



HAL
open science

COVID-19 et cantal : de la santé publique à la médecine libérale. Retour d'expérience sur un Centre Médical d'Arrondissement Sécurisé (CMAS)

Pierre Messonnier

► To cite this version:

Pierre Messonnier. COVID-19 et cantal : de la santé publique à la médecine libérale. Retour d'expérience sur un Centre Médical d'Arrondissement Sécurisé (CMAS). Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03563369

HAL Id: dumas-03563369

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03563369v1>

Submitted on 9 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MESSONNIER Pierre

Présentée et soutenue publiquement le mardi 06 avril 2021

COVID-19 ET CANTAL : DE LA SANTÉ PUBLIQUE À LA MÉDECINE LIBÉRALE
Retour d'expérience sur un Centre Médical d'Arrondissement Sécurisé (CMAS)

Directeur de thèse :

M. LAURENT Pierre, Docteur, Médecine Générale,
Maison de Santé de Saint-Martin-Valmeroux, Médecin-Chef Adjoint au SDIS 15

Président du jury :

M. CLÉMENT Gilles, Professeur des Universités, Médecine Générale,
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

M. BEYTOUT Jean, Professeur Honoraire, Maladies Infectieuses et Tropicales,
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

M. BOIRE Jean-Yves, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,
Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication,
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Invité d'honneur :

M. DELFRAISSY Jean-François, Professeur d'Immunologie Clinique et de Médecine Interne,
Président du Conseil Scientifique COVID-19 et du Comité Consultatif National d'Éthique

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard – Mme LAVARENNE Jeanine – MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOUX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves-Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie

M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

**PROFESSEURS DE
1^{ère} CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

**PROFESSEURS DE
2^{ème} CLASSE**

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M.	DURANDO Xavier	Cancérologie
M.	DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M.	EVARD Bertrand	Immunologie
M.	POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme	PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme	SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme	MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme	BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M.	CAMBON Benoît	Médecine Générale
M.	TANGUY Gilles	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE***

Mme	CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme	BOUTELOUP Corinne	Nutrition

***MAITRES DE CONFERENCES DE
1^{ère} CLASSE***

M.	MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle	GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme	FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme	MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle	VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	DELMAS Julien	Bactériologie
Mle	MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M.	OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle	COSTE Karen	Pédiatrie
Mle	AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme	CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LEBRETON Aurélien	Hématologie
M.	BUISSON Anthony	Gastroentérologie

***MAITRES DE CONFERENCES DE
2^{ème} CLASSE***

Mme	PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M.	BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	COLL Guillaume	Neurochirurgie
M.	MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme	NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
M.	GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M.	LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M.	MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M.	PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale
M.	TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme	ROUGE Laure	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Gilles CLÉMENT,

Vous me faites l'immense honneur de présider mon jury de thèse. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous avez immédiatement porté à ce travail. Celui-ci est le témoignage de mon plus profond respect. Je tiens également à vous remercier pour votre précieux investissement dans la formation des jeunes médecins généralistes.

À Monsieur le Professeur Jean BEYTOUT,

Vous me faites le très grand honneur d'accepter de siéger dans mon jury. Je suis sincèrement touché de l'intérêt que vous avez porté à mon sujet de thèse. Je vous remercie de venir apporter votre réflexion en tant que spécialiste en Infectiologie. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Jean-Yves BOIRE,

Je suis très honoré de votre participation à mon jury de thèse. Je vous remercie sincèrement pour l'intérêt porté à ce travail et pour vos conseils d'expert. Vous avez été mon tout premier enseignant en PACES et vous siégez aujourd'hui dans mon jury. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Pierre LAURENT,

Je te suis reconnaissant de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je suis heureux d'avoir croisé ta route il y a maintenant un an. Je me sens honoré d'avoir achevé mon internat à tes côtés. Merci pour ton soutien sans faille et ta disponibilité. Merci de m'avoir transmis ta passion et ton énergie.

À Monsieur le Professeur Jean-François DELFRAISSY,

C'est un immense privilège que de vous compter parmi les invités à ma soutenance de thèse. Je vous remercie pour vos précieux conseils et tiens à vous témoigner ma sincère gratitude quant à l'intérêt porté à ce travail de terrain. Soyez assuré de mon plus profond respect.

*À Anne, qui me comble de bonheur,
À mes parents, à mes grands-parents, à la famille d'Anne,
À Maxime, Edgar et leurs familles, à toutes ces années partagées ;*

*À Martine et François, sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour,
À Françoise, Philippe et leurs enfants, à mes colocataires,
Aux municipalités de Mauriac et de Jaleyrac ;*

*Aux enseignants qui ont cru en moi, de la maternelle à l'université,
Aux larmes de l'échec salvateur, aux cris de la réussite éphémère,
Aux sourires dans l'adversité, aux confidences dans la douleur,
À mes belettes adorées, à nos belles soirées et nos folles épopées ;*

*Aux maîtres de stage qui m'ont accompagné avec bienveillance,
Aux secrétaires sans qui je serai dans l'incapacité d'exercer,
Aux personnes qui ont éclairé mon chemin dans le brouillard,
À l'amour, au hasard, au destin, à mes premiers instants à Mauriac ;*

*Aux champions du monde, aux remontadas,
Aux beaux cas et aux maîtres de médecine,
Aux adultes debout et aux cafés blancs,
Aux gentlemen farmers, aux incompréhensions utiles ;*

*Aux paysages du Cantal, à l'hospitalité des Cantaliens,
Aux meilleurs qui partent trop souvent en premier,
À ceux que j'ai déçus, à ceux que j'ai oubliés,
À ceux qui m'ont pardonné, à ceux qui me pardonneront ;*

Aux ABC, de l'alpha à l'oméga, et à la vie, qui est un cadeau.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES.....	12
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	13
INTRODUCTION.....	14
CONTEXTE	16
ÉTUDE.....	19
I. OBJECTIFS.....	19
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	19
1) <i>Type d'étude</i>	19
2) <i>Population</i>	20
3) <i>Moyen de diffusion - durée de l'étude</i>	20
4) <i>Élaboration des questionnaires</i>	20
A. « Questionnaire CMAS (Centre COVID) ».....	22
a) <i>Caractéristiques générales</i>	22
b) <i>Retour d'expérience sur le CMAS, « de la stratégie à la tactique »</i>	22
c) <i>Options futures et santé publique</i>	23
B. « Questionnaire 2 ^{ème} vague COVID-19 ».....	24
a) <i>Retour d'expérience sur la « 2^{ème} vague »</i>	24
b) <i>Options futures concernant la vaccination</i>	24
c) <i>Caractéristiques générales</i>	24
5) <i>Exploitation statistique et formalités réglementaires</i>	25
RÉSULTATS.....	26
I. TAUX DE RÉPONSE ET CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS	26
1) <i>Taux de réponse</i>	26
2) <i>Âge et sexe</i>	26
3) <i>Activité</i>	26
II. VÉCU DE LA PANDÉMIE DANS LES CABINETS.....	28
III. RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LE CMAS DURANT LA « 1 ^{ÈRE} VAGUE »	28
1) <i>Sécurité et CMAS</i>	28
2) <i>De la stratégie...</i>	29
3) <i>... à la tactique</i>	30
IV. CHOIX DES RÉPONDANTS CONCERNANT LES RÔLES DU CMAS.....	31
1) <i>Reprise de la pandémie</i>	31
2) <i>Prélèvements nasopharyngés et vaccination</i>	33
V. SANTÉ PUBLIQUE.....	35
1) <i>Degré d'implication en santé publique</i>	35
A. <i>Dans la pratique courante</i>	35
B. <i>Dans cette situation de crise</i>	36
2) <i>Sources d'adhésion à la campagne vaccinale</i>	38
DISCUSSION.....	39
I. MÉTHODOLOGIE	39
1) <i>Les forces de notre étude</i>	39
2) <i>Les faiblesses de notre étude</i>	39
II. RETOUR D'EXPÉRIENCE.....	40
1) <i>Taux de participation et sécurité</i>	40
2) <i>De la stratégie...</i>	40
3) <i>... à la tactique</i>	41
III. PARADOXES.....	42
1) <i>Paradoxe n°1 : le vécu de la pandémie</i>	42
2) <i>Paradoxe n°2 : la participation au CMAS</i>	43

IV. FACTEURS INFLUANT SUR LA DISPONIBILITÉ	45
1) <i>L'âge</i>	45
2) <i>La densité médicale</i>	45
3) <i>Le temps de trajet</i>	46
4) <i>La rémunération</i>	46
V. OPTIONS	47
1) <i>Examen médical</i>	47
2) <i>Prélèvements nasopharyngés</i>	47
3) <i>Vaccination</i>	48
4) <i>Quid des EHPAD ?</i>	49
VI. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LA SANTÉ PUBLIQUE	50
1) <i>Un facteur générationnel ?</i>	50
2) <i>Un problème de communication ?</i>	50
3) <i>Quelle est la place des généralistes libéraux ?</i>	51
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	58
ANNEXE 1 – MAIL DU 1^{ER} SEPTEMBRE 2020 « QUESTIONNAIRE CMAS (CENTRE COVID) »	58
ANNEXE 2 – MAIL DU 1^{ER} DECEMBRE 2020 « QUESTIONNAIRE 2^{EME} VAGUE COVID-19 »	58
ANNEXE 3 – GOOGLEFORMS « QUESTIONNAIRE CMAS (CENTRE COVID) »	59
ANNEXE 4 – GOOGLEFORMS « QUESTIONNAIRE 2^{EME} VAGUE COVID-19 »	60
ANNEXE 5 – INVENTAIRE DES MOTS-CLES ISSUS DE LA LITTERATURE	60
ANNEXE 6 – TEMPS DE TRAJET JUSQU'AU CMAS (EN VEHICULE LEGER)	61
SERMENT D'HIPPOCRATE - VERSION LONGUE	62
SERMENT D'HIPPOCRATE - VERSION COURTE	63

TABLE DES FIGURES

FIGURE I – LES ARRONDISSEMENTS DU CANTAL.....	16
FIGURE II - TAUX DE REPONSE, AGE ET SEXE DES REpondANTS	27
FIGURE III - PROFIL DES REpondANTS	27
FIGURE IV - VECU DE LA PANDEMIE DANS LES CABINETS.....	28
FIGURE V - CMAS ET SECURITE	29
FIGURE VI - TAUX DE SATISFACTION DES REpondANTS SUITE A LEUR EXPERIENCE AU CMAS	31
FIGURE VII - REPRISE DE LA PANDEMIE	32
FIGURE VIII - DISPONIBILITE POTENTIELLE POUR LE CMAS.....	32
FIGURE IX - TAUX D'ADHESION DES REpondANTS A L'IDEE DE REALISER DES PRELEVEMENTS NASOPHARYNGES.....	33
FIGURE X - TAUX D'ADHESION DES REpondANTS A L'IDEE DE REALISER DES ACTES DE VACCINATION	34
FIGURE XI - “PENSEZ-VOUS ETRE CORRECTEMENT IMPLIQUE EN SANTE PUBLIQUE DANS VOTRE PRATIQUE COURANTE ?”	36
FIGURE XII - “PENSEZ-VOUS ETRE CORRECTEMENT IMPLIQUE EN SANTE PUBLIQUE DANS CETTE SITUATION DE CRISE ?”	37
FIGURE XIII - SOURCES D'ADHESION A LA CAMPAGNE VACCINALE.....	38
FIGURE XIV – TENSION HOSPITALIERE SUR LA CAPACITE EN REANIMATION	42
FIGURE XV - PARADOXES	44

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
CCD	Centre de Consultation Dédié
CMAS	Centre Médical d'Arrondissement Sécurisé
COVID-19	Maladie à Coronavirus 2019
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CV	Centre de Vaccination
DGS	Direction Générale de la Santé
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FFP2	Masque « Pièce Faciale Filtrante » de deuxième classe
IDE	Infirmier Diplômé d'État
LBM	Laboratoire de Biologie Médicale
MERS-CoV	Coronavirus du Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient
MG	Médecins Généralistes
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PNP	Prélèvements Nasopharyngés
RT-PCR	Réaction en Chaîne par Polymérase après Transcription Inverse
SARS-CoV	Coronavirus du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

INTRODUCTION

« Premiers arrivés, derniers partis » (*first in, last out*) : tels sont les termes employés par le *British Medical Journal* en février 2020 pour définir le quotidien des médecins généralistes confrontés à l'affluence de patients symptomatiques au cabinet en période épidémique **(1)**.

La pandémie de grippe A (H1N1) de 2009 a eu un impact considérable sur la charge de travail des médecins généralistes, suggérant que leur préparation aux situations de crise était insuffisante **(1)(2)**. Dès 2015 est formulée l'hypothèse de pandémies aux conséquences catastrophiques en raison de l'émergence de nouveaux virus comme Ebola **(2)**. Pourtant, de nombreuses perspectives d'amélioration ont déjà été envisagées, afin de surmonter les obstacles d'offre et d'organisation des soins **(3)**. La nécessité d'intégrer la médecine générale de manière plus large dans les soins primaires a également été établie, en invoquant l'absence de cadre de santé publique, le défaut de communication entre les soignants et la difficulté d'application de nouvelles procédures **(4)**.

La pandémie de COVID-19 (maladie engendrée par le SARS-CoV-2) a placé les patients et leurs médecins dans l'incertitude. Le monde s'est retrouvé sous la menace d'une infection potentiellement létale, bouleversant le quotidien et l'activité de tous **(1)**. En l'absence de traitement spécifique disponible, la médecine moderne a dû adopter une approche globale pour surmonter ce défi de santé publique, en utilisant des équipements de protection, en adoptant des gestes barrières et en instaurant des mesures d'isolement pour limiter la transmission du virus **(5)**.

En 2009, des Centres de Consultations Dédiés (CCD) ont été envisagés en cas de saturation des dispositifs habituels en période épidémique **(6) (7)**. Ces centres ont fait l'objet de simulations instructives à confronter à l'expertise de la médecine de catastrophe **(7)**. Il faut toutefois attendre le début de la pandémie de COVID-19 pour recourir à des structures de soins alternatives en France avec une gestion, un niveau de sécurité et des équipements adéquats **(8) (9)**. Ainsi, la création des Centres Médicaux d'Arrondissement Sécurisés (CMAS) en mars 2020 a permis aux généralistes cantaliens d'examiner et d'évaluer des patients symptomatiques en dehors des cabinets médicaux et des centres hospitaliers **(10)**.

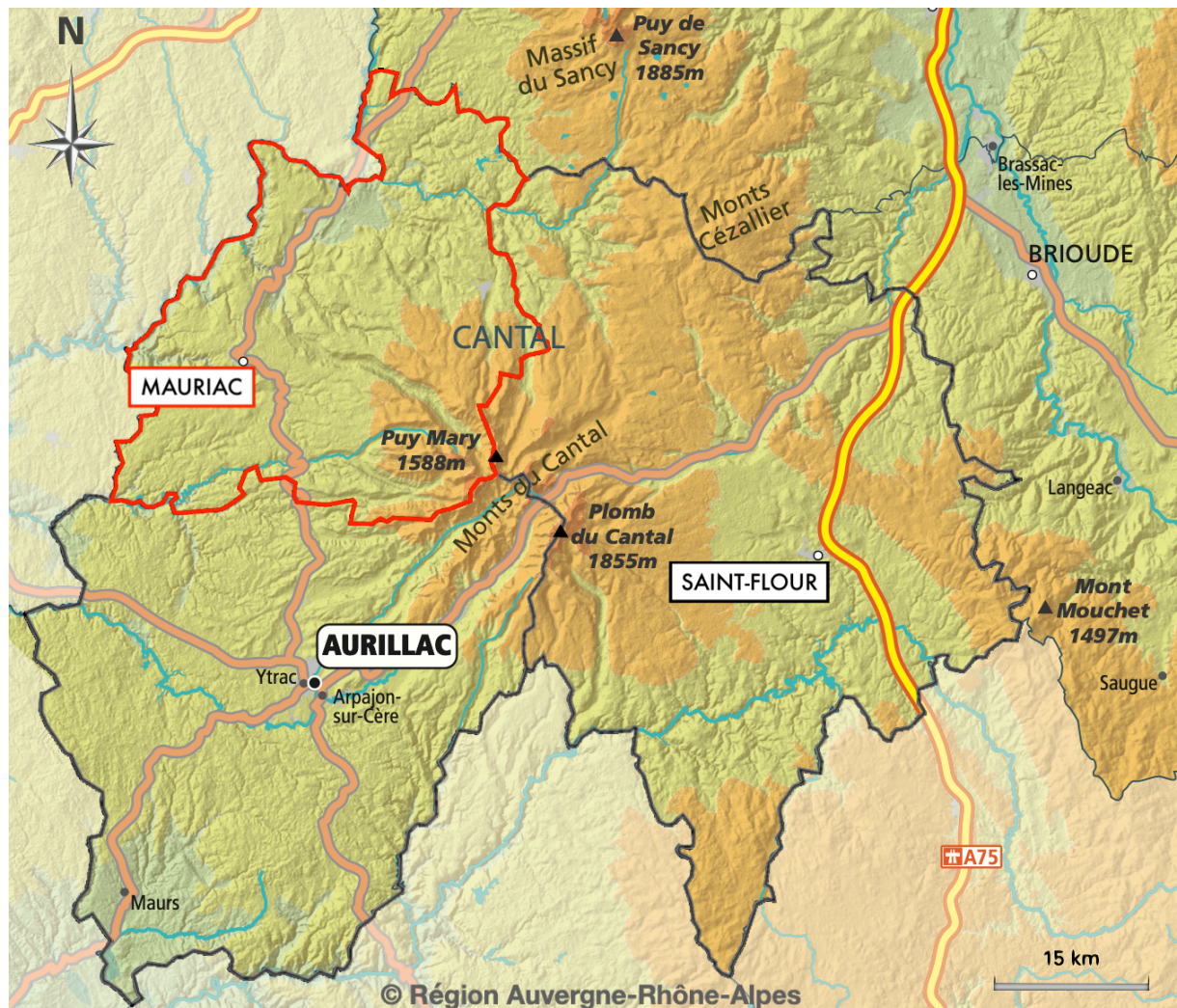
La situation actuelle révèle des lacunes dans la préparation de l'ensemble des pays occidentaux, qui n'ont majoritairement pas été exposés lors de pandémies antérieures au SARS-CoV-1 et au MERS-CoV **(11)**. Dans son rapport *Les phases de l'épidémie de COVID-19 : critères, défis et enjeux pour le futur*, l'Académie de Médecine mentionne une phase IV intitulée : « traiter les séquelles de l'épidémie actuelle et se préparer à une nouvelle pandémie [...] afin de développer des stratégies de prévention et de mettre en place un processus rapide et clair d'alerte permettant une meilleure écoute et crédibilité des menaces auprès des décideurs publics » **(11)**.

Cette thèse de circonstance vient donc donner la parole aux généralistes ruraux qui ont été confrontés en mars 2020 à une situation inimaginable quelques mois auparavant. Ce travail privilégie en premier lieu le retour d'expérience de nos pairs. Le but de notre enquête est de savoir si les professionnels présents sur le terrain considèrent le CMAS de Mauriac comme une perspective d'avenir en vue de nouvelles vagues de COVID-19 ou de pandémies futures.

CONTEXTE

Le Cantal comporte trois arrondissements : Aurillac (préfecture), Saint-Flour et Mauriac (sous-préfectures). L'arrondissement de Mauriac compte près de 26 000 habitants selon les derniers chiffres en vigueur **(12)**. La population du département est d'environ 145 000 habitants au 1^{er} janvier 2021 **(13)**, avec une densité de médecins généralistes égale à 168 praticiens pour 100 000 habitants **(14)**. En France métropolitaine, la densité moyenne est de 153 praticiens pour 100 000 habitants **(14)**.

Figure I – Les arrondissements du Cantal



Les 23 et 24 mars 2020, trois Centres Médicaux d'Arrondissement Sécurisés (CMAS) entrent en activité à Aurillac, Saint-Flour et Mauriac, dans des collèges spécialement réaménagés pour accueillir les patients susceptibles d'être contaminés par la COVID-19 (10). Ces structures départementales sont placées sous la responsabilité des médecins généralistes libéraux afin de décharger les centres hospitaliers et les cabinets médicaux. Le but de cette initiative est de préserver des lits d'hospitalisation pour les patients présentant des critères de gravité, et d'éviter une surcontamination dans les cabinets médicaux et les hôpitaux.

Durant la « première vague » de la pandémie, les Cantaliens présentant des symptômes de COVID-19 sont adressés par leur médecin traitant ou par la régulation vers le CMAS, ouvert 7 jours sur 7, de 08h00 à 20h00. Les patients y sont d'abord pris en charge par un infirmier muni d'un thermomètre infrarouge et d'un oxymètre de pouls. Ils se dirigent ensuite vers un médecin qui, en fonction des signes de gravité, soit renvoie les malades à leur domicile où ils doivent rester confinés (dans l'attente d'un test RT-PCR), soit demande un transfert en milieu hospitalier. Une bouteille d'oxygène, des lunettes et des masques à haute concentration sont mis à disposition afin de dispenser les premiers soins en cas de détresse respiratoire. Les CMAS bénéficient également du renfort des Sapeurs Pompiers et de la Protection Civile.

La structure dispose de deux parcours sécurisés de type « marche en avant » (un pour les patients et un pour les soignants). Le dispositif bénéficie d'un sas de décontamination, d'une douche, de sanitaires (un pour les patients et un pour les soignants), d'un vestiaire et d'une salle destinée à la restauration. Les protocoles d'hygiène sont appliqués (masques chirurgicaux à disposition et lavage des mains

pour chaque patient, désinfection après chaque passage des surfaces inertes). Les équipements sont intégralement fournis, du matériel médical (thermomètres, oxymètres, tensiomètres, stéthoscopes) aux protections (charlottes, lunettes anti-projections, masques FFP2, combinaisons de protection, gants, surchaussures). La désinfection des locaux est assurée quotidiennement par des agents d'entretien du collège, une entreprise de blanchisserie spécialisée se charge quant à elle de la décontamination des tenues.

La levée du premier confinement en mai 2020 étant synonyme de rentrée scolaire, les CMAS sont transférés dans d'autres bâtiments publics disponibles **(15)**. Une salle polyvalente de Jaleyrac (commune du pays de Mauriac) et son enceinte ont été choisies pour l'arrondissement de notre étude. L'activité des CMAS s'est alors polarisée sur la réalisation de prélèvements nasopharyngés (PNP), auparavant pratiqués dans les laboratoires de biologie médicale (LBM). Une circulation à sens unique a été pensée pour effectuer des écouvillonnages « en drive » chez ces patients adressés par leur médecin traitant. L'équipement pour mener à bien les dépistages respecte un cahier des charges établi par la DGS **(16)**. La procédure impose aux patients de rester assis dans leur véhicule : les contacts sont ainsi limités au minimum. Toutefois un examen médical est possible dans la salle polyvalente en cas de nécessité. Le nouveau CMAS dispose ainsi des deux mêmes parcours sécurisés, et des mêmes ressources que dans sa version initiale. La structure a pour vocation de dépister massivement tout en préservant les cabinets médicaux, les hôpitaux et les LBM. Le CMAS est entré en veille de ses fonctions médicales le 1^{er} juin 2020 : les biologistes réalisent désormais les PNP au centre avec le renfort ponctuel de médecins et d'IDE libéraux selon les besoins du laboratoire.

ÉTUDE

I. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les attentes des médecins généralistes de l'arrondissement de Mauriac concernant le CMAS et ses activités : suite à leur expérience, considèrent-ils ce centre comme une perspective d'avenir en cas de nouvelles vagues de COVID-19 ou de pandémies futures ?

Les objectifs secondaires sont de recenser ce que nous pouvons améliorer dans la gestion d'une pandémie sur notre secteur et de déterminer la capacité d'adaptabilité des professionnels sur le terrain. Cette enquête place aussi les médecins libéraux au centre de l'attention en sondant leur adhésion à l'idée de réaliser des PNP et des actes de vaccination dans différentes structures.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale menée du 1^{er} au 30 septembre 2020, puis du 1^{er} au 31 décembre 2020, réalisée auprès des médecins généralistes de l'arrondissement de Mauriac.

2) Population

L'ensemble des médecins inclus dans cette étude (N = 27) figure sur une liste établie par le Conseil de l'Ordre des Médecins du Cantal et le médecin responsable du CMAS. Ce registre visait à établir une permanence de soins dans la structure de Mauriac du 24 mars au 31 mai 2020.

3) Moyen de diffusion - durée de l'étude

Nous avons récolté les informations *via* deux questionnaires numériques, réalisés avec l'outil en ligne GoogleForms. Un premier mail intitulé « Questionnaire CMAS (Centre COVID) » (**cf Annexe 1**) contenant le lien vers un questionnaire (**cf Annexe 3**), a été envoyé le 1^{er} septembre 2020, avec un délai d'attente des réponses égal à deux semaines. Un mail de relance a ensuite été envoyé. La même procédure a été suivie pour le second mail intitulé « Questionnaire 2^{ème} vague COVID-19 » envoyé le 1^{er} décembre 2020 (**cf Annexes 2 et 4**). La durée totale de l'étude s'est donc étalée sur un mois pour le premier questionnaire et un mois pour le second.

4) Élaboration des questionnaires

Nous avons d'abord consulté les *Guides méthodologiques* du Ministère de la Santé traitant de la préparation au risque (**8**) et de la phase épidémique de COVID-19 (**9**). Nous avons également étudié le cahier des charges de la DGS concernant les structures de prélèvements en dehors des LBM (**16**) et le rapport *Stratégie de vaccination* du Conseil Scientifique COVID-19 (**17**). Nous avons enrichi cette

bibliographie par des publications faisant part du retour d'expérience des médecins généralistes occidentaux lors des pandémies virales **(2) (3) (4)**. Nous avons enfin complété notre travail de recherche par l'analyse de publications traitant des structures de soins (réelles ou hypothétiques) ambulatoires pouvant accueillir des patients en cas de pandémie **(6) (7) (18)**. Nous avons décidé d'orienter notre questionnaire autour de trois thèmes principaux : la stratégie, la tactique et la santé publique.

Selon les dictionnaires *Larousse* **(19)** et *Robert* **(20)**, la stratégie est l'art de conduire une armée en guerre (étym. grec - *stratos* : armée, *ageîn* : conduire) jusqu'au moment où elle entre en contact avec l'ennemi. La tactique est l'art de diriger une bataille (étym. grec - *taktiké* : art de ranger) en combinant différents moyens d'action et de combat. La tactique s'adapte donc aux circonstances de la stratégie. À la lumière de ces références, nous considérons que la stratégie prend un aspect général et réflexif pour mener la guerre, alors que la tactique revêt une forme locale et concrète pour gagner la bataille.

Les réponses aux items « stratégie », « tactique » et « santé publique » sont recueillies à travers une échelle d'attitude type « Likert » (variable ordinale). L'option "1-2-3-4-NSP" a été préférée à l'option "1-2-3-4-5" afin de ne pas attirer les réponses vers la modalité médiane, compte tenu du faible échantillonnage. Les modalités ont ainsi été codées : 1 = "tout à fait" / 2 = "plutôt" / 3 = "plutôt pas" / 4 = "pas du tout" / NSP = "ne se prononce pas". Les autres réponses sont recueillies à travers des questions à choix multiple pour les caractéristiques générales, des questions ouvertes pour les perspectives d'amélioration et des questions dichotomiques pour les items restants.

A. « Questionnaire CMAS (Centre COVID) »

Le premier questionnaire se divise en trois parties :

a) Caractéristiques générales

Nous apprécions dans un premier temps la nature de l'activité des répondants, à travers leur âge, leur sexe, leur statut et leur mode d'exercice.

b) Retour d'expérience sur le CMAS, « de la stratégie à la tactique »

La partie suivante permet aux médecins de revenir sur leur expérience de la « première vague » au cabinet et, s'ils y ont participé, au CMAS.

La rubrique traitant de l'expérience personnelle est ubiquitaire. Nous retrouvons d'abord deux items « **STRATÉGIE** » : question 1a, sur la préparation à la pandémie (mot-clé "*TRAINING*") et question 2, sur la mise en place du CMAS (mot-clé "*AUTHORITIES*"). Nous formulons ensuite deux items « **TACTIQUE** » : question 1b, sur le sentiment de sécurité face à une maladie potentiellement létale (mot-clé "*LIFE-THREATENING DISEASE*") et question 3, sur la localisation du CMAS (mot-clé "*STRUCTURE*"). Cette partie s'achève par un item dichotomique (question 4), portant sur l'aspect sécurisant du CMAS pour les cabinets (mot-clé "*SECURITY*") et les patients (mot-clé "*SANITARY*"). L'inventaire des mots-clés issus de la littérature figure en **Annexe 5**.

La rubrique « expérience au CMAS » est accessible uniquement si les répondants ont participé à l'activité du centre (question 5). Le cas échéant, ils sont directement dirigés vers la troisième partie. Nous retrouvons d'abord deux items « **STRATÉGIE** » (mot-clé "STAFF") : questions 6a et 6b, recueillant le niveau de satisfaction concernant le planning et le personnel, puis deux items « **TACTIQUE** » (mot-clé "LOGISTICS") : questions 7a et 7b, recueillant le niveau de satisfaction concernant le matériel médical et non-médical. En cas de réponse autre que « tout à fait » pour ces quatre items, les répondants sont orientés vers une question leur demandant une perspective d'amélioration.

c) Options futures et santé publique

Dans cette dernière partie, nous demandons l'avis des médecins du secteur quant à une sortie de veille du CMAS en cas de reprise de la pandémie (question 8) et leur disponibilité potentielle pour le centre (question 8 bis). En cas de réponse négative, nous demandons l'alternative envisagée. Nous sondons ensuite l'adhésion des répondants à l'idée d'effectuer des PNP (question 9) et des actes de vaccination (question 10) au cabinet et au CMAS. En cas de réponse négative à ces deux items, nous demandons l'alternative envisagée. La question 11 s'enquiert de l'adhésion des médecins à tester les résidents et à vacciner le personnel soignant des EHPAD. Enfin, la question 12 évalue à travers une échelle de Likert le degré d'implication des répondants en santé publique, dans leur pratique courante et dans cette situation de crise.

B. « Questionnaire 2^{ème} vague COVID-19 »

Le second questionnaire, plus concis, se divise également en trois parties

a) Retour d'expérience sur la « 2^{ème} vague »

Les répondants sont dans un premier temps interrogés sur la gestion des cas de COVID-19 au cabinet (question 1) et le besoin d'une présence médicale au CMAS (question 2).

b) Options futures concernant la vaccination

La partie suivante sonde l'attitude des médecins au sujet des sources d'adhésion à la campagne vaccinale, à travers un item « **STRATÉGIE** » (les recommandations institutionnelles – question 3a) et un item « **TACTIQUE** » (les interventions et initiatives locales – question 3b). Puis on interroge les répondants sur leur adhésion à réaliser des actes de vaccination au cabinet, au CMAS et en EHPAD (question 4).

c) Caractéristiques générales

Nous apprécions enfin la nature de l'activité des médecins, à travers leur âge et leur sexe. Parti a été pris de placer ces items à la fin du questionnaire afin de ne pas d'emblée lasser le répondant avec des questions qui lui ont déjà été posées précédemment.

5) Exploitation statistique et formalités réglementaires

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Excel et l'outil en ligne BiostaTGV. Les réponses des praticiens sont exprimées en pourcentage. Le risque α a été fixé à 5 % pour l'ensemble des tests effectués.

Notre enquête est hors champ de la loi Jardé **(21)**. Notre travail ne comporte pas de recueil de données « sensibles » et il n'est pas prévu de le soumettre à une publication dans une revue scientifique : il n'est donc pas nécessaire de demander l'avis d'un comité d'éthique **(21)**.

Notre recherche ne collecte pas de données personnelles au sens de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) : elle ne relève donc pas de la loi "Informatique et libertés" et ne nécessite pas de déclaration auprès de la CNIL **(21)(22)**. De plus, cette enquête est conforme au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) **(23)**.

RÉSULTATS

I. TAUX DE RÉPONSE ET CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS

1) Taux de réponse

20 médecins sur 27 ont répondu au questionnaire de septembre 2020, 18 ont rempli celui de décembre 2020. Les taux de réponse étaient respectivement de 74,1 % pour la première enquête et de 66,7 % pour la seconde.

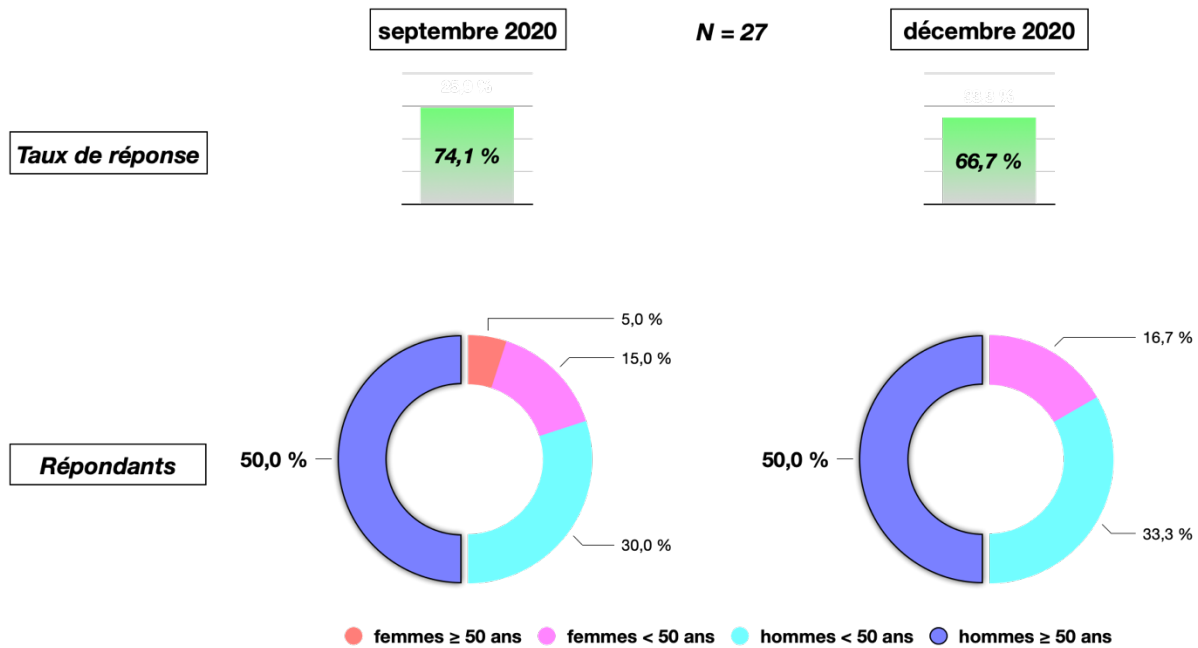
2) Âge et sexe

Parmi les répondants de septembre 2020 (n' = 20) figuraient 50,0 % d'hommes de 50 ans ou plus (n = 10), 30,0 % d'hommes de moins de 50 ans (n = 6), 15,0 % de femmes de moins de 50 ans (n = 3) et 5,0 % de femmes de 50 ans ou plus (n = 1). Les répondants de décembre 2020 (n'' = 18) étaient constitués de 50,0 % d'hommes de 50 ans ou plus (n = 9), de 33,3 % d'hommes de moins de 50 ans (n = 6) et de 16,7 % de femmes de moins de 50 ans (n = 3).

3) Activité

Parmi les répondants de septembre 2020 (n' = 20) figuraient 80,0 % d'installés (n = 16), 15,0 % d'internes ou de remplaçants (n = 3) et 5,0 % de retraités (n = 1). Dans ce même échantillon, 40,0 % des répondants exerçaient en MSP (n = 8), 30,0 % en cabinet de groupe ou dans une autre structure (n = 6) et 30,0 % seuls (n = 6).

Figure II - Taux de réponse, âge et sexe des répondants



n' = 20

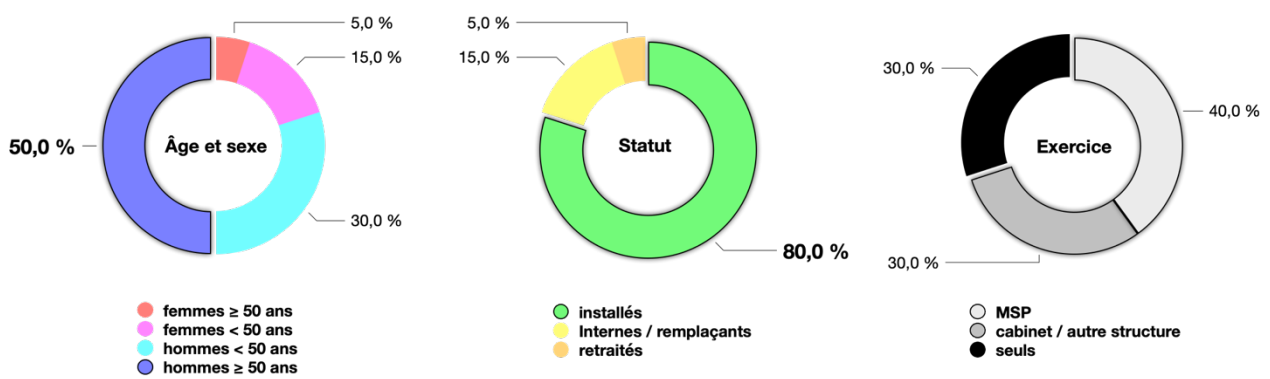
	< 50 ans				≥ 50 ans				
	< 30	30-39	40-49	≥ 50	50-59	60-69	≥ 70	≥ 50	
femmes	0	3	0	15,0%	0	1	0	5,0%	20,0%
hommes	1	2	3	30,0%	3	6	1	50,0%	80,0%
	45,0%				55,0%				

n" = 18

	< 50 ans				≥ 50 ans				
	< 30	30-39	40-49	≥ 50	50-59	60-69	≥ 70	≥ 50	
femmes	0	3	0	16,7%	0	0	0	-	16,7%
hommes	1	2	3	33,3%	4	5	0	50,0%	83,3%
	50,0%				50,0%				

Figure III - Profil des répondants

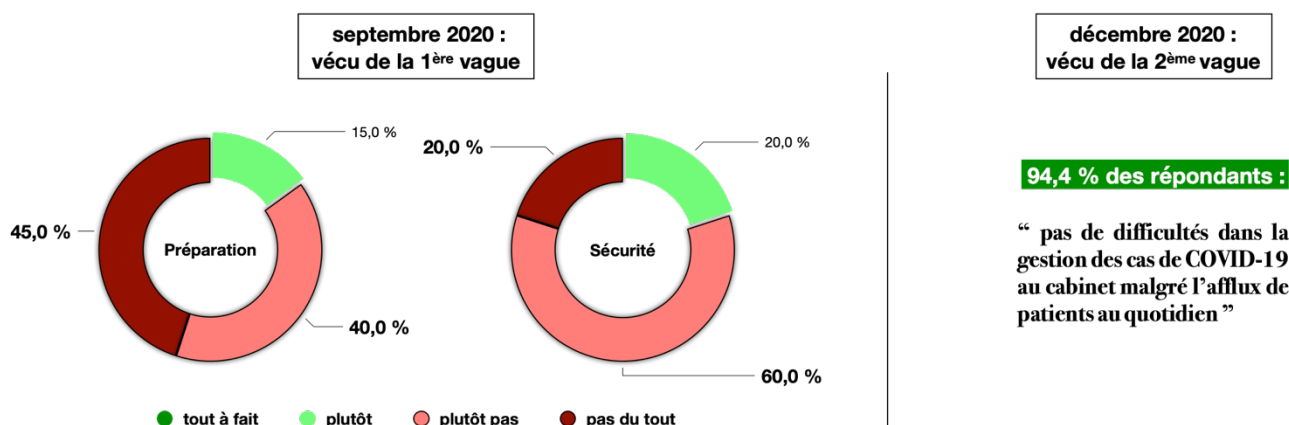
(septembre 2020)



II. VÉCU DE LA PANDÉMIE DANS LES CABINETS

Concernant leur vécu de la « première vague », 85,0 % des répondants de septembre 2020 ne se sentaient pas préparés (45,0 % “pas du tout” ; 40,0 % “plutôt pas” – réponse médiane), alors que 15,0 % se considéraient comme “plutôt préparés”. 80 % des répondants ne se sentaient pas en sécurité (20,0 % “pas du tout” ; 60,0 % “plutôt pas” – réponse médiane), alors que 20,0 % se considéraient comme “plutôt en sécurité”. Concernant leur vécu de la « deuxième vague », 94,4 % des répondants de décembre 2020 déclaraient “ne pas avoir de difficultés dans la gestion des cas de COVID-19 malgré l’afflux de patients au quotidien”.

Figure IV - Vécu de la pandémie dans les cabinets



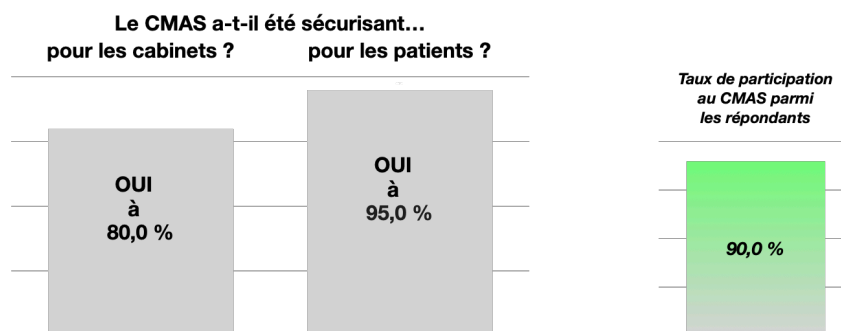
III. RETOUR D’EXPÉRIENCE SUR LE CMAS DURANT LA « 1^{ÈRE} VAGUE »

1) Sécurité et CMAS

80,0 % des répondants de septembre 2020 trouvaient le CMAS sécurisant pour leur cabinet, et 95,0 % le trouvaient sécurisant pour leurs patients. 90,0 % de ces

répondants ont participé aux activités du centre lors de la « première vague ». La raison invoquée en réponse libre pour la non-participation était le “manque de temps”.

Figure V - CMAS et sécurité
(septembre 2020)



2) De la stratégie...

Parmi les répondants de septembre 2020, 90,0 % considéraient la mise en place du CMAS comme appropriée (20,0 % “tout à fait” ; 70,0 % “plutôt” – réponse médiane). 10,0 % la trouvaient “plutôt inappropriée”.

94,4 % des répondants ayant participé au centre considéraient la gestion de son planning comme appropriée (27,8 % “tout à fait” ; 66,7 % “plutôt” – réponse médiane). 5,6 % la trouvaient “plutôt inappropriée”. Les remarques suivantes figuraient en réponse libre :

- “arrêter de faire une psychose collective”
- “accès libre, programme prolongé”
- “petite lenteur dans les changements au regard de l’activité, petit manque de réactivité”
- “horaires plus réduits, agenda en ligne pour évaluer le nombre de patients par jour”
- “actualisation plus régulière des horaires et des médecins présents sur le site”
- “bien organisé pour une faible fréquentation, mais que nous réserve l’avenir ?”

77,8 % de ces mêmes répondants considéraient la gestion du personnel comme appropriée (27,8 % “tout à fait” ; 50,0 % “plutôt” – réponse médiane). 16,7 % la trouvaient “plutôt inappropriée” et 5,6 % ne se prononçaient pas. Les remarques suivantes figuraient en réponse libre :

- *“absence de feed-back sur la prévalence et l’incidence localisée à notre propre zone”*
- *“maximum 1 à 2 personnes par jour (un IDE et un médecin)”*
- *“à adapter selon les besoins”*
- *“programme prolongé ou permanence”*

3) ... à la tactique

Parmi les répondants de septembre 2020, 80,0 % considéraient la localisation du CMAS comme adéquate (30,0 % “tout à fait” ; 50,0 % “plutôt” – réponse médiane). 15,0 % la trouvaient “plutôt inadéquate”, 5,0 % ne se prononçaient pas.

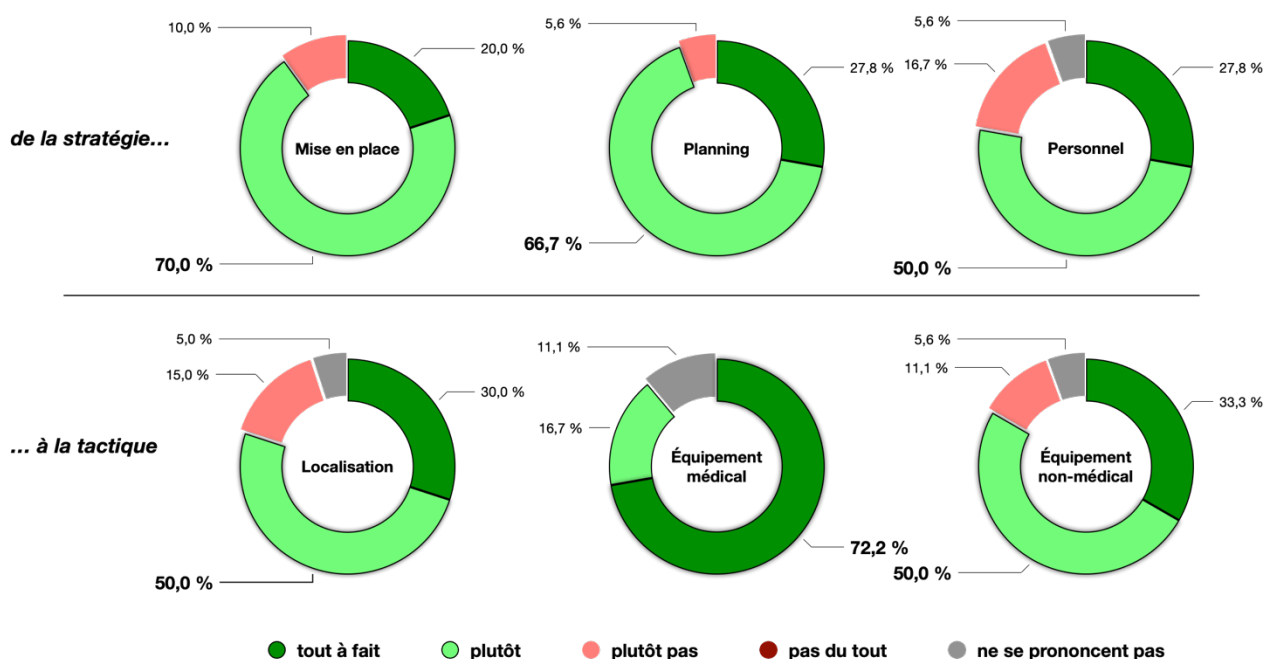
88,9 % des répondants ayant participé au centre considéraient son équipement médical comme adéquat (72,2 % “tout à fait” – réponse médiane ; 16,7 % “plutôt”). 11,1 % ne se prononçaient pas. Aucune amélioration n’était suggérée concernant l’équipement médical.

83,3 % de ces mêmes répondants considéraient l’équipement non-médical comme adéquat (33,3 % “tout à fait” ; 50,0 % “plutôt” – réponse médiane). 11,1 % le trouvaient “plutôt inadéquat” et 5,6 % ne se prononçaient pas. Les améliorations suivantes étaient suggérées en réponse libre :

- *“meilleure signalétique, présence d’un véritable vestiaire”*
- *“douche à l’intérieur du centre surtout pour la période hivernale”*
- *“des lieux un peu plus chaleureux”*

Figure VI - Taux de satisfaction des répondants suite à leur expérience au CMAS

(septembre 2020)



IV. CHOIX DES RÉPONDANTS CONCERNANT LES RÔLES DU CMAS

1) Reprise de la pandémie

En septembre 2020, 85,0 % des répondants jugeaient opportun de sortir le CMAS de sa veille en cas de reprise de la pandémie. Les réponses libres évoquaient deux alternatives : la gestion ambulatoire “en coordination avec le laboratoire” (n = 2) et la prise en charge de la COVID-19 “comme une maladie virale habituelle” (n = 1).

Parmi les répondants favorables à la reprise d’une activité médicale au centre, 23,5 % déclaraient ne pas pouvoir participer en raison de leur “âge” ou de leur statut de “personne à risque”. La disponibilité des répondants était répartie comme suit : selon les besoins = 5,9 % ; bihebdomadaire = 11,8 % ; hebdomadaire = 5,9 % ; bimensuelle = 41,2 % ; mensuelle = 11,8 %.

Concernant leur vécu de la « deuxième vague », 72,2 % des répondants de décembre 2020 déclaraient “ne pas avoir besoin d’un médecin au CMAS”.

Figure VII - Reprise de la pandémie

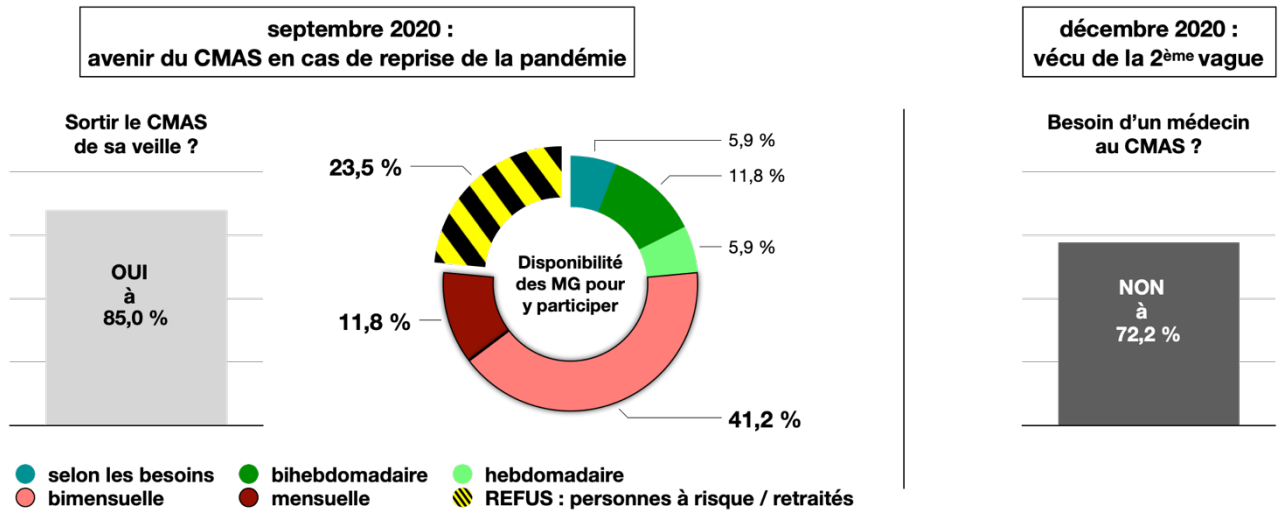
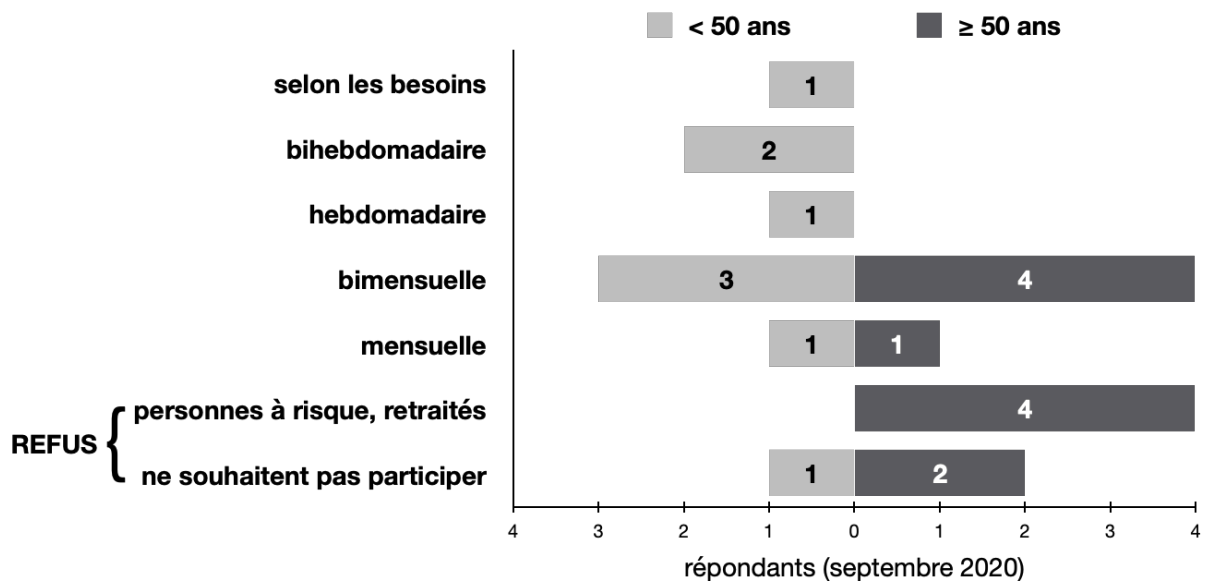


Figure VIII - Disponibilité potentielle pour le CMAS

(septembre 2020)

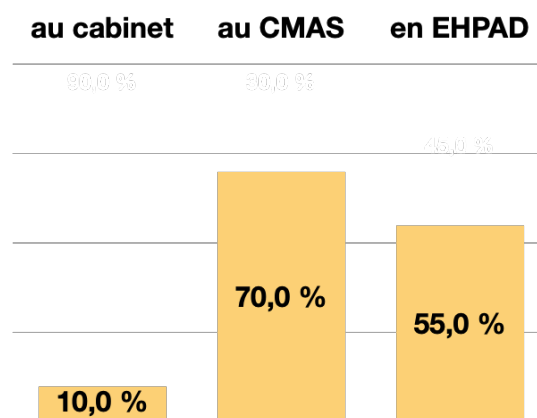


Nous codons le degré disponibilité des répondants de septembre 2020 en variable ordinale selon les modalités 1 = “selon les besoins” ; 2 = “bihebdomadaire” ; 3 = “hebdomadaire” ; 4 = “bimensuel” ; 5 = “mensuel” et 6 = “refus”. Nous obtenons ainsi une série [1-2-2-3-4-4-4-5-6] (n = 9) pour les moins de 50 ans, et une série [4-4-4-4-5-6-6-6-6-6] (n = 11) pour les 50 ans ou plus. Puis nous réalisons un test de Mann-Whitney dont le résultat retrouve une différence significative entre les deux séries ($u = 18,5 < m_{\alpha} = 23$; $p = 0,02$).

2) Prélèvements nasopharyngés et vaccination

En septembre 2020, le taux d’adhésion des répondants à l’idée de réaliser des PNP était de 10,0 % si le geste était réalisé au cabinet, de 70,0 % au CMAS, et de 55,0 % en EHPAD (pour les résidents ne pouvant se rendre sur le lieu de prélèvement).

Figure IX - Taux d’adhésion des répondants à l’idée de réaliser des prélèvements nasopharyngés (septembre 2020)

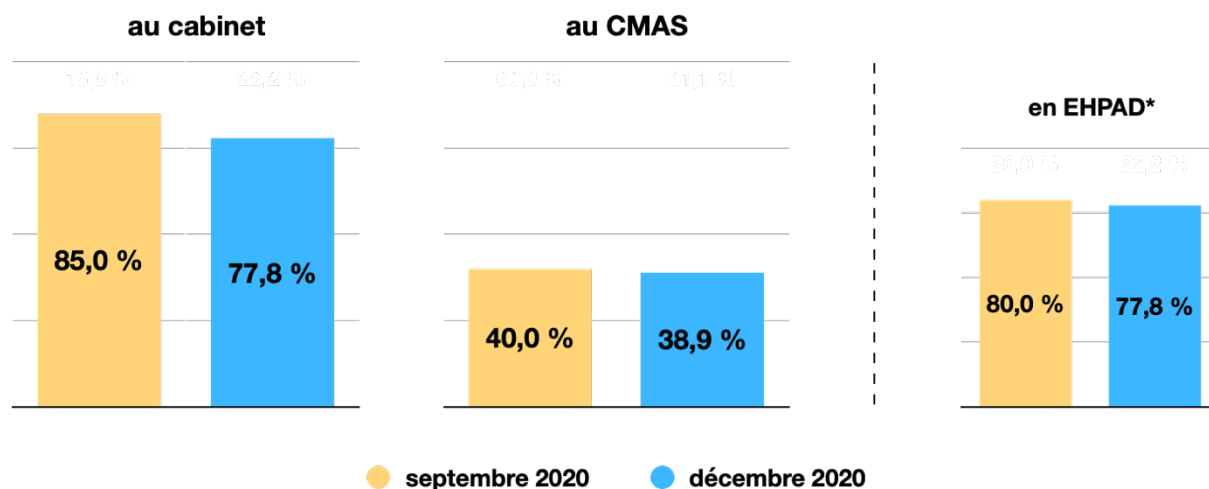


Les réponses libres des médecins ne considérant ni les cabinets médicaux ni le CMAS comme lieu de prélèvement convergeaient vers l'unique option du LBM :

- *“les prélèvements devraient être réservés aux personnes symptomatiques”*
- *“au laboratoire”*
- *“au laboratoire (comme tous les autres actes de biologie habituels)”*
- *“directement au laboratoire, plus approprié à faire les tests, plus facilement identifiable par les malades”*
- *“au laboratoire”*

En septembre 2020, le taux d'adhésion des répondants à l'idée de réaliser des actes de vaccination en grand nombre était de 85,0 % si le geste était réalisé au cabinet, de 40,0 % au CMAS et de 80,0 % en EHPAD (pour le personnel soignant ne pouvant se rendre au cabinet). En décembre 2020, le taux d'adhésion à cette idée était respectivement de 77,8 % pour le cabinet, de 38,9 % pour le CMAS et de 77,8 % en EHPAD (sans précision). La solution de recourir “aux IDE” était évoquée par les répondants de septembre 2020 n'envisageant de vacciner ni au cabinet ni au CMAS.

Figure X - Taux d'adhésion des répondants à l'idée de réaliser des actes de vaccination



* question 11 (septembre 2020) : “actes de vaccination sur le personnel soignant”
question 4 (décembre 2020) : “actes de vaccination”

Pour le taux d'adhésion à l'idée de vacciner au cabinet, nous réalisons un test exact de Fisher comparant les effectifs de septembre "OUI = 17 (85,0 %) / NON = 3 (15,0 %)" à ceux de décembre "OUI = 14 (77,8 %) / NON = 4 (22,2 %)". Nous considérons ce taux comme une variable binaire. Nous réalisons le même test pour le taux d'adhésion à la vaccination au CMAS, en comparant les effectifs de septembre "OUI = 8 (40,0 %) / NON = 12 (60,0 %)" à ceux de décembre "OUI = 7 (38,9 %) / NON = 11 (61,1 %)". Le résultat du test ne permet pas de conclure à une différence significative entre un taux d'adhésion à la vaccination au cabinet de 85,0 % en septembre 2020 et de 77,8 % en décembre 2020. Il est en est de même pour la différence entre un taux d'adhésion à la vaccination au CMAS de 40,0 % en septembre et de 38,9 % en décembre.

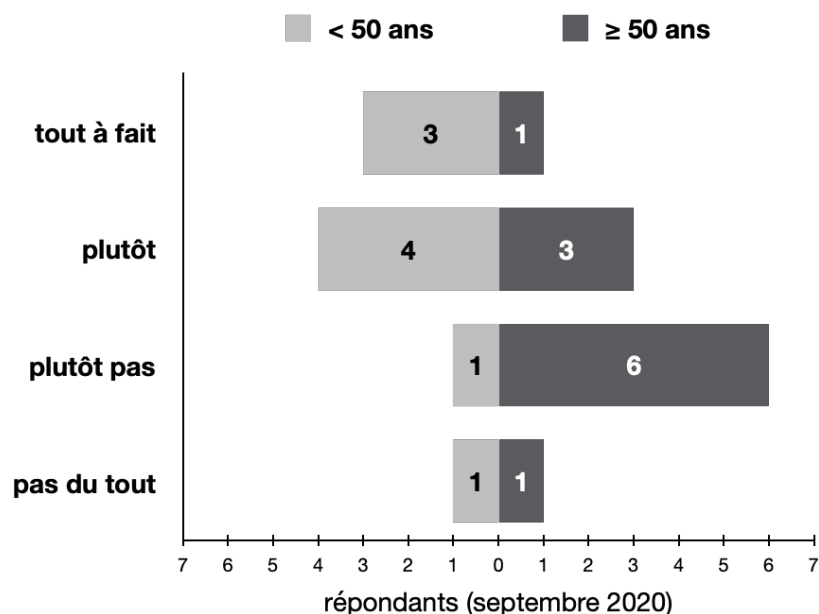
V. SANTÉ PUBLIQUE

1) Degré d'implication en santé publique

A. Dans la pratique courante

En septembre 2020, 77,8 % des répondants de moins de 50 ans déclaraient être correctement impliqués en santé publique (n = 3 "tout à fait" ; n = 4 "plutôt" – réponse médiane) et 22,2 % ne se considéraient pas comme correctement impliqués (n = 1 "plutôt pas" ; n = 1 "pas du tout"). *A contrario*, 63,6 % des répondants de 50 ans ou plus déclaraient ne pas être correctement impliqués dans leur pratique courante (n = 6 "plutôt pas" – réponse médiane ; n = 1 "pas du tout") et 36,4 % se considéraient comme correctement impliqués (n = 1 "tout à fait" ; n = 3 "plutôt").

Figure XI - “Pensez-vous être correctement impliqué en santé publique dans votre pratique courante ?”
(septembre 2020)



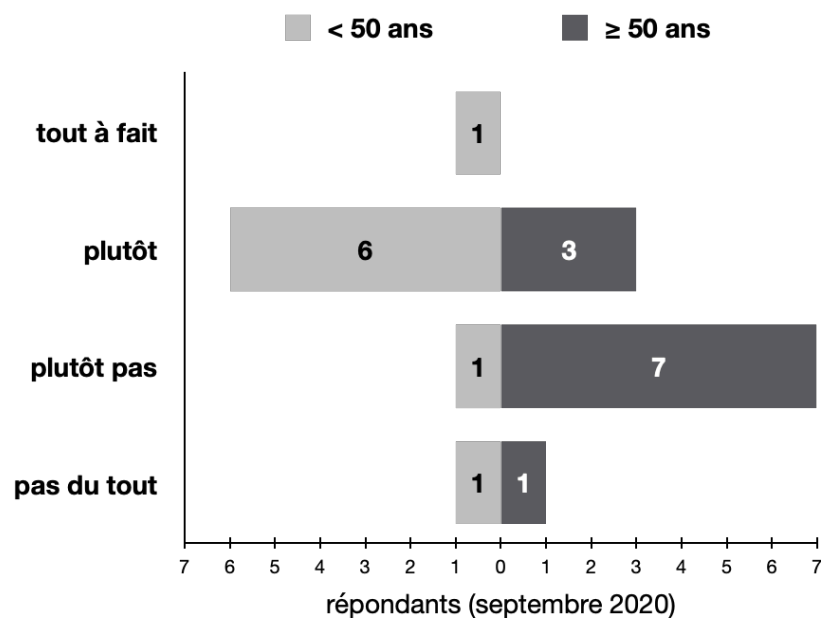
Nous codons ce degré d'implication en variable ordinale avec des modalités allant de 1 = “tout à fait” à 4 = “pas du tout” pour réaliser un test de Mann-Whitney. Nous obtenons ainsi une série [1-1-1-2-2-2-2-3-4] (n = 9) pour les moins de 50 ans, et une série [1-2-2-2-3-3-3-3-3-3-4] (n = 11) pour les 50 ans ou plus. Le résultat du test ne retrouve pas de différence significative entre les deux séries. Nous recodons cette variable de façon binaire (modalités 1-2 = “OUI” et 3-4 = “NON”), afin de réaliser un test exact de Fisher pour des effectifs “OUI = 7 / NON = 2” *versus* “OUI = 4 / NON = 7”. Le résultat ne permet pas d'établir un lien significatif entre l'âge et le degré d'implication en santé publique.

B. Dans cette situation de crise

En septembre 2020, 77,8 % des répondants de moins de 50 ans déclaraient être correctement impliqués en santé publique (n = 1 “tout à fait” ; n = 6 “plutôt” –

réponse médiane) et 22,2 % ne se considéraient pas comme correctement impliqués (n = 1 “plutôt pas” ; n = 1 “pas du tout”). *A contrario*, 72,7 % des répondants de 50 ans ou plus déclaraient ne pas être correctement impliqués en santé publique en situation de crise (n = 7 “plutôt pas” – réponse médiane ; n = 1 “pas du tout”) et 27,3 % se considéraient comme correctement impliqués (n = 3 “plutôt”).

Figure XII - “Pensez-vous être correctement impliqué en santé publique dans cette situation de crise ?”
(septembre 2020)



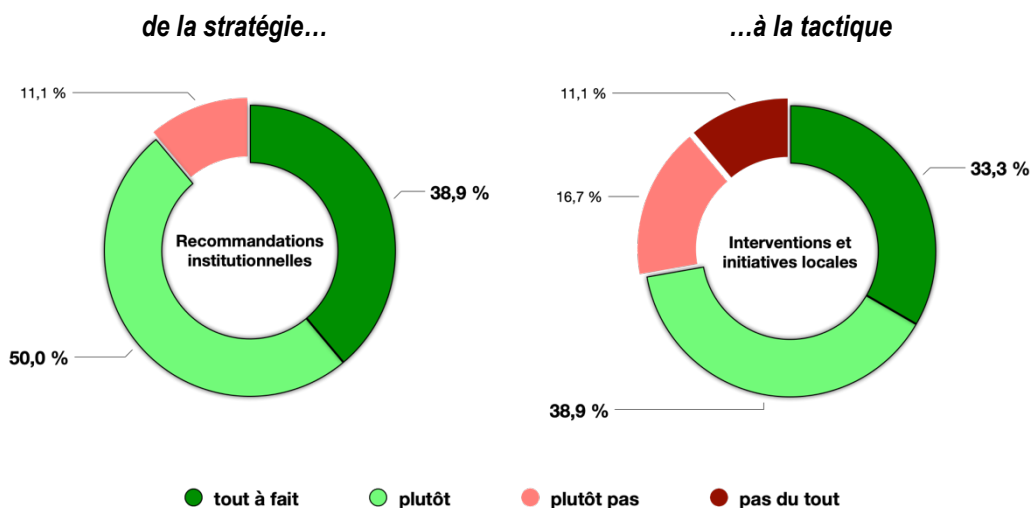
Si nous appliquons le raisonnement *supra*, nous obtenons une série [1-2-2-2-2-2-2-3-4] pour les moins de 50 ans, et une série [2-2-2-3-3-3-3-3-3-3-4] pour les 50 ans ou plus. Le résultat du test de Mann-Whitney retrouve une différence significative entre les deux séries s’il est unilatéral ($u = 26 < m_{\alpha} = 27$; $p = 0,04$). En revanche, ce test ne retrouve pas de différence significative s’il est bilatéral. Le test exact de Fisher pour des effectifs recodés “OUI = 7 / NON = 2” *versus* “OUI = 3 / NON = 8”, ne permet pas d’établir un lien significatif entre l’âge et le degré d’implication en santé publique.

2) Sources d'adhésion à la campagne vaccinale

88,9 % (n = 16) des répondants de décembre 2020 considéraient que les recommandations institutionnelles suscitaient l'adhésion à la campagne vaccinale (38,9 % "tout à fait" ; 50,0 % "plutôt" – réponse médiane). 11,1 % (n = 2) n'étaient "plutôt pas" d'accord avec cette proposition.

72,2 % (n = 13) de ces mêmes répondants considéraient que les initiatives et les interventions locales suscitaient l'adhésion (33,3 % "tout à fait" ; 38,9 % "plutôt" – réponse médiane). 27,8 % (n = 5) n'étaient pas d'accord avec cette proposition (16,7 % "plutôt pas" ; 11,1 % "pas du tout").

Figure XIII - Sources d'adhésion à la campagne vaccinale
(décembre 2020)



Le test exact de Fisher pour des effectifs "stratégie : OUI = 16 / NON = 2" *versus* "tactique : OUI = 13 / NON = 5" ne permet pas d'établir qu'une source d'adhésion est plus forte que l'autre de manière significative.

DISCUSSION

I. MÉTHODOLOGIE

1) Les forces de notre étude

L'ambition de notre travail était de donner la parole aux médecins présents sur le terrain durant deux périodes distinctes en terme d'activité. Ces questionnaires ont permis d'évaluer objectivement les ressources et l'adaptabilité de notre secteur en vue de nouvelles vagues de COVID-19 ou de pandémies futures.

Nous considérons les taux de réponse, respectivement de 74 % pour la première enquête et de 67 % pour la seconde, comme satisfaisants d'autant plus que les médecins concernés sont en général très sollicités par courriel. GoogleDrive est intuitif et adapté à l'envoi de questionnaires par mail ainsi qu'à l'exportation des données. Cette modalité permet également de garantir l'anonymat des réponses, assurant ainsi leur véracité.

2) Les faiblesses de notre étude

Il est évident que le nombre de médecins inclus (inférieur à 30) et le caractère monocentrique de l'étude ne nous permet pas de transposer les résultats à une échelle nationale. Il aurait ainsi été intéressant de confronter ce retour d'expérience à celui d'un territoire urbain pour mettre en évidence des disparités.

Parti avait été pris de réaliser cette étude par courriel : une troisième relance aurait pu être effectuée. Nous aurions éventuellement pu diffuser en parallèle les questionnaires par voie postale afin d'augmenter le nombre de répondants. Une réserve peut également être émise sur la formulation de plusieurs questions, notamment celles de la localisation du CMAS et de la vaccination en EHPAD. A *posteriori*, il aurait été judicieux de recourir à davantage de questions ouvertes, voire à une étude qualitative.

⇒ *Néanmoins, en tenant compte d'une analyse prudente des résultats, nous avons pu tirer plusieurs enseignements de cette enquête.*

II. RETOUR D'EXPÉRIENCE

1) Taux de participation et sécurité

Selon les répondants de septembre 2020, le centre a rempli son rôle de protection des cabinets à 80 % et de la population à 95 %, tout en fédérant à 90 % les généralistes de l'arrondissement à travers leur participation au centre. De tels chiffres affirment l'identité de la structure, conforme à l'acronyme « Centre Médical d'Arrondissement Sécurisé ».

2) De la stratégie...

Concernant sa mise en place, le CMAS a satisfait 90 % des répondants de septembre. L'organisation du planning et la gestion du personnel semblaient

appropriées pour respectivement 94 % et 77 % d'entre eux. Les réponses ouvertes suggéraient d'adapter les flux (horaire et personnel) en fonction de l'incidence sur le secteur. Les plannings ont cependant été réduits progressivement fin avril et début mai 2020. Toutefois, il a fallu attendre un accès optimal aux PNP en mai 2020 pour obtenir des premiers chiffres d'incidence.

3) ... à la tactique

Concernant sa première localisation, le CMAS a satisfait 80 % des répondants de septembre. Cependant, la question sur l'emplacement peut générer un biais : il aurait été plus judicieux de mentionner "le collège du Méridien, à Mauriac" dans cet item, puis de rechercher la validité du déménagement à la salle polyvalente de Jaleyrac dans un autre. Les médecins ont plébiscité l'équipement médical du CMAS : aucun répondant ayant participé au centre ne s'est montré insatisfait à ce sujet. L'aménagement extra-médical était adéquat pour 83 % d'entre eux. La nouvelle localisation a semblé répondre aux améliorations suggérées dans les réponses ouvertes. La salle polyvalente "La Sapinière" jouxte le stade de Jaleyrac habituellement utilisé par l'équipe de football de la commune, disposant de douches et de vestiaires adéquats. Le bâtiment abrite aussi un local associatif pouvant faire office d'espace de détente en cas d'astreintes longues. La signalisation routière a également été améliorée avec l'appui de la Direction des Routes Départementales.

⇒ *Fort de l'adhésion des généralistes dans sa version initiale et de l'essor des tests RT-PCR, le CMAS avait pour vocation de monter en puissance, en devenant un lieu de prélèvement « en drive » avec l'appui du LBM de Mauriac. De même, le*

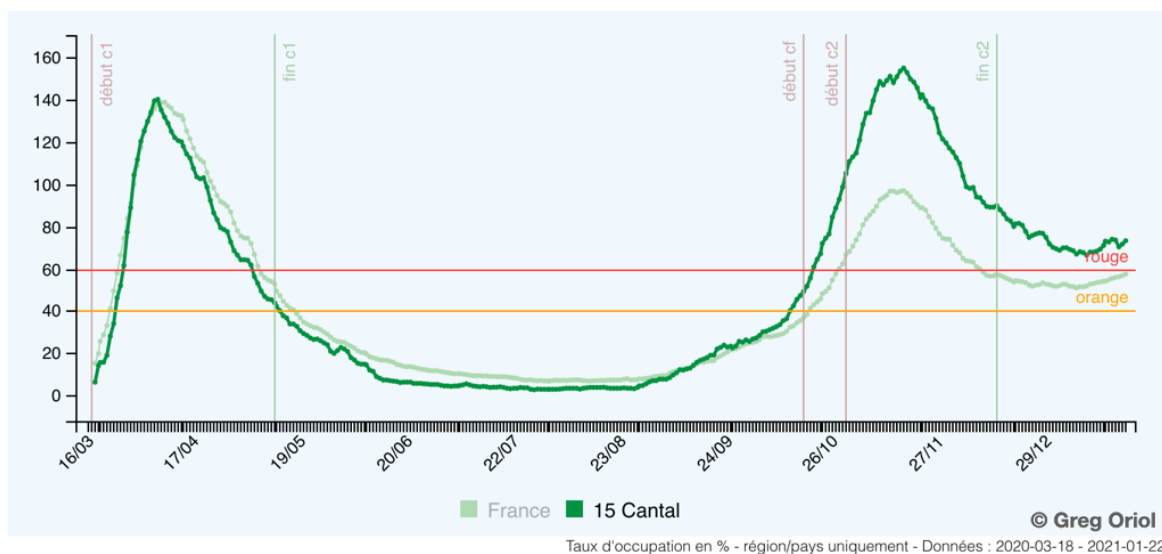
choix des nouveaux locaux à Jaleyrac tenait compte de l'éventualité de faire du CMAS un centre de vaccination. Cependant, cette première approbation n'est pas dénuée de certains paradoxes.

III. PARADOXES

1) Paradoxe n°1 : le vécu de la pandémie

Plus de 80 % des répondants de septembre ne se sentaient ni préparés, ni en sécurité lors de la « première vague ». Néanmoins, le Cantal a longtemps fait figure d'exception, au même titre que la Lozère, avec une mortalité nulle jusqu'à fin avril 2020 **(24) (25)**. *A contrario*, plus de 90 % des répondants de décembre n'éprouvaient pas de difficultés au quotidien dans la gestion des cas de COVID-19 malgré l'affluence de patients au cabinet. Pourtant, le 15 novembre 2020, la tension hospitalière en réanimation dans le Cantal était 60 % plus forte qu'à l'échelle nationale (*cf infra*) **(26)**.

Figure XIV – Tension hospitalière sur la capacité en réanimation



2) Paradoxe n°2 : la participation au CMAS

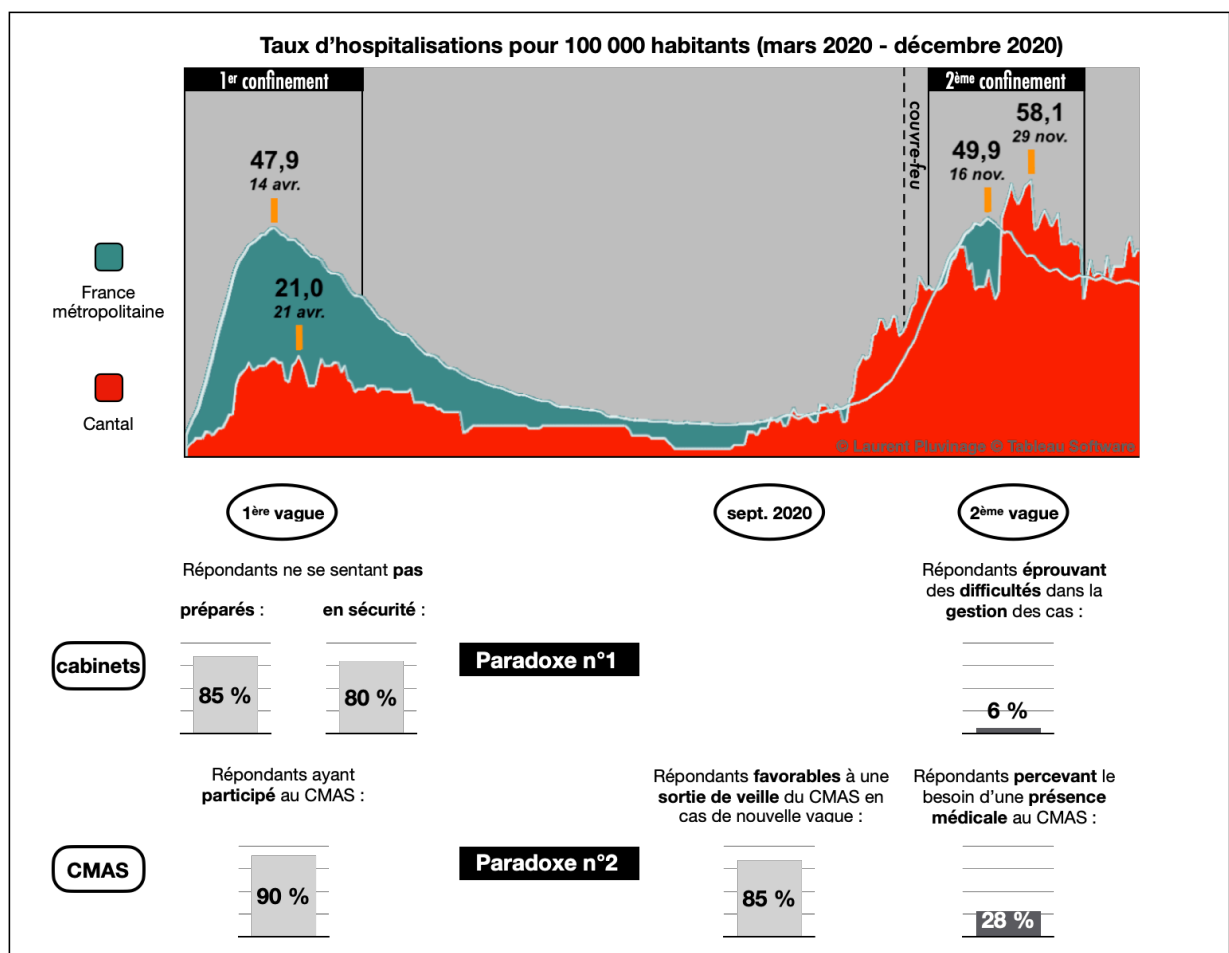
90% des répondants de septembre ont participé au CMAS durant la « première vague ». À titre de comparaison, le pic du taux d'hospitalisations dans le département (21,0 pour 100 000 habitants le 21 avril 2020) était 56 % en deçà du pic national (47,9 pour 100 000 le 14 avril 2020) **(27)**. 85 % des médecins interrogés en septembre se déclaraient prêts à se rendre disponibles, au moins mensuellement, pour les activités du CMAS en cas de reprise de la pandémie.

Toutefois, en décembre 2020, les répondants n'étaient plus que 28 % à invoquer le besoin d'une présence médicale au CMAS alors que la « deuxième vague » frappait de plein fouet notre arrondissement. En effet, le pic du taux d'hospitalisations (58,1 pour 100 000 habitants le 29 novembre 2020) a triplé par rapport au mois d'avril à l'échelle départementale, dépassant de 8,2 % le pic national (49,9 pour 100 000 le 16 novembre 2020) **(27)**.

⇒ *Ces deux paradoxes traduisent un manque de disponibilité des médecins généralistes qui n'ont pu quitter leur cabinet une seconde fois pour assurer des vacations au CMAS. Néanmoins, il est légitime de préciser que l'activité des cabinets n'était pas comparable entre les deux vagues. Lors du premier confinement, certains patients n'osaient pas consulter, pour des symptômes « non-COVID » comme des pathologies chroniques, ce qui pouvait engendrer des retards diagnostiques conséquents.*

⇒ Pour limiter ces dommages collatéraux, la cotation “TCG” a vu le jour durant la « première vague », afin d’assurer des téléconsultations. L’accès à internet et à la 4G n’étant pas ubiquitaire dans le Cantal, la plupart de ces actes étaient effectués par téléphone. De plus, les pharmaciens pouvaient renouveler à titre exceptionnel les ordonnances sans (télé)consultation préalable jusqu’au 31 mai 2020 (28), ce qui n’était pas sans effet sur l’activité des cabinets médicaux.

Figure XV - Paradoxes



⇒ Les médecins libéraux n’ont pas le don d’ubiquité. Ils ont été confrontés à un choix qui vient alimenter le fil de cette discussion : agir au CMAS ou au cabinet ? privilégier un territoire ou une patientèle ?

IV. FACTEURS INFLUANT SUR LA DISPONIBILITÉ

1) L'âge

Notre enquête a retrouvé un lien entre l'âge et la disponibilité pour le CMAS. Ce résultat semblait concorder avec le statut de personnes à risque d'une partie de nos répondants. Toutefois, il aurait fallu réaliser une étude multicentrique avec un plus grand échantillonnage pour affirmer cette relation de manière totalement significative.

2) La densité médicale

L'accès aux soins demeure précaire sur notre arrondissement ; si nous nous en tenons à la liste établie par le Conseil de l'Ordre des Médecins du Cantal et le médecin responsable du CMAS en mars 2020, la densité médicale de notre secteur est de 27 médecins pour 25 739 habitants, soit 105 pour 100 000. Nous avons ainsi constaté un écart de 31 % par rapport à la densité nationale (153 pour 100 000) et de 38 % par rapport à la densité départementale (167 pour 100 000).

À cet effet, le Professeur P.-L. Druais mentionnait en 2015 dans son rapport *La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé* la nécessité de « créer des conditions d'implantations attractives » sans tomber pour autant dans « la contrainte d'installation [...] [qui] risque au contraire d'aggraver l'effet de fuite ». **(29)**. Il évoquait également le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) et l'accueil d'étudiants en médecine comme deux vecteurs pouvant renforcer l'attractivité d'un territoire **(29)**.

3) Le temps de trajet

Le temps séparant les principales localités du CMAS (pour un trajet en véhicule léger) est représenté dans une cartographie figurant en **Annexe 6**. Il est apparu que certains territoires demeuraient lésés avec une durée dépassant la demi-heure. Le déménagement du CMAS à Jaleyrac a ainsi permis de réduire les temps de trajet pour le Nord-Est de l'arrondissement.

4) La rémunération

Lors de la « deuxième vague », seulement 28 % des répondants de décembre évoquaient le besoin d'une présence médicale au CMAS. Pourtant, à l'heure où nous écrivons ces lignes (mars 2021), plus de 80 % des généralistes de l'arrondissement prennent part au centre de vaccination (*cf page 48*). Leur participation est rémunérée au forfait (105,00 € de l'heure) ou à l'acte (9,60 € pour l'acte vaccinal seul). La rémunération au CMAS lors de la « première vague » était quant à elle envisagée à l'acte, mais l'affluence du centre a rarement excédé la dizaine de patients par jour. Néanmoins, il serait réducteur de conclure que le seul manque de rémunération puisse expliquer l'absence de médecin au CMAS durant la « deuxième vague ».

⇒ *À l'exception de l'âge, les trois autres facteurs (densité médicale, temps de trajet, rémunération) influant sur la disponibilité sont modifiables : ils sont autant d'axes à améliorer sur notre secteur. Ainsi, une recherche qualitative de type « focus-group » permettrait d'analyser de manière approfondie les facteurs limitant la participation au CMAS.*

V. OPTIONS

1) Examen médical

Le rôle du CMAS en tant que lieu d'examen sécurisé durant la « première vague » (en l'absence d'accès généralisé aux tests RT-PCR) a été plébiscité par les répondants de septembre 2020. Néanmoins, l'absence de médecin au centre lors de la « deuxième vague » semble être approuvée par la majorité des répondants de décembre 2020. Les généralistes demeurent les primo-intervenants concernant la prise en charge des patients symptomatiques, mais l'examen médical s'est dématérialisé au fil de la pandémie avec le développement de la téléconsultation et du *contact-tracing*.

2) Prélèvements nasopharyngés

70 % des répondants de septembre 2020 considéraient le CMAS comme une structure appropriée pour réaliser des PNP ; cette adhésion chutait à 10 % pour une réalisation du geste au cabinet médical. Les verbatims de notre enquête et l'intégration du LBM de Mauriac dans le CMAS laissent à penser que les biologistes médicaux constituent un personnel de premier choix pour réaliser cet acte. Cette hypothèse était confortée par une disponibilité prédominant de manière mensuelle ou bimensuelle (53 %) et par la proportion de médecins s'estimant comme personnes à risque (24 %) parmi les répondants de septembre favorables à une sortie de veille du CMAS (85 %).

Il ne faut pas oublier que des IDE et des médecins libéraux ont prêté main forte aux biologistes lorsque les ressources humaines du LBM arrivaient à saturation. L'anonymat des réponses ne peut mettre en lumière cette entraide remarquable. Néanmoins, les faits nous permettent d'affirmer aujourd'hui que le dévouement de quelques professionnels de santé, médicaux comme paramédicaux, a permis d'optimiser la réalisation des prélèvements sur notre secteur.

3) Vaccination

Le CMAS semblait susciter une adhésion modérée (40 puis 39 %) concernant la vaccination sur deux enquêtes réalisées à trois mois d'intervalle. Les médecins interrogés se sont nettement exprimés en faveur d'une vaccination dans les cabinets (85 puis 78 %). Toutefois, le conditionnement, l'approvisionnement et la traçabilité des spécialités n'ont rendu cette option possible qu'à la fin du mois de février 2021. Ainsi, un centre de vaccination (CV) s'est d'abord établi, au centre hospitalier en janvier puis dans un autre bâtiment à Mauriac à partir de février 2021.

Cette structure est le fruit de la coopération entre les professionnels hospitaliers et libéraux, médicaux et paramédicaux. Le déploiement du CV a été facilité par la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), interface entre la ville et l'hôpital. À cette occasion, le matériel médical et les outils de télécommunication du CMAS ont été rapatriés au CV. Au moment de la rédaction de ce travail, le CMAS n'est donc plus une structure à proprement parler, mais une entité. Cette hydre à deux têtes comprend une partie consacrée aux PNP réalisés par les biologistes à Jaleyrac et une autre dédiée à la vaccination en coopération avec le centre hospitalier à Mauriac.

4) Quid des EHPAD ?

Concernant les EHPAD, 55 % des répondants étaient prêts à se rendre disponibles pour les prélèvements, et 80 % pour la vaccination. En pratique, nous avons constaté une pluridisciplinarité de la prise en charge. Selon le degré de gravité, les médecins pouvaient soit donner un conseil en téléconsultation, soit se déplacer au chevet des patients, munis d'une tenue de protection. Des prélèvements ont aussi été réalisés par des IDE et des médecins libéraux : de manière ciblée chez des patients symptomatiques, mais aussi dans le cadre de dépistages massifs en collaboration avec le LBM. La vaccination s'est quant à elle déroulée sous la responsabilité des médecins coordinateurs des EHPAD, des médecins traitants des résidents et des IDE, à nouveau en première ligne dans la lutte contre la pandémie. Que pouvons-nous en conclure ?

⇒ *Les différentes options envisagées confirment le statut de primo-intervenants des médecins généralistes dans le diagnostic clinique et la campagne vaccinale. Le bon déroulement de la triade « tester / alerter / protéger » n'en demeure pas moins subordonné à l'investissement des professions paramédicales. Tous les acteurs de santé ont été en première ligne et notre raisonnement n'a pas vocation à « départager les ex-æquo ». Cependant, nous pouvons encore potentialiser nos ressources humaines et matérielles*

⇒ *Nous avons vu le CMAS évoluer au gré de la pandémie de COVID-19 : le centre est parvenu à mobiliser des ressources humaines et matérielles conséquentes. Mais force est de constater que l'examen, les PNP et la vaccination n'ont pu avoir*

lieu dans la même structure, qui avait pourtant vocation à faire du « 3 en 1 ».
Ce changement de paradigme appelle-t-il une remise en question du rôle des médecins libéraux en santé publique ?

VI. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LA SANTÉ PUBLIQUE

1) Un facteur générationnel ?

Alors que l'âge impactait la disponibilité, notre recherche n'a pas semblé retrouver un lien significatif entre l'âge et le degré d'implication en santé publique, en pratique courante comme en situation de crise. En effet, certains répondants n'étaient qu'étudiants en 2009 et n'avaient pas, à l'instar de leurs aînés, vécu la pandémie de grippe A (H1N1) en tant que professionnels de santé.

2) Un problème de communication ?

Dans l'ultime item du second questionnaire traitant de l'adhésion à la campagne vaccinale, les répondants semblaient se fier davantage aux « stratèges des recommandations institutionnelles » qu'aux « tacticiens des initiatives locales ». Une bonne communication ne serait-elle pas le fil conducteur entre stratégie et tactique ? L'organisation de la pandémie sur notre secteur s'est principalement reposée sur des mails et des appels téléphoniques ; il n'y a pas eu de séance plénière (ni en présentiel, ni en visioconférence) réunissant l'ensemble des médecins de l'arrondissement. Cette thèse était également un moyen de donner la parole à toutes et à tous sur un pied d'égalité.

3) Quelle est la place des généralistes libéraux ?

En 2015 le Professeur P.-L. Druais, alors Président du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), faisait état dans son rapport de « dizaines de plans de santé publique [...] sans implication ni compréhension des professionnels de terrain » **(29)**. Il énonçait même : « la médecine générale étant une médecine de proximité et de premier recours [...] aucun plan de santé publique ne peut s'exonérer de la réflexion et de l'implication des médecins généralistes » **(29)**.

Le Ségur de la santé fait, quant à lui, part de deux propositions en juillet 2020 **(30)** :

- « Renforcer le dialogue territorial avec les élus en développant la présence des Agences Régionales de Santé (ARS) à l'échelon départemental et en créant un conseil d'administration des ARS avec davantage de place destinée aux élus. »
- « Revoir le décret relatif aux missions, à l'organisation et à la gestion des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) afin d'étendre leur capacité de consultation et mieux les articuler avec les autres instances de la démocratie sanitaire dans les territoires. »

⇒ *« L'étatisation de la santé » semble inéluctable au cours du XXI^{ème} siècle, mais il apparaît comme nécessaire de donner la parole aux médecins libéraux dans les CRSA dont la composition est essentiellement hospitalière concernant les acteurs de santé. La CPTS est aussi une ressource à potentialiser, afin de garantir une meilleure coopération des médecins libéraux, entre eux comme avec les autres professionnels de santé, ambulatoires comme hospitaliers.*

⇒ *Le CMAS représente une population, un territoire, et les cabinets un échantillon, une patientèle. Lors de la « première vague », les médecins généralistes ont privilégié l'intervention collective à la prise en charge individuelle, et vice-versa lors de la « deuxième vague ». Ainsi, il faut continuer à potentialiser l'impact individuel pour atteindre au mieux la population : la CPTS semble être le trait d'union entre la politique de santé publique et les initiatives de la médecine libérale en vue de pandémies futures.*

CONCLUSION

Le CMAS s'est avéré sécurisant durant la « première vague » de COVID-19, avec une gestion appropriée et un équipement adéquat. La création de cette structure a permis de rassembler des ressources humaines et matérielles de manière inédite. Cependant, la disponibilité des médecins généralistes pour le centre demeure fonction de l'activité dans un territoire où la densité médicale reste précaire et les déplacements parfois chronophages. Le CMAS est une perspective d'avenir pour réaliser des examens médicaux de manière sécurisée lors de phénomènes épidémiques débutants, mais cette affirmation ne semble pas valable en cas de passage à la chronicité. Il serait donc pertinent de redéployer une telle structure d'examen lors d'une nouvelle pandémie en l'absence d'accès ubiquitaire au diagnostic biologique.

Ce centre semble adapté pour réaliser des prélèvements nasopharyngés de manière efficiente et sécurisée, mais il ressort de notre enquête et des faits que cet acte incombe en priorité au personnel du laboratoire de biologie médicale. De plus, le statut de personnes à risque de certains praticiens apparaît comme un facteur limitant la pratique de ce geste, malgré un système de « drive » adapté et des équipements de protection adéquats. La disponibilité pour le CMAS et le besoin d'une présence médicale dans la structure se sont amenuisés au fil de la pandémie. Les médecins généralistes espéraient une vaccination au cabinet : pourtant, ils ont massivement participé à la campagne vaccinale dans un nouveau centre dédié. Ce changement d'opinion peut s'expliquer en partie par la modalité de conservation du vaccin et le mode de rémunération proposé.

Ce travail a permis de donner équitablement la parole aux médecins libéraux qui sont les primo-intervenants dans la gestion de la pandémie. Pour que le CMAS reste une perspective d'avenir, il apparaît nécessaire qu'il fasse l'objet d'une concertation entre les médecins présents sur le terrain et leurs instances dirigeantes. Le centre n'a pas été l'unique rempart contre la pandémie ; il a fallu unir les forces ambulatoires avec celles du laboratoire de biologie médicale, puis celles du centre hospitalier pour répondre à de nouveaux défis. L'avenir de « l'entité CMAS » est indissociable de la coopération entre les différents professionnels de santé sur notre territoire. Ainsi, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) apparaît comme une instance à privilégier pour inscrire un tel projet dans la durée.

Au gré de cette pandémie, les médecins généralistes ont oscillé entre une approche populationnelle et une prise en charge individuelle. L'une correspond à une question de santé publique et de territoire, l'autre à une problématique de médecine libérale et de patientèle. La santé publique a pour vocation de prévenir les futures crises sanitaires en recueillant les expériences passées. La médecine ambulatoire représente quant à elle le présent, l'imprédictible quotidien des cabinets. L'équilibre entre stratégie de santé publique et tactique de médecine libérale demeure complexe. Cette dualité espace/temps ne pourrait-elle pas être améliorée par la CPTS ?

Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur



du Président
le 25/02/2021
P. Clavelou

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Li, D.-K.-T. « Challenges and Responsibilities of Family Doctors in the New Global Coronavirus Outbreak ». *Family Medicine and Community Health* 8, n° 1 (février 2020): e000333. doi.org/10.1136/fmch-2020-000333
- 2) Dijk, C.-E. van, M. Hoiveld, A. Jentink, L.-D. Isken, A. Timen, et C.-J. Yzermans. « Experiences of General Practitioners and Practice Assistants during the Influenza A(H1N1) Pandemic in the Netherlands: A Cross-Sectional Survey ». *PLOS ONE* 10, n° 8 (27 août 2015): e0135666. doi.org/10.1371/journal.pone.0135666
- 3) Kunin, M., D. Engelhard, L. Piterman, et S. Thomas. « Response of General Practitioners to Infectious Disease Public Health Crises: An Integrative Systematic Review of the Literature ». *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 7, n° 5 (octobre 2013): 522-33. doi.org/10.1017/dmp.2013.82
- 4) Patel, M.-S., C.-B. Phillips, C. Pearce, M. Kljakovic, P. Dugdale, et N. Glasgow. « General Practice and Pandemic Influenza: A Framework for Planning and Comparison of Plans in Five Countries ». *PLOS ONE* 3, n° 5 (28 mai 2008): e2269. doi.org/10.1371/journal.pone.0002269
- 5) Dzieciatkowski, T., L. Szarpak, K.-J. Filipiak, M. Jaguszewski, J.-R. Ladny, et J. Smereka. « COVID-19 Challenge for Modern Medicine ». *Cardiology Journal* 27, n° 2 (2020): 175-83. doi.org/10.5603/CJ.a2020.0055
- 6) Goret, M. « Organisation des soins en situation de pandémie grippale dans la Somme ». *Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique*, 2009. documentation.ehesp.fr/memoires/2009/misp/goret.pdf
- 7) Barthe, J, J.-P. Aubert, A.-L. Lecapitaine, F. Lecompte, et C. Szwebel-Chikli. « Exercice sur le terrain dans un Centre de Consultation Dédié à la grippe (SIMUGRIP-MG1) ». *Santé Publique* 23, n° 6 (2011): 501. doi.org/10.3917/spub.116.0501
- 8) Ministère des Solidarités et de la Santé. *Préparation au risque épidémique COVID-19*. Guide méthodologique publié le 20/02/2020. solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf
- 9) Ministère des Solidarités et de la Santé. *Préparation à la phase épidémique de COVID-19*. Guide méthodologique publié le 16/03/2020. solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidémique-v15-16032020.pdf
- 10) Tremet, E. « Dans le Cantal, trois centres médicaux ouverts pour les patients atteints du Covid-19 ». *La Montagne*, édition du 23 mars 2020. lamontagne.fr/aurillac-15000/actualites/dans-le-cantal-trois-centres-medicaux-ouverts-pour-les-patients-atteints-du-covid-19_13769311/

- 11) Migus, A., P. Netter, C. Boitard, B. Clement, J.-F. Allilaire, R. Ardaillou, P. Berche, et al. « Les phases de l'épidémie du Covid-19 : critères, défis et enjeux pour le futur ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 204, n° 8 (octobre 2020): 748-60. doi.org/10.1016/j.banm.2020.07.003
- 12) Institut National de la Statistique et des Études Économiques. *Arrondissement : 152 - Mauriac*. statistiques-locales.insee.fr/#bbox=141493.5767556,264320,206073&c=indicator&i=pop_legales.popmun&i2=pop_legales.evol_popmun&s=2018&s2=2018&selcodgeo=152&view=map5
- 13) Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance. « Décret n°2020-1706 du 24 décembre 2020 authentifiant les chiffres des populations de métropole, des départements d'outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion, et des collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et- Miquelon ». *Journal Officiel de la République Française*, n°0313 du 27 décembre 2020.
legifrance.gouv.fr/download/file/NQqPU7DMgwwRwRT9xBDSz4uky5TKiWOBuY2E5TQQFyI=/JOE_TEXTE
- 14) Institut National de la Statistique et des Études Économiques. *Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 - Comparaisons régionales et départementales*. insee.fr/fr/statistiques/2012677
- 15) Cohade, J.-P. « Covid-19 : les Centre médicaux d'arrondissement sécurisés (CMAS) du Cantal déménagent et vont monter en puissance ». *La Montagne*, édition du 18 mai 2020. lamontagne.fr/mauriac-15200/actualites/covid-19-les-centre-medicaux-d-arrondissement-securises-cmas-du-cantal-demenagent-et-vont-monter-en-puissance_13789386/
- 16) Direction Générale de la Santé. *Cahier des charges pour l'installation de sites de prélèvement en dehors du LBM / dans une structure délocalisée (tente, drive, équipe mobile) dans le cadre du dépistage du COVID-19*. Cahier des charges publié le 20 mai 2020. solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_rt-pcr-structure-delocalisee.pdf
- 17) Comité Analyse Recherche et Expertise, Conseil Scientifique COVID-19, Comité Vaccin COVID-19. *Une stratégie de vaccination*. Avis publié le 09 juillet 2020.
solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_vaccins_9_juillet_2020_-_care_-_conseil_scientifique_-_comite_vaccin.pdf
- 18) Iserson, K. « Alternative Care Sites: An Option in Disasters ». *Western Journal of Emergency Medicine* 21, n° 3 (13 avril 2020). doi.org/10.5811/westjem.2020.4.47552
- 19) *Dictionnaire Larousse en ligne*. larousse.fr
- 20) *Dictionnaire Le Robert en ligne*. dictionnaire.lerobert.com

- 21) Université de Strasbourg. *Formalités réglementaires 2020 en recherche en santé*.
sondages.unistra.fr/limesurvey/index.php/262984?lang=fr
- 22) Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. *La loi Informatique et Libertés*. 17 juin 2019.
cnil.fr/fr/la-loi-informatique-et-libertes
- 23) Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. *Le règlement général sur la protection des données*. 23 mai 2018.
cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees
- 24) Dubault, F. « Coronavirus : aucun décès en Lozère et dans le Cantal pour 14.967 morts en France ». *France 3 Occitanie*, article publié le 14 avril 2020. france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/lozere/mende/coronavirus-aucun-deces-lozere-cantal-14967-morts-france-1816200.html
- 25) Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. *Covid-19 en Auvergne-Rhône-Alpes - Point de situation*. Communiqué de presse du mercredi 22 avril 2020. auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2020-04/200422_ARSARA_PrefARA_CP_COVID-19_Point_Situation.pdf
- 26) Oriol, G. *Covid Dashboard France*. Contribution communautaire publiée le 12 octobre 2020 sur le site data.gouv.fr, plateforme ouverte des données publiques françaises. gregoriol.github.io/covid-dashboard-france/
- 27) Pluvinage, L. *Suivi de la pandémie Covid19 - France Métropolitaine*. Contribution communautaire publiée le 5 novembre 2020 sur le site data.gouv.fr, plateforme ouverte des données publiques françaises.
public.tableau.com/profile/laurent.pluvinage#!/vizhome/France-Covid/Covid-France
- 28) Ministère des Solidarités et de la Santé. « Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ». *Journal Officiel de la République Française*, n°0072 du 24 mars 2020.
legifrance.gouv.fr/download/file/KY9SZZfQdcIRn_N8Kc1qxgh6-gaiNOdlwFbuECNirwQ=/JOE_TEXTE
- 29) Druais, P.-L. « La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé ». *Travaux réalisés à la demande de Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes*. Rapport publié le 31 mars 2015.
solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_druais_mars_2015.pdf
- 30) Ministère des Solidarités et de la Santé. *Sécur de la santé : les conclusions*. Dossier de presse du 21 juillet 2020.
solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/

ANNEXES

Annexe 1 – Mail du 1^{er} septembre 2020 « Questionnaire CMAS (Centre COVID) »

OBJET : « QUESTIONNAIRE CMAS (CENTRE COVID) »

Chères Consœurs, Chers Confrères,

En tant que Médecins Généralistes, vous vous êtes retrouvés en première ligne dans la gestion de la pandémie de COVID-19. La création d'un Centre Médical d'Arrondissement Sécurisé (CMAS ou "Centre COVID") sur le secteur de Mauriac a permis d'assurer l'examen et l'évaluation de patients présentant des symptômes de COVID-19 en dehors des cabinets médicaux. La structure est actuellement en veille et nous demeurons dans l'expectative quant à une "deuxième vague".

Dans le cadre de mon travail de thèse dirigé par le Docteur LAURENT, j'aurais aimé :

- bénéficier de votre retour d'expérience concernant le CMAS et la gestion de la crise.
- connaître vos choix et attentes en matière de Santé Publique pour l'avenir.

Pour ce faire, je vous propose de répondre à ce questionnaire dont le remplissage prend quelques minutes, et dont le recueil est anonyme.

En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à mon travail,

Veillez recevoir mes confraternelles salutations,

Pierre MESSONNIER
Interne

Annexe 2 – Mail du 1^{er} décembre 2020 « Questionnaire 2^{ème} vague COVID-19 »

OBJET : « QUESTIONNAIRE 2^{ÈME} VAGUE COVID-19 »

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Vous êtes confrontés à la "deuxième vague" de COVID-19 sur votre secteur.

Dans le cadre de mon travail de thèse dirigé par le Docteur LAURENT, j'aurais aimé bénéficier de votre retour d'expérience. Pour ce faire, je vous propose de répondre à ce questionnaire en moins de 2 minutes (recueil anonyme).

En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à mon travail,

Veillez recevoir mes confraternelles salutations,

Pierre MESSONNIER
Médecin Remplaçant

Annexe 3 – GoogleForms « Questionnaire CMAS (Centre COVID) »

Quel âge avez-vous ?	29 ans ou moins – 30 à 39 ans – 40 à 49 ans – 50 à 59 ans – 60 à 69 ans – 70 ans ou plus
Vous êtes...	une femme – un homme
Vous êtes	installé(e) – remplaçant(e)
Vous exercez..	seul(e) – en cabinet de groupe – en MSP

- 1) En tant que médecin de premier recours...
- a. Vous sentiez-vous suffisamment préparé à cette crise sanitaire ? 1-2-3-4-NSP*
- b. Vous sentiez-vous suffisamment en sécurité face à la maladie ? 1-2-3-4-NSP*
- 2) La mise en place du CMAS (Centre COVID) vous a paru appropriée : 1-2-3-4-NSP*
- 3) La localisation du CMAS (Centre COVID) vous a paru adéquate : 1-2-3-4-NSP*
- 4) Le CMAS (Centre COVID) a-t-il été sécurisant
- a. Pour votre cabinet ? OUI – NON
- b. Pour vos patients ? OUI – NON
- 5) Avez-vous participé à l'activité du CMAS (Centre COVID) ? OUI – NON
- [Si NON : pourquoi ?](#) → orientation vers la question 8
- Manque de temps – Manque d'information – Manque de rémunération*
- Personne à risque – Éloignement du périmètre d'activité – Autre, précisez :*
- 6) La coordination / gestion du CMAS (Centre COVID) vous a-t-elle paru appropriée...
- a. En terme de planning (fréquence, horaires...) ? 1-2-3-4-NSP*
- [Si autre que « 1 » : quelle amélioration proposez-vous ?](#) Réponse libre
- b. En terme de personnel (nombre, qualité...) ? 1-2-3-4-NSP*
- [Si autre que « 1 » : quelle amélioration proposez-vous ?](#) Réponse libre
- 7) L'aménagement / équipement du CMAS (Centre COVID) vous a-t-il paru adéquat...
- a. Sur le plan MÉDICAL (circuit de marche en avant, matériel, tenues...) ? 1-2-3-4-NSP*
- [Si autre que « 1 » : quelle amélioration proposez-vous ?](#) Réponse libre
- b. Sur le plan NON-MÉDICAL (superficie, douches, alimentation...) ? 1-2-3-4-NSP*
- [Si autre que « 1 » : quelle amélioration proposez-vous ?](#) Réponse libre
-
- 8) En cas de reprise de la pandémie, jugeriez-vous opportun de sortir le CMAS (Centre COVID) de sa veille ? OUI – NON
- [Si OUI : dans quelle mesure y participeriez-vous ?](#)
- 1 fois par mois – 2 fois par mois – 1 fois par semaine – 2 fois par semaine – Autre, précisez :*
- [Si NON : quelle solution vous paraîtrait plus appropriée ?](#) Réponse libre
- 9) Jugeriez-vous opportun de réaliser des prélèvements nasopharyngés...
- a. Dans votre cabinet ? OUI – NON
- b. Au CMAS (Centre COVID) ? OUI – NON
- [Si NON au 2 : quelle solution vous paraîtrait plus appropriée ?](#) Réponse libre
- 10) Jugeriez-vous opportun de réaliser des actes de vaccination...
- a. Dans votre cabinet ? OUI – NON
- b. Au CMAS (Centre COVID) ? OUI – NON
- [Si NON au 2 : quelle structure vous paraîtrait plus appropriée ?](#) Réponse libre
- 11) En cas de reconfinement des EHPAD, seriez-vous prêt à réaliser...
- a. Des prélèvements nasopharyngés sur les résidents ? OUI – NON
- b. Des actes de vaccination sur le personnel soignant ? OUI – NON
- 12) Pensez-vous être correctement impliqué en terme de Santé Publique...
- a. Dans votre pratique courante ? 1-2-3-4-NSP*
- b. Dans cette situation de crise ? 1-2-3-4-NSP*

* tout à fait – plutôt – plutôt pas – pas du tout – ne se prononce pas

Annexe 4 – GoogleForms « Questionnaire 2^{ème} vague COVID-19 »

- 1) Lors de cette "deuxième vague", rencontrez-vous des difficultés dans la gestion des cas de COVID-19, malgré l'afflux de patients au quotidien ? OUI – NON
- 2) Votre vécu vous fait-il penser qu'il n'y a pas besoin de médecin au CMAS lors de cette "deuxième vague" ? OUI – NON
- 3) Selon vous, l'adhésion à une campagne de vaccination dépend... 1-2-3-4-NSP*
- a. Des recommandations institutionnelles ? 1-2-3-4-NSP*
- b. Des interventions et initiatives locales ? 1-2-3-4-NSP*
- 4) Suite aux dernières recommandations, vous sentez-vous prêt à réaliser des actes de vaccination en grand nombre ? OUI – NON
- a. Dans votre cabinet ? OUI – NON
- b. Dans les EHPAD ? OUI – NON
- c. Au CMAS OUI – NON

Quel âge avez-vous ? 29 ans ou moins – 30 à 39 ans – 40 à 49 ans – 50 à 59 ans – 60 à 69 ans – 70 ans ou plus
 Vous êtes... une femme – un homme

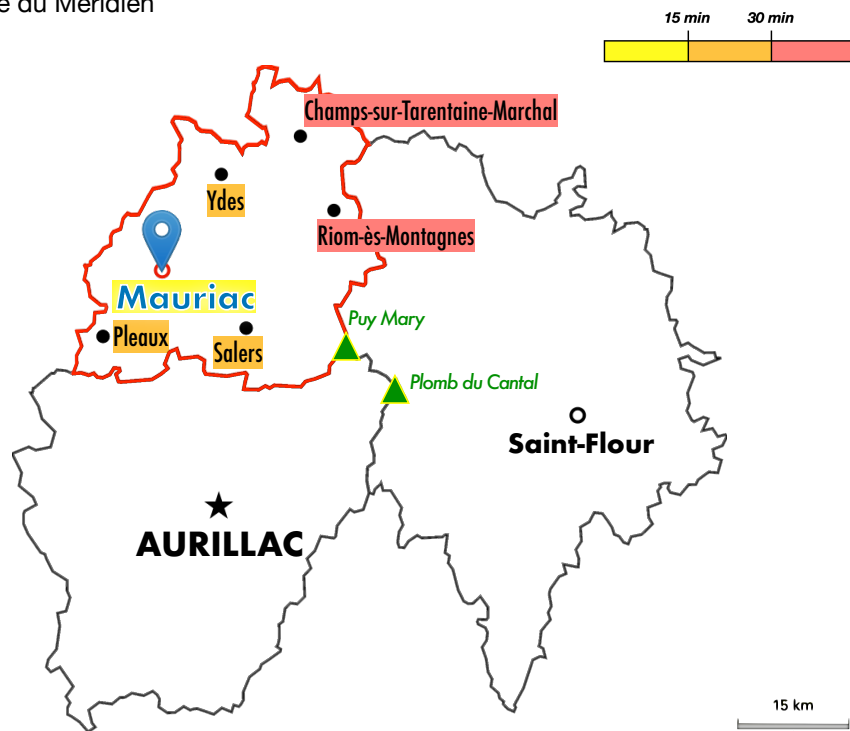
Annexe 5 – Inventaire des mots-clés issus de la littérature

STRATÉGIE	TACTIQUE
COMMUNICATION with / SUPPORT from PUBLIC HEALTH AUTHORITIES	STRUCTURE : OPERATIONAL SUPPORT → AVAILABLE FACILITY
STAFF : → WHO CONTROLS , OPENS & CLOSE ?	LOGISTICS : SUPPLIES & EQUIPMENT → PERSONAL PROTECTIVE EQUIPEMENT
TRAINING & EDUCATION	EMOTIONAL EFFECTS of responding to a LIFE-THREATENING DISEASE
SECURITY & DOCUMENTATION → GUIDELINES	SANITARY : PATIENTS → HOW MANY ? / WHAT TYPE ?

Annexe 6 – Temps de trajet jusqu’au CMAS (en véhicule léger)

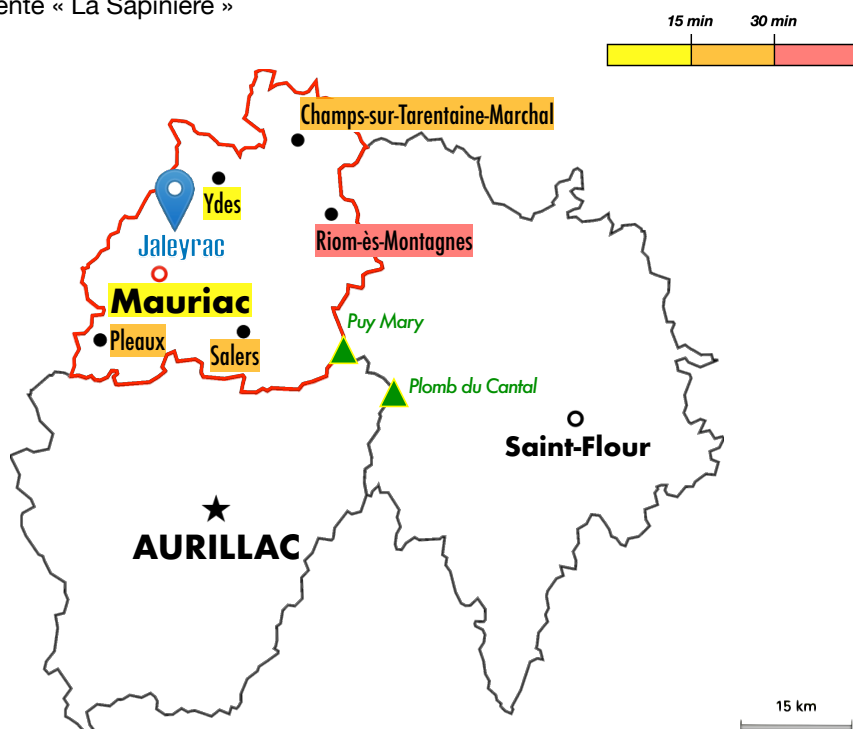
Mauriac

—
Collège du Méridien



Jaleyrac

—
Salle polyvalente « La Sapinière »



SERMENT D'HIPPOCRATE - VERSION LONGUE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE - VERSION COURTE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISEIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

COVID-19 ET CANTAL : DE LA SANTÉ PUBLIQUE À LA MÉDECINE LIBÉRALE

Retour d'expérience sur un Centre Médical d'Arrondissement Sécurisé (CMAS)

Résumé :

CONTEXTE : La pandémie de COVID-19 a permis de recourir à des structures de soins alternatives sur notre territoire. Ainsi, la création des CMAS en mars 2020 a permis aux généralistes cantaliens d'examiner et d'évaluer des patients symptomatiques en dehors des cabinets et des hôpitaux.

OBJECTIF : Déterminer les attentes des médecins généralistes de l'arrondissement de Mauriac concernant le CMAS et ses activités : suite à leur expérience, considèrent-ils ce centre comme une perspective d'avenir en cas de nouvelles vagues de COVID-19 ou de pandémies futures ?

MÉTHODE : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale menée en septembre 2020 puis en décembre 2020, auprès des médecins généralistes de l'arrondissement de Mauriac. Les taux de réponse sont respectivement de 74 et 67 %.

RÉSULTATS : Le CMAS a été perçu comme sécurisant pour les cabinets et les patients. Sa mise en place et sa gestion ont paru appropriées. Sa localisation et son équipement ont semblé adéquats. Les médecins de l'arrondissement ne se sentaient ni préparés (85 %), ni en sécurité (80 %) lors de la « première vague ». *A contrario*, 94 % d'entre eux n'éprouvaient pas de difficultés au quotidien dans la gestion des cas de COVID-19 en décembre 2020. 90 % des répondants de septembre ont participé au CMAS lors de la « première vague » et 85 % étaient favorables à une sortie de veille du centre en cas de reprise de la pandémie. Cependant, ils n'étaient plus que 28 % à invoquer le besoin d'une présence médicale au CMAS en décembre 2020. 70 % des répondants de septembre jugeaient le centre adapté pour réaliser des prélèvements nasopharyngés. Le CMAS suscitait en revanche une adhésion modérée (40 puis 39 %) concernant les actes de vaccination. En effet, les répondants se sont nettement exprimés en faveur d'une campagne vaccinale au sein des cabinets (85 puis 78 %).

CONCLUSION : Le CMAS est un lieu d'examen et de prélèvement à privilégier en situation épidémique en cas de saturation des dispositifs habituels. Au gré de la pandémie de COVID-19, les médecins généralistes ont oscillé entre une approche populationnelle et une prise en charge individuelle. La pérennité du centre et de ses activités tenant à la pluridisciplinarité de ses intervenants, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) apparaît comme un mode d'organisation à privilégier pour favoriser le lien entre santé publique et médecine libérale.

Mots clés :

- COVID-19
- CMAS (Centre Médical d'Arrondissement Sécurisé)
- Médecine générale
- Soins primaires
- Retour d'expérience
- Gestion de crise
- Cantal