surtout psychologiquement les aider à passer un peu mieux cette crise en les rassurant parce que ça reste une crise sanitaire grave mais en grande majorité les patients ne sont pas hospitalisés. La grande majorité des patients peut vivre cette situation médicale avec un peu moins d'angoisse. On aurait aimé les aider psychologiquement dans cette prise en charge. Je crois que c'est un peu tôt pour tirer de leçons de cette crise sanitaire. Je pense, que moi, je suis encore trop dans l'action et je ne me suis pas encore suffisamment posé pour porter des réflexions larges sur ce qu'on aurait aimé. Je pense que tout le monde fait avec ses moyens, avec ses connaissances. Je pense que c'est beaucoup trop tôt pour vraiment se prononcer sur ce qu'on aurait aimé. Je pense qu'aujourd'hui on se contente de ce qu'on a eu et on essaye à droite, à gauche de faire en sorte que le bateau puisse continuer à avancer.

CG : Et comment avez-vous été amené à intervenir dans un EPHAD ?

Dr : Initialement j'avais une grosse activité dans cet EHPAD. Je m'occupais d'une vingtaine de patients dans cet EHPAD et le médecin coordinateur est tombé malade. Comme j'avais très vite acquis une certaine compétence dans la prise en charge des malades Covid, je me suis engagé à les aider. La maison de retraite, qui était un petit peu désarmée par les premiers décès Covid en son sein, m'a proposé un contrat pour que je puisse gérer cet

EHPAD, ce que j'ai accepté mais c'est très difficile, très très douloureux. Les premiers jours ont été très douloureux. [Fin de l'enregistrement]

Entretien réalisé avec l'infirmière Asalée de Pantin

IDE : infirmière

CG : [Présentation projet et déroulé de l'entretien]. J'aurais aimé savoir dans un premier temps quels types d'informations vous disposiez au fur et à mesure de la situation actuelle, savoir comment vous vous êtes informée, quelles sources d'informations vous aviez.

IDE : Pour ma part, étant salariée de l'association Asalée, action de santé libérale en équipe, j'ai eu des informations par mail très régulièrement avec des échanges sur Zoom, des conférences sur l'organisation des structures avec le partage de pratiques d'autres infirmières d'autres structures telles que celle où j'exerce. Il y a eu beaucoup d'informations, plus sur la logistique, c'est-à-dire l'organisation et les questions que l'on peut se poser, que sur le virus en lui-même [...]. Etant salariée, c'était mon employeur qui directement nous délivrait cette information.

CG : Donc les informations que vous receviez provenaient plus de votre réseau ?

IDE : Oui c'est ça. Il n'y a pas eu de chose clé parce qu'il a fallu s'organiser au sein de nos structures. Moi, je me suis organisée d'une certaine manière dans notre MSP. D'autres infirmières Asalée se sont organisées différemment. Chaque structure était indépendante mais on recevait des propositions d'organisation.

CG : D'accord, et donc vous, comment vous vous êtes organisée ?

IDE : Généralement, mon travail consiste à organiser des consultations d'éducation thérapeutique sur des pathologies chroniques. Pour moi c'était un peu particulier car j'ai été probablement contaminée. J'ai travaillé à domicile depuis le début du confinement parce que j'ai été malade pendant trois semaines. J'ai continué à travailler en faisant des consultations par téléconsultation depuis mon domicile. Je continuais le suivi chronique sans faire ce que l'on pourrait appeler une consultation ordinaire d'ETP car le but n'était pas là. Je faisais plus de la prévention, de l'information, je vérifiais le suivi chronique des patients, si tout était en cours ou s'ils avaient besoin de quelque chose. Cela permettait de faire la continuité sur ces patients chroniques.

CG : Et est-ce que votre activité a varié au cours de cette période ? Est-ce que vous avez eu une baisse ou une augmentation de la demande ?

IDE : Au tout début, notamment début mars, il y a eu en effet une baisse de fréquentation des personnes dans les cabinets car il y avait la crainte et les recommandations de rester à domicile. C'est moi, par la suite, en discutant avec des médecins de la structure, qui ai souhaité les appeler car ils ne se présentaient pas au cabinet ou n'appelaient pas. J'ai donc proposé de les appeler et d'organiser des rendez-vous réguliers. Il est évident qu'il y a eu une baisse de consultation dans les premiers temps, surtout pour mes consultations qui ne

sont pas des consultations urgentes, car je ne travaille pas dans l'urgence, mais qui sont plus pour du suivi.

CG : Vous faisiez ça plus par téléconsultation avec webcam ou par téléphone ?

IDE : C'était généralement plus par téléphone, par rapport au cadre de travail. Travaillant à domicile, c'était plus simple par téléphone. Je reprends mon activité en présentiel à partir de la semaine prochaine. J'adapterai en fonction de ce qui est urgent de voir et ce qui n'est pas urgent de voir. Mais ce sera plus facilement de la téléconsultation.

CG : Et pour d'autres infirmiers Asalée, est-ce que vous savez si leur travail a évolué à cause de l'épidémie ?

IDE : Je connais une infirmière Asalée qui travaille dans un centre santé municipal à Pantin qui a été réquisitionnée pour faire du tri de patients dans son centre de santé.

CG : Et comment avez-vous vécu la situation professionnellement et personnellement ?

IDE : Personnellement, c'était une situation un peu angoissante. En tant que professionnel, ça a été beaucoup de solitude dans le sens où j'ai travaillé majoritairement à domicile car ayant été probablement contaminée, j'étais dans l'incapacité physique de me présenter à mon travail. J'ai fait du mieux que j'ai pu pour m'organiser pour les consultations et essayer de trouver du matériel. La solitude serait le point négatif je dirais car pas d'organisation, très seule mais en même temps parallèlement, paradoxalement, il y a beaucoup de solidarités qui se sont vues, notamment au niveau des particuliers. Les professionnels étaient aussi plus soudés. Il y a eu un bel esprit d'équipe qui est ressort de cette crise. Mais c'est catastrophique en terme matériel, de soutien. Il n'y a eu aucune organisation. Il a fallu tout créer, inventer, monter. C'était vraiment beaucoup de solitudes mais également beaucoup de belles choses. J'espère que les choses qui ont été faites sur le territoire perdureront ; les contacts ont été pris, des choses ont commencées. Certaines choses vont perdurer.

Entretien réalisé avec Mme. Desbenoit, infirmière scolaire qui a exercé au sein du centre Covid à Rueil Malmaison

CDT : Mme. C. Desbenoit

CG : [Présentation du projet et du cadre de l'entretien] Comment avez-vous été amenée à intervenir dans le centre Covid à Rueil Malmaison ?

CDT : L'école s'est arrêtée pour nous le 14 mars. Même si on est infirmière scolaire, quand on est conscient qu'il y a quelque chose qui se passe et que ça touche la santé, il y a une notion de collectif de travail qui fait que même si on n'est pas dans des hôpitaux, on est avant tout infirmière. On a travaillé à l'hôpital pendant plusieurs années. Même si on est infirmière scolaire, on reste infirmière de base. [...] Je ne fais plus partie du bassin de

Nanterre mais j'en ai fait partie pendant neuf ans et j'ai donc gardé des contacts. Un médecin scolaire qui je connais a su que cette plateforme se montait et a contacté le médecin référent, M. Leymarie. La première semaine, je m'étais inscrite sur le site de la Croix-Rouge, auprès de la Réserve sanitaire et de l'ARS. J'ai prévenu que je voulais faire que je voulais faire quelque chose mais que je ne savais ni où ni comment et que j'étais disponible. Il se trouve que j'ai un inconvénient majeur, j'ai 60 ans et je ne pouvais pas faire certaines missions. L'âge n'a pas été un critère retenu par M. Leymarie. Avec une collègue, également infirmière scolaire, on est allé sur la plateforme. On a vu que les médecins avaient peu de matériel que l'on pourrait se positionner dessus, en coordination avec M. Leymarie et d'autres médecins qui avaient déjà récupéré des masques à droite, à gauche. On est allé faire la tournée des lycées professionnels de la région. Je suis retournée dans mon lycée et dans mon collège pour chercher ce que je pouvais avoir comme gel, etc. On a fait fonctionner le bouche-à-oreille et la débrouille. Donc le lundi, on a vu qu'il n'y avait pas grand-chose, le mardi a récupéré tout ce que l'on pouvait récupérer. Le mercredi on apportait le tout à la plateforme. [...] En venant travailler ici, j'avais fait une demande de cumul d'activité à titre bénévole, le temps de la crise sanitaire. J'ai dû prévenir ma cheffe d'établissement et l'inspection académique m'a dit que je devrais être à mon poste lorsque ça reprendra.

CG : Vous avez eu principalement une fonction logistique pour trouver du matériel pour pallier le manque ?

CDT : Oui. Ça c'était la première partie. C'était pour sécuriser la plateforme parce qu'une plateforme sans matériel, je ne vois pas comment ça peut fonctionner durablement. Une fois qu'ils avaient masques FFP2, surblouses, charlottes, surchaussures, blouses en plastiques de protection, y compris les surblouses par exemple que l'on a récupérées au lycée professionnel de ma collègue. Les médecins avaient donc une blouse normale en plus de la surblouse en plastique. Il y a deux versants pour l'accueil des malades : il y a l'accueil des gens qui arrivaient et il y a le temps dans le cabinet médical et ce dernier, est un temps qui a besoin d'être protégé pour le médecin et la personne qui vient. [...] On accueillait les malades. Accueillir les malades, ça comprend tout ce qui est dans la notion de l'accueil. Ça veut dire prendre soin, commencer à demander aux personnes si elles ont un masque et leur en proposer un si elles n'en ont pas, leur demander de se laver les mains avec du gel hydroalcoolique qui est à leur disposition. On leur montre comment se laver les mains avec du gel hydroalcoolique. Ensuite, on prenait le nom et le prénom des personnes. On se renseignait sur leur provenance pour savoir s'ils étaient envoyés par leur médecin traitant ou par le 15. Puis on leur prenait la température et la saturation en oxygène [...] La prise de saturation permettait de voir rapidement si la capacité pulmonaire de la personne était suffisante ou non [...]. Le fait de prendre la tension et la saturation c'est une façon de

prendre soin, de discuter avec les personnes. C'est une façon de faire médiation. C'est une façon de montrer aux personnes qu'il y a une prise en charge qui démarre. C'est toute la notion du care, de prendre soin, d'être dans la relation, discuter avec les personnes, voir comment ils nous répondent. Ça a un double effet : l'effet prise en charge sur la personne et l'effet évaluation de notre part. On recevait les personnes avec une demi-heure de décalage pour qu'elles ne se croisent pas.

CG : D'accord. Je vois que ça permet de positionner le patient dans une certaine démarche. Vous me parliez de la phase administrative de l'accueil et du recueil de l'origine du patient. En moyenne, les personnes étaient envoyées par le 15 ou par leur médecin traitant ?

CDT : Beaucoup venaient du 15 et des médecins traitants. Avec l'évolution des connaissances sur la maladie, certains étaient envoyés par les dermatologues. La clinique des Martinets nous en a aussi envoyés [...]. Ils pouvaient prendre rendez-vous sur *Doctolib*. Même si les personnes venaient de la part d'un médecin mais que celui-ci ne l'avait pas inscrit sur *Doctolib*, on le prenait quand-même. On recevait les personnes avec une demi-heure de décalage pour qu'elles ne se croisent pas. Il y avait deux cabinets médicaux. Dès qu'un médecin recevait un malade, le malade suivant était pour l'autre. On était deux infirmières et deux médecins, ce qui était nécessaire.

CG : Une fois que les patients sortaient du centre, comment se poursuivait la prise en charge ?

CDT : Une fois que les personnes venaient en consultation, une fiche était d'abord remplie. On connaît en général le nom de leur médecin traitant qui pourra ensuite faire un suivi. Les malades pouvaient également être inscrits sur *Covidom*, pour être suivis en répondant tous les jours à un questionnaire pour connaître l'évolution de la maladie. Les personnes rentraient soit chez elle soit étaient envoyée à l'hôpital Foch avec une ambulance du 15. L'hôpital Foch avait été l'hôpital de référence chez nous car il avait créé deux orientations aux urgences, une pour les cas Covid et une pour les non-Covid.

[...]

CG : Concernant le matériel, les pharmacies environnantes vous ont-elles aidés ?

CDT : Alors ça, moyen. Il se trouve que le soir-même je suis allée à la pharmacie à côté de chez moi. J'ai obtenu 9 masques sur les 18 normalement requis. J'y suis retournée deux semaines après et la personne m'a envoyé sur les roses. Heureusement que l'on s'est débrouillé pour trouver du matériel ailleurs parce que les 18 masques ne nous permettaient pas d'en donner aux patients et d'en avoir pour tout le monde. [...] Ça a été très variable. Il y a des pharmacies sur Rueil qui en donnaient et d'autres non car certaines en avaient suffisamment et d'autres non. Il y avait des médecins qui arrivaient à en avoir et d'autres non.

CG : Justement, comment, en tant qu'infirmière mais aussi en tant que personne, vous avez vécu la situation ? Et quelles aides supplémentaires vous auriez souhaitées avoir pour gérer au mieux cette crise ?

CDT : On a eu la sensation de vivre un moment de guerre, je pense où on s'est dit que c'est le bouche-à-oreille et la débrouillardise qui ont aidé. En tant que professionnel de santé, on a fait notre travail en balisant le terrain pour que ça soit praticable. [...] On l'a vécu en se disant qu'il n'y avait pas ce qu'il fallait et que l'on allait se débrouiller car on nous a demandé de faire notre travail [de professionnel de santé] sans nous donner les moyens de le faire. Tout le monde s'est mobilisé. [Fin de l'enregistrement]

Entretien réalisé avec Mme. Dubois, pharmacienne et directrice de la CPTS Pôle Santé Paris 13

SD : Mme. S. Dubois

CG : [Présentation du projet]. Pendant toute la durée de la crise, comment vous êtes-vous informée ? Comment les autres professionnels de la CPTS se sont informés pour prendre en charge les patients les patients Covid et les autres patients, notamment ceux atteints de maladies chroniques ?

SD : Le Pôle de santé, la CPTS, a mis en place une newsletter, un flash info qui sort trois fois par semaine pendant le confinement. Elle était envoyée à environ 1 200 professionnels du territoire, aussi bien des médecins, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers, que des pharmaciens ou des professionnels de structures salariées et du médico-social. Ce flash info regroupe toutes les informations officielles et toutes les informations qui concernent le territoire avec les laboratoires qui réalisent des tests de dépistage, des laboratoires qui maintenaient des activités pour les autres patients, des maisons de santé dans lesquelles on pouvait avoir des plages de consultation. Il contenait aussi beaucoup d'informations techniques sur les mesures d'hygiène, le choix des produits, le choix du matériel, où on pouvait s'en procurer. Il y avait beaucoup d'informations sur la prise en charge sociale des patients pour les professionnels qui étaient confrontés à ça, avec les structures de la mairie, les structures associatives qui s'étaient mobilisées pour le portage de repas, l'accompagnement de personnes isolées à domicile, etc. Ce flash info contenait donc tout ce qui concernait le territoire du 13^{ème}. Tout ce qui touchait aux informations officielles, on les relayait mais c'était un lien vers les sites officiels car c'était bien fait.

CG : Et est-ce que vous avez aidé des professionnels à monter des centres Covid ou à s'organiser au sein des MSP ?

SD : Les MSP se sont organisées pour avoir des plages dédiées Covid et des plages dédiées non Covid. Ils se sont très bien organisés par eux-mêmes et nous ont informés de leur dispositif et on s'en est servi pour orienter les patients. On a appuyé sur le matériel, surtout, pour qu'ils puissent continuer à prendre en charge des patients en toute sécurité. On a eu une grosse activité logistique sur le matériel.

CG : Et comment s'est traduit cet appui logistique ? Quel matériel avez-vous fourni ?

SD : On a fourni des masques chirurgicaux et FFP2, des surblouses, des visières, des lunettes, des solutions hydroalcooliques. On a récupéré à droite et à gauche. La mairie d'arrondissement nous a beaucoup aidés. On a récupéré ce qu'il y avait dans les cantines scolaires, dans les écoles. On a récupéré ce qui était au sous-sol de certaines administrations qui étaient fermées, la BNF par exemple. On a récupéré auprès

d'entreprises qui se sont mobilisées ; le CNAM nous a fabriqué des visières. Pour les surblouses, on a acheté du voile et une trentaine de couturières bénévoles nous ont chacune cousu une vingtaine de blouses [...].

CG : Donc vous avez eu rôle quelque peu similaire à celui des grossistes-répartiteurs pour l'approvisionnement en matériel ?

SD : Les grossistes-répartiteurs distribuaient les stocks d'Etat dans chacune des pharmacies. Nous, nous n'étions pas un point de distribution officielle. Nous faisons de l'appoint, du dépannage, là où il y avait des carences. Il y a eu des professionnels de santé, des maisons de santé. Il y a eu énormément envers le médico-social, les structures de santé mentale, les aides-soignantes qui étaient très mal dotés. C'est là-dessus que nous sommes intervenus.

CG : Ah oui, donc vraiment pour palier au déficit.

SD : Oui, on aidait les professionnels qui n'étaient pas dans le premier cercle de distribution, les structures qui ne recevaient pas assez.

CG : En plus de cette organisation, j'ai entendu parler du fait que vous aviez mis en place avec la CPTS Paris 14, une plateforme téléphonique territoriale. Comment se projet a-t-il été mis en place, à quel moment et comment est venue cette initiative ?

SD : Dès le début de la gestion de l'épidémie au sein de la CPTS et au sein de la CPTS du 14ème car on a toujours tout fait ensemble. Le 10 mars on a fait, avec l'hôpital, une grande réunion d'information à tous les professionnels avec des épidémiologistes, le centre de maladies infectieuses et des urgentistes. Le vendredi précédant le confinement, avec Hector Falcoff qui est le président de la CPTS, on est allé passer une après-midi au SAMU de l'hôpital pour voir quelle était la nature des appels et où ça bloquait. C'était une après-midi horrible pour eux. Ils étaient à plus de 6 000 appels par jour. Il y avait plein d'appels auxquels ils ne pouvaient pas répondre. Ils avaient quadruplé la salle de crise. Les branchements, l'informatique ne suivaient plus. C'était juste un cauchemar. On s'est alors dit qu'il était urgent de faire quelque chose pour au moins limiter les appels qui n'étaient pas de vraies urgences, des appels que l'on pouvait orienter vers de la médecine de ville et des appels qui étaient simplement de la ré-assurance. A partir de ce moment s'est monté ce projet de plateforme de régulation. On a fait très vite, ça a dû prendre deux jours. Ça a été très vite de monter le plan d'organisation mais il fallait ensuite obtenir les accords, être assuré, récupérer du matériel dans une période où on n'était pas livré. Au total, il nous a fallu 10 jours pour mettre en œuvre le projet. Pour la plateforme de régulation, voyez avec Guillaume, c'est lui qui a géré sur place. Quand la plateforme a vu le jour, il y avait beaucoup moins d'appels au 15. La plateforme n'a donc pas été débordée mais elle a rendu beaucoup de services. Elle a surtout rendu beaucoup de services en matière de coordination. Il y a eu beaucoup de professionnels de l'arrondissement qui nous ont appelés pour avoir des

renseignements pour organiser un parcours. Ça a aussi servi pour les demandes de matériel. Ça a donc servi pour beaucoup de problèmes d'organisation et d'orientation des patients, mais pas des patients directement. Le numéro n'était pas un numéro public. Il servait aux professionnels à orienter des patients. C'était une demande du 15 que le numéro ne soit pas public mais il l'a été largement auprès de toutes les structures professionnelles de soins, sociales et médico-sociales ou la Mairie d'arrondissement.

CG : Pourquoi le SAMU ne voulait que ce soit un numéro public ? C'était pour éviter qu'il y ait une confusion avec le 15 ?

SD : Oui c'est ça. Il voulait éviter qu'il y ait une confusion et rester le numéro d'urgence et de régulation.

CG : Donc ça permettait de désengorger le 15 des appels des professionnels ?

SD : Oui. Mais lorsque la plateforme a vu le jour, le problème n'était plus là pour le 15. On avait déjà dépassé cette grosse vague d'appels. C'était devenu à nouveau un peu plus gérable pour eux.

CG : C'était une demande du 15 de mettre en place une telle plateforme dédiée aux professionnels ?

SD : Oui, ce fameux vendredi, c'était une demande.

CG : Et depuis, quelles autres initiatives avez-vous pu mettre en place pour gérer cette crise au cours de la période de confinement.

SD : Tout à l'heure, vous avez parlé des centres Covid. On avait monté un centre Covid. Sur le papier, tout était prêt parce qu'on était prêt à gérer un afflux de patients. On s'est aperçu avec l'agenda partagé, mutualisé, que l'on avait fait pour les plages de consultation Covid des différents professionnels, qu'on avait suffisamment de plages dédiées. Le centre Covid n'a donc pas ouvert car il y avait suffisamment de relais chez les professionnels. Dans la mesure où il n'y avait pas de manque de place, il n'était pas justifié d'ouvrir ce centre.

CG : Si ce centre Covid avait vu le jour, où aurait-il été mis en place ?

SD : Il aurait été situé dans un local qui nous aurait été prêté l'ASM 13, l'association de santé mentale du secteur. Il s'agissait d'un local dans lequel elle n'avait plus d'activité durant cette période. Elle nous prêtait le local avec l'appui de la mairie du 13 pour le personnel d'accueil et de nettoyage.

CG : Pour continuer sur la santé mentale qui entre dans le champ des maladies chroniques, comment ça s'est passé pour prendre en charge des patients ayant de telles pathologies ?

SD : Ça a été très compliqué pour eux. Pour tous les patients de maladies chroniques, ça a été compliqué parce qu'il avait une plus grande difficulté d'accès aux soins. Certains médecins avaient fermé. Les téléconsultations, c'est bien mais ça ne s'adresse pas à tout

le monde. Il faut tout même avoir la possibilité de se connecter. Il faut aussi avoir la possibilité de prendre rendez-vous sur internet. Ce n'est pas donné à tout le monde. Ça ne permet pas de tout résoudre. Il y a aussi eu une crainte des patients car on a tellement communiqué sur le « restez chez vous » qu'ils n'ont pas osé appeler leur médecin ou venir au cabinet, soit par peur de l'infection, soit simplement parce qu'ils se sont dit que ce qu'ils avaient n'étaient pas si grave et qu'ils préféreraient laisser les autres y aller. Et en fait, on a eu beaucoup de surprises. Il y a eu un défaut de consultation. On le voit bien au niveau de la plateforme de régulation : deux fois, on a eu des AVC qui avaient besoin d'être réorientés car ces personnes n'avaient pas consulté parce qu'elles n'avaient pas de médecin traitant.

CG : Donc ça, c'était via la plateforme ?

SD : Oui c'était via la plateforme de régulation.

CG : C'étaient des médecins généralistes ou des infirmiers qui appelaient ? Comment ça se passait ?

SD : En l'occurrence c'était une orthophoniste qui appelait.

CG : Ça permettait le suivi d'un patient après l'avoir pris en en charge ?

SD : Oui. Dans le même ordre d'idée, dans le suivi des pathologies chroniques, on a eu aussi le problème d'un patient diabétique avec un pied diabétique, un début d'infection qui avait besoin d'être « pédicuré ». Il n'y avait pas de pédicure-podologue. On a donc trouvé un centre d'urgence pour cela. Une autre fois, une personne âgée qui n'avait plus de passage à domicile de son infirmière et qui avait besoin d'une autre infirmière. Quand on a éclairci le dossier, on s'est aperçu que l'infirmière n'avait tout simplement pas de matériel pour venir. On l'a donc équipée et la prise en charge a pu reprendre.

CG : D'accord, et dans le cadre de cette prise en charge, c'était son infirmière ou son médecin qui vous a contacté ?

SD : Dans ce cas, c'était un réseau de soins qui nous avait contacté, nous disant qu'il n'y avait pas eu d'infirmière ce jour-là, qu'il avait cherché mais n'avait pas trouvé.

CD : D'accord, donc vous étiez un véritable intermédiaire entre ces professionnels, la cheville ouvrière.

SD : Oui c'est ça. On était un peu une plaque tournante pour réorienter et trouver des solutions [...]. On a aussi mis en place une garde dans les EHPAD.

CG : Comment ça s'est passé ?

SD : Il y a eu sur Paris une astreinte des réseaux de soins palliatifs et on a mis en place en parallèle une garde par secteur d'un binôme médecin et infirmier qui se rendait dans les maisons de retraites pour toutes les situations critiques et les fins de vie.

CG : Et ça s'est mis en place à quel moment ?

SD : C'était au début du moins d'avril, vers le 4-5.

CG : Comment ça s'est passé ?

SD : Le projet a été travaillé avec les EHPAD. En amont, on a constitué des fiches de tous les EHPAD, soit une vingtaine sur le territoire du 13ème et du 14ème avec le nom et les coordonnées du directeur, du médecin coordinateur, les codes d'accès, le matériel disponible sur place. La plateforme de régulation, tous les soirs vers 18h, appelait tous les EHPAD pour faire un point de situation, pour savoir où ils en étaient, quels étaient leurs besoins, comment se passerait la nuit. Ainsi, l'équipe de garde, au moment où elle prend sa garde, a une vision assez précise de la situation. Pour beaucoup on a rappelé qui prenait la garde et à quel numéro la personne était joignable. Il y a donc eu un contact qui a permis de bien établir le contact avec ces structures. Il n'y a eu qu'un EHPAD avec lequel on n'a pas réussi à avoir de contact et donc dans lequel il n'y a eu aucune intervention. On ne sait pas trop quelle était la situation. On ne sait pas s'il n'avait juste pas besoin ou s'il y a eu un défaut de contact.

CG : Les EHPAD dans lesquels vous êtes intervenus, étaient des EHPAD de la CPTS ?

SD : Les EHPAD n'étaient pas membres de la CPTS. On a recensé tous les EHPAD de l'arrondissement et on les a prévenus que l'on pouvait intervenir pour les aider s'ils le souhaitaient.

CG : Et est-ce que l'ARS ou la CPAM vous ont aidés à mettre en place toutes les initiatives que vous avez mises en place.

SD : Toutes les initiatives ont été discutées avec l'ARS et la CPAM.

CG : Est-ce qu'elles vous ont donné des moyens, des conseils ?

SD : Des conseils, c'était surtout dans l'idée de bien s'articuler avec les dispositifs officiels qu'ils soient régionaux ou nationaux, de bien respecter les doctrines qui ont été établies tout au long de l'épidémie. Au niveau des moyens aussi. Je ne sais pas si vous le savez, mais les CPTS ont un financement, l'ACI. C'est l'Assurance maladie qui finance et il y avait un volet qui est prévu pour la régulation des soins non programmés. La plateforme de régulation était prévue mais on s'était donné deux ans pour la mettre en place. Du coup elle est arrivée en dix jours. L'Assurance maladie nous a débloqué tout de suite une enveloppe qui était prévue pour ça.

CG : Et donc si la plateforme avait été mise en place hors période Covid, elle aurait eu les mêmes fonctions ?

SD : Oui, c'était pour répondre aux demandes de soins pour les patients, pas forcément pour les professionnels. C'était aussi pour les patients pour savoir quel médecin traitant n'est pas disponible alors qu'ils ont besoin d'une consultation qui n'est pas une consultation d'urgence, qui ne justifie pas d'aller au service d'accueil des urgences de l'hôpital mais qui

nécessite d'être réalisée dans les 48h. Il s'agit donc de trouver des plages disponibles chez un autre médecin traitant et que ça puisse se faire avec une certaine continuité. Il s'agissait aussi d'organiser le parcours pour éviter le passage ou le retour aux urgences [...].

CG : On a abordé tout le versant organisationnel. J'aurais souhaité aborder avec vous, la façon dont vous aviez vécu la situation ? Est-ce que vous pensez que les liens qui ont pu se nouer entre des professionnels de ville et les professionnels hospitaliers, vont pouvoir permettre une nouvelle étape dans la prise en charge ambulatoire des patients ?

SD : Oui, ça a complètement boosté cette dynamique d'organisation sur le territoire. Déjà au niveau de la CPTS, au niveau des professionnels du premier recours, il y a énormément de professionnels qui ne nous connaissaient pas, qui ont appris à nous connaître et qui participent aux actions coordonnées de la CPTS. Ils ont donc décidé d'adhérer à la CPTS. Il y avait déjà une dynamique ville-hôpital mais là, elle a été décuplée. On travaille en partenariat avec l'hôpital. Et sinon en dehors de ces missions d'organisation, dans mes fonctions, l'avantage d'être pharmacien de territoire m'a permis également d'organiser, de gérer les trousse de garde pour toutes les équipes de garde. Ça représentait une grosse glacière de médicaments et un gros sac de voyage de matériel à préparer tous les jours. Je m'occupais aussi du matériel de protection et étais chargée d'en trouver. Je travaillais également avec les pharmaciens hygiénistes, les pharmaciens hospitaliers sur les protocoles, les modalités de sortie d'hôpital.

CG : Qu'est-ce que vous entendez sur les protocoles de sortie d'hôpital et les informations en matière d'hygiène ?

SD : C'était plus centraliser de l'information et diffuser à l'ensemble des pharmaciens d'officine.

CG : D'accord, donc vous étiez le relais entre les hygiénistes, les pharmaciens hospitaliers et les pharmaciens d'officine ?

SD : Oui, voilà. Après des hygiénistes, c'était vraiment pour aller chercher de l'information et rediffuser de l'information à tous les professionnels sur le choix du matériel. Au tout début de l'épidémie, on se posait des questions sur le port ou non de masques en tissu, sur le type désinfectant et sur l'aération de la salle d'attente accompagnée ou non d'un aérosol. On a donc travaillé sur ce type de questions. Avec la pharmacie de l'hôpital, on a essayé de remédier à la certaine incompréhension qui existait parce que les patients ne sortaient pas avec les mêmes protocoles, notamment avec l'hydroxychloroquine et les antibiotiques associés. On a donc centralisé les questions et voir avec le pharmacien hospitalier, pour bien comprendre comment ça fonctionnait à l'hôpital et quel était le relais en ville selon les types de patient.

CG : Donc ça permettait aux professionnels de ville de s'informer sur les protocoles médicamenteux ?

SD : Oui c'est ça. C'était rediffuser de l'information à tout le monde et éviter que les 50 pharmacies de l'arrondissement appellent l'hôpital, qui sinon, aurait craqué, je crois. [Fin de l'enregistrement].

Entretien réalisé avec le pharmacien d'officine de Rueil Malmaison

Ph : pharmacien d'officine

CG : [Présentation du projet et du cadre de l'entretien] Quels types d'information avez-vous eus ? Comment jugez-vous l'information qui vous a été adressée ?

Ph : On a reçu beaucoup d'informations par mail de différents organismes : le Conseil de l'ordre, les syndicats, la presse, Le Moniteur [des pharmacies]. J'irais presque jusqu'à dire que l'on reçoit un peu trop d'informations parfois redondantes. Les directives varient beaucoup au cours du temps. Si on prend le cas emblématique du port du masque et de la délivrance du masque, c'était assez confus. Je regrette qu'il n'y ait pas eu de document clair sur l'asymptomatologie. Il est vrai qu'on apprend tous au cours du temps mais tout ce qui concerne les symptômes digestifs, dermatologiques, neurologiques, sont arrivées assez tard dans l'information. On a donc probablement raté les premiers cas. Si on avait eu ces informations plus tôt, on aurait pu être plus vigilant sur l'orientation des patients et on aurait pu les confier plus rapidement à un médecin généraliste ou à une structure qui pouvait éventuellement détecter ou suggérer un Covid. Cela étant, je ne sais pas si lorsqu'on a détecté ces cas, on avait déjà ces informations. Sinon, sur les mesures à prendre, il y a aussi beaucoup de mesures de bon sens. On n'a pas attendu d'avoir des recommandations pour mettre des distances et limiter le nombre de patients dans la pharmacie.

CG : Le nombre de patients dans la pharmacie était limité à combien ?

Ph : Nous, c'est en fonction du nombre de personnes qui sont au comptoir. S'il y a deux personnes au comptoir, on fait rentrer deux personnes. S'il y a quatre personnes au comptoir, on fait rentrer quatre personnes en respectant les distances.

CG : En matière d'organisation, vous avez mis d'autres moyens pour organiser votre officine ?

Ph : Pour organiser l'officine, on a limité le nombre de personnes entrantes, on a fait un circuit pour que les personnes se croisent le moins possible. On a mis des panneaux d'information indiquant que l'on demandait aux personnes de ne pas toucher les produits, et que nous allions les servir. Le personnel porte des masques. Le personnel peut porter des gants. S'il n'en porte pas, il doit se mettre du gel ou se laver les mains entre chaque client. On désinfecte régulièrement les comptoirs et tout ce qui est touché par les clients. On désinfecte également tout ce que l'on touche. C'était déjà un peu le cas avant mais on a essayé d'éviter qu'il y ait des mélanges au sein des équipes. On a essayé de faire des équipes par jour, pour éviter qu'une personne d'une équipe ne viennent travailler dans une autres, limitant ainsi les risques de contamination entre les membres de chaque équipe.

CG : J'ai lu divers articles qui expliquaient que seuls les pharmaciens pouvaient porter des masques et que les préparateurs et préparatrices en pharmacie n'étaient pas concernés par les dotations en masques par l'Etat. Comment avez-vous vécu la situation ?

Ph : Ça n'a aucun sens. Bien évidemment, les préparateurs avaient des masques. Je n'ai même pas envisagé un seul instant de suivre la réglementation à ce sujet, ou alors il aurait fallu que je contienne les préparateurs hors comptoir [...]

CG : Concernant les clients, est-ce que vous vivez une certaine pression de leur part ?

Ph : C'est plus qu'une pression. Moi, j'ai été traitée d'assassin parce que je ne délivrais pas des masques.

CG : C'est arrivé assez fréquemment ?

Ph : Je n'irai pas jusque-là. Mais on sent, on nous fait comprendre que nous portions des masques alors qu'eux n'en ont pas. Un certain nombre de patients, 10-20% se disent : « Vous pourriez bien nous donner un des vôtres ». C'est ce qui est sous-entendu.

CG : D'accord, donc il y a une pression régulière.

Ph : Oui, persuadés que le masque est la solution alors que bien évidemment, ils ne savent pas porter les masques. Ils sont toujours en train de se toucher. Ils pensent que le gant est une barrière mais que le masque touche le gant, ça ne pose aucun problème. Dans la mesure où on n'a pas de masque, il est difficile de leur faire la démonstration. Mais lorsque l'on est assez écouté, il est assez facile de leur parler des différentes utilités du masque : protéger les autres, s'empêcher de se toucher le visage.

CG : Par rapport à ça, concernant certains professionnels qui peuvent avoir des difficultés à s'approvisionner, comme ça se passe de votre côté ?

Ph : Les professionnels autour de nous ont accès à *monpharmacien-idf.fr*. Ils peuvent nous demander des masques. C'est un moyen pour nous de les informer que l'on en a. Cela étant, à partir du moment où on a eu la dotation, on en a en stock. La dotation est plus que suffisante par rapport aux besoins exprimés par les professionnels environnant. Ceux qui en demandent le plus, ce sont les infirmières car les médecins n'ont plus personne. Pour l'instant, je ne suis pas à cours de masques pour les professionnels. [...] Les masques que l'on reçoit sont en vrac donc je demande aux personnes de se laver les mains avant de les distribuer. On les donne comme cela. Il n'y a aucune précaution. Normalement ils doivent être stériles alors que là, ils ne sont pas emballés. On a reçu des masques d'on ne sait où. Ça a été épique.

CG : Il y a un problème de traçabilité ?

Ph : Il y a des masques, je ne sais pas par qui je les ai eus. Certains étaient périmés. Il y a une personne qui est arrivée qui a jeté une boîte de masques dans un sac plus ou moins propre, plus ou moins ouvert. S'il y a eu du vol derrière, ce serait compréhensible vu

comment ça a été apporté. Ce qui arrivait par les grossistes, ce n'était pas le cas. Il y a donc eu une des livraisons pour laquelle je ne sais pas qui a envoyé les masques.

CG : Comment se passent vos livraisons ? C'est un grossiste ou [...] ?

Ph : Soit c'est le grossiste, ce qui est le plus traçable, le plus correct, le plus propre. Il m'a livré en même temps que mes livraisons quand il les avait. Mais j'ai eu des livraisons qui sont arrivées par un transporteur, en vrac, sans particulièrement d'information sur leur provenance et sur le fabriquant.

CG : Donc ça, c'étaient les dotations qui provenaient de l'Etat ?

Ph : Ça, je ne sais pas. Je suppose. En plus on a la problématique de ne pas avoir [...] aux patients alors que la région nous fait livrer des masques par la mairie mais il faut que l'on se déplace à la mairie pour aller les chercher. On y va même si on a autre chose à faire. Le Conseil de l'ordre ne donnait pas beaucoup d'information. Nous donc pris la décision d'en donner trois à chaque patient, sur présentation de l'ordonnance. Les médecins et hôpitaux disent aux patients d'aller chercher des masques en pharmacie sauf que nous n'en avons pas et l'on se prend des réflexions désobligeantes. On a l'interdiction d'en vendre alors qu'on a des propositions pour en acheter mais on ne sait pas si on peut les vendre. Le masque est un gros sujet.

CG : Les masques que vous avez principalement, ce sont des masques chirurgicaux ?

Ph : Ce sont surtout des chirurgicaux. Je dois avoir deux boîtes de 50 masques FFP2 depuis le 3 mars, date de la première livraison. J'ai eu une livraison de masques FFP2 dont je ne connais pas la provenance. J'en ai eu une autre le 7 avril.

CG : Ce sont donc des livraisons occasionnelles. Concernant votre activité, comment ça s'est passé ? Avez-vous constaté une évolution ?

Ph : L'activité avait augmenté à partir de fin février - début mars pour avoir un point d'orgue, les trois jours avant le confinement. On a fait en trois jours ce que l'on fait normalement en une semaine. Ça a vidé tous les tuyaux d'approvisionnement. On a mis, avec les grossistes une bonne semaine pour retrouver des livraisons correctes. Actuellement, on a une activité moindre.

CG : Vous avez adapté vos horaires d'ouverture ?

Ph : On a réduit une heure le soir pour pouvoir faire les livraisons parce qu'on a beaucoup plus de commandes par internet, soit via notre site avec des envois d'ordonnance, soit directement par mail, soit par téléphone. On n'arrête pas avec le téléphone. On a beaucoup de patients qui nous appellent pour savoir si les produits sont en stock parce qu'ils ne veulent pas attendre à la pharmacie.

CG : Ce sont vos salariés qui font ça ou ce sont des sociétés extérieures ?

Ph : On s'est organisé. Il y a une personne qui répond au téléphone et s'occupe des ordonnances par téléphone et par mail parce qu'on ne peut pas le faire entre deux patients. Le salarié consacre les 3/4 du temps à ça.

CG : Et est-ce que vous proposez des services de téléconsultation ou de télésoin comme certains pharmaciens le font ?

Ph : Non parce qu'il y a beaucoup de médecins autour qui font des téléconsultations et si l'on veut faire une téléconsultation, il faut un équipement approprié et ça mobiliserait une personne [...]. Tous les patients ont compris que l'on pouvait faire des délivrances, renouveler des ordonnances et que l'on pouvait délivrer trois mois d'un coup. Donc ils voulaient tout, surtout en début de mois qu'on leur donne trois mois d'un coup. Cette information est très mal passée. Tout à l'heure j'ai encore eu une personne qui est venue avec une ordonnance qui a plus d'un an et qui veut que je la renouvelle. Cette information face au patient doit être très claire parce qu'ils entendent ce qu'ils veulent entendre. Ils ne veulent pas aller chez les médecins par peur d'être contaminés. Ils veulent donc que l'on renouvelle tout et n'importe quoi.

CG : Justement, la question du renouvellement est un point que je voulais aborder avec vous. Comment percevez-vous cette mesure ? Est-ce que ça a eu un impact sur votre activité ?

Ph : Il me semble compréhensible de dire aux gens : « Vous n'arrivez pas à joindre votre médecin. Puisque sur des traitements chroniques on pouvait déjà délivrer exceptionnellement une boîte supplémentaire, on peut le faire à nouveau ». Normalement, on a l'obligation d'appeler les médecins pour dit qu'on l'a fait. C'est impossible à faire actuellement puisque les médecins sont pour certains en arrêt d'activité. Il serait souhaitable que nous n'ayons pas de rejet sur ces renouvellements qui ont été faits parce que la façon dont ça a été présentée aux patients, ils ont compris que l'on pouvait tout renouveler. Ça a pu augmenter notre activité dans les premiers jours mais après on leur a dit que c'était mois par mois et pas plus que d'habitude. On est dans une zone résidentielle donc il y a des patients, qui devaient avoir d'autres pharmacies à côté de leur travail, et qui sont venus. C'est pour cette raison que ça a pu avoir un impact positif sur notre activité mais il y a des personnes qui travaillaient à côté et qui font probablement la même chose à côté de chez eux. Mais sinon, notre activité, notre chiffre, n'a pas augmenté particulièrement.

CG : Oui, j'avais lu des articles expliquant que des pharmaciens avaient vu leur activité fortement réduire et qu'ils avaient peur pour les semaines à venir.

Ph : Je pense que ça dépend d'où vous êtes. Nous, nous sommes à peu près stables car nous sommes dans une zone résidentielle. Les gens sont confinés chez eux et donc ils viennent. D'une certaine manière, ceux que l'on perd sont ceux que l'on gagne.

CG : Par ailleurs, j'ai appris que l'Etat a fait en sorte que les officines soient des relais pour les personnes victimes de violences familiales. Qu'en avez-vous pensé ?

Ph : Je pense que c'était une bonne mesure mais il aurait été souhaitable qu'au lieu que cette information ne soit énoncée et que l'on nous dise ensuite quoi faire, de le faire dans l'autre sens : c'est-à-dire : « Est-ce que vous pensez que ça pourrait être une bonne idée ? » et à ce moment-là, on la met en place parce qu'évidemment je n'ai aucune information sur comment je fais, comment je décèle, comment je réagis si la femme arrive avec son époux. Je me suis donc renseignée sur les numéros à appeler et on a reçu un document de la mairie pour savoir qui appeler et sur comment réagir face aux violences. Il est assez déplaisant d'apprendre à la radio que l'on doit faire ça.

CG : Parce que vous ne l'avez pas appris de la part de vos syndicats ou de l'Ordre ?

Ph : Non. Je l'ai appris la veille à la radio.

CG : A la suite, vous n'avez pas eu de documents autres que ceux transmis par la mairie ?

Ph : Non.

CG : C'est donc assez problématique si un jour vous êtes confrontée à ce genre de situation.

Ph : Absolument. Mais je pense que s'il y a bien un endroit où il y aura de l'empathie, où l'on peut isoler les gens, où on a une salle de confidentialité, ça ne me semble pas aberrant comme démarche. C'est plutôt intelligent mais ça s'organise. Ça devait s'organiser comme ça car c'est une bonne idée. Je passe le fait que l'on doive le faire mais que l'on n'est pas rémunéré, en tout cas on n'en parle pas. Pour les livraisons, c'est pareil. On a eu beaucoup de demandes de livraison de la part de personnes âgées or on ne peut pas facturer cette livraison.

CG : Comment vous faites ? Il y a une personne qui se déplace avec sa voiture pour livrer ?

Ph : Oui. On fait même les courses parfois.

CG : Ce qui montre bien que vous êtes un service de proximité.

Ph : Oui on est un service de proximité. On a un lien avec les gens qui est proche et intime donc parfois il y a des situations qui le nécessitent, on peut entamer des démarches avec la mairie pour qu'un service se mette en place. Mais pour la première fois, on ne peut pas laisser les gens sans solution.

CG : Justement, concernant votre vécu de la situation que vous évoquiez tout au long de notre échange, selon vous, comment ça va évoluer par la suite ?

Ph : On parle beaucoup de remercier les soignants, etc., ce qui est tout à fait normal mais le pharmacien est plus considéré au même titre qu'un caissier de commerce, de supermarché qu'en termes de soignant, ce que je trouve fort dommage. Je trouve

également que dans ce genre de crise, on est toujours en porte à faux parce que notre rémunération est basée sur une vente de produits alors qu'il y a toute une activité de service derrière que l'on ne facture pas. Notre seul moyen de facturer notre prestation, c'est à travers un produit. Donc on est considéré comme un commerce, ce que l'on est. Mais toute l'activité derrière n'est pas considérée. On est donc plus considéré au même titre que le supermarché du coin ou de la supérette qu'un personnel soignant. Or nous sommes la première structure vers laquelle les personnes se tournent avant d'aller aux urgences ou quand ça ne relève pas de l'urgence. Les personnes qui n'arrivaient pas à joindre le 15 et qui voulaient être confortées pour savoir s'ils avaient ou pas le Covid, elles appellent le pharmacien. Le personnel que j'ai dédié aux appels, aux ordonnances, aux questions, je n'ai aucun moyen. Je ne suis pas rémunérée là-dessus.

CG : Donc certains patients qui pensaient avoir le Covid, préféreraient vous contacter plutôt que de contacter un médecin ?

Ph : Absolument, soit parce que le médecin était embouteillé, ce qui est compréhensible, soit parce qu'on est ouvert de 9h00 à 20h00.

CG : Cela montre bien l'importance de la continuité des soins.

Ph : Oui, ça montre l'importance de la continuité, de la proximité, de la facilité d'accès. Je trouve dommage que nos structures de soins [...]. Il faut travailler sur l'hôpital, c'est sûr mais sur le lien hôpital-ville, le lien entre médecin et le pharmacien devrait être beaucoup plus aisé, beaucoup plus facile. Il faut aussi travailler sur le fait que l'hôpital et le médecin ne se débarrassent pas des patients en leur disant que c'est la pharmacie qui leur donnera les masques ou que c'est elle qui renouvellera l'ordonnance.

CG : Vous appelez à une meilleure coopération entre les professionnels ?

Ph : C'est indispensable si l'on veut vraiment que ça marche. Il faut s'appuyer sur cette facilité d'accès à la pharmacie. Mais dans ce cas, il faut nous dire à l'avance ce que l'on attend de nous et pas de la veille pour le lendemain ou que l'on l'apprenne le surlendemain alors que ça a déjà été décidé.

CG : Comment vivez-vous le fait que les médias parlent moins des professionnels de ville que des professionnels hospitaliers ?

Ph : On ressent que l'hospitalier est très loué, ce qui est normal parce que c'est ce qui est le plus vu, le plus urgent. Ils concentrent des moyens et un nombre de personnel important et ont donc un poids très élevé. Mais le petit médecin de ville ou le pharmacien de ville, on n'est pas suffisamment [...], on est tellement isolé, on est très décentralisé, ce qui présente l'avantage d'être de proximité mais qui présente l'inconvénient d'être peu représenté. On le voit au travers des discours de nos politiques. Ils parlent essentiellement de l'hôpital mais ils ne parlent pas de la ville. On remercie le personnel hospitalier mais on

parle rarement du professionnel de la ville. On parle un peu plus souvent du médecin généraliste mais quasiment jamais du pharmacien qui est considéré au même titre que le caissier ou l'éboueur. On est content qu'il soit là mais je pense qu'aussi bien pour le politique que pour le public, on est entre les deux, on ne sait pas trop où on est, mais il faut que l'on soit ouvert parce qu'ils ont besoin de leur *Doliprane*. De la même façon, la limitation du *Doliprane* nous est tombée dessus comme ça. Les gens n'ont pas compris. Ils n'ont pas compris que deux jours avant que des gens voulaient de nombreuses boîtes. Nous, nous avons limité tout de suite le paracétamol avant même que nous ayons l'obligation de le faire. Mais ça n'a pas été expliqué.

CG : C'est limité à combien de boîtes ?

Ph : C'est limité à une boîte par personne sans symptômes et à deux boîtes s'il y a des symptômes. Ça a été la même chose lorsqu'on a dit aux personnes qu'il fallait qu'elles prennent leur température. Ils n'avaient pas de thermomètre et donc ils ont tous voulu en acheter. Et donc on n'a plus de thermomètre, de même qu'il n'y avait plus de gel hydroalcoolique. [Fin de l'enregistrement]

Annexe 6 : La coopération extrahospitalière et interrégionale durant la crise épidémique

Durant cette période, les établissements de santé franciliens, manquaient non seulement d'espace mais également d'effectif pour prendre en charge les patients Covid-19.

La mobilisation d'acteurs extérieurs tels que les sapeurs-pompiers, la Sécurité civile et l'Armée a été nécessaire notamment dans le cadre des transferts interrégionaux de malades. La région Ile-de-France faisant face à un grand nombre de malades et de patients dans des services de réanimation, elle ne pouvait gérer seule cette masse. Il a donc été décidé que des patients Covid-19 en réanimation mais dans un état relativement stable seraient transférés dans les hôpitaux et cliniques d'autres régions moins touchées : Bretagne, Centre-Val de Loire, Normandie, Pays de la Loire et Nouvelle-Aquitaine. Le transfert de ces patients a été possible grâce à la coopération des SAMU, des sapeurs-pompiers, de la Sécurité civile, de l'Armée de l'air et de la Gendarmerie. Ces évacuations ont été menées par avion, hélicoptère, car et TGV médicalisé (opération Chardon).²⁰²

Dans la prise en charge des patients Covid-19, une coopération entre des hôpitaux et certains Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) s'est mise en place. C'est qui s'est par exemple passé en Seine-et-Marne. Sur le site de Marne-la-Vallée du Grand Hôpital de l'Est Francilien un dispositif de tri des patients selon leur gravité a été mis en place devant l'hôpital. Ce dispositif mis en place par le SDIS 77, était composé de quatre tentes qui ont été montées devant les urgences de l'établissement de santé. Sept sapeurs-pompiers à temps plein étaient supervisés par deux médecins qui coordonnaient le dispositif médical. Les patients se présentaient à la première ligne de tentes pour indiquer leurs symptômes et leurs antécédents médicaux. Cette première ligne permettait d'éviter l'engorgement des urgences où se rendaient des personnes ne présentant pas les symptômes de la Covid-19.

²⁰² Agence France-Presse, « Covid-19 : les évacuations toujours en cours en Ile-de-France, objectif de 150 patients », *Mediapart*, 2 avril 2020, <https://www.mediapart.fr/journal/fil-dactualites/020420/covid-19-les-evacuations-toujours-en-cours-en-ile-de-france-objectif-de-150-patients>; Agence France-Presse, « Covid-19 : près de 50 malades transférés vers la Nouvelle-Aquitaine pour soulager l'Ile-de-France », *Mediapart*, 10 avril 2020, <https://www.mediapart.fr/journal/fil-dactualites/100420/covid-19-pres-de-50-malades-transferes-vers-la-nouvelle-aquitaine-pour-soulager-l-ile-de-france>.

Annexe 7 : Recommandations de l'ARS Ile-de-France sur la mise en œuvre d'un centre territorial ambulatoire dédié COVID-19 en Ile-de-France

COVID-19 : Mise en œuvre d'un centre territorial ambulatoire dédié – version n°2 – date - Page 1 sur 27

	RECOMMANDATIONS REGIONALES COVID-19	Création : P. OUIANHNON Date : 20/03/2020
		Validation technique par la Direction Métier Date : 22/03/2020
		Approbation par la Cellule Doctrines Date : 22/03/2020
		Validation CRAPS Date : 22/03/2020
COVID-19 022	Mise en œuvre d'un centre territorial ambulatoire dédié COVID-19 en Ile-de-France	Version : 2 Date : 31/03/2020
		Type de diffusion : Diffusion partenaires externes Mise en ligne internet

PREAMBULE

- Modalités de rédaction : Ces recommandations ont été rédigées dans le cadre d'une collaboration étroite entre l'ARS Ile de France, l'URPS médecins Ile de France, l'Assurance Maladie Ile-de-France, et en association étroite avec l'URPS Infirmiers Ile-de-France, la FNCS, la FEMASIF. L'ARS tient à remercier l'ensemble de ses partenaires, et notamment l'Assurance Maladie et l'URPS médecins, pour leur contribution active à ce document.



- Les évolutions de la situation sanitaire sont susceptibles de nécessiter des mises à jour de ce document.

Recommandations régionales pour la mise en œuvre d'un Centre territorial ambulatoire dédié Covid-19¹ en Ile-de-France

Les évolutions de la situation sanitaire sont susceptibles de nécessiter des mises à jour de ce document.

Document à jour au 31 mars 2020 -

Préambule

En phase 3 de l'épidémie, la médecine de ville et les infirmiers sont en première ligne pour la prise en charge des patients suspects Covid-19.

L'évolution rapide de l'épidémie, le manque de moyens de protection efficaces, les répercussions potentielles sur l'accès à la médecine de ville, en particulier pour les autres patients, nous amènent à proposer et développer une stratégie de prise en charge des patients permettant d'isoler les patients suspects Covid-19 des autres patients en séparant les lieux de consultations. Cette nouvelle organisation en « centre ambulatoire dédié Covid-19 » permettra aux cabinets de ville de continuer à recevoir les patients asymptomatiques Covid-19 en minimisant le risque de contamination.

La mission de ce type de « centre ambulatoire dédié Covid-19 » (CAD-Covid) est donc de proposer et de mettre en œuvre une gestion et une organisation les plus proches du territoire, de ses besoins et de l'offre existante afin de répondre aux objectifs suivants :

- Optimiser la prise en charge des patients suspects dans un cadre sécurisé ;
- Eviter la propagation du virus dans les structures de soins habituelles, permettant ainsi la prise en charge optimisée des autres patients ;
- Protéger les acteurs de soins ambulatoires en optimisant l'équipement de celles et ceux qui travailleront dans ces centres, sans exclure la protection des autres cabinets.

Cette organisation devra intégrer une interconnexion forte avec le Centre 15 et les services d'accueil des urgences territoriaux, afin d'avoir une régulation médicale efficace des flux de patients et des demandes de soins.

¹ Ces recommandations ont été rédigées dans le cadre d'une collaboration étroite entre l'ARS Ile de France, l'URPS Médecins Ile-de-France, l'Assurance Maladie Ile-de-France et en association étroite avec l'URPS Infirmiers Ile-de-France, la FNCS, la FEMASIF

En effet, les centres ambulatoires dédiés Covid-19 accueilleront uniquement les patients orientés par la régulation du Centre 15 ou par un médecin : les personnes présentant des symptômes de Covid-19 (fièvre, toux, essoufflement) devront d'abord contacter leur médecin traitant ou, si facteurs de gravité, le centre 15, qui les orientera éventuellement vers ces centres.

A ce stade, il est important de noter que cette organisation spécifique Covid-19 revêt un caractère exceptionnel. Elle cessera dès l'annonce par les autorités de santé de la fin de la crise sanitaire du Covid-19.

En outre, quelques grands principes sont appliqués pour l'organisation des « centres ambulatoires dédiés Covid-19 » :

- Ils ne doivent pas déroger aux consignes nationales² ;
- Ils doivent au maximum éviter l'organisation de réunions collectives ou de regroupements de professionnels et privilégier des modes de communication numérique ;
- Ils sont présentés pour avis à la Délégation Départementale (DD) de l'ARS, la CPAM, en association avec le CDOM du département concerné ;
- Les médecins et infirmiers en activité sur le territoire sont des initiateurs privilégiés de ces projets d'organisation, quels que soient leur spécialité et leur mode d'exercice (MSP, centres de santé, CPTS, cabinet de groupe, cabinet isolé ou toute autre forme d'organisation territoriale) ;
- Quels que soient le ou les initiateurs, ces organisations doivent s'effectuer dans une logique d'inclusion et rassembler au maximum les professionnels d'un même territoire, en prenant en compte les réglementations ordinaires ; le lien avec les acteurs territoriaux de coordination, notamment les dispositifs d'appui à la coordination, les services d'HAD, les équipes mobiles de soins palliatifs, ... est souhaitable ;
- Chaque professionnel de santé intervenant déclare à son assurance RCP cette activité en dehors de son lieu d'exercice habituel ;
- La question d'utilisation de SI spécifiques doit être concertée avant toute mise en place, à l'aune des outils régionaux : Covidom (AP-HP) et Terr-e-santé (ARS)

L'URPS médecins, l'URPS infirmiers, la FNCs, la FEMASIF, les APTA (dans les départements où elles existent déjà -78 et 93-), pourront accompagner les initiatives des médecins et des infirmiers aux côtés des DD de l'ARS et des CPAM.

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/covid-19/informations-aux-professionnels-de-sante/>

Les 3 principales catégories d'organisation pour la prise en charge des patients Covid19 :

Ces centres de consultation Covid-19 dédiés, situés dans des locaux spécifiques (gymnases, salles de fête, autres locaux municipaux, ...) au sein desquels viennent consulter des professionnels de santé libéraux ou des professionnels salariés des centres de santé peuvent appliquer pour les médecins, une tarification à l'acte (droit commun) ou une tarification au forfait. Le choix s'effectue selon l'option choisie par les praticiens du site et s'applique de façon exclusive à l'ensemble des médecins qui y exercent. Pour les infirmiers, la rémunération s'effectuera systématiquement au forfait. Les recommandations édictées dans ce document s'appliquent en totalité à ces sites.

Outre cette organisation de centres de consultations spécifiques Covid19 ad'hoc, deux autres types d'organisations peuvent se mettre en place afin de mieux répondre au contexte actuel :

- Les structures existantes avant l'épidémie du Covid-19 (MSP, centres de santé, cabinet de groupe, ...) qui ont mis en place une organisation Covid-19 et ont associé à cette organisation d'autres professionnels de santé libéraux ou salariés du territoire. Ces structures peuvent, là encore, appliquer pour les médecins, une tarification à l'acte (droit commun) ou une tarification au forfait. Le choix s'effectue selon l'option choisie par les praticiens et s'applique de façon exclusive à l'ensemble des médecins qui y exercent. Pour les infirmiers, la rémunération s'effectuera systématiquement au forfait.

- Les structures existantes avant l'épidémie du Covid-19, qui ont mis en place une organisation Covid-19 entre professionnels de santé de la structure. Il peut s'agir de MSP, centre de santé, cabinet de groupe, cabinet isolé ou toute autre forme d'organisation territoriale, qui se réorganisent afin de prendre en charge les patients suspects Covid-19 et les autres patients (sans symptomatologie Covid-19) selon des organisations spécifiques (via des créneaux horaires différents ou box dédiés, salles d'attente séparées, par exemple) afin d'éviter le mélange de patientèle. Pour ces structures, le mode de financement relève systématiquement du droit commun (tarification à l'acte).

Ces trois formes d'organisation peuvent être éligibles aux soutiens administratifs, en ingénierie et financier de l'ARS, qui doit s'appuyer sur une définition du besoin explicite et sur une argumentation des montants ou volumes sollicités. La demande de soutien doit être adressée pour avis aux équipes de la Délégation Départementale de l'ARS.

⚠ Pour toute initiative de Centre ambulatoire dédié Covid-19, merci de remplir les éléments ci-dessous et de les transmettre, par mail, aux adresses suivantes (en fonction de la localisation du projet) :

(Ces éléments sont susceptibles d'être publiés sur la cartographie dédiée aux organisations territoriales de ville dédiées à la prise en charge du Coronavirus)

<p>75 : - ARS : Alain BEAUVOIS: alain.beauvois@ars.sante.fr; Martin BEGAUD: martin.begaud@ars.sante.fr; Marlène ALLIQUX: marlene.alloux@ars.sante.fr; ars-dd75-delegue-departemental@ars.sante.fr / 06.43.48.66.11-06.08.75.50.95 - CPAM : Christine GAUTIER, Sébastien ROUX et Perrine PALLARES : exercice-coordonne.cpam-paris@assurance-maladie.fr / 01.53.38.67.04</p> <p>77 : - ARS : Christine CALINAUD: christine.calinaud@ars.sante.fr; Anais AFONSO: anais.afonso@ars.sante.fr; ars-dd77-delegue-departemental@ars.sante.fr / 06.72.67.18.74 - 07.61.99.13.81 - CPAM : Laurence COUC, Malika MENI et Meldou MARCEAU: exercice-coordonne.cpam-77@assurance-maladie.fr / 06.45.51.34.96</p> <p>78 : - ARS : Elisabeth SENEJOU-QUENTIN: elisabeth.senejou-quentin@ars.sante.fr; ars-dd78-delegue-departemental@ars.sante.fr / 06.07.31.21.04 - 07.62.66.20.34 - CPAM : Véronique ARTHUR, Cécile DILLAU et Laurence BERGIER: exercice-coordonne.cpam-78@assurance-maladie.fr / 01.39.20.32.33</p> <p>81 : - ARS : Nathalie KHENCO: nathalie.khentai@ars.sante.fr; Hélène CREPIN-RENIER: helene.renier@ars.sante.fr; Laurence GOBERT : laurence.gobert@ars.sante.fr; ars-dd81-delegue-departemental@ars.sante.fr / 01.69.36.72.24 - 01.69.36.71.69 - CPAM : Stéphanie BROSSE, Sandrine TATE et Aquilino FRANCISCO: exercice-coordonne.cpam-evry@assurance-maladie.fr / 01.60.79.76.94</p>	<p>92 : - ARS : Vincent TOISSE: vincent.toisse@ars.sante.fr; Menon DRIQUE: menon.drique@ars.sante.fr; Célestine BADIANE: celestine.badiane@ars.sante.fr; ars-dd92-delegue-departemental@ars.sante.fr / 01.40.97.97.99 - CPAM : Sabine GARNIER et Margot GODART: exercice-coordonne.cpam-nanterre@assurance-maladie.fr / 06.68.39.40.93</p> <p>93 : - ARS : Stéphanie CHAPUIS: stephanie.chapuis@ars.sante.fr; Géraldine VALERIO: geraldine.valerio@ars.sante.fr; ars-dd93-delegue-departemental@ars.sante.fr / 01.41.60.70.00 - CPAM : Arnaud BONTEMPS et Jean-Gabriel MOURAUD: exercice-coordonne.cpam-93@assurance-maladie.fr / 01.48.96.54.80</p> <p>94 : - ARS : Régis GARDIN: regis.gardin@ars.sante.fr; ars-dd94-delegue-departemental@ars.sante.fr / 01.49.81.86.94 - 06.82.97.91.22 - CPAM : Amine ZBIDA et Clémence LALAUT: exercice-coordonne.cpam-creteil@assurance-maladie.fr / 07.61.52.77.90</p> <p>95 : - ARS : Adeline CARET: adeline.caret@ars.sante.fr; ars-dd95-delegue-departemental@ars.sante.fr / 01.34.41.14.03 - CPAM : Jean-Marie BENOIS, Laetitia GRANCHER et Merlanne TOUTEAU-FERY: exercice-coordonne.cpam-95@assurance-maladie.fr / 06.03.51.87.09</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Présentation du projet :

- 1) Nature du projet (le porteur, l'organisation, adresse, ...)
- 2) Objectifs principaux du projet
- 3) Modalités d'organisation (salle dédiée, vacations, ...)
 - Les modalités d'accès aux consultations :
 - o Possibilité de prise de rendez-vous en ligne en intégrant des messages d'alerte pour les patients symptomatiques ?
 - o Accueil physique ? Standard téléphonique ?
 - o Consultations programmées et/ou non programmées ?
 - o Jours-Horaires d'ouverture de la structure au démarrage
 - o Plages dédiées
 - L'organisation des espaces au sein de la structure :
 - o La salle d'attente
 - o Les espaces de consultation
- 4) Les professionnels participant à l'organisation
 - Professionnels de santé effecteurs de soins (précisez le nombre et le statut au sein de la structure (libéral ou salarié) :
 - o Médecins généralistes :
 - o Autres spécialités médicales :
 - o Infirmiers :
 - o Autres professionnels de santé :
 - Professionnels de santé et autres professionnels participant au fonctionnement général de la structure et/ou à la coordination entre les professionnels (précisez le nombre et la profession) :
 - o Accueil :
 - o Secrétariat :
 - o Coordination :
 - o Autres :
- 5) Expression des besoins de soutien (accompagnement logistique, financier, ...)
- 6) Attestation sur l'honneur :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e)

En qualité de référent et responsable médical de l'organisation territoriale COVID-19 située à, déclare que l'entité *ad hoc* déployée respecte les dispositions nationales et régionales ainsi que toutes les recommandations des conseils ordinaires et les modalités du code de la santé publique, notamment celles publiées sur les sites internet suivants :

- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_doctrine_ville_v16032020finalise.pdf
- <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>
- <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

Fait à, le

Signature

Quelques principes de fonctionnement

Orientation des patients

Objectif d'éviter le mélange/croisement des patientèles :

- Covid suspect = flux chaud, uniquement dans le CAD-Covid
- Non Covid = flux froid, orientés vers les autres cabinets de ville

Si les structures ambulatoires existantes peuvent gérer le double flux (cabinet avec au moins 2 salles d'attente + personnel d'accueil), c'est cette structure qui prend en charge les patients.

Pour les structures ambulatoires existantes dans l'incapacité matérielle de gérer le double flux, il leur est proposé de garder les flux froids et d'orienter les flux chauds vers le CAD-Covid, après régulation médicale en amont.

Régulation obligatoire en amont de tous les patients pris en charge dans un CAD-Covid 19

Objectif de réguler les venues au centre et d'éviter des « sur-fréquentations » :

- La régulation intègre le Centre 15, SOS médecins, les services d'accueil des urgences, les médecins libéraux ou salariés dans leurs cabinets médicaux, le numéro dédié CPAM (uniquement après régulation du Centre 15)
- Usage d'un agenda partagé, prise de RDV sur site dédié ou tout autre moyen, pour réguler et limiter le nombre de patients sur le site du CAD-Covid. La prise de rendez-vous devra intégrer un temps de désinfection entre chaque patient.

Dans tous les cas, les personnes présentant des symptômes de Covid-19 (fièvre, toux, essoufflement) devront d'abord contacter leur médecin traitant ou le centre 15 en cas de gravité, qui les orientera éventuellement vers ces centres.

Modalités de mise en œuvre du test diagnostique biologique RT-PCR du Covid-19 dans les centres de consultation dédiés Covid-19

Des prescriptions de diagnostic biologique du Covid-19 RT-PCR par les médecins sont possibles dans ces centres. Elles doivent strictement respecter les recommandations nationales à date et notamment les indications de RT-PCR pour recherche du virus SARS-CoV-2.

Ainsi, au 28 mars 2020, seuls les patients **symptomatiques** vus en consultation qui répondent aux critères ci-dessous pourront se voir prescrire un test de diagnostic RT-PCR du Covid-19 et faire l'objet d'un prélèvement par un laboratoire de biologie médicale :

- Professionnels de santé avec des symptômes évocateurs de Covid-19 ;
- Femmes enceintes symptomatiques quel que soit le terme de la grossesse ;
- Critères liés à la comorbidité : personnes à risque (selon les critères définis par le HCSP) de formes graves et présentant des symptômes évocateurs de Covid-19 ;
- Critères liés à la gravité induisant une hospitalisation : patients présentant une symptomatologie respiratoire hospitalisés en réanimation et ceux avec des symptômes ;

- Critères liés à une situation : exploration d'un foyer de cas possibles (en particulier en collectivités de personnes âgées). Au sein de ce type de collectivité se limiter à 3 tests par unité ;

Ne sont donc pas des indications prioritaires :

- Exploration de cas possible en collectivité (EHPAD ...) une fois que le diagnostic a été établi à 3 tests ;
- Personne avec symptômes évocateurs vivant en contact rapproché avec une personne à risque de forme grave ;
- Pneumopathie chez les plus de 50 ans sans critère de gravité ni autre comorbidité.

Ne sont plus des indications de diagnostic :

- Forme pauci symptomatique évocatrice en phase épidémique
- PCR de monitoring pour attendre la négativation chez des personnes atteintes et prononcer la guérison.

Accès du patient : cf. annexe 1

Prise en charge selon les arbres décisionnels régionaux : Cf. arbres décisionnels ARS-URPS médecins – annexe 2 : population adultes et population enfants

Mise en place du protocole de suivi jusqu'à J14 (renouvelable) :

- Mise à la disposition de fiches de recommandation de maintien à domicile (cf. annexe 3)
 - o Inclusion du patient dans l'application e-Covid (cf. annexe 4) ou dans l'application COVIDOM (cf. annexe 5) en relation avec le médecin traitant (si le patient a un médecin traitant).
 - o Si le patient n'a pas de médecin traitant (ou pas disponible), c'est le Centre Régional de Télésurveillance AP-HP-URPS Médecins-ARS qui gèrera le suivi à domicile via application e-Covid et COVIDOM (annexe 4 et 5). Le patient pourra également être redirigé vers les autres professionnels du territoire.
- Validation de la compréhension par le patient des mesures de suivi

Préconisations sur le lieu centre ambulatoire COVID – 19 :

- Surface large et aérée très régulièrement, comportant des points d'eau
- Capacité de recevoir :
 - o Une zone d'accueil, de tri et de prise d'information
 - o Une zone d'attente limitée et espace d'un mètre minimum par patient
 - o Une zone d'examen allant de 2 à 8 box en fonction de la fréquentation estimée et de l'évolution
 - o Un circuit fléché avec entrée et sortie différenciées
 - o Une zone de stationnement dédiée ou parking si possible

Organisation structurelle optimale proposée :

1. Cellule d'accueil

- Si possible dans une cellule isolée type hygiaphone
- Proposant un poste informatique complet avec imprimante et lecteur carte vitale
- Logiciel de prise en charge dédié (à définir)
- Connexion Internet sécurisée en réseau permettant :
 - o la télétransmission (et la connexion éventuelle au DMP) ;
 - o l'accès à une messagerie électronique sécurisée
- Distribution de masques chirurgicaux et SHA, savon sur point d'eau
- Prise d'informations administratives et d'informations sur la circulation selon le protocole défini

2. Cellules de consultations, désinfectées entre chaque patient

- 4 à 8 cellules, avec montée en charge progressive en fonction des besoins
- 2 à 4 pools de consultations comprenant 1 médecin et 1 IDE, travaillant en coopération pour l'examen de primo consultation, orientation et fiche de suivi, en alternance sur 2 box
- Matériels dédiés présents dans chaque box (cf ci-dessous)
- Système d'information partagé
- Si besoin, 2 cellules (sur les cellules existantes) équipées pour les situations subaiguës avec O2 et monitoring, en attendant une orientation potentielle vers un établissement de santé via le Centre 15
- Heures d'ouvertures élargies avec plusieurs équipes qui se succèdent (planning en ligne sur la base du volontariat). En fonction des équipes présentes et de la manifestation des professionnels volontaires du terrain, le coordinateur établit un planning de fonctionnement du centre dédié
- Ouverture 7j/7j
- Ligne directe avec Interlocuteurs dédiés Centre 15 (orientation des appels) et le -ou les- SAU du territoire (transfert après validation par le Centre 15)
- Maintien d'une capacité d'une Unité Mobile double flux, de visites à domicile pour personnes à mobilité réduite après régulation, comprenant un couple médecin/IDE en lien avec les associations de visites à domicile, en fonction des possibilités et de l'évolution de l'épidémie.

3. Mesures de protection et d'hygiène :

En plus des précautions standard, les précautions complémentaires de type «contact» et «air» (FFP2) s'appliqueront en cas de manœuvres au niveau de la sphère respiratoire³.

- **Pour le patient :** après friction des mains avec une solution hydro alcoolique, lui demander de revêtir un masque chirurgical et l'informer de la nécessité des mesures de protection devant être prises.
- **Pour les soignants d'un patient classé « cas possible » ou « cas confirmé » :** ajouter aux précautions standards les précautions complémentaires selon les modalités suivantes :

³ https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-Masque-SF2H-SPILF-04_03_2020.pdf

- Le port d'un masque chirurgical, ou en cas de manœuvres au niveau de la sphère respiratoire d'un appareil de protection respiratoire (APR) FFP2, en vérifiant l'étanchéité au visage (réalisation d'un fit check) pour tout soignant avant d'entrer en consultation ;
- La protection de sa tenue professionnelle par une sur-blouse à usage unique à manches longues : cette sur-blouse sera imperméable si réalisation de soins mouillants ou souillants ;
- La prévention d'une éventuelle projection dans les yeux par le port systématique de lunettes de protection ;
- Le port d'une protection complète de la chevelure (charlotte, calot couvrant, ...) ;
- La réalisation avec une rigueur absolue des gestes d'hygiène des mains par friction hydro alcoolique ;
- Les indications du port de gants à usage unique reste limitées aux situations de contact ou de risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, une muqueuse ou une peau lésée ;
- L'élimination de ces équipements de protection individuelle (EPI) en DASRI, sauf pour les lunettes.

En matière d'hygiène, les recommandations relatives à la gestion des DASRI⁴, et de la gestion des effluents s'appliquent⁵, et notamment :

- S'agissant des centres de santé ayant une convention avec un collecteur de DASRI, les salariés d'un centre de santé qui interviennent dans un centre dédié Covid 19 doivent éliminer leurs DASRI par la voie de ce collecteur ;
- S'agissant des médecins généralistes et infirmières libéraux qui conventionnent individuellement la gestion de leurs DASRI avec un prestataire de leur choix selon l'article R 1335-3 du CSP, leurs DASRI (notamment piquants ou coupants) sont éliminés par cette voie. Cependant conformément aux recommandations du HCSP du 19 mars 2020⁶, les masques et autres EPI portés par le professionnel suivent une autre voie : ils sont placés dans un sac plastique pour ordures ménagères dédié, opaque, disposant d'un système de fermeture fonctionnel (lens traditionnels ou coulissants) et d'un volume adapté. Lorsque le sac plastique pour ordures ménagères est presque plein, il est fermé et placé dans un 2ème sac plastique pour ordures ménagères répondant aux mêmes caractéristiques, qui sera également fermé. Les déchets sont stockés sous ce format durant 24 h au lieu d'exercice avant leur élimination via la filière des ordures ménagères. Ces déchets ne doivent pas être éliminés dans les filières de recyclage ou de compostage.

Pour toute question sur les DASRI, transmettre votre mail à l'adresse suivante :

ars-ldf-covid-dasri@ars.sante.fr

⁴ <https://www.hcsp.fr/explors.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=782>

⁵ Cf Avis du Haut Conseil de la santé publique du 17 mars 2020 relatif à la réduction du risque de transmission du SARS-CoV-2 par la ventilation et à la gestion des effluents des patients COVID-19

⁶ Cf Avis HCSP relatif à la gestion des déchets d'activités de soins (DAS) produits au cours de l'épidémie de Covid-19, en particulier en milieu diffus

4. Matériels et équipements :

Moyens de protections

- Masque FFP2 pour les soignants⁷ : 3 par jour et par soignant
- Masque chirurgical pour les patients : 1 par patient entrant, au minimum
- Masque chirurgical pour les soignants et les personnels d'accueil⁸ : 1 par plage de 4 heures
- Lunettes de protection : 1 par soignant (si désinfectables)
- Blouse d'examen : 1 par soignant
- Sur-blouse jetable : 1 par soignant et par tour de garde
- Gants à usage unique
- SHA par cellules, à l'entrée et à la sortie
- Postes de lavage des mains avec savons
- Sprays et lingettes de désinfection des surfaces

Matériels Informatiques

- Equipements bureautiques complets, avec de préférence un ordinateur portable + Imprimante par cellule + accueil
- Outil informatique de gestion et de suivi des patients (à définir)
- Réseau internet sécurisé
- Photocopieuse partagée

Matériels médicaux de base

- Dynamap + Oxymètre de pouls + thermomètre sans contact (un par cellule d'examen)
- Stéthoscope, otoscope + embout jetable
- Table d'examen + rouleau papier (un par cellule)
- 1 ECG, 1 défibrillateur, 1 matériel de ventilation type BU
- Matériel de prélèvement sang/urine si nécessaire pour examen hors sérologie Covid
- Matériel de perfusion

Matériels autres :

- Nettoyage et désinfection des locaux au moins une fois par jour (idéal 2 fois) et après chaque patient s'agissant des box de consultation
- Une salle de repos/collation équipée (froid, micro-onde, cafetière, tables chaises, vaisselle)
- Communication interne entre soignants par talkie-walkie
- Fléchage extérieur pour l'accès au site

Moyens humains :

- Médecin/Infirmiers, sur la base de volontariat et selon un planning défini en ligne
- Internes/étudiants paramédicaux et réserve sanitaire, si disponible
- Personnel d'accueil : infirmier coordonnateur si possible, ou infirmier, ou étudiant en médecine
- Force de l'Ordre pour sécuriser et réguler le CAD et le stationnement

⁷ <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/avis-sf2h-utilisation-masque-14mars2020.pdf>

⁸ <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/avis-sf2h-utilisation-masque-14mars2020.pdf>

- Recours aux ambulances privées (si site lointain du CH de territoire) pour transfert de patients après régulation par le Centre 15
- Personnel pour nettoyage et désinfections des locaux

Le recensement des volontaires pourra se faire :

- Par le site [Se Soigner en Ile-de-France](#), mis à disposition par l'URPS Médecins libéraux
- Par la plateforme www.renforts-covid.fr.

Rémunération des moyens humains

Pour les médecins effecteurs de soins, au choix des équipes soignantes :

- rémunération à l'acte par l'Assurance Maladie selon le droit commun
- ou rémunération au forfait par l'ARS (FIR) = 420€ pour une vacation de 3h sur site

Pour les IDE effecteurs de soins : rémunération au forfait par l'ARS (FIR) = 260€ pour une vacation de 3h sur site

Pour les autres professionnels effecteurs de soins : à définir au cas par cas selon la profession et l'activité

Quelle que soit la solution de rémunération envisagée, une traçabilité des vacations des professionnels, permettant l'identification des bénéficiaires et des actes effectués dans les centres de consultations, sera indispensable au paiement des effecteurs. Des bordereaux permettant d'enregistrer ces informations seront mis à la disposition des équipes soignantes selon un modèle type (cf. annexe 6).

S'agissant de la rémunération au forfait des effecteurs de soins, les fonds seront versés, sur relevé des vacations effectuées, à un organisme intermédiaire proposé par les professionnels de santé (association loi 1901, SISA, autre structure juridique) qui se chargera de les reverser aux effecteurs.

Soutien de la structure par l'ARS Ile-de-France et d'autres contributeurs

Plusieurs postes d'intervention du centre peuvent faire l'objet d'un soutien apporté par l'ARS Ile-de-France ou d'autres contributeurs (collectivités locales, acteurs économiques, structures ou établissements de santé, donations, ...). Quel que soit le domaine, les demandes de soutien doivent être accompagnées d'une définition précise des besoins et d'une argumentation de leur nécessité.

Selon les types de besoins et le contexte du centre (locaux, territoire, offre environnante, ...) le soutien pourra être apporté par l'un ou l'autre des contributeurs. En l'absence de précisions sur le niveau de fréquentation du centre, une démarche progressive d'équipement est préconisée.

Les principaux postes susceptibles d'être soutenus sont les suivants :

- besoin de renforcement en moyens humains de coordination de la structure, étudié au cas par cas, en fonction de la fréquentation du site, du nombre de professionnels sur site et du nombre de vacations.
- besoin de renforcement en moyens humains administratifs (accueil, secrétariat, assistance, ...)
- besoin de renforcement en moyens humains d'appui au fonctionnement de la structure (information, facilitation, guidage, ménage, ...)
- besoin de renforcement en termes d'équipements (matériel médical ou de bureau, informatique, protection -EPI- selon disponibilité, ...)
- besoin de renforcement en moyens de sécurité.

Le soutien financier sera alloué à une structure juridique proposée par les professionnels de santé (association loi 1901, SISA, autre structure juridique).

Liste des annexes

Annexe 1 : Les étapes de la prise en charge

Annexe 2 : Arbres décisionnels prise en charge du patient suspect COVID19

Annexe 3 : Fiches de recommandations patients

Annexe 4 : Application E-COVID

Annexe 5 : Application Covidom

Annexe 6 : Bordereaux activité Médecins et Infirmiers

Annexe 1

Les étapes de la prise en charge

Les étapes indicatives optimales du fonctionnement du centre :

- Les patients éligibles sont régulés médicalement EN AMONT par les services sus cités
- Un créneau de consultation (jour et heure) est attribué au patient dans les 48h maximum en fonction des places disponibles via l'agenda partagé
- Nécessité de la CSV ou d'une attestation sécu
- Nécessité des traitements en cours
- Le patient arrive au CAD-Covid selon les moyens de transport disponibles :
 - o À pied si pas trop loin du CAD-Covid
 - o Véhicule personnel + recommandation pour accompagnant (si présent)
 - o Transport en commun (bus, taxi réquisitionné...), mais à éviter si possible
 - o En aucun cas par des transports sanitaires qui sont dédiés à la régulation du Centre 15
- Pour ces patients, le port de masque est recommandé, et à défaut, une protection par foulard en tissu le temps de rejoindre le CAD-Covid
- Patient pris en charge par l'accueil du CAD-Covid
- Vérification de l'identité et agenda
- Mise en place de masque + SHA et mise en salle d'attente dédiée à un box d'examen
- Création d'un dossier patient dans logiciel gestion patient
- Vérification des moyens possibles de suivi : Tél portable, adresse mail, téléconsultation, phoning
- Patient pris en charge par l'équipe médical (médecin + IDE)
- L'IDE fait rentrer le patient dans le box d'examen, recueille les premières informations et prend quelques constantes (cf. fiche)
- Le médecin examine le patient et identifie la présence éventuelle de facteurs de risque de forme graves et de signes de gravité (cf. fiche)
- Si besoin, prélèvement sanguin/urinaire avec envoi en labo (hors sérologie Covid)
- Orientation à la fin de la consultation en fonction de protocole défini (cf. fiche)
- Si le patient nécessite un passage hospitalier, l'information est transmise au SAU
- Si le patient peut retourner à domicile :
 - o Distribution de conseils de confinement

Annexe 1

Les étapes de la prise en charge

Les étapes indicatives optimales du fonctionnement du centre :

- Les patients éligibles sont régulés médicalement EN AMONT par les services sus cités
- Un créneau de consultation (jour et heure) est attribué au patient dans les 48h maximum en fonction des places disponibles via l'agenda partagé
- Nécessité de la CSV ou d'une attestation sécurisée
- Nécessité des traitements en cours
- Le patient arrive au CAD-Covid selon les moyens de transport disponibles :
 - o À pied si pas trop loin du CAD-Covid
 - o Véhicule personnel + recommandation pour accompagnant (si présent)
 - o Transport en commun (bus, taxi réquisitionné...), mais à éviter si possible
 - o En aucun cas par des transports sanitaires qui sont dédiés à la régulation du Centre 15
- Pour ces patients, le port de masque est recommandé, et à défaut, une protection par foulard en tissu le temps de rejoindre le CAD-Covid
- Patient pris en charge par l'accueil du CAD-Covid
- Vérification de l'identité et agenda
- Mise en place de masque + SHA et mise en salle d'attente dédiée à un box d'examen
- Création d'un dossier patient dans logiciel gestion patient
- Vérification des moyens possibles de suivi : Tél portable, adresse mail, téléconsultation, phoning
- Patient pris en charge par l'équipe médicale (médecin + IDE)
- L'IDE fait rentrer le patient dans le box d'examen, recueille les premières informations et prend quelques constantes (cf. fiche)
- Le médecin examine le patient et identifie la présence éventuelle de facteurs de risque de forme graves et de signes de gravité (cf. fiche)
- Si besoin, prélèvement sanguin/urinaire avec envoi en labo (hors sérologie Covid)
- Orientation à la fin de la consultation en fonction de protocole défini (cf. fiche)
- Si le patient nécessite un passage hospitalier, l'information est transmise au SAU
- Si le patient peut retourner à domicile :
 - o Distribution de conseils de confinement

Annexe 1

Les étapes de la prise en charge

Les étapes indicatives optimales du fonctionnement du centre :

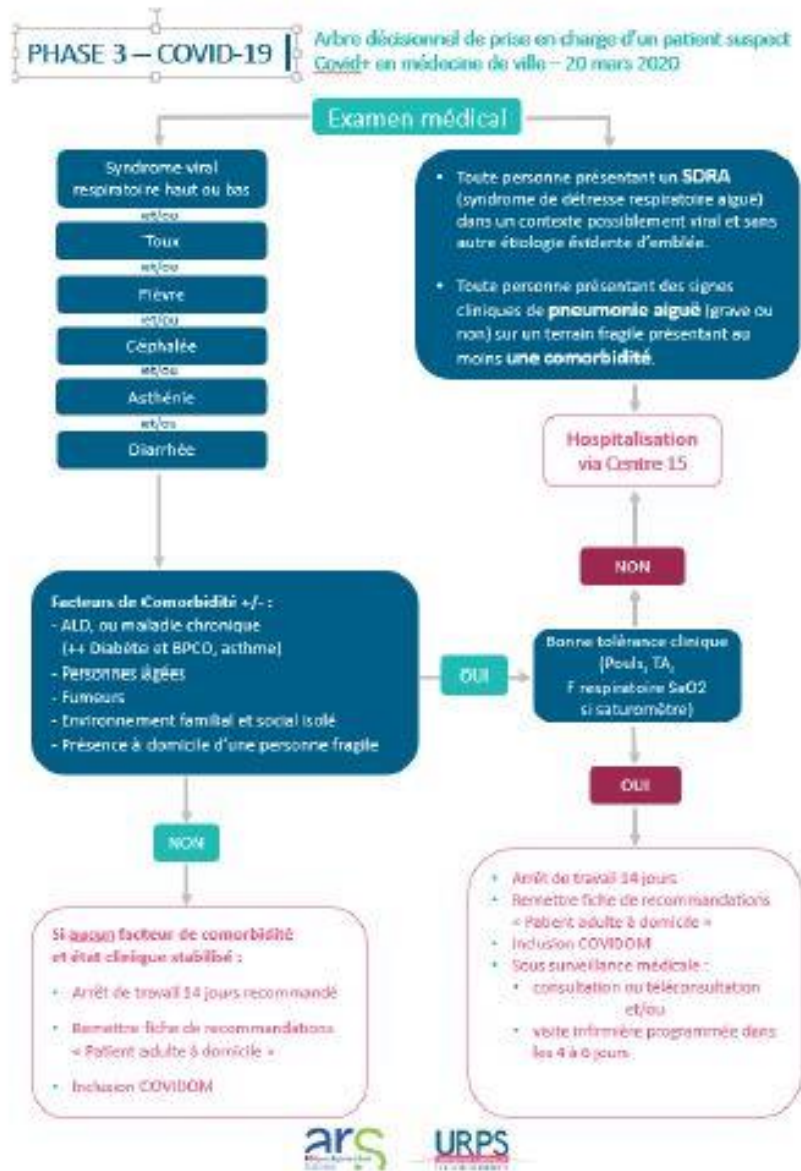
- Les patients éligibles sont régulés médicalement EN AMONT par les services sus cités
- Un créneau de consultation (jour et heure) est attribué au patient dans les 48h maximum en fonction des places disponibles via l'agenda partagé
- Nécessité de la CSV ou d'une attestation sécurisée
- Nécessité des traitements en cours
- Le patient arrive au CAD-Covid selon les moyens de transport disponibles :
 - o À pied si pas trop loin du CAD-Covid
 - o Véhicule personnel + recommandation pour accompagnant (si présent)
 - o Transport en commun (bus, taxi réquisitionné...), mais à éviter si possible
 - o En aucun cas par des transports sanitaires qui sont dédiés à la régulation du Centre 15
- Pour ces patients, le port de masque est recommandé, et à défaut, une protection par foulard en tissu le temps de rejoindre le CAD-Covid
- Patient pris en charge par l'accueil du CAD-Covid
- Vérification de l'identité et agenda
- Mise en place de masque + SHA et mise en salle d'attente dédiée à un box d'examen
- Création d'un dossier patient dans logiciel gestion patient
- Vérification des moyens possibles de suivi : Tél portable, adresse mail, téléconsultation, phoning
- Patient pris en charge par l'équipe médicale (médecin + IDE)
- L'IDE fait rentrer le patient dans le box d'examen, recueille les premières informations et prend quelques constantes (cf. fiche)
- Le médecin examine le patient et identifie la présence éventuelle de facteurs de risque de forme graves et de signes de gravité (cf. fiche)
- Si besoin, prélèvement sanguin/urinaire avec envoi en labo (hors sérologie Covid)
- Orientation à la fin de la consultation en fonction de protocole défini (cf. fiche)
- Si le patient nécessite un passage hospitalier, l'information est transmise au SAU
- Si le patient peut retourner à domicile :
 - o Distribution de conseils de confinement

Annexe 2

Arbres décisionnels prise en charge du patient suspect COVID19

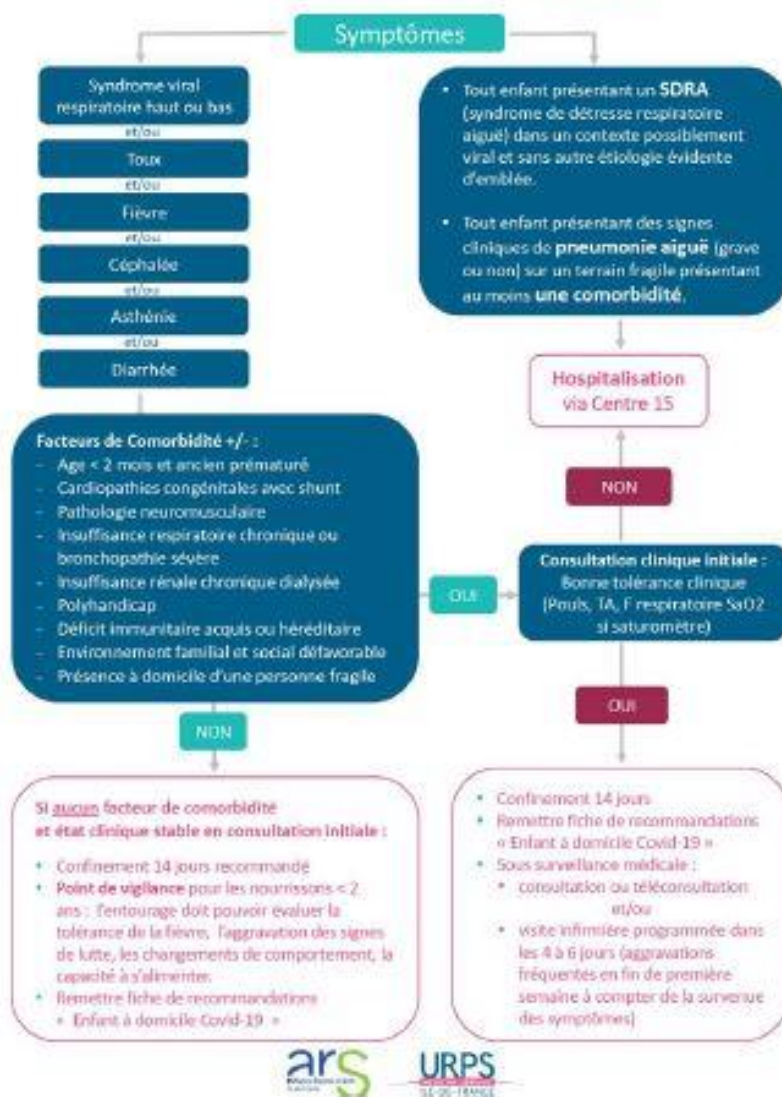
- Adultes
- Enfants

Arbre décisionnel Adultes



Arbre décisionnel Enfants

PHASE 3 – COVID-19 | Arbre décisionnel de prise en charge d'un ENFANT à domicile suspect Covid+ – 19 mars 2020



Annexe 3

Fiches de recommandations patients

COVID-19 | Recommandations patient adulte à domicile

Ce jour, nous estimons que votre état de santé nécessite un confinement à votre domicile où vous devrez rester durant 14 jours.

VOUS DEVEZ RESTER A DOMICILE

- N'allez pas travailler (vous disposez d'un arrêt de travail de 14 jours) ;
- N'allez pas à vos activités de loisirs (cinéma, théâtre, sport...) ou réunions publiques ;
- Ne vous rendez pas dans les lieux publics ;
- N'allez pas, autant que possible, faire vos courses vous-même, privilégiez les livraisons à domicile ;
- Ne fréquentez pas des lieux où se trouvent des personnes fragiles (hôpitaux, maternités, structures d'hébergement pour personnes âgées...).
- Si une sortie est indispensable, portez un masque chirurgical.

SURVEILLEZ VOTRE ETAT DE SANTE

- Surveillez votre température et vos pulsations 2 fois par jour et notez les valeurs sur un cahier ;
- Surveillez la gêne respiratoire, la survenue de frissons et/ou de malaise et notez ces symptômes sur un cahier ;
- En cas de difficulté respiratoire plus importante, contactez votre médecin traitant par téléphone sans vous déplacer, si non disponible appelez le 15 (ou autre numéro prévu par les autorités) ;
- Ne vous rendez pas directement chez le médecin, ni aux urgences de l'hôpital ;
- Il est très important de continuer cette surveillance tous les jours.

APPLIQUEZ LES MESURES SUIVANTES

- Portez un masque chirurgical lorsque vous êtes en contact avec vos proches ;
- Le masque doit être prioritairement porté par vous ;
- Lavez-vous les mains régulièrement ou utilisez une solution hydro-alcoolique, notamment après avoir été aux toilettes, avant de manger et en cas de sortie ;
- Dormez seul(e) si possible ;
- Ne rentrez pas en contact avec les personnes fragiles (femmes enceintes, malades chroniques, personnes âgées...) ;
- Aérez très régulièrement votre domicile (au moins 15 minutes matin et soir).

COVID-19 | Recommandations enfant à domicile

Ce jour, nous estimons que l'état de santé de votre enfant nécessite un confinement à votre domicile où il devra rester durant 14 jours.

L'ENFANT DOIT RESTER A DOMICILE

- Ne pas aller à la crèche ou à l'école ;
- Ne pas aller à ses activités de loisirs (cinéma, théâtre, sport) ou réunions publiques ;
- Ne pas se rendre dans les lieux publics ;
- Ne pas fréquenter les lieux où se trouvent des personnes fragiles (hôpitaux, salles d'attente du médecin, maternités, structures hébergement pour personnes âgées) ;
- Si une sortie est indispensable, porter un masque chirurgical.
Point de vigilance : avant 6 ans le port de masque est irréaliste, et dangereux chez le nourrisson.

SURVEILLEZ SON ETAT DE SANTE

- Surveillez sa température 2 fois par jour et notez les valeurs sur un cahier ;
- Surveillez la gêne respiratoire, la survenue de frissons et/ou de malaise, la tolérance de la fièvre (l'enfant joue, a un comportement habituel après la prise de paracétamol, il est capable de s'alimenter) et notez ses symptômes sur un cahier ;
- En cas de difficulté respiratoire plus importante, contactez votre médecin traitant par téléphone sans vous déplacer ou par téléconsultation, si non disponible appelez le 15 (ou un autre numéro prévu par les autorités) ; si besoin le médecin organise une consultation clinique et produit une ordonnance par internet pour un bilan sanguin.
- Ne vous rendez pas directement chez le médecin, ni aux urgences de l'hôpital ;
- Les experts recommandent le maintien de vaccinations obligatoires, au moins des nourrissons. Ces vaccinations pourront être réalisées par les pédiatres dans le contexte actuel de la crise sanitaire Covid-19.
- Il est très important de continuer cette surveillance tous les jours.

APPLIQUEZ LES MESURES SUIVANTES

- L'enfant doit porter un masque chirurgical lorsqu'il est en contact avec ses proches.
Point de vigilance : avant 6 ans le port de masque est irréaliste, et dangereux chez le nourrisson.
- L'enfant doit se laver les mains régulièrement ou utiliser une solution hydro-alcoolique, notamment après avoir été aux toilettes et avant de manger et en cas de sortie ;
- L'enfant doit dormir seul si possible.
Avant 1 an dormir dans la même pièce est fortement recommandé pour la surveillance du nourrisson ;

- L'enfant ne doit pas entrer en contact avec les personnes fragiles (femmes enceintes, malades chroniques, personnes âgées...);
- Aérez très régulièrement votre domicile (au moins 15 minutes matin et soir).



Annexe 4 - Application E-COVID

L'Agence régionale de santé, en lien avec le GCS Sesan et l'URPS médecins, propose également à tous les utilisateurs de la plateforme de coordination entre professionnels de santé Terr-esanté, un module spécifique dédié au suivi de leurs patients Covid-19 ou suspects de Covid-19 : le module e-Covid.

Terr-esanté est une solution numérique permettant la prise en charge des patients par l'équipe de soins, à laquelle a été ajoutée le module e-Covid de télésuivi des patients à domicile, assurée par un questionnaire en ligne. Ce module permet aux patients de renseigner directement dans une application mobile les constantes quotidiennes nécessaires à leur suivi à distance par le centre régional de télésurveillance.

Un tableau de bord de suivi des patients covid est accessible aux professionnels de santé prenant en charge le suivi du patient et au centre régional de télésurveillance qui peut venir en appui si nécessaire. Pour faciliter la coordination entre professionnels, Terr-esanté met également à disposition des services de coordination en mobilité pour l'équipe de soins (Tchat, notes partagées, partage de documents)



Dans le cadre de l'épidémie COVID-19,
l'ARS Île-de-France met gratuitement à votre disposition
des solutions numériques de service public :



**Plateforme de partage
et de coordination**

Grâce à la plateforme **Terr-esanté**, suivez
l'état de santé de vos patients concernés
par l'épidémie et soyez alerté en cas
d'hospitalisation.

Les patients saisissent plusieurs fois par
jour l'évolution de leur état de santé à
partir des critères retenus pour **COVID-19** :

- Température,
- Fréquence cardiaque,
- Fréquence respiratoire,
- Toux, malaise, toux,
- Géne respiratoire,
- Maintien à domicile.

CONTACTEZ-NOUS
support.pro@terr-esante.fr
01.83.62.05.62
7/7j - 8h-22h

A communiquer à votre patient :
Pour l'aider à créer son dossier et à renseigner ses critères de suivi,
adressez-le à la cellule régionale :
01.83.62.31.31



Annexe 5 - Application Covidom

CORONAVIRUS - COVID-19

covidom L'application de suivi quotidien

Votre médecin évoque ou a confirmé une **infection par le COVID-19** et votre prise en charge ne nécessite pas d'hospitalisation à ce jour.

Pour un suivi à domicile sécurisant,
utilisez l'application **covidom**



- ✓ Je me connecte à l'application sur mon ordinateur ou mon smartphone
 - via www.covidom.fr/suivi-patient
 - En cas de difficultés, je peux contacter l'assistance technique : support@covidom.fr
 - ou en téléchargement sur les stores d'application



- ✓ Je réponds aux questionnaires médicaux qui me sont envoyés
- ✓ L'équipe soignante analyse mes réponses et me recontacte si besoin

Annexe 8 : Le centre médical et de dépistage Covid à Saint-Mandé illustré

Images transmises par le Dr Assouline.



Figure 1 : Professionnel accueillant les patients



Figure 2 : Désinfection des tentes de consultation et de dépistage du centre Covid

GIRARD

Clément

24 août 2020

Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

Les soins de premier recours en situation épidémique : l'exemple de la gestion de la Covid-19 en Ile-de-France

Promotion 2019-2020

Résumé :

Cette étude porte sur la gestion épidémique de la Covid-19 par les professionnels du premier recours de la région Ile-de-France du 23 février 2020 (déclenchement du plan de gestion épidémique français) au 11 mai 2020 (début du déconfinement). Au début de l'année 2020, le virus du SARS-CoV-2 a atteint la France. Au fil des semaines, malgré le déclenchement du plan de gestion épidémique, le nombre de patients présentant les symptômes de cette nouvelle pathologie ne cessant d'augmenter, les établissements de santé et les SAMU – Centre 15 d'Ile-de-France ont été saturés. A l'inverse, les professionnels du premier recours tels que les médecins généralistes, les infirmiers et les pharmaciens d'officine faisaient face à une diminution de leur activité et au manque de protections tels que les masques.

Peu à peu, les médecins généralistes et les infirmiers ont dû s'organiser pour garantir un accès aux soins aux patients suspectés de Covid-19 et aux patients non suspects tels ceux ayant des maladies chroniques dont la prise en charge ne pouvait s'interrompre dans la durée. Les pharmaciens d'officine ont également eu un rôle important en tant que relai pour la distribution de masques aux professionnels du premier recours et ont vu leurs prérogatives s'accroître durant cette période.

Sur certains territoires, les professionnels de ville ont mis en place des centres de consultations ambulatoires qui ne prenaient en charge que des patients suspectés de Covid-19. Nombre d'entre eux ont été organisés par des CPTS en cours de création ou créés. La crise de la Covid-19 a eu un impact relativement positif sur le développement de certaines de ces CPTS.

Afin de venir en aide aux établissements de santé et aux EHPAD, certaines formes de coopération se sont développées. Cependant malgré les rapprochements qui se sont opérés entre les professionnels du premier recours et ceux des établissements de santé et des EHPAD, le degré de coopération entre eux a différé d'un territoire à l'autre.

Mots clés :

Premier recours ; Covid-19 ; épidémie ; médecin généraliste ; infirmier ; pharmacien, Ile-de-France

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.