HAL
open science

Ouverture des centres médicaux avancés dans les Pyrénées-Atlantiques durant la pandémie de COVID-19 : retour d'expérience des professionnels de santé

Laetitia Bourdon

To cite this version:

Laetitia Bourdon. Ouverture des centres médicaux avancés dans les Pyrénées-Atlantiques durant la pandémie de COVID-19 : retour d'expérience des professionnels de santé. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03614016

HAL Id: dumas-03614016

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03614016

Submitted on 19 Mar 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.

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2022 N°22

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline: MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
le jeudi 3 mars 2022
par **Laetitia BOURDON**
née le 30 octobre 1990 à Orthez (64)

Ouverture des centres médicaux avancés dans les Pyrénées-Atlantiques durant la pandémie de COVID-19 : retour d'expérience des professionnels de santé.

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jean-Benoît PECASTAING

Membres du jury

Pr Jean-Philippe JOSEPH	Président
Dr Laurent MAGOT	Rapporteur
Dr Christophe JOUHET	Jury
Dr Christèle BLANC-BISSON	Jury
Dr Jean-Benoît PECASTAING	Directeur

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Professeur et directeur du département de médecine générale de l'Université de Bordeaux,

Médecin généraliste à Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Laurent MAGOT,

Professeur associé du département de médecine générale de l'Université de Bordeaux,

Médecin généraliste à Lons.

Pour avoir accepté d'être rapporteur de ma thèse et de la juger. Vous avez été d'une grande aide et de très bons conseils dès le début de ce travail. Je vous remercie sincèrement pour vos bons conseils, votre disponibilité et votre rigueur.

À Monsieur le Docteur Christophe JOUHET,

Maître de conférence associé du département de médecine générale de Bordeaux,

Médecin généraliste à Coarraze.

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse et porter intérêt à ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

À Madame le Docteur Christèle BLANC-BISSON,

Cheffe de clinique universitaire au département de médecine générale de Bordeaux,

Médecin généraliste à Grignols.

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse et porter intérêt à ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Jean-Benoît PECASTAING,

Praticien agréé maître de stage des universités en médecine générale à Bordeaux,

Médecin généraliste à Biarritz.

Pour m'avoir proposé ce sujet de thèse et avoir accepté d'en être le directeur. Je te remercie chaleureusement de m'avoir accompagné tout au long de ce travail, de ta confiance, de tes conseils avisés et de ta disponibilité.

À mes praticiens maîtres de stage Dr Etcheto Philippe, Dr Pecastaing Jean-Benoît et Dr Pecastaing Jean-Philippe. Merci d'avoir confirmé mon intérêt pour la médecine générale, de m'avoir transmis vos savoirs, votre expérience et surtout la passion de votre métier.

À toutes les équipes, professionnels médicaux et paramédicaux rencontrés durant mes études. Merci pour votre accueil, pour tout ce que vous m'avez appris sur le plan médical, mais aussi humain.

À tous les professionnels de santé ayant accepté de participer à cette thèse, je vous remercie pour votre implication et motivation afin que mon travail puisse voir le jour.

À mes parents, Michel et Béatrice, les meilleurs parents du monde. Merci de m'avoir toujours aidée et supportée dans ces longues années d'études. Cette thèse vous est dédiée. Merci de m'avoir guidée et encouragée quand il le fallait, vous avez toujours répondu présent. Je n'aurais jamais réussi sans vous, je sais que vous avez beaucoup sacrifié pour moi et je vous en remercie un millier de fois. Merci de m'avoir supportée dans mes moments de stress et de m'avoir laissée me débrouiller seule. J'espère vous rendre fiers. Vous êtes des modèles pour moi. Je vous aime. Et je m'excuse de ne pas vous laisser assister à ce moment-là mais vous me connaissez bien, je suis trop stressée.

À mon grand frère, Cyril, merci de m'avoir toujours défendu les fois où j'en ai eu besoin. Merci d'être mon grand frère. Je t'aime même si on ne se le dit jamais.

À ma petite sœur, Céline alias Gnougnoukitou, ma jumelle. Notre lien est indescriptible. Merci pour tous nos bons moments passés ensemble, tous nos voyages, nos fous rires. Je te remercie d'avoir été ma première patiente. Je t'aime à la folie. Vivement nos prochains voyages.

À mes grands-parents, Martin, Madeleine, Bernard et Marcelle, vous me manquez. J'espère que vous êtes fiers de moi.

Au reste de mes proches: Julio, Annie, Julien, Emilie, Antoine, Dieynaba. Je m'excuse pour mes absences lors de certains repas de famille, je pense les avoir faites oubliés lorsque j'étais présente. À nos fous rires et notre folie.

À mes amies d'enfance, Margot, Céline et Aurélie. Merci d'être encore là après toutes ces années. À nos innombrables fous rires et bons moments passés ensemble. À notre belle amitié qui n'est pas prête de s'arrêter.

À ma Stéphanie, et à notre rencontre lors de ce voyage inoubliable à Londres. Tous ces fous rires qu'on a eus et à notre amitié qui dure malgré l'éloignement. Merci de m'avoir aidé. Alain me manque.

À mes copines de fac, Claire et Manon, que nos études ont été longues et difficiles mais quand je nous vois toutes les 3 épanouies dans nos spécialités respectives, on peut être fières de nous et de notre parcours.

Aux rencontres Bayonnaises : la coloc d'enfer avec **Marc et Audrey** puis qu'avec ma coloc d'amour, tellement contente de t'avoir rencontré et de notre amitié. Et à **Katell**, merci pour nos bons moments passés ensemble, vive la Belgique et la bière, les apéros plages et merci pour tes bons conseils notamment dans cette dernière ligne droite.

TABLE DES MATIERES

Abréviations……8
Avant -propos……..9

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE…..10

1.1. Épidémiologie et gestion de l'épidémie du COVID-19 en France……10

1.1.1 En France……..……...10
1.1.2 Á l'échelle de la région Nouvelle-Aquitaine et du département des Pyrénées Atlantiques……...……13

1.2. Point de vue de la médecine de ville au niveau national sur la gestion de cette crise……..13

1.2.1 Sentiment d'oubli de la médecine de ville……13
1.2.2 Retard et manque d'informations……...14
1.2.3 Informations contradictoires……..15
1.2.4 Manque de moyen de protection individuel: cri d'alerte…….…..16
1.2.5 Colère et défiance vis-à-vis de l'État et des autorités de santé……..19
1.2.6 Médecins généralistes touchés et décès……20

1.3. Adaptation de la médecine de ville à cette crise…….…20

1.3.1 Réorganisation des cabinets médicaux…….……20
1.3.2 Ouverture des centres médicaux avancés dans le département des Pyrénées-Atlantiques…….……...22

1.4. Question de recherche et objectifs……...23

2. MATERIEL ET METHODE……..…….24

2.1 Type d'étude……24
2.2 Population étudiée……24
2.3 Elaboration du guide d'entretien……24
2.4 Aspects réglementaires et éthiques……..25
2.5 Déroulement des entretiens……25
2.6 Recueil et retranscription des données…….…..26
2.7 Analyse des données…….…….26
2.7.1 Codage des données…….……..26
2.7.2 Triangulation des données……26

3. RESULTATS…….28

3.1 Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens……..…….28
3.2 Les motivations……..……..30

3.2.1 Lieu sécurisé pour les soignants et les patients, diminuer les contaminations croisées…….……..30

3.2.2 Faire face à l'inquiétude des patients et des soignants…….….…….31

3.2.3 Besoin de se regrouper, se rassurer, harmoniser les pratiques……...…….31

3.2.4 Proposer des solutions adaptées aux soins primaires et permettre la continuité des soins……..……..33

3.2.5 Difficultés pour mettre en œuvre les recommandations du gouvernement…….34

3.3 Les difficultés rencontrées……..35

3.3.1 Charge de travail importante, difficulté pour contacter et communiquer entre confrères, mises à jour des recommandations difficiles……..35

3.3.2 Absence de matériel de protection physique…….……37

3.3.3 Sentiment d'abandon et d'inertie des institutions sanitaires, difficulté pour faire valoir ce travail ……37

3.3.4 Médecine de bricolage et enjeu politique…….…….41

3.4 Le retour d'expérience……...…….42

3.4.1 Les retours positifs…….……42

3.4.1.1 Expérience positive sur le plan personnel…….42

3.4.1.2 Expérience positive sur le plan professionnel…….……...43

3.4.2 Les retours négatifs……45

3.4.2.1 Lourdeur administrative……...…….45

3.4.2.2 Manque de soutien des institutions sanitaires et gouvernementales nationales……46

3.4.2.3 Influence politique…….47

3.5 Synthèse des résultats……..……47

4. DISCUSSION……49

4.1 Discussion de la méthode choisie……...49

4.1.1 Analyse de la méthode choisie…….…..……..……...49
4.1.2 Choix des entretiens individuels semi-dirigés……...……..49
4.1.3 L'échantillonnage…….……..50

4.2 Les forces de l'étude……..…..……..50

4.3 Limites et biais de l'étude…….….51

4.3.1 Biais de sélection…….….51

4.3.2 Biais d'investigation, biais de recueil de données……51

4.3.3 Biais d'interprétation……....52

4.4. Discussion des principaux résultats…….52

4.4.1 Les motivations……...…52

4.4.1.1 L'inquiétude des soignants…….52

4.4.1.2 Sentiment de solitude et besoin de se regrouper……53

4.4.1.3 L'inquiétude des patients et la nécessité de poursuivre les soins……..54

4.4.2 Les difficultés……..56

4.4.2.1 Absence d'équipement de protection physique…….56

4.4.2.2 Lourdeur administrative, pas d'anticipation……..57

4.4.2.3 Impression négative de la gestion de la crise par les instances sanitaires et gouvernementales……..58

4.4.3 Perspectives pour l'avenir……..60

4.4.3.1 Modèle des CPTS……..60

4.4.3.2 Amélioration du lien ville/hôpital…….…….63

4.4.3.3 Ouverture sur les futurs SAS: Service d'Accès aux Soins…….63

5. CONCLUSION……65

6. BIBLIOGRAPHIE……67

7. ANNEXES……78

Annexe 1: Cartographie des CMA dans le département des Pyrénées-Atlantiques…...…..78
Annexe 2: Guide d'entretien…….…..…79
Annexe 3: Extrait de Verbatim……..….…81
Annexe 4: Cartographie des CPTS en Nouvelle-Aquitaine en octobre 2021……...85

8. SERMENT D'HIPPOCRATE…….86

9. RESUME……..……...……..87

Abréviations

ADOPS 60: Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins de l'Oise

ARS: Agence Régionale de la Santé

CARMF: Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CLGE: Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants

CMA: Centre médical Avancé

CNGE: Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COVID-19: COronaVIrus Disease appeared in 2019

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS: Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSMF: Confédération des Syndicats Médicaux Français

DGS: Direction Générale de la Santé

DGOS: Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD: Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FFP1-2: Filtering FacePiece type 1 ou 2

MORPHEE: Module de Réanimation pour Patient à Haute Élongation d'Évacuation

MSP: Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS: Observatoires Régionaux de Santé

OSCOUR: Organisation de la Surveillance COordonnée des Urgences

SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente

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

SAS: Service d'Accès aux Soins

SML: Syndicat des Médecins Libéraux

SMUR: Service Mobile d'URgence

URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé

Avant-propos

La maladie à Coronavirus 19 appelée communément la COVID-19 (COronaVIrus Disease appeared in 2019) a été signalée pour la première fois à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le 31 décembre 2019 (1) par les autorités chinoises sur la base d'un épisode de cas groupés de pneumonies. Cette pathologie est causée par un agent pathogène nommé SARS-CoV 2 (acronyme anglais de Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2) de la famille des Coronavirus. L'origine de cet agent reste à l'heure actuelle toujours incertaine.

Etant donné une transmission interhumaine qui se fait par gouttelettes et/ou aérosols respiratoires et avec un taux de contagiosité estimé entre 1,4 et 2,5 (2), cette maladie s'est rapidement étendue à de nombreux pays devenant une épidémie puis une pandémie dès le 11 mars 2020 (3).

Cette pathologie présente différentes formes cliniques allant d'une forme légère pour la majorité des patients à des formes sévères voir critiques pouvant entraîner une détresse respiratoire aiguë et/ou une défaillance multiviscérale pouvant mener au décès. En conséquence, en France, les lits de réanimation et d'hospitalisation des hôpitaux publics et des cliniques privées ont été vite saturés entraînant des tensions importantes. Pour faire face au flux de patients, un hôpital militaire de campagne a été installé à Mulhouse fin mars 2020 pour soulager l'hôpital public (4), des transports médicalisés en train ou en avion ont été organisés pour transporter des malades dans des régions moins touchées par l'épidémie et disposant de places disponibles dans les structures de soins.

En France, depuis le début de l'épidémie, chiffres en date du 5 novembre 2020, il y a eu 73 853 cas de COVID-19 hospitalisés et 38 289 patients dont le décès est attribué à cette pathologie (incluant les décès à l'hôpital et dans les structures de soins type Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)) (5).

Face à cette crise sanitaire hospitalière, la médecine de ville semblait être oubliée par les institutions, elle fut peu guidée et peu informée au départ dans l'organisation des consultations et du cabinet avec notamment un manque de recommandations et de protections physiques tel que des masques. L'inquiétude de la médecine de ville a grandi avec la peur de se contaminer ou de contaminer ses patients et/ou ses proches. Au départ, le discours du gouvernement était de rester chez soi le plus possible. En conséquence, les cabinets médicaux ont rapidement été

désertés. Les médecins généralistes se sont alors inquiétés de l'arrêt du suivi de leurs patients chroniques.

Devant l'urgence de la situation, le manque d'informations, de connaissances, le peu de moyens fournis et l'inquiétude grandissante liée à cette épidémie inconnue, les médecins généralistes ont dû s'organiser et s'équiper par eux-mêmes. Ils ont pris les devants et ont coopéré afin de mettre en place des centres médicaux avancés (CMA) permettant aux patients suspects de venir consulter un médecin en toute sécurité pour ce dernier et pour le patient. Ces CMA paraissaient une réponse collective intéressante dans ce contexte de crise sanitaire exceptionnelle.

M'étant portée volontaire pour un de ces centres, j'ai pu observer certaines des difficultés rencontrées par les organisateurs notamment l'absence d'aide pour obtenir du matériel de protection, le manque d'appui logistique de la part des institutions et des difficultés de financement pour la structure et pour les participants aux CMA.

L'objectif de ce travail est d'analyser et explorer les motivations, les difficultés rencontrées et faire un retour d'expérience sur les ouvertures de ces centres dans le département des Pyrénées-Atlantiques pendant le premier confinement en France à travers le regard des professionnels de santé référents de ces projets.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE

1.1 Épidémiologie et gestion de l'épidémie du COVID-19

1.1.1 En France

Les trois premiers cas de COVID-19 en France ont été confirmés le 24 janvier 2020 (6). Ces cas étaient tous importés de Chine et étaient les premiers déclarés en Europe. Rapidement des premiers clusters (regroupement de cas confirmés) ont vu le jour en Haute-Savoie et dans l'Oise où le premier cas était à chaque fois une personne revenant d'un pays asiatique. À posteriori, certaines études montrent que le virus de la COVID-19 aurait été présent sur le territoire français dès l'automne 2019 (7).

Le 29 février 2020, le nombre de cas confirmés atteignait les 100 cas engendrant l'entrée dans la phase 2 de l'épidémie (8). Cette phase avait pour objectif de mettre en place les moyens nécessaires pour identifier rapidement les chaînes de transmission dans le but de les empêcher ou à défaut de réduire la diffusion du virus sur le reste du territoire. Cette phase impliquait

l'interdiction des rassemblements de plus de 5000 personnes ainsi que des restrictions de déplacements dans les zones de clusters (6).

Malgré l'initiative de détecter les sujets contacts au plus vite, l'épidémie continuait de s'étendre et prenait un tournant majeur le 6 mars 2020 à partir d'un cluster à Mulhouse (9). Un rassemblement évangéliste eut lieu entre le 17 et le 24 février 2020 avec plus de 2000 participants venus de toute l'Europe et de la France. Ce rassemblement fut un lieu de contamination importante puisqu'environ 14 jours après, le nombre de cas confirmés au niveau national augmentait très rapidement engendrant l'activation du plan blanc dans les hôpitaux et du plan bleu dans les EHPAD ainsi qu'une réunion en urgence des ministres de la Santé de l'Union Européenne à Bruxelles (6).

Le 6 mars, il existait en France 613 cas confirmés dont 9 décès. Toutes les régions métropolitaines et 4 territoires de l'outre-mer avaient déclaré au moins un cas (10).

Quatre jours après soit le 10 mars, les cas confirmés avaient triplé arrivant à 2039 cas pour 44 décès soit 2,2% des cas (11).

Le 11 mars 2020, l'OMS déclarait officiellement l'état de pandémie (3). En France, le lendemain le ministre de la Santé, Mr Olivier VERAN annonçait l'interdiction des visites de personnes extérieures dans les EHPAD (12).

Entre le 13 mars 2020 et le 15 mars 2020, il y a eu la plus rapide augmentation de cas sur une courte période. En 48 heures, les cas confirmés doublèrent arrivant au 15 mars à 6378 cas dont 161 décès ce qui correspondaient à 2,5% des cas confirmés (13).

Devant cette rapide croissance, le 14 mars 2020 le gouvernement français prévoyait un passage en phase 3 de l'épidémie (6). Cette phase correspondait à une circulation libre du virus sur le territoire français au sein de la population avec une augmentation rapide des cas. Le premier ministre Mr Edouard PHILIPPE annonçait la fermeture de tous les lieux de regroupements non essentiels: cafés, restaurants, cinémas, discothèques. Les lieux comme les bureaux de poste, les pharmacies, les magasins alimentaires, les bureaux de tabac et les stations-essence restaient ouverts.

Malgré ces mesures, l'épidémie continuait de progresser et un confinement était imposé le 17 mars 2020 par les autorités françaises afin de tenter d'en limiter la propagation (6). Il prendra fin le 11 mai 2020 soit 8 semaines plus tard.

Ce confinement s'est caractérisé par l'isolement à domicile d'un grand nombre de la population avec la mise en place de télétravail ou de chômage partiel pour les emplois non indispensables selon les possibilités et avec notamment l'arrêt des travaux publics et la diminution de l'activité des transports en commun. Les sorties du domicile étaient réglementées avec l'obligation de fournir un justificatif lors d'un éventuel contrôle. Les sorties étaient autorisées soit dans le cadre du travail considéré indispensable avec justification de l'employeur, soit pour un court déplacement dans le cadre d'une activité physique d'une durée maximale d'1 heure par jour et dans un périmètre d'1km autour de son domicile, soit pour les courses de première nécessité (alimentaire, pharmacie), soit pour motif familial impérieux ou pour les rendez-vous médicaux urgents.

Malgré ces mesures, les régions du Grand-Est et de l'Île-de-France sont rapidement devenues des lieux de circulation intenses du virus.

L'état d'urgence sanitaire a été déclaré le 23 mars 2020 (14). Rapidement, les services de soins hospitaliers et notamment de réanimation ont été débordés alors même que le plateau épidémique n'était pas atteint. Il fut atteint entre le 27 mars 2020 et le 4 avril 2020 (15).

Pour répondre à cet accroissement d'hospitalisations, un hôpital militaire de campagne était mis en place à Mulhouse et opérationnel le 23 mars afin de désengorger l'hôpital public (4). Dans le même but, une opération nommée Résilience fut créé avec l'armée française afin de permettre le transport de patients qui nécessitait une place dans un service de réanimation dans un hôpital d'une autre région que la sienne, moins touchée par l'épidémie et ayant des lits disponibles (16).

Les premiers patients ont été transportés de Mulhouse vers Toulon grâce à un avion de l'armée de l'air équipé du kit MORPHEE (Module de Réanimation pour Patient à Haute Élongation d'Évacuation) (17).

La croissance des hospitalisations était telle que le 22 mars, le gouvernement français prévoyait le transfert de 22 patients hospitalisés dans le Grand-Est et placés sous assistance respiratoire dans des hôpitaux situés dans trois pays frontaliers qui sont l'Allemagne, le Luxembourg et la Suisse (18).

Le 1er avril 2020 en France métropolitaine, il existait 56 989 cas confirmés positifs avec 4281 personnes entrées en hospitalisation en une seule journée. 771 personnes étaient admises dans un service de réanimation pour un cumul de 6336 patients hospitalisés dans ces services.

En une seule journée, on comptabilisait 509 décès tous âges confondus uniquement à l'hôpital. Ce jour-là, on comptait 4032 décès à l'hôpital cumulés depuis le 1er mars 2020 (19).

1.1.2 Á l'échelle de la région Nouvelle-Aquitaine et du département des Pyrénées-Atlantiques

La région Nouvelle-Aquitaine restait l'une des régions les moins touchées par l'épidémie d'après Santé publique France en date de mi-avril 2020 (20).

Étant donné le manque de tests disponibles en ville à ce moment-là, beaucoup de cas ont été suspectés sans pouvoir être forcément confirmés.

L'institut Pasteur avait réalisé des estimations qui montraient un pourcentage de personnes potentiellement infectées de 1,4% pour la région Nouvelle-Aquitaine contre 5,7% pour la moyenne nationale (21). Ces chiffres même s'ils étaient le résultat d'une modélisation, restaient vraisemblables avec les données recueillies et fournies par d'autres systèmes de surveillance. Ces autres systèmes sont les réseaux Sentinelles, les associations SOS médecins, les Agences Régionales de Santé (ARS), le réseau OSCOUR (Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences) et les laboratoires de villes.

Au 23 avril 2020, dans le département des Pyrénées-Atlantiques, l'incidence cumulée des tests positifs au SARS-Cov-2 pour l'ensemble des laboratoires déclarants était la plus faible de la région. L'incidence cumulée était de 22,2 pour 100 000 habitants contre 56,8 pour la Gironde ou encore 74,7 pour la Vienne (20).

Ces données révélaient l'efficacité des actions menées par le gouvernement et la région avec notamment le confinement qui a permis de limiter la propagation du virus au reste du territoire et d'épargner plusieurs régions.

1.2 Point de vue de la médecine générale sur la gestion de cette crise

1.2.1 Sentiment d'oubli de la médecine de ville

La médecine de ville restait, même lors de cette crise, au premier rang et au plus près de la population. Avant le confinement, les médecins libéraux continuaient les consultations et les visites à domicile même dans les zones les plus touchées quasiment comme avant.

Le message principal du gouvernement diffusé dans les médias le 23 mars 2020 par le premier ministre Mr Edouard PHILIPPE (22), était de rester chez soi et de contacter le numéro

15 du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) si un patient présentait des signes suspects. Les déplacements étaient interdits exceptés pour une intervention médicale urgente.

Dès le début, la médecine de ville ne semblait pas être incluse dans la prise en charge des patients suspects COVID-19 alors même que les services d'urgences et d'hospitalisations étaient engorgés. Les professionnels de santé libéraux ont très vite alerté sur ce point notamment sur l'interruption des soins des patients atteints de maladies chroniques qui pouvaient aller renouveler leur traitement en allant directement à la pharmacie sans passer par une consultation avec leur médecin (23). Ils alertaient aussi sur le retard de diagnostic éventuel chez des patients qui ne consultaient pas soit par peur de déranger soit pas peur de consulter et d'être contaminé par le virus.

Selon une enquête menée par MG France, un syndicat français de médecins généralistes, du 17 mars au 3 avril 2020 dans tous les départements de France hormis la Guyane et Mayotte, auprès de 2032 médecins généralistes et en extrapolant les résultats aux 60 000 généralistes que comptaient le pays, les médecins généralistes auraient pris en charge environ 1 million et demi de patients suspects COVID-19 (24).

Le président de la République Mr Emmanuel MACRON visitait l'hôpital de campagne militaire à Mulhouse où il fit un discours le 25 mars 2020 (25). Il remerciait les services hospitaliers ainsi que les soignants de ville. Cependant, en cette période de crise, il promettait pour l'hôpital « *un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières dès la fin de la crise* ». Il promettait aussi *« de majorer les heures supplémentaires effectuées sous forme d'une prime exceptionnelle pour pouvoir accompagner financièrement cette reconnaissance* ». Même si des remerciements pour la médecine de ville étaient présents, aucune mesure ou moyen n'étaient abordés pour les libéraux. Le président du syndicat des médecins libéraux (SML) Dr Philippe VERMESCH s'exprimait les jours suivants: « *La médecine de ville ne doit pas être écartée des investissements massifs que le pays devra consentir, au sortir de la crise actuelle, sur son système de santé »* (26).

1.2.2 Retard et manque d'informations

Le 16 mars était publié par la DGS (Direction générale de la Santé) un guide méthodologique (27) regroupant des recommandations pour la prise en charge des patients suspects symptomatiques dans les cabinets de ville. Ce document faisait une cinquantaine de pages et regroupait les caractéristiques permettant de détecter des cas suspects, leur prise en charge, les modalités de surveillance, l'hygiène du cabinet, l'orientation des patients

potentiellement graves et la gestion des consultations. Il recommandait aussi le port du masque chirurgical par les professionnels. Ce document arrivait tardivement pour les médecins généralistes qui étaient déjà face à l'épidémie dans certaines régions. La France était déjà au stade 3 de l'épidémie depuis deux jours (6).

La commission des affaires sociales du Sénat avait ouvert dès le 31 mars 2020, un questionnaire en ligne afin de prendre le pouls de la médecine de ville et recueillir les impressions des acteurs de santé mobilisés dans la prise en charge des patients lors de cette crise. 2747 professionnels de santé y ont répondu. Un rapport était alors publié le 14 avril 2020 (28). La majorité des répondants soit 53% s'estimait bien ou plutôt bien informé mais ils trouvaient que cette information avait ses limites. Ils la trouvaient trop générale, trop tardive, pas assez claire et/ou trop hospitalo-centrée. Pour un grand nombre de participants, cette information n'était pas assez en phase avec les besoins de la médecine de ville et restait très hospitalière.

Certains répondants à ce rapport regrettaient aussi de ne pas être assez informés sur la situation sanitaire locale: sur le nombre de cas positifs dans le département ou par ville ainsi que le nombre de patients hospitalisés et le nombre de patients en réanimation dans les hôpitaux les plus proches.

1.2.3 Informations contradictoires

Dans le rapport du Sénat (28), plusieurs professionnels déploraient des informations parfois contradictoires entre elles. Devant le grand nombre de canaux d'information (Haute Autorité de Santé, Ministère des Solidarités et de la santé, Haut Conseil de la santé publique, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Sécurité sociale), les répondants plaidaient pour un canal unique regroupant toutes les informations afin d'être plus facilement informés.

La moitié des participants trouvaient que les informations partagées par les autorités sanitaires concernant les traitements susceptibles d'être administrés n'étaient pas suffisamment claires, cohérentes et pertinentes.

De la même façon, il semblait exister une cacophonie sur l'utilisation des masques au début de cette crise. En effet, le 29 février 2020, le Pr Jérôme SALOMON, directeur général de la santé, déclarait que l'utilisation des masques n'était pas nécessaire pour le grand public en dehors de la présence de symptômes (29).

Pendant la période du confinement soit un peu plus d'un mois après, il était recommandé à toutes les personnes qui ne pouvaient pas respecter les règles de distanciation sociale de porter un masque de type chirurgical dès que possible.

Pour les professionnels de santé, les modifications fréquentes des recommandations entraînaient un sentiment d'injonctions contradictoires.

1.2.4 Manque de matériel de protection individuel: cri d'alerte

Le 23 février 2020, le ministre de la Santé Mr VERAN promettait aux professionnels de santé libéraux l'arrivée très prochaine de masque Filtering FacePiece type 2 (FFP2) pour permettre à ces derniers de se protéger individuellement (30).

Début mars, dans les zones les plus touchés du Grand-Est et de la région parisienne, des médecins ont vu affluer de nombreux patients avec des symptômes de la COVID-19. L'hôpital commençait à déborder et à adresser les patients directement vers les médecins généralistes qui étaient non et/ou mal protégés.

Le Dr ZERBIB David médecin généraliste à Clichy, racontait dans un entretien sa grande déception lorsqu'il était allé chercher les masques disponibles pour les professionnels de santé à la pharmacie, il disait: « *être tombé de haut* » (31). Il récupérait des masques chirurgicaux au lieu des masques FFP2 promis (30). Á ce moment-là, il découvrait le *« rétropédalage »* du gouvernement qui avait publié une nouvelle note le 2 mars 2020 par le biais de la DGS (32). Cette note ne mentionnait plus des masques FFP2 pour les libéraux mais seulement des masques chirurgicaux: *« Chaque professionnel de santé recevant ce message, c'est-à-dire médecin généraliste, médecin spécialiste, infirmier diplômé d'État, sage-femme, masseur kinésithérapeute et chirurgien-dentiste, est invité à se présenter à son officine de proximité afin de retirer une boite de 50 masques chirurgicaux du stock de l'État. »*

Dès le lendemain de la parution de cette note, de nombreux syndicats de médecins généralistes se mobilisaient pour demander des comptes et obtenir des masques FFP2 plus adaptés aux infections respiratoires (33). En vain, les masques FFP2 n'arriveraient que bien plus tard pour la médecine de ville.

Pour justifier ce changement de stratégie, la DGS précisait que les médecins libéraux devaient porter un masque chirurgical, ainsi que leur patient, selon le principe du "*double masque*". La note précisait qu'"*en l'absence d'acte invasif, ce principe permet de limiter l'exposition des*

soignants aux gouttelettes potentiellement infectieuses du patient". Et précisait aussi que les masques FFP2 étaient réservés aux personnels hospitaliers en contact étroit avec des cas avérés et réalisant des gestes médicaux à risque (32).

Enfin la note indiquait que "*de nouveaux approvisionnements issus du stock d'État seront assurés afin de permettre aux professionnels de santé de disposer de ces équipements en quantités suffisantes*" (32).

Dans les faits, certains médecins n'eurent pas accès à ces masques soit par manque de stock soit par erreur dans les distributions. En effet, certains masques étaient donnés à des professionnels de santé non prioritaires ou en trop grande quantité. Et même s'ils ont eu accès à leur dotation, la quantité n'était pas assez importante pour pouvoir fournir les patients et effectuer le principe du « double masque ». Á ce moment-là, la politique était de centraliser les masques pour les professionnels de santé et non pour les patients. La plupart des patients n'avait pas en leur possession de masque pour se protéger et protéger les autres s'ils présentaient des symptômes. Le médecin généraliste n'avait pas d'autre choix que de fournir un masque à chaque patient. Une boite de 50 masques par semaine ne pouvait donc pas suffire.

Devant ce manque de moyen de protection, les médecins ont dû faire appel à la générosité de la population et des pharmacies locales afin de fabriquer du gel hydroalcoolique et essayer de trouver des masques chirurgicaux à défaut de masque FFP2. Les stocks disponibles à ce moment-là en termes de masques chirurgicaux ne permettaient pas de les changer toutes les 4 heures selon les recommandations (33). La plupart des généralistes contactés par les syndicats ont ressenti un abandon de la part des pouvoirs publics notamment vis-à-vis de ce manque de masques FFP2 qui ont été réservé en priorité aux hôpitaux alors que les libéraux étaient aussi en première ligne.

Le Dr Serge SMADJA, secrétaire général de l'association SOS Médecins s'était aussi exprimé dans la presse (31). Le discours était similaire: "*On méritait au moins la même protection qu'à l'hôpital, parce que nous étions fatalement plus exposés*". Encore plus lors des visites à domicile: « *Quand on va chez les patients, taper le code de l'immeuble avec ses doigts, appuyer sur le bouton de l'ascenseur, toucher les poignées de porte, même si on fait les gestes barrières, même si on se lave les mains et qu'on met du gel, c'est encore plus dangereux qu'au cabinet médical, d'autant plus quand on n'a pas de masque étanche comme les FFP2.*"

Il racontait aussi que: "*C'est grâce aux dons des sociétés de bricolage, d'agriculteurs, d'entreprises de publicité, de patients, qu'on a pu avoir des équipements. Les gens nous appelaient partout en France pour nous procurer des masques. C'était très difficile car chaque jour, on ne savait pas si on allait en avoir assez. Sans ces dons, on n'aurait pas tenu (31).*"

Ce manque de masques s'était encore plus fait ressentir dans les zones les plus touchées (Nord-Est et Île-de-France). Le 18 mars 2020, des médecins généralistes d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) du Haut-Rhin tiraient déjà la sonnette d'alarme dans le magazine le généraliste en expliquant que 4 praticiens sur 8 étaient positifs à la COVID-19 (35).

Le 20 mars 2020, l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) des Hauts-de-France, et l'ARS se regroupaient pour alerter les autorités (36). Le Dr Philippe CHAZELLE, président de l'URPS et Mme Caroline DE PAUW la directrice écrivaient à ce moment-là : *« Certains médecins risquent d'être amenés à fermer leurs cabinets faute de protection suffisante non seulement pour se protéger eux-mêmes, leurs proches mais surtout tous les patients qu'ils soigneront. Des médecins sont déjà épuisés. Cette situation n'est pas tenable, il est impératif de trouver une solution rapidement au risque de courir à une catastrophe sanitaire de bien plus grande ampleur.»*

Au même moment, l'URPS Médecins Libéraux avait mis en place une permanence téléphonique et électronique pour prendre le pouls des médecins généralistes. Les retours étaient majoritairement négatifs avec un sentiment de colère qui grandissait après le démarrage de la distribution des masques. Les dirigeants de l'URPS résumaient une grande cacophonie de cette opération. *«Certaines pharmacies ont été livrées (en FFP1 ou en FFP2), d'autres non, qu'elles soient en cluster ou non. Dans l'Aisne, la Somme et l'Oise, les médecins spécialistes ont eu des masques. Dans le Nord et le Pas-de-Calais ils n'étaient pas dans la liste, les pharmaciens ont donc refusé d'en délivrer.»*(36).

Pour couronner le tout, des pharmaciens qui avaient commencé à distribuer aux médecins des boîtes le matin, sont allés les récupérer après avoir reçu un nouveau message plus tardivement leur demandant d'en limiter la distribution. Par ailleurs, certains pharmaciens n'avaient pas reçu assez de stock pour pouvoir donner les masques en nombre suffisant pour les 15 jours annoncés avant la prochaine distribution.

La situation était d'autant plus mal vécue par les médecins libéraux que *« le SAMU qui vient chercher un patient suspect de COVID-19 arrive protéger de pied en cap, quand le médecin généraliste qui l'a reçu peine à avoir un masque FFP1 »*(36).

Les syndicats continuaient de s'insurger contre ce rationnement des masques qui ne permettaient pas de suffisamment protéger le patient ainsi que le médecin. Pour eux, c'étaient l'ensemble des soignants qui souffraient de cette situation et de cette politique. *«Ne pas les équiper, c'est accepter de voir les cabinets de ville se fermer faute de pouvoir assurer des conditions de sécurité suffisantes»,* mettait en garde l'URPS. Le Dr CHAZELLE exprimait son inquiétude : *«Cette situation ne met pas les médecins dans les meilleures dispositions pour aborder cette crise sanitaire qui ne fait que commencer»*(36).

1.2.5 Colère et défiance vis-à-vis de l'État et des autorités de santé

Le Dr Xavier LAMBERTYN, président de l'Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins de l'Oise, (ADOPS 60) qui assure les urgences médicales le week-end, a dû menacer l'ARS d'arrêter les permanences de soins pour obtenir des équipements de protection afin de poursuivre son activité avec un minimum de sécurité. Il regrettait cette perte d'énergie mais aussi les masques qui lui étaient distribués au compte-goutte et qui engendraient une inquiétude pour les jours suivants (31).

Certains médecins se sentirent trompés par les autorités sanitaires et gouvernementales. «*Ils nous ont annoncé qu'on allait avoir des masques et on ne les a pas eus. Ils ont mis un bon mois avant d'être honnêtes»,* exprimait Jean-Paul HAMON, de la Fédération des médecins de France. *«Ils ne nous ont jamais dit qu'ils manquaient de masques. Ils étaient complètement à la rue. Ils ont fini par nous expliquer que des centaines de millions de masques avaient été commandés, mais que, comme ils étaient essentiellement fabriqués à Wuhan, ils avaient des difficultés à s'approvisionner parce que le monde entier en réclamait »*(31).

Environ 600 professionnels de santé se regroupèrent sous le nom du collectif C19. Ils portèrent plainte contre Mr VERAN, actuel ministre de la Santé, Mme BUZYN, l'ancienne ministre de la Santé et Mr Edouard PHILIPPE actuel premier ministre.

Le collectif les accusait de s'être « *abstenus* » de prendre les mesures adaptées en temps voulu afin d'endiguer l'épidémie et les rendaient responsables de la pénurie de masques (31).

1.2.6 Médecins généralistes malades et des décès

La médecine de ville étant très accessible même lors d'une épidémie, elle fut malheureusement aussi touchée et des décès furent comptabilisés dans ses rangs.

Selon une étude de SOS Médecins, 16 % des 1 300 médecins regroupés dans ses 63 associations ont été contaminés, dont 20 % à Paris. SOS Médecins ne comptabilisait pas de décès dans ses équipes, mais sept personnes au moins avaient été hospitalisées pour une forme grave du COVID-19 (37).

D'après un bilan daté du 5 février 2021 de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), il y aurait eu 74 décès de médecins généralistes directement imputables au COVID-19 (38). Parmi ces victimes, 49 médecins étaient encore en activité, et 25 étaient retraités. Tout au long de la crise, il y aurait eu plus de 2800 médecins généralistes contaminés par le virus dont certains ont présentés des formes graves nécessitant une hospitalisation en réanimation.

Le président de la CARMF Dr LARDENOIS Thierry avait déclaré : *"Ils auraient pu fermer leur cabinet, mais l'immense majorité des généralistes libéraux a continué à assurer des consultations en présentiel. Ils sont allés se battre en se débrouillant pour trouver des masques. C'était suicidaire au début.»*(31).

1.3 Adaptation de la médecine de ville à cette crise

1.3.1 Réorganisation des cabinets médicaux

Conformément aux directives sanitaires nationales mises en place face à cette épidémie inédite, les professionnels de santé libéraux ont dû s'adapter et souvent avec leurs propres moyens.

Le 20 mars 2020, le ministère des Solidarités et de la Santé publiait sur son site des recommandations d'organisation et d'hygiène dans les cabinets de ville (39). Ces consignes avaient pour objectif de limiter le regroupement de patients suspects COVID-19 dans les salles d'attente.

Pour les salles d'attente, elles préconisaient de retirer le matériel non indispensable comme les jouets, les revues, les coussins de chaise. De mettre à disposition du gel hydroalcoolique, des poubelles fermées et des mouchoirs à usage unique. De mettre en place une signalétique claire

avec les informations d'hygiène rappelées. Et aussi de prévoir des désinfections régulières et d'aérer régulièrement les locaux.

Ces recommandations donnaient aussi quelques généralités sur l'organisation des consultations sans donner trop de détails. Les préconisations étaient de limiter le temps d'attente des patients, de prévoir des plages de consultations dédiées aux patients suspects et de prévoir une salle d'attente dédiée ou de la sectoriser.

Ces recommandations étaient utiles mais elles ne correspondaient pas toujours à la réalité du terrain et ne pouvaient pas toujours être appliquées. Certains médecins avaient de vraies problématiques pour adapter leur lieu d'exercice et leur pratique.

Ces difficultés pouvaient concerner:

- le matériel avec des écueils à la mise en place des téléconsultations (manque de réseau, problème d'informatique, pas de caméra, défaut de confidentialité selon l'application utilisée…) (28) ;
- la sécurité du professionnel de santé et du patient avec un manque de protection individuel et collective pour recevoir les patients dans de bonnes conditions (pénurie de masques et de gel hydroalcoolique chez certains fournisseurs) ;
- des locaux inadaptés aux recommandations (exigus, pas de fenêtre, cabinet dans un immeuble dans les étages…) empêchant une sectorisation des patients ;
- une situation personnelle d'un médecin ou d'un personnel du cabinet (secrétaire, agent d'entretien…) fragile dû fait de ses antécédents médicaux ;
- une inquiétude de ne pas pouvoir gérer le flux des patients si la situation venait à s'aggraver avec des capacités limitées dans les cabinets médicaux notamment en termes de nombre de patients par jour (procédure d'hygiène qui prend du temps par exemple).

À ces écueils pouvaient s'ajouter l'inquiétude de plusieurs professionnels de santé sur le manque de suivi des patients chroniques. En effet, au même moment, le ministère de la Santé autorisait les pharmacies à renouveler les ordonnances expirées des patients chroniques afin de leur éviter de consulter dans les cabinets médicaux (23).

En conséquence, plusieurs professionnels de santé répondants au questionnaire du Sénat (28) déclaraient une chute importante de leur activité en lien avec le confinement et l'interdiction à la population de se déplacer sauf pour des interventions médicales urgentes. L'inquiétude des médecins vis-à-vis de cette baisse de consultation concernait principalement les patients atteints

de pathologies chroniques et l'interruption des soins programmés qui pouvait entraîner chez eux des retards de diagnostic et de prise en charge.

Devant cette réalité, de nombreux médecins libéraux se demandaient comment ils pouvaient agir pour poursuivre la permanence des soins dans de bonnes conditions.

Une des premières adaptations était de mettre en place des téléconsultations avec caméra ou seulement des consultations téléphoniques. Téléconsultations qui étaient facilitées par l'Assurance maladie avec une prise à charge à 100% (40). Cette solution montrait rapidement ses limites étant donné l'absence d'examen clinique et par conséquence les potentiels risques encourus.

Afin d'éviter d'adresser ces patients aux urgences, il apparaissait nécessaire pour certains professionnels de santé de proposer une alternative pour pouvoir examiner les patients suspects en toute sécurité. De là est né de nouvelles structures: les centres médicaux avancés (CMA).

1.3.2 Ouverture des centres médicaux avancés dans le département des Pyrénées-Atlantiques

Dans le but d'anticiper une éventuelle situation de tension si le nombre de patients suspects devenait de plus en plus important dans le département des Pyrénées-Atlantiques, de nombreux professionnels de santé libéraux, principalement des médecins généralistes se sont regroupés afin de trouver des solutions.

Ainsi est née l'idée de l'ouverture des CMA, dont le but était de proposer un lieu sécurisé pour les patients et les soignants afin d'examiner les patients suspects COVID-19. Un autre objectif de ces centres, était de permettre une meilleure orientation de ces patients que ça soit pour un retour au domicile ou une éventuelle hospitalisation et de définir la prise en charge adéquate.

Toutes les personnes qu'elles soient des médecins, des paramédicaux ou des bénévoles étaient les bienvenues pour participer et aider à l'ouverture et au bon fonctionnement de ces centres.

Dans le département des Pyrénées-Atlantiques, plusieurs professionnels de santé sont entrés en contact avec la structure Présence Médicale 64 afin de s'organiser et essayer de trouver de l'aide pour la mise en place de ces centres notamment pour trouver plus facilement des locaux. Présence médicale 64 est un dispositif qui a été mis en place par le département des Pyrénées-Atlantiques et l'ARS Nouvelle-Aquitaine et qui travaillent avec de nombreux partenaires

locaux (Conseil département de l'ordre des médecins, URPS, Syndicats d'internes et de médecins généralistes, Hôpitaux, Universités, Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)). Cette structure a pour objectif de favoriser l'installation des médecins généralistes dans le département afin de garantir à la population l'accès aux soins dans l'ensemble du territoire (41). Elle est donc directement en contact avec les médecins généralistes et les institutions comme l'ARS. La structure a mis en relation les différents référents des CMA afin qu'ils se coordonnent et s'aident mutuellement.

Alors que l'épidémie était très présente dans certaines régions et faible dans notre département, les professionnels de santé se sont mobilisés pour ouvrir les CMA avant même d'attendre d'éventuelles directives du gouvernement.

La veille de l'annonce du confinement imposé au niveau national, le premier CMA voyait déjà le jour dans le Béarn à Arette le 16 mars 2020.

Le deuxième ouvrira au Pays basque à Saint-Jean-de-Luz le 19 mars 2020 (42). S'ensuivra l'ouverture de 18 CMA opérationnels couvrant de nombreux territoires du département des Pyrénées-Atlantiques (Annexe 1).

Tous les CMA du département se sont ouverts de l'initiative de professionnels libéraux sans attendre d'être déclarés ni validés par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine. Le cahier des charges de l'ARS arrivera 14 jours après l'ouverture du premier CMA soit le 30 mars 2020.

1.4 Question de recherche et objectifs

Question de recherche:

Quelles ont été les motivations et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé à l'origine de l'ouverture d'un centre médical avancé lors de l'épidémie de COVID-19 dans le département des Pyrénées-Atlantiques ?

Objectifs:

-Principal: Explorer, décrire et comprendre les motivations et les éventuelles difficultés rencontrées par les professionnels de santé qui ont participé à l'ouverture des centres médicaux avancés pendant l'épidémie de COVID-19 dans les Pyrénées-Atlantiques.

-Secondaire: recueillir le retour d'expérience de ces référents.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Dans le but d'analyser et explorer les motivations, les difficultés rencontrées et faire un retour d'expérience sur l'ouverture des CMA, nous avons réalisé une **étude qualitative** par **entretiens semi-dirigés**.

2.2 Population étudiée

La population étudiée concerne les **référents des CMA du département des Pyrénées-Atlantiques répertoriés et cartographiés par la structure Présence Médicale 64**.

Certains des professionnels de santé qui ont participé au projet, sont entrés en contact avec une personne travaillant dans la structure Présence médicale 64 pour obtenir des informations et parfois de l'aide. Cette personne a récupéré les différentes coordonnées des référents des CMA qui se sont eux-mêmes désignés comme telle auprès de cette personne afin de les répertorier et effectuer une cartographie sur le département (Annexe 1).

Pour l'échantillon, je me suis procuré la liste auprès de cette structure qui a regroupé les coordonnées de chaque référent des CMA du département des Pyrénées-Atlantiques. La personne référente a recueilli auparavant leurs consentements par message ou mail avant de me fournir cette liste.

Je suis entrée directement en contact avec les professionnels de santé de cette liste soit par téléphone, soit par mail. Je leur ai présenté mon travail de recherche. Avec les personnes qui m'ont répondu, nous avons convenu après un accord oral, d'organiser un entretien soit en présentiel soit par téléphone selon leur convenance.

2.3 Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré après la formulation de la question de recherche. Il se compose d'une trame de 3 questions ouvertes, courtes et neutres. Cette trame a servi de fil conducteur lors de l'échange pendant les entretiens.

Les 3 questions de la trame sont (Annexe 2):

- **Pouvez-vous me raconter quelles ont été vos motivations à entreprendre l'ouverture d'un centre médical avancé en période d'épidémie ?**

- **Pouvez-vous me parler des éventuelles difficultés que vous avez pu rencontrer lors de la mise en œuvre de ce projet.**

- **Quel est votre ressenti global en rapport avec l'ouverture de ce CMA ? Positif et/ou négatif**

Puis j'ai recueilli les **données personnelles sociologiques** des professionnels de santé interrogés: âge, sexe, profession, ancienneté, milieu d'exercice et le mode d'exercice afin de décrire la population et d'aider à l'analyse par la suite.

2.4 Aspects réglementaires et éthiques

L'anonymat de l'entretien et des données recueillies a été expliqué oralement à l'interviewé. Le consentement oral a été demandé avant chaque entretien permettant d'enregistrer l'interview et de détruire cet enregistrement après sa retranscription.

Aucune déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) n'était requise. En effet nous nous sommes conformés aux recommandations fournies par le correspondant informatique et libertés de l'Université de Bordeaux.

2.5 Déroulement des entretiens

Avant de débuter l'entretien, j'ai de nouveau présenté le travail de recherche, rappelé l'anonymat de l'entretien et recueilli le consentement oral du répondant. Les interviewés souhaitant accéder aux résultats de l'étude ont la possibilité de les recevoir par mail. Cette partie est séparée de l'entretien afin de garantir leur anonymat.

Je me suis présentée comme une étudiante en médecine effectuant un travail de recherche dans le seul but d'une thèse de médecine générale.

L'interview a été effectué soit en présentiel soit par téléphone si un rendez-vous physique était trop compliqué à mettre en place.

Après avoir obtenu leur consentement oral sur la réalisation et l'exploitation des informations, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et de la fonction dictaphone d'un smartphone.

2.6 Recueil et retranscription des données

Les enregistrements réalisés ont été retranscrits à l'écrit via un logiciel de traitement de texte Word®. Cette retranscription a été faite intégralement mot à mot grâce à plusieurs écoutes. Les expressions non verbales (attitude, rire, geste, silence) ont aussi été retranscrites.

Chaque entretien a été anonymisé lors de la retranscription écrite et je leur ai attribué à chacun un numéro (Entretien 1: E1, Entretien 2: E2, Entretien 3: E3...).

A la fin de toutes les retranscriptions, les enregistrements audios ont été supprimés.

Ce recueil de données constitue la première partie de l'analyse des données, c'est-à-dire le verbatim. Le verbatim d'un entretien figure en annexe 3.

2.7 Analyse des données

Le contenu des entretiens a été analysé selon une approche phénoménologique.

2.7.1 Codage des données

L'analyse des données a été effectué selon le processus suivant:

- Lecture des retranscriptions écrites.
- Identification des phrases et expressions clés dans les textes avec attribution d'un code pour chaque unité de sens.
- Relecture des textes et vérification des codes.
- Catégorisation des codes avec une évolution au fil des entretiens. Á partir de cette nouvelle catégorisation, une relecture des textes a été effectué avec une nouvelle vérification des codes.

2.7.2 Triangulation de l'analyse

Chaque entretien a été retranscrit et codé par l'investigateur de l'étude. Une copie de ces retranscriptions a été donné en main propre à Laura DUFAURET étudiante en cursus de préparation à la thèse, afin de réaliser un nouveau codage de manière indépendante.

Puis s'en est suivi une mise en commun de ce double codage afin d'en extraire les résultats.

Un codage ouvert a été utilisé à partir du verbatim complet, avec l'aide du logiciel de traitement des données qualitatives N'Vivo 12®, au fil de la collecte après chaque entretien. Il a permis de faire ressortir les propriétés (thèmes) qui ont été regroupés en catégories par un codage axial après sélection des propriétés répondant à la question de recherche.

L’étude a été menée jusqu’à l’obtention de la saturation des données, et le recrutement de nouveaux participants a été arrêté lorsque l’absence de nouvelles propriétés émergentes a été confirmée après 2 entretiens supplémentaires.

3. RESULTATS

3.1 Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

30 professionnels de santé ont été contactés. 15 de ces professionnels ont acceptés de participer à l'étude. 15 entretiens (E1 à E15) ont été effectués avec 15 professionnels (P1 à P15). Les entretiens se sont déroulés du 9 juin 2020 au 11 juillet 2020.

La saturation des données a été obtenue à partir du treizième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés.

Nous avons interrogé 8 femmes et 7 hommes pour une moyenne d'âge de 42 ans.

Dans ce groupe, il y avait 10 médecins généralistes installés, 2 médecins remplaçants, 2 infirmiers dont 1 infirmière Asalée et 1 médecin urgentiste hospitalier.

La durée moyenne des entretiens était de 39 minutes. L'entretien le plus long a duré 58 minutes et le plus court 22 minutes. Au total, 590 minutes ont été enregistrées puis analysées, soit 9 heures et 49 minutes.

Toutes les caractéristiques des professionnels de santé qui ont participé à l'étude sont présentées dans le tableau ci-après.

Professionnel de santé	Genre	Âge	Profession	Statut	Mode d'exercice	Ancienneté	Zone d'activité
P1	F	41	Médecin généraliste	Installée	Cabinet de groupe	12 ans	Urbaine
P2	M	38	Médecin généraliste	Installé	Association privée	8 ans	Urbaine
P3	M	38	Médecin généraliste	Remplacements réguliers	Tout type de cabinet	8 ans	Urbaine et semi rurale
P4	M	67	Médecin généraliste	Installé	CPTS	40 ans dont 3 ans dans CPTS	Rurale
P5	M	47	Médecin urgentiste	Salarié	Hôpital public	20 ans	Semi rurale
P6	F	44	Médecin généraliste	Installée	Cabinet de groupe	6 ans	Semi rurale
P7	F	52	Médecin généraliste	Installée	MSP	20 ans	Semi rurale
P8	F	39	Médecin généraliste	Installée	Cabinet de groupe	6 ans	Semi rurale
P9	F	34	Infirmière Asalée	Installée	Cabinet de groupe	13 ans dont Asalée 2 ans	Semi rurale
P10	M	47	Médecin généraliste	Installé	Cabinet de groupe	7 ans	Semi rurale
P11	F	35	Médecin généraliste	Remplacements réguliers	Tout type de cabinet libéral	6 ans	Urbain et péri urbaine
P12	F	36	Médecin généraliste	Installée	Seule	4 mois	Urbaine
P13	M	53	Médecin généraliste	Installé	Cabinet de groupe	16 ans	Rurale
P14	M	33	Infirmier	Libéral	Cabinet de groupe	4 ans	Semi rurale
P15	F	31	Médecin généraliste	Installée	Cabinet de groupe	1 an	Semi rurale

Tableau 1: Caractéristiques de la population étudiée (P: Professionnel de santé, M: Masculin, F: Féminin, CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle)

3.2 Les motivations

3.2.1 Lieu sécurisé pour les soignants et les patients, diminuer les contaminations croisées

Tous les professionnels de santé interviewés ont déclaré vouloir **éviter au maximum les contaminations croisées potentielles** entre les patients dans les salles d'attente.

P2: « Le but premier était de faire en sorte que les patients ne se contaminent pas entre eux au sein du cabinet médical. »

P3: « ...ce qu'on pouvait faire en soins primaires, c'était de proposer une solution pour éviter au maximum les contaminations croisées et libérer les patients suspects des cabinets médicaux. Ce lieu à part pouvait permettre aux patients suspects d'être directement examinés sans passer par la salle d'attente de son médecin généraliste ou celle des urgences. »

P5: « moyen de prévention pour les patients en évitant que les patients suspects et les patients non suspects ne se croisent. »

La plupart ont trouvé dans le projet de CMA, le moyen d'**obtenir un lieu sécurisé pour examiner les patients** potentiellement suspects.

P8: « Ce centre permettait de pouvoir consulter les malades en étant équipé de matériel de protection adéquat à la situation que l'on vivait »

P15: « Le but était d'apporter à la médecine de ville un lieu sécurisé pour les patients suspects. Sécurisé pour les soignants et pour les patients. »

La plupart des médecins interrogés ont déclaré vouloir participer à ce projet dans un **but de protection des soignants et/ou du personnel du cabinet** qu'ils soient considérés comme fragiles ou non.

P1: « D'ouvrir ce centre allait permettre aux médecins inquiets ou n'ayant pas les protections adéquats de se protéger et de se sécuriser en adressant les patients suspects au centre directement. »

P7: « S'il fallait retenir une seule motivation me concernant, c'était de faire quelque chose pour ma secrétaire, pour ma consœur et pour moi. Pour qu'on puisse tous se protéger. »

3.2.2 Faire face à l'inquiétude des patients et des soignants

La plupart ont exprimé leur souhait **d'aider et rassurer la population** avec ce projet.

P1: « On ouvrait pour que les patients ne se sentent pas abandonnés, notamment ceux qui avaient peur de croiser des malades, qui n'osaient plus nous contacter par peur de nous embêter au cas où nous étions débordés. »

P8: « surtout que les patients venaient de moins en moins au cabinet car ils se posaient beaucoup de questions et étaient inquiets à l'idée de se faire contaminer chez nous. Donc travailler dans un autre lieu nous a paru tout à fait logique pour les rassurer. »

La plupart des médecins ont répondu qu'une de leur motivation était leur propre **inquiétude de plus en plus grandissante** face à cette crise sanitaire inattendue et inconnue.

P6: « On ne se sentait pas à l'aise du tout avec toute la gestion du cabinet, le circuit patient, le nettoyage entre chaque malade. On était presque à devenir agressives envers nos patients. « Vous toussez ? dehors ». Je commençais aussi à être stressée vis-à-vis de ma famille : comment je fais en rentrant à la maison ? Est-ce que je peux les embrasser ? Qu'est-ce que je fais de mes chaussures ? Ça a été de vraies questions pour moi et une source d'inquiétude importante. »

P12: « Il y a eu la peur de ne pas pouvoir se protéger correctement et de se dire il faut aussi qu'on se mette en sécurité. »

3.2.3 Besoin de se regrouper, se rassurer, harmoniser les pratiques

Un grand nombre des professionnels ont déclarés que le projet d'ouverture d'un CMA pouvait permettre une **mutualisation des moyens humains et matériels**. Face à la pénurie de masques et autres moyens de protection physique, cette ouverture était vue comme une solution à ce manque.

P7:« Par rapport au manque de matériel de protection dont nous souffrions, d'ouvrir ce centre pouvait potentiellement nous permettre d'obtenir une aide extérieure pour du matériel ou même une aide humaine si nous venions ma consœur et moi-même à tomber malade. »

P10: « Ce centre où on allait regrouper différents professionnels et peut être obtenir de l'aide extérieure allait permettre de mutualiser les matériels de protection dont nous manquions

cruellement. On a eu un élan de solidarité localement très important avec des dons de masques et de visières de la part de la population locale. Ce centre permettait de partager ce matériel avec les autres professionnels de santé. Heureusement qu'on a eu ça au début, parce que sinon on n'avait rien. »

Un grand nombre d'entre d'eux ont dit avoir ressenti le **besoin de se regrouper et de travailler ensemble** pour faire face à cette crise.

P9: « Il fallait qu'on agisse ensemble. »

P12: « Dans mon cabinet seule, je me suis sentie rapidement esseulée face à ce qui pouvait nous arriver et à toutes les informations qu'on recevait et l'inconnu de la situation. J'ai vite senti le besoin de communiquer et de me rapprocher de mes confrères pour travailler ensemble. »

P15: « J'ai vite ressenti le besoin de partager nos expériences avec d'autres confrères sur nos expériences, partager notre inquiétude et se sentir moins seul face à ce qui allait potentiellement nous arriver dessus. »

Quelques médecins ont ajouté que ce travail ensemble pouvait permettre **d'harmoniser les pratiques** et mettre en commun les informations les plus pertinentes.

P3: « De travailler ensemble permettait de partager les informations sur la maladie et cette crise qui arrivait. »

P8: « Je me suis dit que si on se regroupait entre soignants, on pouvait échanger plus facilement nos informations, on pouvait plus facilement durer dans le temps, plus facilement s'organiser et se motiver. »

P14: « Ce regroupement de professionnel allait nous permettre de centraliser nos informations et nous faciliter le travail plutôt que de rester seul dans nos difficultés dans nos cabinets respectifs. On sentait le besoin de partager pour se rassurer devant cette crise inattendue. »

P15: « J'ai très vite ressenti le besoin de discuter avec mes confrères pour savoir si ce que je faisais dans mon cabinet était bien et suffisant, savoir comment je pouvais faire mieux avec leur partage d'expérience. »

3.2.4 Proposer des solutions adaptées aux soins primaires et permettre la continuité des soins

Quelques médecins ont déclaré s'être lancé dans ce projet dans le but d'**être et de se sentir utile**.

P3: « A ce moment-là je ne travaillais pas et je me suis vraiment demandé comment je pouvais être utile et apporter mon aide. Je me demandais comment être utile en tant que médecin généraliste et en tant que remplaçant, comment je pouvais utiliser ce temps libre pour essayer d'apporter des solutions pour gérer cette épidémie. »

P5: « L'un des buts de ce projet a été d'être utile et de proposer une aide aux médecins généralistes libéraux. »

Un petit nombre voyait comme intérêt de **soulager les urgences** et par la même occasion **offrir un appui aux médecins généralistes en difficulté** pour recevoir en sécurité les patients suspects.

P8: « On savait que certains cabinets médicaux du coin n'avaient pas l'aménagement suffisant afin de sécuriser leur cabinet et/ou n'avaient pas le personnel nécessaire pour suivre les recommandations du gouvernement. »

P11: « En étant remplaçante, j'avais l'image que plusieurs cabinets médicaux du secteur n'étaient pas forcément adaptés pour répondre à cette crise de façon sereine, que ça soit pour les patients que pour le personnel du cabinet et les soignants eux-mêmes. Donc je trouvais l'idée bonne de leur apporter cette possibilité. »

P13: « On se posait la question de comment on pouvait aider l'hôpital et soulager les urgences pour éviter que les services soient submergés. Et la solution a été d'ouvrir un centre COVID. »

Un grand nombre a déclaré **se sentir oublié par les mesures du gouvernement** et ont vu dans ce projet l'opportunité **de proposer et d'anticiper une solution** si le flux de patients suspects ou atteints devenait de plus en plus important.

P4: « L'inquiétude qu'on pouvait avoir était que l'épidémie allait continuer à s'étendre. Donc l'existence de ce centre était pour nous bénéfique dans le cadre d'une anticipation des problèmes si l'épidémie poursuivait son ascension. »

P7: « On avait l'impression que rien n'était fait à notre niveau, l'impression d'être oublié, que les institutions sanitaires ne nous proposaient rien pour se prémunir de cette vague épidémique

qui pouvait arriver. On a vraiment ressenti le besoin de se bouger les fesses pour que la médecine de ville ne soit pas oubliée et se fasse entendre. Surtout qu'on reste dans la majeure partie du temps, le premier maillon des soins et le plus accessible. »

P8: « Je me suis posé beaucoup de questions vu ce qu'on entendait aux infos, sur notre capacité à anticiper une éventuelle vague qui pouvait arriver. »

P10: « Le message du gouvernement au départ était de rester au domicile le plus possible et de ne surtout pas aller chez son médecin sauf urgence. Ce n'est pas possible de nous mettre hors du coup comme ça, surtout qu'on est en première ligne et on pouvait aider pour éviter que les urgences s'engorgent de certains patients qui ne nécessitaient pas d'y être. »

P12: « On savait qu'on avait un peu de retard à ce moment-là par rapport à d'autres régions plus touchées ce qui permettait de nous organiser un peu plus. Mais ce qu'on voyait dans les informations c'est qu'on avait l'impression qu'on allait avoir un tsunami qui allait nous tomber dessus et on se disait qu'il fallait absolument qu'on se prépare à ça. »

Pour une grande partie des interviewés, une des motivations était de pouvoir **poursuivre les soins sans discontinuité** et permettre aux patients chroniques et aux patients « sains » de venir au cabinet.

P13: « Au départ le message du gouvernement excluait les médecins traitants pour les cas suspects qui devaient appeler le 15 et ne surtout pas aller chez leur médecin. Mais les patients ont pris peur et ont arrêté de venir pour la plupart. Les patients avec des pathologies chroniques pouvaient aussi demander un renouvellement exceptionnel de leur traitement de fond à la pharmacie. On a eu une chute importante des consultations de suivi et donc je me suis inquiété pour mes patients que je n'allais pas pouvoir suivre ni examiner avec l'arrière-pensée toujours d'une complication qui ne serait pas prise en charge assez tôt à cause de cet arrêt de suivi. »

3.2.5 Difficultés pour mettre en œuvre les recommandations du gouvernement

Pour la moitié d'entre eux, une des motivations résidait dans leur **incapacité à respecter les recommandations fournies par le gouvernement** qui n'étaient pas tellement adaptés aux soins primaires.

P5: « On s'est retrouvés en difficulté dans notre propre cabinet avec mes collègues car il n'est pas adapté pour qu'on puisse se protéger et protéger nos patients. Impossibilité pour nous de mettre en place une salle d'attente dédiée, nos patients devaient attendre dehors. Heureusement qu'il faisait beau… »

P7: « Dans notre cabinet, nous n'avions pas la possibilité de changer l'organisation ni même de mettre en place un double flux comme préconisaient les recommandations. Ce qui nous inquiétait beaucoup. »

P15: « On s'est vite rendu compte que la gestion du cabinet et le nettoyage entre chaque patient devenaient très compliqué et nous demandait beaucoup de temps qui était perdu au détriment des malades. Ces recommandations étaient surtout du bon sens mais en pratique elles n'étaient pas toujours très adaptées à la médecine de ville avec les moyens qu'on peut avoir. »

3.3 Les difficultés rencontrées

3.3.1 Charge de travail importante, difficulté pour contacter et communiquer entre confrères, mises à jour des recommandations difficiles

Une grande partie des référents déclarait que la **charge de travail** initiale était **très importante**.

P3: « Ce projet représente une charge de travail très importante autant physique que mentale. Heureusement que je ne travaillais pas à ce moment-là parce que j'y ai passé des heures et des heures à réfléchir aux protocoles, au planning, à chercher du matériel…on est parti d'une page blanche. Et on avait un temps limité. Il m'arrivait même de me réveiller la nuit parce que j'avais une nouvelle idée ou si j'avais oublié quelque chose. »

P11: « On a calculé avec mes collègues, mais on était à environ 300 heures de travail bénévole. »

P13: « On avait une inexpérience sur le sujet, tous les jours on voyait tout ce qu'il nous restait à faire et on avait l'impression de ne pas voir le bout du tunnel. »

La moitié a ressenti des écueils **à contacter, à communiquer et à travailler avec les différents interlocuteurs** et notamment les médecins entre eux.

P1: « Une chose qui m'a posé souci ça a été de trouver le bon moyen de communication et de fédérer le plus de monde possible. Autant les jeunes ont l'habitude de communiquer par

différents réseaux comme WhatsApp® ou autre. Vous avez ce dynamisme-là. Alors que pour les plus anciens, ceux de ma génération, il y a encore quelques groupes de pairs mais on a beaucoup moins de contact entre nous. […] Le côté entretien confraternel et communication est un peu plus compliqué de nos jours. Moins de contact, moins de réunion, il y a plein de médecin de mon secteur que je ne connais pas bien. Donc c'est compliqué de motiver le plus grand nombre et d'avoir une touche pour prévenir tout le monde facilement. Compliqué aussi de communiquer ensemble, c'est du libéral, c'est très individualiste et tant que tout le monde ne voit pas l'intérêt qu'on a en commun de faire les choses pour avancer ben ça ne marche pas. C'est le côté communication et individualiste qui est problématique. »

P3: « Une difficulté importante était d'intercaler tous les intervenants entre l'hôpital local, la structure SAMU, l'ordre des médecins, les médecins volontaires […] ça a pris beaucoup de temps. Le but était de trouver notre place dans le maillage médical existant. »

P6: « Il a fallu parfois négocier avec certains confrères […] une espèce de guéguerre entre médecins. C'est dommage. »

P7: « On a eu du mal à se coordonner entre confrères. On a commencé à se contacter mutuellement pour discuter de la situation mais rapidement, j'ai remarqué qu'il n'y avait pas de dynamique de groupe. Il y en avait un qui répondait qu'il n'avait pas besoin de plus parce qu'il avait tout à son cabinet. Un autre qui disait que l'idée d'un CMA était bonne mais que c'était la galère pour tout faire. Et nous au milieu avec ma consœur, on était vraiment en difficulté dans notre cabinet sans moyens physiques de protection ni moyen de suivre les recommandations pour adapter notre lieu de consultation. »

Un petit nombre a trouvé difficile la **mise à jour quasi quotidienne des informations et des recommandations** notamment du gouvernement avec parfois des informations qui pouvaient être **contradictoires**.

P1: « Trop d'information tue l'information. On a reçu de nombreux mails parfois plusieurs en une seule journées à des heures tardives mais à un moment donné une seule ligne de conduite aurait été judicieuse. On a été abondé d'informations diverses et variées de différents canaux d'informations avec des recommandations qui changeaient régulièrement. Alors que mettre en place un groupe de travail de médecins pour faire la synthèse des recommandations à jour cela nous aurait permis de nous aider dans notre travail et nous éviter de se retrouver perdu dans ce surplus d'informations. C'était déjà assez anxiogène de gérer cette crise, il fallait en plus qu'on aille chercher au jour le jour les dernières informations correctes. »

P3: « Des recommandations qui évoluaient continuellement avec des mises à jour quasi quotidiennes ce qui nous demandait de s'informer au maximum et de rester réactif. »

3.3.2 Absence de matériel de protection physique

Pour l'ensemble des professionnels, l'une des principales difficultés a été logistique avec un **manque de matériel de protection** et la **difficulté de s'en procurer** au début de la crise sanitaire.

P6: « On a eu la sensation d'aller à la guerre sans munition, on a fait des visites à domicile avec un simple masque chirurgical comme protection. »

P12: « On n'a pas eu d'aide extérieure donc ça a été beaucoup de débrouille, devoir demander un peu partout, devoir acheter des produits dans les magasins de matériel médical ou sur internet à nos frais alors que les prix avaient flambé. »

P15: « Grosse inquiétude sur nos quantités, on refaisait le stock régulièrement mais notre préoccupation principale était de savoir jusqu'à quand on allait pouvoir tenir et de ce fait rester ouvert. Surtout que rapidement après l'annonce du confinement les sites de matériel médical étaient épuisés pour les tenues de protection : masques, visières, surblouses, gel hydroalcoolique… »

3.3.3 Sentiment d'abandon et d'inertie des institutions sanitaires, difficulté pour faire valoir ce travail

Tous les professionnels de santé déclaraient avoir ressenti un **abandon** et un **oubli des institutions sanitaires notamment l'ARS avec des difficultés de communication avec leurs correspondants.**

P2: « On avait aucun retour concret de la part de l'ARS, rien. Au départ, notre seule demande était de savoir si on avait le droit d'ouvrir et de travailler au centre. On n'a jamais eu de réponse orale ni écrite. C'était surtout une non-opposition. « Allez-y si vous voulez mais si ça déconne, ça sera votre problème » » …On a eu pas moins d'une dizaine de réunions par visio sans que ça nous apporte quelque chose de concret, aucuns écrits que des oraux. Mais pour moi, les oraux n'ont strictement aucune valeur. Ces réunions nous ont fait perdre du temps et

de l'énergie pour rien. Beaucoup de bavardage sans rien de concret. Des réunions contre-productives et délétères.

P4: « Il y a eu quelques réunions par visio-conférences avec les référents CMA et des correspondants de l'ARS mais qui n'aboutissaient pas à grand-chose malgré nos remontrances. »

P6: « L'ARS ne nous a rien fourni, aucune aide, ni morale, ni matériel, ni logistique. Á part les réunions que nous avons eues avec eux qui étaient inutiles et qui n'aboutissaient jamais à rien. On faisait remonter nos difficultés (manque de matériel, difficulté pour le paiement forfaitaire entre autres) mais il ne se passait jamais rien. »

P8: « En contactant l'ARS régionale pour l'informer de notre souhait d'ouvrir cette structure, on a très vite senti que ça ne les intéressait pas beaucoup. On n'avait pas de réponses claires. Même si on n'attendait pas d'eux qu'ils nous disent quoi faire mais juste obtenir des réponses. C'est assez fatiguant et décevant de se rendre compte que malgré nos sollicitations, malgré les différentes réunions qu'on a pu avoir avec eux, on n'est pas réussi à s'entendre sur la façon de faire. »

P12: « L'ARS pour faire court a montré sa capacité de réunionite aiguë, pour ça ce sont des champions. »

P13: « L'ARS pour moi ça a été silence radio, c'est tout ce que j'ai à dire parce que c'est tout ce qu'il y a à dire malheureusement. »

P15: « On a eu beaucoup de réunions avec l'ARS et on ne peut pas leur reprocher, en revanche vu ce que donnaient ces réunions on peut se poser la question : à quoi servent les ARS ? parce que la réponse ce n'est clairement à rien. On a communiqué nos problèmes et nos questions et on n'a jamais eu de retour sur aucun des points soulevés. »

La plupart des professionnels considérait que l'ARS a été **déconnectée de la réalité de la médecine de ville** notamment en proposant leur cahier des charges pour l'ouverture d'un CMA qui paraissait très compliqué et qui est arrivé bien plus tard après l'ouverture effective de ces centres dans le département.

P6: « À un moment donné, l'ARS est arrivée avec ses gros sabots, en sortant un cahier des charges infaisable avec beaucoup de matériel impossible à obtenir et il est arrivé très tardivement. Ce cahier est sorti le 30 mars alors que tous les CMA du département étaient déjà

ouverts…ça veut tout dire sur les ARS, toujours à la ramasse et toujours dans l'idée de : « regardez on a fait ça donc on ne peut rien nous reprocher. » »

P10: « L'ARS nous a envoyé leur cahier des charges pour le fonctionnement d'un CMA. Cahier qui était très et trop complet, avec du matériel demandé que beaucoup de CMA n'avaient pas à leur disposition. Cahier très compliqué à mettre en œuvre et qui ne s'adaptait pas du tout à l'urgence de la situation ni aux soins primaires. En plus, il est arrivé plus de 3 semaines après l'ouverture de notre CMA. Et tous les autres du département des Pyrénées-Atlantiques étaient déjà ouverts. Lorsqu'on leur a fait la remarque que ce cahier n'était pas adapté à la réalité du terrain, ils nous ont répondu que ce n'était pas imposé, que c'était juste une idée de ce à quoi un centre devait ressembler. Ils nous demandaient de le signer. Mais on a refusé parce que si on signait et qu'il y avait un problème, ça sous entendait que ça allait être notre faute s'il manquait quelque chose parce qu'ils avaient tout noté dans leur cahier. Et de la même façon on peut se dire qu'avec cette signature, ils pouvaient dire après : « regardez ce qu'on a fait dans les Pyrénées-Atlantiques, toutes ces ouvertures de CMA… » alors qu'ils ne nous ont jamais aidé et que c'est seulement une initiative des professionnels des soins primaires. »

Un grand nombre des professionnels regrettait **de la part des institutions, leur manque de soutien moral et de reconnaissance du travail accompli**.

P5: « Gros sentiment de colère, vraiment vis-à-vis des institutions et notamment de l'ARS pour ne pas la citer…On s'est senti complètement délaissé et pas seulement sur le plan des aides mais surtout moralement. On avait l'impression que c'était un combat plutôt qu'un travail collectif pour aller dans la même direction. »

P11: « Clairement, je suis en colère qu'on n'ait pas eu de reconnaissance de l'investissement personnel qu'on a fourni, même si on n'a jamais fait ça pour ça mais au moins on se serait senti soutenu. »

P15: « On leur a maché le travail et nous tout ce qu'on demandait c'était juste une validation de notre travail qu'on n'a jamais obtenu. »

De nombreux interviewés regrettaient le **manque d'anticipation** du gouvernement et des institutions sanitaires.

P12: « La question qu'on peut se poser, c'est comment en 2020, un risque pandémique d'une telle ampleur qui ne date pas d'hier, n'a pas pu être anticipé avec des documents officiels. On a cherché, on a demandé mais on n'a rien obtenu. Donc ça a été à la médecine de terrain, dans

l'urgence et en plein pandémie, de trouver des solutions pour les patients et produire des protocoles et un cahier des charges. »

Quelques professionnels ont trouvé que **l'Ordre des médecins n'avait pas répondu présent** face à cette crise.

P8: « Pour moi, nous n'avons pas assez eu de soutien de la part de l'Ordre des médecins, pas d'action. »

P9: « Dès qu'il y a le mot Ordre, ça ne sert pas à grand-chose pour moi. »

P10: « Ordre ça veut surtout dire qu'il ne faut pas faire de vague c'est tout. »

P11: « Au départ, quand nous avons sollicité l'Ordre des médecins, ils étaient complètement à l'ouest par rapport à la situation générale. Leur discours était : « c'est calme chez nous pas d'inquiétude à avoir. » Il paraissait complétement déconnecté de la réalité avec une impression d'absence de vision de ce qu'il pouvait éventuellement arriver, de réactivité et de conscience de certains enjeux. Ils nous baladaient à droite et à gauche pour finalement revenir au point de départ. »

Tous les professionnels ont déclaré avoir fait face à des difficultés pour le **remboursement des achats** de matériel et la **rémunération** des actes effectués.

P6: « Certains se moquaient d'être payés car il y avait une urgence liée à la situation : c'était comme un service rendu à la population mais d'autres n'étaient pas d'accord avec ça et voulaient que les choses soient claires dès le départ. Plusieurs des médecins ont dit : « on en a marre, c'est toujours pareil, les médecins généralistes sont laissés de côté et pas pris en compte. » On a eu quelques tensions au sein de notre groupe. »

P7: « Pour faire fonctionner le centre et sans aide extérieure, nous avons dû acheter du matériel de protection. L'ARS nous a clairement répondu qu'ils ne pouvaient rien nous fournir et pas nous les financer non plus. Mais la question qu'on peut se poser c'est : on est libéral, est-ce que c'est à nous d'assumer le coût de cette action ou c'est de l'ordre de la santé publique ? Est-ce que c'est à l'État de subvenir à ça ? Est-ce que ce genre de pandémie fait partie du travail du médecin généraliste tout seul ou est-ce que ça rentre dans quelque chose de plus global de santé publique ? Pour moi, c'est un vrai problème. »

P9: « L'ARS a refusé de nous forfaitiser, elle n'a rien trouvé de mieux que de comparer la situation dans le Grand-Est qui était en pleine vague épidémique et nous, où c'était encore

calme. Leur justification a été de dire que là-bas ils voyaient beaucoup de patients et donc c'était normal qu'ils soient rémunérés contrairement à nous qui en voyait peu et qu'on travaillait peu. Ce n'est pas possible qu'on nous dise ça. Premièrement, ce n'est pas parce qu'on voyait peu de patient au centre, qu'on ne faisait rien, justement on rappelait tous les patients suspects régulièrement pour les suivre par téléphone. Tout ce travail, ils ne le prennent pas en considération. Eux la seule chose qu'ils voient ce sont les chiffres. Mais du coup deuxièmement, ça sous-entendait que s'il y a une deuxième vague pour qu'on soit rémunérés, il faudra voir tous les patients suspects et pas seulement les potentiellement graves. Et avec tout ce monde, c'est là qu'il y a un risque de propager le virus. On marche sur la tête.»

3.3.4 Médecine de bricolage et enjeu politique

Un petit nombre ont déclaré avoir eu l'impression de faire de la **médecine de la débrouille.**

P3: « J'ai eu l'impression de faire de la médecine du système D, presque comme de l'humanitaire. Devoir chercher à droite à gauche pour trouver du matériel, demander à toutes nos connaissances médicales ou non, à des entreprises. Devoir trouver une grande machine à laver dans une laverie pour prévoir le lavage de nos tenues non jetables. Á postériori, ça parait assez fou. »

P4: « On a fait de la médecine de bricolage et ça n'a pas été évident à vivre, on a eu l'impression de mal faire alors qu'on a essayé de tout donner. »

Quelques professionnels ont senti un **enjeu politique** lié à l'ouverture des CMA et se sont sentis au milieu de ces difficultés locales.

P12: « Alors là on est sur un terrain un peu glissant où je n'en dirais pas plus mais on a été au cœur d'enjeu politique local en pleine élection municipale qui a été difficile à gérer parce qu'on n'était pas là pour ça et ce n'était pas notre but ni dans notre intérêt. »

P13: « Au niveau local, on a eu à faire à des difficultés politiques mais je ne préfère pas rentrer dans les détails… »

3.4 Le retour d'expérience

3.4.1 Les retours positifs

3.4.1.1 Expérience positive sur le plan personnel

La grande majorité des professionnels de santé interviewés disait avoir vécu une très **bonne expérience** sur plusieurs points différents.

P5: « Très belle expérience. »

P12: « ça a été une belle aventure humaine. »

P14: « Humainement et professionnellement, l'expérience est très positive. »

La plupart ont ressenti une **nécessité** à mettre en place et à participer à ce projet.

P2: « Mon avis est que ce travail-là était nécessaire même si on a vu peu de patient. Cela a permis de laisser le moins de patients de côté que ça soit les patients suspects que les chroniques. »

P6: « Sensation de s'être protégé et d'avoir fait ce qu'il fallait pour les patients et les cabinets en général. A la fin de cette vague, on s'est dit : « il fallait le faire ». »

P15: « On avait à cœur de bien faire et surtout d'être utile. »

Un petit nombre d'entre eux a déclaré avoir retiré un **gain d'expérience** sur le plan professionnel et personnel.

P11: « Cette initiative m'a permis d'enrichir mon expérience, avoir eu la chance d'échanger avec d'autres médecins engagés. J'ai l'impression d'avoir acquis de nouvelles connaissances. Pour moi, ça a été un vrai enrichissement personnel et professionnel. »

P12: « J'en retiens une très belle aventure humaine et j'en ressors grandis autant sur le plan professionnel que personnel. »

Plus de la moitié ont trouvé très intéressant de **pouvoir rencontrer de nouvelles personnes notamment des confrères et d'échanger entre eux.** En effet, certains évoquaient la médecine générale comme une médecine un peu isolée, dans son cabinet. Ce projet leur a permis d'effectuer un **travail d'équipe**.

P3: « Je trouve ça très beau l'union qu'il y a eu dans le corps médical. Cette solidarité entre nous. De se dire que notre rôle dans les soins primaires ressort encore plus dans ces situations, on a foi dans ce que l'on fait et notre rôle prend encore plus de sens. C'est assez inédit. »

P9: « ça nous a permis de rencontrer la plupart de nos confrères et consœurs des alentours et ça, c'est super d'avoir pu décloisonner un peu cette médecine de ville. »

P14: « Même si on est isolé dans nos cabinets respectifs, ce que je retiens c'est qu'en cas de crise, on peut tous se réunir et créer des projets d'une grandeur qu'on n'aurait même pas imaginé. On s'est aussi entraidé entre tous les CMA du département. Et ça je trouve ça super beau. »

3.4.1.2 Expérience positive sur le plan professionnel

Une majorité était fière d'avoir réussi à mettre en place un projet de cette envergure en partant pour la plupart d'une feuille blanche. Ils se disaient **fiers du travail accompli.**

P3: « Á posteriori, on est fier d'avoir réussi à créer des protocoles et un cahier des charges qui tiennent la route en partant de rien. Vraiment fier de ça. »

P11: « Grande satisfaction d'être allé au bout des choses malgré les difficultés et d'avoir tout créé en partant de quasiment zéro. »

Une grande partie était aussi fière d'avoir **réussi à travailler et communiquer ensemble** et tout cela dans un court laps de temps sur ce projet.

P8: « Ce qui est super positif, c'est notre capacité à se regrouper avec les autres médecins du secteur et à l'échelle du département pour travailler ensemble, ce qui n'avait jamais été fait auparavant. Communiquer ensemble, faire des réunions, organiser des choses pour pouvoir faire face aux autorités et leur montrer qu'il y avait un poids face à eux. »

P13: « On a rapidement su communiquer et travailler tous ensemble avec de l'entraide, c'est super de voir ça en médecine libérale. »

La plupart retenaient la capacité de s'être **coordonnée tous ensemble** avec une grande **capacité d'adaptation et d'anticipation**.

P4: « Ces projets dans tout le département ont montré la grande capacité d'adaptation et d'anticipation des professionnels de santé libéraux qui prennent des initiatives sans attendre d'éventuelles directives du gouvernement ou de leurs instances. »

P9: « Je trouve ça super qu'on est réussi à se regrouper pour réfléchir à des alternatives dans le but d'anticiper un éventuel pic épidémique dans notre département. »

P15: « Ce projet a montré que la médecine de ville a réussi à se décloisonner pour arriver à travailler ensemble. On a réussi à répondre et à s'adapter à une réalité du terrain. »

Beaucoup déclaraient être satisfaits **d'offrir dans le maillage médical une autre possibilité** pour prendre en charge les patients et étaient rassurés d'avoir la possibilité devant une deuxième vague, d'être réactif et d'ouvrir plus rapidement et efficacement un CMA si besoin.

P1: « L'énorme intérêt c'est qu'à partir de maintenant on a l'expérience nécessaire si la situation future nécessite une réouverture rapidement et de manière efficace. Ou même si un jour on fait face à une épidémie de grippe ou de coronavirus dans un an admettons, on peut tout imaginer, je pense qu'on aura plus de réactivité et qu'on saura mieux gérer les institutions que ce qui a été fait lors de cette crise. »

P12: « C'est sécurisant de se dire que si ça revient, on a déjà ce projet à notre disposition, il nous reste un peu de matériel, le cahier des charges est déjà fait, le lieu est trouvé ainsi que les volontaires. »

Deux d'entre eux retenaient comme point positif **l'aide des bénévoles et des communes locales** qui les ont beaucoup aidés à la mise en œuvre et au fonctionnement de ces centres.

P2: « Je tiens à souligner que nous avons été très bien aidés par les acteurs locaux qui sont la mairie et les bénévoles de la croix rouge. Ils ont été supers et ont très bien travaillé. Sans eux, cela aurait été encore plus compliqué voire infaisable. »

P10: « Si on regarde cette crise, tous ceux qui ont répondu présents, ce ne sont que des acteurs locaux : professionnels de santé libéraux, l'hôpital, des associations, la communauté des communes et la population locale. »

Plusieurs des professionnels de santé ont retenu dans le côté positif le **lien ville et hôpital** qui a pu se créer pendant cette crise.

P3: « On a réussi à bien travailler avec l'hôpital […] qui nous a bien aidé sur certains points et pour moi, ça crée un précédent pour le futur. Ce lien ville/hôpital qui a tendance à se perdre facilement on pourrait le retrouver et ce projet le prouve. »

P5: « Ça conforte l'idée que c'est important de travailler tous ensemble et que ce n'est pas antinomique l'hôpital et la médecine générale libérale. »

Quelques-uns des interviewés y voyaient une éventuelle ouverture sur une **façon de travailler pour l'avenir**.

P8: « Ça m'a appris des choses sur une autre possibilité d'organisation de notre travail, ça peut préfigurer des choses au niveau d'une CPTS par exemple. Ça nous a permis de voir comment ça se passait quand on travaille ensemble […] se poser des questions sur notre propre pratique. Avec cette expérience, on a pu entrevoir une façon de travailler et s'organiser afin de ne pas s'épuiser. Je pense qu'on peut récupérer des idées pour les soins primaires pour la suite. »

P11: « On se dit que cette organisation sur le territoire peut laisser présager des pistes pour l'avenir sur l'organisation des soins primaires, le lien ville/hôpital, l'amélioration du partage de données sécurisées et de la communication entre libéraux. […] Il y avait potentiellement une vision future sur un autre fonctionnement de la médecine de ville, comme si cette crise pouvait nous servir à avancer plus vite sur l'intelligence collective, sur la coopération, sur la coordination et décloisonner un peu ville/hôpital et les soignants entre eux. »

3.4.2 Les retours négatifs

3.4.2.1 Lourdeur administrative

La plupart était soulagés que l'expérience soit finie et se disaient **fatigués** autant physiquement que mentalement.

P6: « Humainement fatiguant. Personnellement, je suis ressortie épuisée physiquement et psychologiquement parce que ça m'a pris beaucoup de temps et d'énergie à gérer l'administratif, les égos de chacun, la création des protocoles… »

P11: « Gros sentiment d'épuisement physique et psychologique de fournir autant de travail avec si peu de soutien et d'aide en retour. »

P12: « On a dû tout créer de A à Z et se débrouiller pour quasiment tout. On a dû batailler pour joindre toutes les personnes nécessaires que ça soit nos confrères, les élus, l'ARS… Très grosse fatigue mentale. »

3.4.2.2 Manque de soutien des institutions sanitaires et gouvernementales nationales

Tous les professionnels ont déclaré avoir ressenti un **abandon des instances médicales qui sont déconnectés de la réalité de l'avis des répondants.**

P3: « Je suis un peu désabusé par l'absence de l'ARS à notre niveau et son absence de soutien. Le fait qu'ils aient fait la sourde oreille dans cette situation, pour moi ce n'est pas normal. On a été oublié. »

P4: « Les professionnels de santé libéraux ont été laissés face à eux-mêmes et leurs problèmes. »

P8: « Grosse déception et ras le bol exprimés principalement vis-à-vis de l'ARS. »

P6: « C'est un ressenti de déception, de se dire que c'est toujours pareil, on fait des choses et on n'est pas remercié. Ce n'est pas pour avoir la prime ou quoi que ce soit, mais juste une reconnaissance du travail accompli seul, travail qui aurait dû être fait et proposé par nos instances. On s'est débrouillé tout seul, on a fait ce qu'il fallait. Il y a 30 généralistes qui sont décédés parce qu'ils n'étaient surement pas suffisamment préparés et nous on a essayé de se préparer seuls. En fait, on a effectué le travail de l'ARS très clairement et on n'a pas été encouragé ni remercié. »

P10: « On aurait aimé avoir de la part de l'ARS un peu plus de soutien moral, c'est tout ce que l'on leur demandait finalement mais on n'a rien eu. »

P11: « On a eu l'impression de mépris de leur part face à nos demandes qui étaient pourtant raisonnables. »

P12: « Petite déception quand même, c'est d'avoir le sentiment de ne pas avoir eu de reconnaissance du travail fourni et sur la pertinence de ce projet. Á priori, ils attendent qu'on soit en crise chez nous aussi pour réagir alors que nous, notre but était d'anticiper les problèmes. »

Un certain nombre retenaient des difficultés importantes face à la **centralisation des prises de décisions**.

P2: « Cette expérience nous aura montré le côté plus efficace des médecins de terrain et des acteurs locaux par rapport à tout ce qui est centralisé, étatique avec une inertie hallucinante qui n'est pas adaptée à ce genre de crise. »

P3: « L'administratif centralisé est un vrai problème à notre échelle des soins primaires et cette crise l'a encore montré. »

3.4.2.3 Influence politique

Un petit nombre ont ressenti être **au cœur d'enjeu politique local** en marge des élections municipales ce qui leur a déplu.

P1: « J'ai senti par moment une certaine instrumentalisation de notre projet pour des guéguerres de territoires politiques et ça m'a déplu. Notre projet était dans une démarche désintéressée et dans le seul but d'aider la population. »

3.5 Synthèse des résultats

Tous les professionnels de santé déclaraient vouloir éviter au maximum les contaminations croisées dans les salles d'attente et la moitié souhaitait obtenir un lieu sécurisé pour examiner les patients.

Protéger et rassurer les patients, le personnel du cabinet et les soignants eux-mêmes, étaient la priorité de la plupart des interviewés.

Face à une épidémie d'une telle ampleur, un grand nombre de professionnels ressentaient le besoin de se coordonner, de travailler ensemble pour harmoniser leurs pratiques et par la même occasion, favoriser une mutualisation des moyens humains et matériaux.

La plupart des professionnels souhaitaient proposer une solution en anticipant l'arrivée de l'épidémie et surtout permettre la poursuite des soins sans discontinuité.

La moitié d'entre eux ont ressenti des difficultés à mettre en œuvre les recommandations fournis par le gouvernement dans leur propre cabinet et ont vu dans les CMA une structure facilitante pour poursuivre leur travail en toute sécurité.

Les professionnels interrogés ont soulevé trois principales sources de difficultés :

- Celles liées à la partie organisation du centre. Un grand nombre d'interviewés déclarait une charge de travail très importante. La moitié d'entre eux ont ressenti des difficultés pour contacter et communiquer avec les autres confrères.

- Celles liées au manque de matériel physique de protection et la difficulté pour s'en procurer. Tous les interviewés regrettaient de s'être débrouillés seuls.

- Celles liées à un sentiment d'abandon de la part des institutions. La plupart considérait l'ARS déconnectée de la réalité des soins primaires face à cette crise sanitaire.

Pour la plupart des professionnels de santé, il ressortait un sentiment positif vis-à-vis de cette expérience autant sur le plan personnel que professionnel avec l'entraide entres confrères et les échanges qui en ont découlé. Un grand nombre était fier du travail accompli et de la réussite d'avoir su travailler, communiquer et se coordonner ensemble. Plusieurs d'entre eux ont ressenti un lien ville/hôpital qui s'est rapproché pendant cette crise.

Certains déclaraient un soulagement que l'expérience soit terminée parce qu'ils exprimaient une fatigue mentale.

Et enfin, de nombreux médecins ont vu dans cette initiative spontanée de coordination, une potentielle vision des soins primaires dans un futur proche notamment au travers de l'émergence des CPTS.

4 . DISCUSSION

4.1 Discussion de la méthode choisie

4.1.1 Analyse de la méthode

Dans le but de répondre à l'objectif, la méthode qualitative était la plus appropriée(43). L'enquête qualitative permettait d'explorer et d'analyser les ressentis, les comportements et les expériences personnelles des professionnels de santé référents d'un centre médical avancé au début de la crise de la COVID-19 dans les Pyrénées-Atlantiques.

4.1.2 Choix des entretiens individuels semi-dirigés

L'objectif de l'étude sous-entendait de recueillir les points de vue de chacun. Les entretiens ont été individuels pour permettre aux interrogés de s'exprimer librement sans être embarrassés ou influencés par l'effet de groupe qu'il peut y avoir dans les groupes de discussion type focus group. Ces entretiens permettent aussi d'aborder des sujets plus délicats comme cela a pu être le cas avec certains professionnels.

Le guide d'entretien a été préparé en amont avec 3 questions ouvertes regroupant les différents thèmes nécessaires pour répondre à l'objectif. Ce guide a été validé par mon directeur de thèse.

Pour les entretiens, je me suis référée à un guide d'auto-apprentissage de la conduite d'entretiens semi-dirigés pour la recherche qualitative qui est mis à disposition par le Collège Lyonnais des Enseignants Généralistes (CLGE) (44) et qui m'a été conseillé par le département de médecine générale de Bordeaux lors d'une séance d'aide à la thèse.

Les questions étaient ouvertes afin de laisser une liberté de parole qui permettait d'exprimer pleinement leur ressenti et expérience sans se sentir limité par des questions fermées. Lors de certains entretiens, des relances et des questions supplémentaires ont pu être ajoutées en fonction du médecin et du recueil de données. Le but était d'obtenir le plus précisément possible les motivations et difficultés ressenties et vécues par les interviewés.

Les professionnels n'ont pas été informés en amont du contenu du guide d'entretien. Ce qui a permis de recueillir un discours spontané.

Les entretiens ont été enregistrés après accord oral des interviewés. Cet enregistrement a permis de faire ressortir la parole exacte ainsi que des expressions physiques et verbales qui auraient

pu se fondre dans l'ensemble de l'entretien sans cet enregistrement et la retranscription. L'analyse des données a pu se faire après plusieurs écoutes et grâce au verbatim.

4.1.3 L'échantillonnage

Le choix de l'échantillon n'a pas pu être effectué par les investigateurs étant donné la cible très précise pour répondre à l'objectif de notre étude. La représentativité de la population générale n'est pas recherchée dans un échantillon d'une étude qualitative.

L'échantillon concerne les référents des CMA créés dans le département des Pyrénées-Atlantiques.

L'échantillon reste diversifié sur plusieurs critères : le genre, l'âge, le mode et le milieu d'exercice ce qui permet d'obtenir un échantillon hétérogène.

4.2 Forces de l'étude

Cette étude reflète une initiative spontanée mise en place par des acteurs des soins primaires afin de faire face à une crise sanitaire inattendue.

Il existe plusieurs études sur le sujet de la COVID-19 mais peu sur les CMA ou comme appelés dans d'autres régions : centres de consultations dédiés COVID. Peu d'études ont été menées à ce jour sur les adaptations et les dispositifs mobilisables proposés par les acteurs des soins primaires en cas d'épidémie exceptionnelle comme celle-ci. Ce qui fait de cette thèse une étude originale. Plusieurs des professionnels de santé interrogés ont participé à ces projets afin d'apporter et d'anticiper une solution adaptée à leurs patients et aux besoins spécifiques de cette épidémie.

Nous avons pu interroger quinze professionnels de santé afin de recueillir des données riches et variées.

Le genre (masculin ou féminin), l'âge et le lieu d'exercice étaient bien représentés.

Les entretiens ont été effectués en pleine crise sanitaire un mois après la fermeture des CMA ce qui a permis de recueillir les informations correctement et à chaud.

Une autre force de l'étude est la minimisation de la perte de données grâce à un double enregistrement vocal des entretiens à l'aide d'un dictaphone et d'un smartphone. Cela a permis de diminuer le risque d'un éventuel problème technique comme un défaut de batterie, un bug informatique ou une erreur d'enregistrement.

L'utilisation de questions ouvertes lors de nos entretiens ainsi que les entretiens individuels renforcent cette étude et permet aux interrogés de ne pas être influencés et d'être dans la spontanéité.

Les verbatims ont été codés par deux personnes, Laura DUFAURET et moi-même. Cette triangulation des données permet de renforcer la validité interne de l'étude et de limiter d'éventuels biais liés à la subjectivité.

La saturation des données a été obtenue à partir du treizième entretien et a été confirmé en réalisant deux entretiens supplémentaires. Cela permet aussi d'augmenter la validité interne de l'étude.

4.3 Limites et biais de l'étude

4.3.1 Biais de sélection

J'ai contacté à plusieurs reprises tous les référents des CMA du département des Pyrénées-Atlantiques. Seuls les répondants à mes demandes ont été recrutés. Par conséquence, j'ai parfois interrogé les deux référents d'un seul centre. Et parfois, je n'ai pas pu interroger au moins un référent de chaque centre.

Les professionnels qui ont bien voulu répondre étaient possiblement les plus motivés.

4.3.2 Biais d'investigation, biais de recueil de données

Les entretiens ont été effectués sur une période d'un mois environ. Les réponses des interviewés ont pu être différentes selon qu'on soit proche de la période de la fin du confinement ou un peu plus lointaine.

Certains médecins ont pu être embarrassés sur certains sujets qu'eux-mêmes abordaient et m'ont demandé, même si l'enregistrement était anonyme, de ne pas le mentionner dans mon verbatim afin qu'on ne les reconnaisse pas.

Une limite de cette étude est l'inexpérience de l'intervieweur notamment sur la réalisation d'un entretien semi-dirigé. Pour compenser cette faiblesse, nous avons pu consulter et nous aider du guide d'auto-apprentissage mis à disposition par le CLGE (44).

4.3.3 Biais d'interprétation

Le biais d'interprétation est inhérent à ce type d'étude qualitative. Les données récoltées sont des données majoritairement verbales et non quantifiables ainsi que quelques données du comportement et des expressions faciales. Elles sont analysées de manière subjective et interprétative. La triangulation des données a pu limiter ce biais.

4.4 Discussion des principaux résultats

L'objectif principal de notre étude était d'explorer, de décrire et de comprendre les motivations et les éventuelles difficultés rencontrées par les professionnels de santé référents des CMA au début de l'épidémie de COVID-19 dans les Pyrénées-Atlantiques. L'objectif secondaire était de recueillir le ressenti de ces référents.

4.4.1 Les motivations

4.4.1.1 L'inquiétude des soignants

Tous les médecins interviewés sont unanimes et ont exprimé leur inquiétude liée à cette crise sanitaire. Les causes principales sont la rapidité d'expansion de l'épidémie, le caractère inconnu de plusieurs facteurs (pathogène en cause, symptomatologie, traitement disponible…). et le risque d'être contaminé ou de contaminer les autres. Ce facteur est une des principales motivations pour les référents des CMA. Malgré la faible incidence dans le département des Pyrénées-Atlantiques au départ, les personnes interviewées ont ressenti cette inquiétude à travers les médias et les patients et ils ont cherché des solutions pour y pallier.

En mai 2020, la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques) a publié en association avec les URPS-Médecins Libéraux et les ORS (Observatoires Régionaux de la Santé) une étude sur les pratiques et les conditions d'exercice en médecine générale pendant la première période de confinement liée à l'épidémie de COVID-19 (45). Une partie de l'enquête abordait les perceptions des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement. 1200 médecins au niveau national ont répondu à cette enquête. Au début de la crise, les participants estiment le risque d'être contaminé lors des consultations à plus de 50 %. La probabilité d'être contaminé pendant ces consultations est estimée élevée par 1 médecin sur 4. Cette crainte est d'autant plus élevée que le motif principal de la consultation est une suspicion d'infection type COVID-19, soit pour plus d'un médecin sur dix. Cette enquête montre l'inquiétude importante que les médecins généralistes ont pu

ressentir au début de cette épidémie et permet de comprendre l'intérêt pour les médecins généralistes de rechercher et proposer des solutions pour sécuriser leur pratique et se rassurer.

Une thèse de médecine générale soutenue par Mr Kaotare Amanzou s'est intéressée à l'impact psychologique liée à cette épidémie sur le public ciblé de la structure SOS médecins des Hauts de France (46). Les résultats de cette étude retrouvent le développement chez un peu plus de la moitié des médecins interrogés d'anxiété, d'insomnie et de dépression en lien avec la situation sanitaire du début de l'épidémie.

Mr Fabien Faucon s'est intéressé dans sa thèse de médecine générale, aux ressentis des médecins généralistes du Havre au début de cette crise (47). Les conclusions sont similaires à celles de notre étude et retrouvent un stress important des médecins généralistes répondants vis-à-vis de cette crise avec la peur de se contaminer et de contaminer les autres.

Cette inquiétude a aussi été retrouvée chez les confrères Européens notamment.

En Espagne, une étude avait pour objet d'évaluer l'impact psychologique que cette épidémie a pu engendrer chez les personnels soignants (48). Sur 1422 personnels soignants répondants, on retrouve chez 58,6% d'entre eux un possible trouble de l'anxiété. L'une des principales inquiétudes de ces soignants était de contaminer un des membres de leur famille puis juste après, venait l'inquiétude d'être eux-mêmes contaminés. La population qui vit en famille ou avec des personnes fragiles était plus à risque d'avoir des symptômes de stress post traumatique, d'anxiété et de dépression.

En Belgique, l'inquiétude est similaire malgré une incidence plus faible qu'en France à ce moment-là. Une étude qualitative sur les conséquences de la COVID-19 sur les soins primaires a recensé 132 réponses de médecins généralistes au mois de mars 2020 (49). De nombreux répondants sont convaincus qu'ils présentent un grand risque d'être infectés mais sont surtout inquiets de transmettre l'infection aux autres.

Cette inquiétude a été renforcée par l'excès d'informations venant de différents canaux, informations qui pouvaient parfois être contradictoires selon les canaux. Les professionnels ont ressenti le besoin de se regrouper pour se rassurer et harmoniser leurs pratiques.

4.4.1.2 Sentiment de solitude et besoin de se regrouper

Plusieurs de nos répondants se sont sentis exclus de la gestion de cette crise par le gouvernement et les institutions en général. Alors que le médecin généraliste reste le point de

repère dans notre système de soins, le début de cette épidémie a pu faire ressentir à de nombreux médecins le sentiment de perdre ce rôle.

Chez les médecins généralistes Havrais (47), le ressenti de la gestion de la crise est aussi négatif que ceux de notre département avec une colère à l'égard des institutions gouvernementales. Une importante collaboration entre les acteurs des soins primaires a été mise en place pour pallier leur exclusion des soins et le sentiment de solitude qui en a découlé.

Pour de nombreux répondants à notre étude, le fait de se regrouper et d'échanger que ça soit en direct ou par le biais des réseaux sociaux comme WhatsApp®, a facilité le partage d'informations et a permis de se rassurer sur ses propres pratiques. Cette collaboration virtuelle a été retrouvée dans d'autres régions du territoire où l'effet bénéfique pour les soignants a été souligné notamment dans le travail de thèse de Mme Marie Duez et Mme Manon Mermier qui avait pour objectif d'explorer l'impact de la COVID-19 sur le rôle et les pratiques du médecin généraliste dans le département des Bouches-du-Rhône (50).

Dans d'autres régions notamment celle du Grand-Est qui a été plus touché par l'épidémie que notre département, un important sentiment de frustration et d'abandon a été ressenti et exprimé par de nombreux témoignages de soignants (51).

4.4.1.3 L'inquiétude des patients et la nécessité de poursuivre les soins

Dans notre étude, les interviewés ont exprimé leur inquiétude face à la diminution des consultations de leurs patients et du potentiel risque de l'arrêt du suivi des patients chroniques ainsi que le retard de consultation pour les patients avec des symptômes aigus et des pathologies potentiellement graves.

Les messages du gouvernement de mars 2020 mettant de côté la médecine de ville, a participé à la désertification des cabinets médicaux ainsi qu'à la peur pour les patients de se contaminer dans les salles d'attente (22).

Cette diminution du nombre de consultation a été retrouvée au niveau national. Dans le panel de la DREES, on retrouve lors du premier confinement, qu'un généraliste sur deux déclare avoir vu chuter d'environ 50 % les consultations pour les motifs des suivis pédiatriques et de grossesse ainsi que le suivi des malades chroniques. Pour 9 médecins sur 10, le volume horaire des consultations a diminué. Pour la moitié d'entre eux, la diminution est de l'ordre d'environ 10 heures de travail en moins, ce qui représente environ un cinquième de leur volume d'activité

ordinaire moyen qui est de 54 heures. La baisse du temps de travail moyen est estimée entre 13 et 24 % (45).

On retrouve également une inquiétude des patients dans d'autres pays. Une étude publiée dans le Lancet et effectuée auprès de 1099 adultes de mars à avril 2020 au Royaume-Uni avait pour objectif d'évaluer l'effet de la pandémie de COVID–19 sur la santé mentale de la population et notamment sur des groupes potentiellement vulnérables comme les professionnels de santé. Cette étude retrouve dans la population générale, une augmentation importante de l'apparition de troubles anxieux et de syndromes dépressifs en lien avec cette épidémie et le premier confinement mis en place (52).

Cette inquiétude des patients semble expliquer en partie la diminution des consultations lors du premier confinement.

Le rapport de l'Académie nationale de médecine publié en mai 2020 va aussi dans ce sens et a exprimé ses craintes face à cette diminution et au risque d'aggravation secondaire de l'état de santé des patients chroniques (53).

La phase 2 du plan blanc maximal qui a été mis en place lors de cette période (6) a entraîné l'annulation de nombreuses consultations et chirurgies programmées dans les hôpitaux et cliniques exceptées les urgences vitales. Ce qui a inévitablement retardé des prises en charge de nombreux patients notamment ceux atteints de cancer. Cette diminution des consultations par les patients a engendré une inquiétante diminution de nouveaux cas de cancer diagnostiqués de l'ordre de 20 à 50% selon les centres de lutte contre le cancer sur la période de mars et avril 2020 d'après le président d'Unicancer, Dr. Jean-Yves Blay (54). Unicancer a effectué une étude dans plusieurs de ces centres répartis sur le territoire. De janvier à juin 2020, cette étude avait pour objectif de mesurer l'impact de la première vague d'épidémie de COVID-19 sur la prise en charge des patients atteints de cancer (55). Selon l'estimation de cette étude, les conséquences du retard de diagnostic des cancers lors de cette période pourraient engendrer à moyen et long terme, 1000 à 6000 décès supplémentaires par cancer. L'inquiétude des soignants sur les conséquences de ce retard de diagnostic à moyen terme parait alors justifiée.

L'enquête auprès des médecins belges (49) met en avant l'inquiétude du défaut de soins et de suivi pour les patients notamment les patients chroniques et potentiellement des conséquences à moyen terme avec très certainement des retards de diagnostic dus à un suivi sous-optimal alors qu'à cette époque l'incidence était plus faible qu'en France.

Le stress grandissant et l'exclusion de la médecine de ville pour la prise en charge des patients de la part des institutions sont les principales motivations à l'ouverture de ces centres.

4.4.2 Les difficultés

4.4.2.1 Absence d'équipement de protection physique

Dans notre étude, beaucoup de professionnels interrogés s'insurgent du manque de matériel de protection physique et le manque d'aide et de solution pour s'en procurer. Beaucoup d'entre eux ont dû se débrouiller avec le système D grâce à la générosité de la population locale et des entreprises locales ainsi que de certaines collectivités. D'autant plus qu'ils avaient besoin de matériel de protection physique pour leur cabinet respectif qui n'était pas fermé mais aussi pour faire fonctionner les CMA où ils allaient à tour de rôle prêter main forte.

Cette constatation est retrouvée au niveau national notamment dans l'enquête menée par la DREES qui a permis de recueillir les perceptions et opinions des médecins généralistes lors du premier confinement. Ces résultats corroborent ceux de notre étude. Six personnes sur dix jugent ne pas avoir pu se protéger efficacement. Quatre médecins sur dix sont du même avis mais déclarent s'en sortir grâce au système D et à la débrouille. Un médecin sur 3 était inquiet de contaminer ses patients (56).

La commission des affaires sociales du Sénat a ouvert dès le 31 mars 2020 un questionnaire en ligne afin de récolter les impressions des professionnels de santé mobilisés dans la prise en charge des patients en ville lors de cette crise. 2747 professionnels de santé y ont répondu. Un premier rapport est alors publié le 14 avril. On retrouve 24,5% seulement des médecins et 14% des infirmiers qui s'estiment convenablement équipés en matériel de protection lors du premier confinement de mars 2020 (28).

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a effectué une enquête au début du premier confinement (du 14 au 21 mars 2020) dans le but de recueillir les éventuelles modifications d'organisation de travail des médecins généralistes au niveau national. Sur 5490 réponses, l'enquête confirme le manque de matériel de protection efficace. 26% des médecins possédaient des lunettes de protection et 21 % des surblouses. A ce moment-là, 14 % des professionnels déclaraient ne plus posséder aucun masque à leur cabinet (57).

Des familles de médecins généralistes décédés du coronavirus se sont regroupées afin de porter plainte contre le gouvernement, les rendant responsables du manque de matériel de protection nécessaire (58).

D'autres pays comme la Belgique ont aussi connu des difficultés pour se fournir correctement en matériel de protection physique et certains de leurs médecins ont regrettés le manque d'informations claires sur comment s'équiper de façon correcte (49).

4.4.2.2 Lourdeur administrative, manque d'anticipation

Beaucoup de répondants ont voulu souligner la lourdeur du travail personnel et administratif que la création de ces CMA ont nécessité. Ils regrettent principalement le manque de collectif et de coordination sur le plan local et surtout national avec un manque de soutien de la part des instances sanitaires et gouvernementales, des délais de réponse très longs, des réunions « *inutiles* » qui ne leur apportaient ni de réponse ni d'action malgré une situation d'urgence sanitaire.

Ils ont réussi à créer des protocoles sanitaires : comment s'habiller dans les CMA, comment recevoir le patient, prévoir le parcours du patient dans le CMA pour éviter les contaminations croisées, prévoir le planning des soignants mais aussi des agents administratifs notamment la Croix rouge…

Ils ont dû trouver des solutions et se débrouiller seuls afin de se rassurer, rassurer leurs patients et ainsi continuer les soins dans de meilleures conditions et poursuivre leur rôle de premier recours.

Plusieurs des répondants font état d'un délai d'environ un mois entre l'ouverture du premier CMA dans le département des Pyrénées-Atlantiques et l'arrivée d'un cahier des charges fourni par l'ARS permettant le fonctionnement du centre et dont la signature équivalait à une autorisation d'ouverture.

Dans le rapport publié par le Sénat (28), la plupart des professionnels de santé répondants faisait part d'une nécessité d'avoir un cadre adapté à la pratique des soins en ville afin de participer notamment au désengorgement de l'hôpital et ils regrettaient le manque d'anticipation alors que le risque d'une éventuelle épidémie d'une telle ampleur est connu depuis longtemps et que des travaux ont déjà été effectués et publiés notamment en 2009. En effet, un mémoire de santé publique écrit par Mme Michèle Goret mettait déjà en avant l'efficience des centres de consultations dédiés mais aussi leurs difficultés. Ce travail montrait déjà la lourde charge organisationnelle et la gestion compliquée de ces centres qui pouvaient être mis en place lors d'une éventuelle pandémie grippale. Il soulignait aussi le manque de visibilité que l'état et les institutions sanitaires pouvaient rencontrer pour fournir de l'aide aux

soins primaires (59). Ce que l'on note avec les résultats de notre étude c'est qu'onze ans après, les soins primaires rencontrent des difficultés similaires dans une situation de pandémie qui elle est réelle. Ainsi on peut se demander pourquoi ces centres de consultations dédiés n'ont pas été rapidement mis en place sur le territoire national pour répondre à l'urgence sanitaire.

Une enquête menée par le Quotidien du médecin (60) révèle aussi que de nombreux médecins répondants, sont en colère contre le gouvernement face à un manque d'anticipation sur la conduite à tenir en médecine de ville.

En comparaison, le gouvernement belge a su appréhender cette crise en incluant les soins primaires assez rapidement. En effet, le 16 mars 2020, l'état belge mettait en place un plan d'urgence pour la médecine générale. Le triage téléphonique devenait le principal moyen de triage des patients suspects COVID-19 et l'état organisait rapidement la mise en place de centres de triage physique dédiés (49).

4.4.2.3 Impression négative de la gestion de la crise par les instances sanitaires et gouvernementales

Les résultats de notre étude retrouvent pour la plupart des professionnels répondants, un retour négatif vis-à-vis du gouvernement et des institutions sanitaires. Il en ressort un sentiment de colère et de déception.

La thèse précédemment citée sur les médecins Havrais (47) retrouve un ressenti globalement négatif sur la gestion de la crise en général et notamment il en ressort un sentiment de manque de considération vis-à-vis des soins primaires.

Dans la thèse de Mme Marie Duez et Mme Manon Mermier concernant 23 médecins répondants des Bouches-du-Rhône, on retrouve un sentiment de regret des médecins de ne pas avoir été suffisamment associés à la gestion de la crise par les autorités sanitaires et de s'être sentis mis de côté (50).

Au Royaume-Uni, une étude s'est intéressée à l'impact de l'épidémie sur la pratique des médecins généralistes. Les médecins britanniques regrettent l'absence de directives claires de la part de leur autorité notamment sur les éventuelles modifications d'organisation de leur fonctionnement de travail (61).

Au cours des entretiens recueillis, de nombreux professionnels expriment leur mécontentement vis-à-vis des institutions sanitaires. Dans le cadre de notre étude, ce mécontentement est majoritairement tourné vers l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Les professionnels

interrogés rapportent d'importantes difficultés pour communiquer avec des interlocuteurs, pour obtenir des réponses et une impression de gestion de la crise trop éloignée de la réalité du terrain des soins primaires.

Dans d'autres régions où des centres de consultations dédiés COVID-19 se sont ouverts, les mêmes constatations sont faites. La CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français) a exprimé sa colère envers les ARS en les comparant à des « *grippe-sous* » notamment pour leur refus de forfaitiser les professionnels de santé impliqués dans le fonctionnement des centres. Le président du syndicat de la branche des généralistes Dr Luc DUQUESNEL pointera du doigt surtout deux ARS dont celle de Nouvelle-Aquitaine. Il corrobore aussi les ressentis retrouvés dans notre étude au niveau local :*« Les ARS ont été hors du coup au niveau des soins primaires, elles sont restées concentrées sur l'hôpital alors que la médecine de ville avait besoin d'elle. »* Il rajoutera *« ...certains directeurs d'ARS, bien au chaud et à l'abri dans leur bureau, refusent d'aider des médecins généralistes qui travaillent, en première ligne au péril de leur vie. Á l'heure des comptes, le pays s'en souviendra, et une réflexion sur la pérennité de ces ARS devra être engagée »* (62).

Le panel d'observations des pratiques effectué par la DREES met en évidence que la majorité des médecins répondants se sont organisés afin de permettre le diagnostic et le suivi de leurs patients concernés par la COVID-19. Pour quatre médecins interrogés sur dix, ils ont participé à une organisation territoriale ou un centre dédié au COVID-19 au niveau national. La majorité des médecins se sont mobilisés seuls ou de façon collégiale pour répondre et participer à la gestion de cette crise sanitaire (45).

Dans l'enquête effectuée par le CNGE et sur 5490 répondants (57), 80 % déclarent avoir mis en place de leur propre initiative des espaces dédiés aux consultations des patients suspects. Ils déclarent avoir eu la nécessité de le faire pour se sentir utile devant l'inertie des institutions et l'absence d'action claire et rapide.

Un constat similaire existe dans la région de Toulouse qui connaissait aussi une faible incidence au début de l'épidémie. Un des médecins référents d'un centre COVID qui a ouvert quasiment à la même époque que dans notre département, le Dr Arnault GRUBER exprimera dans un journal local : *« Devant le peu de réaction de nos tutelles et de nos politiques, les médecins généralistes libéraux locaux ont compris qu'il fallait s'organiser. Tout est parti de la volonté de fer d'un groupe de soignants de terrain. Avant qu'on ne leur impose des organisations qui sont souvent inadaptées à l'exercice pratique au niveau du terrain »* (63).

4.4.3 Perspectives pour l'avenir

4.4.3.1 Modèle des CPTS

La majorité des professionnels rapporte une expérience positive vis-à-vis de ce projet qui reflète l'adaptation et l'anticipation qu'a montré la médecine de ville. Les CMA ont permis aux médecins généralistes d'expérimenter un travail de groupe scientifique et pratique, de trouver une cohésion entre confrères et de s'approprier à l'issue de cette expérience, la solution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) issues des directives gouvernementales.

Le manque de soutien des institutions ainsi que l'inquiétude de travailler sans matériel de protection et d'en manquer a fait ressortir la cohésion et l'entraide qu'il peut exister dans les soins primaires. Certains des médecins interrogés ont vu dans ce travail collectif une possibilité de réorganiser leur pratique sur un territoire défini notamment sur le modèle des CPTS.

Les CPTS regroupent différents professionnels de santé qui s'organisent entre eux et qui coopèrent avec les autres acteurs de leur territoire permettant de proposer un maillage de soin intéressant pour les patients et les collectivités (64).

Certains des objectifs d'une CPTS sont :

- de faciliter l'accès à un médecin traitant pour les patients qui n'en ont pas ;
- de mieux organiser le parcours de soin des patients sur un territoire défini ;
- d'améliorer la qualité des soins par la pluridisciplinarité ;
- de diversifier l'offre de soins ;
- de travailler dans des conditions stimulantes et diminuer le sentiment d'isolement ;
- de proposer une continuité des soins en ambulatoire aux patients, etc.

Ces CPTS existent déjà sur le territoire mais seulement au nombre de 123 au 5 janvier 2021, ce qui est faible pour un pays comme la France et avec des disparités selon les territoires (65).

En septembre 2018, le président de la République Mr Emmanuel MACRON avait présenté dans sa stratégie Ma santé 2022, le projet d'ouverture d'environ 1000 CPTS couvrant tout le territoire d'ici 2022 (66). Evidemment que cette crise sanitaire a bousculé le programme et a retardé cette mise en place. Mais cette crise a aussi su montrer l'efficacité et le côté facilitant que ce type de structure peut avoir dans des périodes d'urgence sanitaire.

La DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) a mené deux enquêtes en juin 2020 auprès de 34 CPTS et certaines ARS afin d'évaluer le rôle de ces CPTS durant cette crise

sanitaire (67). Les résultats sont encourageants sur le travail de ces dernières. Ces 2 enquêtes ont montré la rapidité d'adaptation des CPTS à répondre à une crise sanitaire de façon plus sereine. Cette crise a renforcé la légitimité de ces structures auprès des professionnels de santé locaux qui ont pu saluer leur réactivité. Cette réactivité est due à la souplesse de l'organisation, au travail fourni par les coordinateurs et leur solidarité, à leur mode de fonctionnement déjà ancré dans un territoire ce qui permet de fédérer plus d'acteurs et à leur pluridisciplinarité. Cette étude souligne l'investissement dans la récupération et la distribution de moyens de protection physique auprès de professionnels de santé comprenant les médecins, infirmières, aides à domicile…

Ces structures sont facilitantes pour obtenir du matériel de protection grâce à des moyens financiers plus importants que des cabinets médicaux de ville isolés. Une CPTS de l'Eure-et-Loir (68), a déboursé 4000 euros pour se procurer des moyens de protection physique (masques, gants, blouses) permettant de proposer des consultations dédiées pour les suspicions COVID et de fournir du matériel aux professionnels environnants (ambulanciers, auxiliaires de vie…). Un tel montant serait difficilement supportable pour un cabinet libéral ne disposant pas d'aide financière extérieure.

La collaboration pluriprofessionnelle dans un territoire donné a permis lors de cette crise d'être très réactif et de ne pas avoir rencontré de véritable difficulté. La communication avec les institutions comme l'ARS sont aussi plus simples dans ces structures étant toutes deux partenaires.

J'ai pu interroger un des référents de CMA qui travaille dans une CPTS. Il met aussi en avant les avantages de travailler dans ce type de structure notamment pendant une crise de cette ampleur. « *Nous n'avons pas connu de manque de matériel car la CPTS s'en est chargée. Le ressenti global pour tout le monde a été de se sentir chanceux de faire partie d'une CPTS. On avait une chargée de mission qui est embauchée par la structure et qui a fait le plus gros du travail. Elle a coordonné tous les professionnels de santé, anticiper les demandes et les aides nécessaires. Ainsi que récupérer puis distribuer les matériels de protection aux différents professionnels.* »

La facilité vient aussi des autorisations qu'elles nécessitent pour fonctionner qui viennent de l'ARS, l'assurance maladie et l'URPS. Ce type de structure est avantagée pour communiquer et obtenir des autorisations plus facilement auprès de ces institutions sanitaires.

Cette crise a stimulé des initiatives mises en place par certaines CPTS, notamment une de Martinique qui a utilisé une application téléphonique gratuite nommée « Entr'Actes » le 27 mars 2020 (69). Cette application a été mise à la disposition de tous les professionnels de santé notamment ceux ne faisant pas partis de la CPTS. C'est un outil de coordination afin de lutter contre l'épidémie de COVID -19 en repérant et prenant en charge autant que possible à domicile les patients atteints de cette maladie. Cette application permet notamment à un professionnel de santé de solliciter d'autres professionnels pour la prise en charge d'un patient, de partager des données de façon sécurisée, que le médecin traitant soit toujours informé de l'évolution de son patient et permet d'informer de sa disponibilité pour une éventuelle demande de prise en charge d'un patient qui n'est pas un patient suivi par l'équipe de soin habituelle.

Il est certain que seule une structure de ce type peut initier et porter la genèse de ce genre de projet. Ce qui montre de nouveau le côté aidant de ces structures grâce à des moyens humains et financiers plus importants.

Le cabinet Vélite (cabinet spécialisé en renseignements d'affaires) a dévoilé une étude effectuée sur les CPTS. La conclusion est que même si ces structures mettent du temps à voir le jour, les projets d'ouverture ont augmenté depuis le début de la crise sanitaire (70).

Le coordinateur de la cellule de crise COVID-19 de la CPTS de Bergerac et médecin généraliste Dr Benoit Blanc fait la promotion du fonctionnement de la CPTS notamment lors de cette épidémie (71) : *« La CPTS de Bergerac a permis de développer d'abord les relations entre professionnels de santé (grâce aux groupes de discussion) puis celles entre les professionnels et les patients (grâce à la téléconsultation), ensuite les relations entre les professionnels de santé et la population (grâce à la production de messages vidéos sur les réseaux sociaux encourageants et expliquant les gestes barrières) et à la communication avec la presse pour expliquer aux habitants du territoire la situation épidémiologique dans une véritable démarche de santé communautaire. Enfin, la CPTS a permis de renouer avec les élus des liens bien distendus par des logiques électorales tellement éloignées des réalités locales. Elle a aussi permis de mesurer l'ampleur de la solidarité avec un soutien sans faille des entreprises dans la fabrication du gel hydroalcoolique et la fourniture de masques aux professionnels de santé. La CPTS de Bergerac est donc sortie plus forte de cette crise, plus armée structurellement pour affronter demain les conséquences catastrophiques sur le plan économique et sanitaire des mesures prises pour lutter contre ce coronavirus. »*

Certains y voient une potentielle réorganisation des soins primaires pour le futur. Le développement des structures comme les CPTS serait une réponse intéressante pour favoriser la coordination entre les différents professionnels de santé et permettre si nouvelle crise sanitaire il y a, de pouvoir s'adapter et travailler plus facilement dans des conditions plus agréables pour les soignants mais surtout pour les patients.

Dans le travail de thèse précédemment cité dans le département des Bouches-du-Rhône, les médecins répondants décrivent les CPTS comme un potentiel avenir des soins primaires (50).

Á l'heure actuelle, en Nouvelle-Aquitaine, il existe seulement 6 CPTS opérationnelles et 38 projets en cours avec des lettres d'intentions qui sont déjà validées. En octobre 2021, une seule CPTS est opérationnelle dans le département des Pyrénées-Atlantiques (CPTS de la Soule à Mauléon-Licharre) et aucune lettre d'intention n'a été validé (72) (Annexe 4). À la suite de l'ouverture du CMA de Saint-Jean-de-Luz et l'élan de cohésion que cela a créé, une CPTS est en cours de projet sur ce secteur avec une lettre d'intention qui a été envoyé, mais pas encore validé au moment de l'écriture.

4.4.3.2 Améliorer le lien ville/hôpital

Certains interviewés nous ont parlé de certaines difficultés qu'ils ont pu avoir pour communiquer et travailler avec l'hôpital en cette période de crise. Que ça soit pour se coordonner ou pour s'informer de la situation en temps réel dans les services hospitaliers et dans les cabinets libéraux.

Dans le cadre du Ségur de la santé de 2020, le conseil national de l'ordre des médecins a publié des propositions afin de décloisonner l'exercice hospitalier et les autres secteurs de soin (73). Ils proposent de faciliter les exercices mixtes entre les secteurs libéral/privé et hospitalier, de favoriser et réactualiser les échanges entre médecins hospitaliers et médecins traitants…

L'amélioration de la coordination ville/hôpital est aussi un des objectifs d'une CPTS. Cela renforce l'intérêt pour que ces structures s'implantent de plus en plus sur le territoire national.

4.4.3.3 Ouverture sur les futurs Service d'Accès aux Soins (SAS)

Un des professionnels de santé a souligné le côté positif de cette collaboration avec les différents médecins libéraux et le SAMU-Centre 15 notamment pour les patients graves. Il a

spontanément évoqué un parallèle entre la mise en place de ces projets et la création future des services d'accès aux soins.

Le SAS a été évoqué pour la première fois dans le pacte de refondation des services d'urgences publié en septembre 2019 (74) devant l'accroissement exponentiel des passages de patients dans ces services d'urgence. Il a été réaffirmé dans le dernier Ségur de la santé.

Ce service vise à répondre aux besoins de soins non programmés de tout patient, lorsque le médecin traitant n'est pas disponible (75). Il permettrait d'améliorer le lien ville-hôpital en rendant la communication plus fluide pour les soins non programmés mais aussi les hospitalisations. Il faciliterait l'obtention d'un avis ponctuel de spécialiste, la gestion des patients plus fragiles comme la gériatrie, la psychiatrie ou les patients précaires socialement. Ce service serait assuré au niveau du SAMU-centre 15 avec l'association des médecins généralistes et des médecins urgentistes via une régulation médicale disponible par téléphone 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Le SAS serait en lien direct avec les CPTS pour les soins non programmés mais aussi pour la permanence des soins tout en respectant la place du médecin traitant qui doit rester au centre du dispositif et garder son rôle de premier recours.

Ce système contribuerait à diminuer le délai de réponse pour les patients, améliorer et consolider le rôle des soins primaires dans la prise en charge des soins non programmés. Mais cette nouvelle organisation nécessite une importante réorganisation pour les professionnels de santé libéraux ainsi que pour les SAMU-Centre 15.

Plusieurs des médecins interviewés ont regrettés les difficultés de communication avec les hôpitaux locaux et notamment les services d'urgence. Ce nouveau service pourrait permettre à l'avenir une plus grande facilité pour travailler collectivement et encore plus lors d'épisodes d'épidémies.

L'URPS Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine participe depuis mars 2021 à une phase pilote qui est menée sur 3 départements de Nouvelle-Aquitaine : Gironde, Vienne et Charente et un projet pilote est prévue à Bayonne en mars 2022. (76)

Cependant, malgré des objectifs centrés sur l'amélioration des soins primaires et de la coordination, plusieurs syndicats de médecins généralistes soulèvent des inquiétudes et des difficultés liés à ce dispositif. Notamment dans la mise en œuvre (numéro unique mélangeant les urgences médicales et les soins non programmés) et les modalités de la rémunération avec une absence de revalorisation des actes et le manque de moyens humains et pratiques (77,78).

5. CONCLUSION

Face à une crise sanitaire inattendue et sans précédent au 21e siècle, de nombreux professionnels de santé du territoire français et notamment du département des Pyrénées-Atlantiques se sentant exclus des soins et inquiets ont su faire preuve d'anticipation et de cohésion locale avec l'initiative de créer des centres médicaux avancés pour les patients suspects COVID-19.

Il paraissait intéressant d'explorer leurs motivations et les difficultés qu'ils ont pu rencontrer dans la mise en œuvre de ces projets.

Les professionnels ont su se regrouper spontanément entre professionnels de santé majoritairement libéraux afin de modifier leur organisation de travail, s'entraider et proposer des solutions adaptées aux besoins de la population. Plusieurs enquêtes et interviews retrouvent des résultats similaires à notre étude.

Ces centres ont été une réponse adéquate apportée par les soins primaires pour leurs patients dans le but d'anticiper l'éventuelle vague épidémique dans le département et les difficultés qu'elle peut engendrer. Leurs objectifs étaient de sécuriser les consultations des patients suspects permettant de rassurer les soignants et les patients, de limiter les contaminations éventuelles entre les patients dans les salles d'attente, de désengorger les urgences, d'harmoniser les pratiques et de maintenir la continuité des soins.

Les référents ont dû faire face à une lourdeur et lenteur administrative liées à ces créations notamment par manque d'anticipation des institutions. La réponse de ces institutions comme l'ARS a été celle d'une administration centralisée et étatique. Tous les soignants sont unanimes pour dire que l'ARS a été difficile à joindre et lente pour répondre à leur demande quand il y avait une véritable réponse. Ils ont aussi rencontré des difficultés pour obtenir du matériel de protection adapté et une rémunération adéquate.

La gestion de cette situation sanitaire a été perçue négativement par les libéraux avec un sentiment de déconnection des autorités et des institutions par rapport à la réalité de la médecine de ville. C'est aussi le cas dans d'autres pays européens mais globalement les retours sur cette expérience sont positifs notamment professionnellement avec l'ambition pour certains répondants de réorganiser le maillage médical territorial et d'améliorer la communication entre la médecine de ville et l'hôpital.

L'idée des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et du travail collectif que peut représenter le Service d'Accès aux Soins fait de plus en plus son chemin comme on a pu le voir avec l'exemple pratique du CMA de Saint-Jean-de-Luz qui a débouché sur un projet d'une CPTS en cours de validation.

Il paraîtrait intéressant d'évaluer sur le plan régional et national, l'éventuelle pérennité de ces initiatives spontanées et locales sur l'émergence de futures CPTS et sur les centres de vaccinations actuellement éparpillés sur notre territoire.

Ce recueil de données a pu donner un aperçu des adaptations que la médecine générale a su effectuer seule en réaction à l'ampleur de l'épidémie de COVID-19 et il apparaît indispensable qu'à l'avenir les soins primaires aient une place importante dans la gestion des crises sanitaires.

6. BIBLIOGRAPHIE

(1) Organisation mondiale de la santé. Flambée de maladie à Coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. WHO; 2020 [Consulté le 19 avril 2020]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019

(2) Organisation mondiale de la santé. Déclaration sur la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) concernant la flambée de nouveau coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. WHO; 2020 [Consulté le 20 avril 2020]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)

(3) Organisation mondiale de la santé. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 [Internet]. WHO; 2020 [Consulté le 20 avril 2020]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

(4) Dumas Primbault M. Covid-19 : l'armée va déployer un hôpital de trente lits de réanimation à Mulhouse d'ici la fin du mois [Internet]. Société des éditions scientifiques et culturelles; 2020 [Consulté le 21 avril 2020]. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/covid-19-larmee-va-deployer-un-hopital-de-trente-lits-de-reanimation-mulhouse-dici-la-fin-du-mois

(5) Santé publique France. Covid 19 : Actualisation du point épidémiologique hebdomadaire du 5 novembre 2020. Bulletin national [Internet]. Santé Publique France; 2020 [Consulté le 15 décembre 2020]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=COVID%2019%20point%20epidemiologique&publications=donn%C3%A9es&regions=National&sort=date

(6) Info Coronavirus COVID-19 : Les actions du Gouvernement - Point de situation [Internet]. Service d'information du gouvernement; 2021 [Consulté le 20 novembre 2021]. Disponible sur : https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement

(7) Carrat F, Figoni J, Henny J, Desenclos J-C, Kab S, de Lamballerie X, et al. Evidence of early circulation of SARS-CoV-2 in France : findings from the population-based "CONSTANCES" cohort. Eur J Epidemiol. 2021 ;36(2) :219-222.

(8) Coronavirus : 100 cas en France, le gouvernement annonce de nouvelles mesures [Internet]. France Médias Monde; 2020 [Consulté le 25 avril 2020]. Disponible sur : https://www.france24.com/fr/20200229-en-direct-emmanuel-macron-pr%C3%A9side-des-r%C3%A9unions-exceptionnelles-face-%C3%A0-l-%C3%A9pid%C3%A9mie-de-coronavirus

(9) Prudent R. Coronavirus : ce que l'on sait du rassemblement évangélique de Mulhouse, foyer de contamination de dizaines de personnes en France [Internet]. France télévisions; 2020 [Consulté le 25 avril 2020]. Disponible sur :https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-ce-que-l-on-sait-du-rassemblement-evangelique-de-mulhouse-foyer-de-contamination-de-dizaines-de-personnes-en-france_3854695.html

(10) Santé publique France. Covid 19 : Point épidémiologique – Situation au 6 mars 2020 – 15h. Bulletin national [Internet]. Santé Publique France; 2020 [Consulté le 25 avril 2020]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=COVID%2019%20point%20epidemiologique&publications=donn%C3%A9es&regions=National&sort=date

(11) Santé publique France. Covid 19 : Point épidémiologique – Situation au 10 mars 2020 à minuit. Bulletin national [Internet]. Santé Publique France; 2020 [Consulté le 25 avril 2020]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=COVID%2019%20point%20epidemiologique&publications=donn%C3%A9es&regions=National&sort=date

(12) Ministère des solidarités et de la santé. COVID-19 – Mesures de protection renforcées / EHPAD-USLD Communiqué de presse d'Olivier Véran [Internet]. Délégation à l'information et à la communication; 2020 [Consulté le 3 mai 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/covid19-mesures-de-protection-renforcees-ehpad-usld

(13) Santé publique France. Covid 19 : Point épidémiologique – Situation au 15 mars 2020 à minuit. Bulletin national [Internet]. Santé Publique France; 2020 [Consulté le 25 avril 2020]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=COVID%2019%20point%20epidemiologique&publications=donn%C3%A9es&regions=National&sort=date

(14) Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1). 2020-290 mars 23, 2020.

(15) Santé publique France. Covid 19 : Point épidémiologique hebdomadaire du 9 avril 2020. Bulletin national [Internet]. Santé Publique France; 2020 [Consulté le 4 juillet 2020]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=COVID%2019%20point%20epidemiologique&publications=donn%C3%A9es&regions=National&sort=date

(16) Ministère des Armées. Covid-19 : lancement de l'opération Résilience [Internet]. Délégation à l'information et à la communication de la défense; 2020 [Consulté le 3 mai 2020]. Disponible sur : https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/covid-19-lancement-de-l-operation-resilience

(17) Ministère des Armées. Covid-19 : les armées au plus près des Français [Internet]. Délégation à l'information et à la communication de la défense; 2020 [Consulté le 3 mai 2020]. Disponible sur : https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/covid-19-les-armees-au-plus-pres-des-francais

(18) Ministère des Armées. Résilience : Transfert de patients atteint du Covid-19 de la France vers l'Allemagne par un A400-M allemand [Internet]. Délégation à l'information et à la communication de la défense; 2020 [Consulté le 3 mai 2020]. Disponible sur : https://www.defense.gouv.fr/actualites/operations/resilience-transfert-de-patients-atteint-du-covid-19-de-la-france-vers-l-allemagne-par-un-a400-m-allemand

(19) Santé publique France. Covid – 19 : Point épidémiologique hebdomadaire du 2 avril 2020. Bulletin national [Internet]. Santé Publique France; 2020 [Consulté le 3 juin 2020].

Disponible sur :
https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=COVID%2019%20point%20epidemiologique&publications=donn%C3%A9es&regions=National&sort=date

(20) Santé publique France. Covid-19 : Point épidémiologique régional en Nouvelle-Aquitaine du 23 avril 2020 [Internet]. Santé publique France; 2020 [Consulté le 4 juillet 2020]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/regions/nouvelle-aquitaine/documents/bulletin-regional/2020/covid-19-point-epidemiologique-en-nouvelle-aquitaine-du-23-avril-2020

(21) Salje H, Tran Kiem C, Lefrancq N, Courtejoie N, Bosetti P,Paireau J et al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. Science. 2020;369(6500):208-11.

(22) Berdah A, Wesfreid M. Coronavirus : ce qu'il faut retenir des annonces d'Édouard Philippe [Internet]. Société Figaro; 2020 [Consulté le 7 mai 2021].
Disponible sur : https://www.lefigaro.fr/politique/coronavirus-ce-qu-il-faut-retenir-des-annonces-d-edouard-philippe-20200323

(23) Bonte M. Les pharmaciens autorisés à renouveler les traitements jusqu'au 31 mai [Internet]. Société des éditions scientifiques et culturelles ; 2020 [Consulté le 15 mai 2021].
Disponible sur : https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/les-pharmaciens-autorises-renouveler-les-traitements-jusquau-31-mai

(24) Enquête MG France : plus d'un million et demi de personnes prises en charge par leur médecin généraliste pour le covid-19 entre le 17 mars et le 3 avril [Internet]. Syndicat MG France; 2020 [Consulté le 25 septembre 2020]. Disponible sur :
https://www.mgfrance.org/publication/communiquepresse/2525-enquete-mg-france-plus-d-un-million-et-demi-de-personnes-prises-en-charge-par-leur-medecin-generaliste-pour-le-covid-19-entre-le-17-mars-et-le-3-avril

(25) Allocution du Président Emmanuel Macron à Mulhouse, aux côtés des femmes et des hommes mobilisés en première ligne pour protéger les Français du COVID-19 [Internet]. Présidence de la République; 2020 [Consulté le 25 septembre 2020]. Disponible sur :

https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/25/a-mulhouse-aux-cotes-des-femmes-et-des-hommes-mobilises-en-premiere-ligne-pour-proteger-les-francais-du-covid-19

(26) Dumas Primbault M. Macron attendu au tournant après ses promesses pour l'hôpital [Internet]. Société des éditions scientifiques et culturelles; 2020 [Consulté le 20 avril 2020]. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/politique-hospitaliere/macron-attendu-au-tournant-apres-ses-promesses-pour-lhopital

(27) Ministère des solidarités et de la santé. Guide méthodologique : Préparation à la phase épidémique de COVID-19 : Etablissement de santé, Médecine de ville, Etablissement et services médico sociaux [Internet]. Délégation à l'information et à la communication; 2020 [Consulté le 3 mai 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidemique-v15-16032020.pdf

(28) Commission des affaires sociales. Suivi de la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre l'épidémie de COVID-19 : Consultation des professionnels de santé sur la prise en charge de l'épidémie de covid-19 [Internet]. Sénat; 2020 [Consulté le 21 avril 2020]. Disponible sur : http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/commission/affaires_sociales/AFSOC-2020-045_Bilan_consultation_6avril2020-1.pdf

(29) Ministère des solidarités et de la santé. Point de situation Coronavirus. Pr Jérôme Salomon : Directeur général de la santé [Internet ; Vidéo]. Délégation à l'information et à la communication; 2020 [Visualisé le 3 mai 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/etat-des-lieux-et-actualites/article/points-de-situation-covid-19-janvier-fevrier-mars-2020

(30) Ministère des solidarités et de la santé. Point de situation Coronavirus. Mr Olivier Veran : ministre de la Santé [Internet ; Vidéo]. Délégation de l'information et à la communication; 2020 [Visualisé le 3 mai 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/etat-des-lieux-et-actualites/article/points-de-situation-covid-19-janvier-fevrier-mars-2020

(31) Cherel L. Endeuillés par le Covid-19, des médecins généralistes estiment avoir été trahis par l'État [Internet]. Société Nationale de Radiodiffusion Radio France; 2020 [Consulté le 4

mai 2020]. Disponible sur : https://www.franceinter.fr/endeuilles-par-le-covid-19-des-medecins-generalistes-estiment-avoir-ete-trahis-par-l-etat

(32) Distribution masques pour professionnels de santé libéraux via officines. Liste de diffusion DGS-Urgent - Service pour les professionnels de la santé [Internet]. Délégation à l'information et à la communication; 2020 [Consulté le 5 mai 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2020_-_dgs_urgent_09_-_distribution_masques_pour_professionnels_de_sante_liberaux_via_officines.pdf

(33) Gattuso C. Coronavirus : Pas de FFP2 pour les généralistes qui devront se contenter de masques chirurgicaux [Internet]. Les éditions du médecin généraliste; 2020 [Consulté le 20 avril 2020]. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/archives/coronavirus-pas-de-ffp2-pour-les-generalistes-qui-devront-se-contenter-de-masques-chirurgicaux

(34) Masques de protection respiratoire et risques biologiques : foire aux questions [Internet]. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles [Consulté le 25 mai 2020]. Disponible sur : https://www.inrs.fr/risques/biologiques/faq-masque-protection-respiratoire.html#becb04ac-6bc8-48a7-8bff-fb851d035605

(35) Roux C. Coronavirus : Mal équipés, de nombreux généralistes contaminés, un praticien de Bas-Rhin témoigne [Internet]. Les éditions du médecin généraliste; 2020 [Consulté le 20 avril 2020]. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/18/coronavirus-mal-equipes-de-nombreux-generalistes-contamines-un-praticien-du-bas-rhin-temoigne_321859

(36) Gattuso C. Coronavirus : la pénurie de masques déclenche la colère de l'URPS des Hauts-de-France [Internet]. Les éditions du médecin généraliste; 2020 [Consulté le 12 aout 2020]. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/coronavirus-la-penurie-de-masques-declenche-la-colere-de-lurps-des-hauts-de-france

(37) Raulin N. Soignants. Covid : les généralistes contaminés au premier chef [Internet]. Libération; 2020 [Consulté le 12 juillet 2020]. Disponible sur : https://www.liberation.fr/france/2020/06/05/covid-les-generalistes-contamines-au-premier-chef_1790386/

(38) CARMF. Communiqué de presse : 74 médecins libéraux décédés de la Covid-19 en 2020 [Internet]. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France; 2021 [Consulté le 20

septembre 2021]. Disponible sur : http://www.carmf.fr/page.php?page=actualites/communiques/2021/covid/covid-recap-2020.htm

(39) Ministère des solidarités et de la santé. Prise en charge des patients Covid-19 en ville [Internet]. Délégation à l'information et à la communication; 2020 [Consulté le 3 janvier 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/en-ambulatoire-recommandations-covid-19-et-prise-en-charge

(40) Assurance maladie. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée [Internet]. Caisse nationale de l'Assurance Maladie; 2020 [Consulté le 15 février 2021]. Disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire

(41) Présence Médicale 64 [Internet]. Meta Platforms Ireland Limited [Consulté le 27 décembre 2021]. Disponible sur : https://www.facebook.com/presencemedicale64

(42) Darrioumerle O. Vidéo. Coronavirus : mode d'emploi du poste médical avancé à Saint-Jean-de-Luz [Internet]. Société Anonyme de Presse et d'édition du Sud-Ouest; 2020 [Consulté le 19 avril 2020]. Disponible sur : https://www.sudouest.fr/2020/03/19/video-coronavirus-mode-d-emploi-du-poste-medical-avance-a-saint-jean-de-luz-7344417-10861.php

(43) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert I, Letrilliart L, et AL. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ;84(19):142-145.

(44) Lamort-Bouché M, Zorzi F. Auto-apprentissage de la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative [Internet]. Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants [Consulté le 10 avril 2020]. Disponible sur : http://clge.fr/auto-apprentissage-de-la-conduite-dentretien-semi-directif-en-recherche-qualitative/

(45) Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Ventilos B. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? Etudes et Résultats. 2020 ;1150:1-5.

(46) Kaotare A. Impact de l'épidémie COVID-19 sur les médecins généralistes au sein des structures SOS Médecins dans les Hauts-de-France. Thèse de médecine générale, Lille: Faculté de médecine Henri-Warembourg; 2020.

(47) Faucon F. Etude qualitative auprès des médecins généralistes du Havre : ressentis durant la crise sanitaire du COVID-19. Thèse de médecine générale, Rouen: Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2020.

(48) Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuerne Y, Martín-García J. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2020 ;17(15) :5514.

(49) Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Royen PV. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care : will the cure be worse than the disease ? A qualitative interview study in Flemish GPs. Brit Med J. 2020 ;10(6):e039674.

(50) Duez M, Mermier M. COVID-19 : rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches du Rhône. Thèse de médecine générale, Aix Marseille: Faculté des sciences médicales et paramédicales; 2020.

(51) Marty J. Le scandale des soignants contaminés. Flammarion. 2020. 250p.

(52) Carr MJ, Steeg S, Webb RT, Kapur N, Chew-Graham CA, Abel KM, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on primary care-recorded mental illness and self-harm episodes in the UK : a population-based cohort study. Lancet Public Health. 2021 ;6(2): e124-35.

(53) Communiqué de l'Académie nationale de médecine : Le médecin généraliste face au Covid-19 [Internet]. Académie Nationale de médecine; 2020 [Consulté le 12 février 2021]. Disponible sur : https://www.academie-medecine.fr/communique-de-lacademie-nationale-de-medecine-le-medecin-generaliste-face-au-covid-19/

(54) La ligue contre le cancer. Document de positionnement de la ligue contre le cancer : 2e vague de l'épidémie de COVID-19 et conséquences pour les personnes en attente de dépistage ou atteintes de cancer [Internet]. La ligue nationale contre le cancer; 2020 [Consulté le 12 février 2021]. Disponible sur : https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/covid_19_et_cancer_-_2eme_vague_-_positionnement.pdf

(55) Unicancer présente les conclusions de son étude relative aux retards de diagnostics en cancérologie liés à la crise sanitaire et déplore l'absence de revalorisation des praticiens des Centres de lutte contre le cancer [Internet]. Fédération nationale des Centres de lutte contre le cancer; 2020 [Consulté le 12 février 2021]. Disponible sur : https://www.unicancer.fr/fr/communique-de-presse/unicancer-presente-les-conclusions-de-

son-etude-relative-aux-retards-de-diagnostics-en-cancerologie-lies-a-la-crise-sanitaire-et-deplore-labsence-de-revalorisation-des-praticiens-des-centres/

(56) Verger P, Scronias D, Monziols M, Chaput H, Ventelou B. Perceptions des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au COVID-19. Etudes et résultats. 2020 ;1151:1-5.

(57) Collège national des généralistes enseignants. Enquête nationale COVID-19 et médecine générale [Internet]. Collège national des généralistes enseignants; 2020 [Consulté le 20 avril 2020]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/enquete_nationale_covid_19_et_medecine_generale/

(58) Roux C. Manque de masques : des familles de généralistes décédés du coronavirus portent plainte [Internet]. Les éditions du médecin généraliste; 2020 [Consulté le 3 novembre 2021]. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/justice/manque-de-masques-des-familles-de-generalistes-decedes-du-coronavirus-portent-plainte

(59) Goret M. Organisation des soins en situation de pandémie grippale dans la Somme. Mémoire de fin d'études, Rennes: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2009.

(60) Long S. Covid-19 : inquiets, scandalisés, mais toujours mobilisés… dans la tête des médecins en pleine épidémie [Internet]. Société des éditions scientifiques et culturelles; 2020 [Consulté le 15 aout 2021]. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/covid-19-inquiets-scandalises-mais-toujours-mobilises-dans-la-tete-des-medecins-en-pleine-epidemie

(61) Thornton J. Covid-19 : how coronavirus will change the face of general practice forever. Brit Med J. 2020 ;368:m1279.

(62) Foult M. Centres ambulatoire Covid-19 : face aux ARS « grippe sous », colère des généralistes-CSMF [Internet]. Société des éditions scientifiques et culturelles; 2020 [Consulté le 15 aout 2021]. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/centres-ambulatoires-covid-19-face-aux-ars-grippe-sous-colere-des-generalistes-csmf

(63) Thomeret P. Centre Covid-19 de Colomiers : un médecin au front [Internet]. Société des éditions scientifiques et culturelles; 2020 [Consulté le 15 aout 2021]. Disponible sur :

https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/centre-covid-19-de-colomiers-un-medecin-au-front

(64) Agence Régionale de Santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales; 2021 [Consulté le 20 septembre 2021]. Disponible sur : https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante

(65) Rouzé A. CPTS : où en est-on en janvier 2021 ? [Internet]. Société Medi'Call Concept; 2021 [Consulté le 12 avril 2021]. Disponible sur : https://www.entractes.fr/cpts-ou-en-est-on-en-janvier-2021/

(66) Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Délégation à l'information et à la communication; 2018 [Consulté le 20 septembre 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/

(67) Ministère des solidarités et de la santé, DGOS. COVID-19 : Bilan encourageant de l'action des CPTS dans la réponse à la crise sanitaire [Internet]. Délégation à l'information et à la communication; 2020 [Consulté le 20 octobre 2021]. Disponible sur : https://www.pratic-sante.fr/IMG/pdf/cpts_et_crise_covid.pdf

(68) Renaud A. Avec le coronavirus, les CPTS ont vécu leur baptême du feu [Internet]. Les éditions du médecin généraliste; 2020 [Consulté le 14 septembre 2021]. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/avec-le-coronavirus-les-cpts-ont-vecu-leur-bapteme-du-feu

(69) CPTS Madinina. Lancement de l'application gratuite Entr'Actes, destinée aux professionnels de santé et adaptée au suivi coordonné de patients COVID-19 [Internet]. CPTS Madinina; 2020 [Consulté le 20 octobre 2021]. Disponible sur : https://cpts-madinina.org/lancement-de-lapplication-gratuite-entracte-destinee-aux-professionnels-de-sante-et-adaptee-au-suivi-coordonne-de-patients-covid-19/

(70) Gabriel O. Santé : La crise du Coronavirus a-t-elle boosté la coordination entre soignants libéraux ? [Internet]. 20 minutes France; 2020 [Consulté le 20 octobre 2021]. Disponible sur : https://www.20minutes.fr/sante/2795739-20200609-sante-crise-coronavirus-booste-coordination-entre-soignants-liberaux

(71) URPS Médecins libéraux Nouvelle Aquitaine. Dossier spécial CPTS [Internet]. L'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine; 2020 [Consulté le 15 aout 2021]. Disponible sur : https://www.urpsml-na.org/uploads/images/1603361971_dossier-spaecial-cptsoct-2020urpsmlna.pdf?2.3.

(72) Cartographie CPTS Nouvelle Aquitaine [Internet]. CPTS Nouvelle Aquitaine [Consulté le 20 novembre 2021]. Disponible sur : https://www.cpts-na.org/liste-des-cpts/

(73) Propositions de l'Ordre pour le Ségur de la santé [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2020 [Consulté le 20 octobre 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/propositions-lordre-segur-sante

(74) Ministère des solidarités et de la santé. Pacte de refondation des urgences [Internet]. Délégation à l'information et à la communication; 2019 [Consulté le 15 octobre 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf.

(75) Ministère des solidarités et de la santé. Service d'accès aux soins (SAS) : la garantie d'un accès aux soins partout et à toute heure [Internet]. Délégation à l'information et à la communication; 2020 [Consulté le 15 octobre 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/service-d-acces-aux-soins-garantie-d-un-acces-aux-soins-partout-a-toute-heure

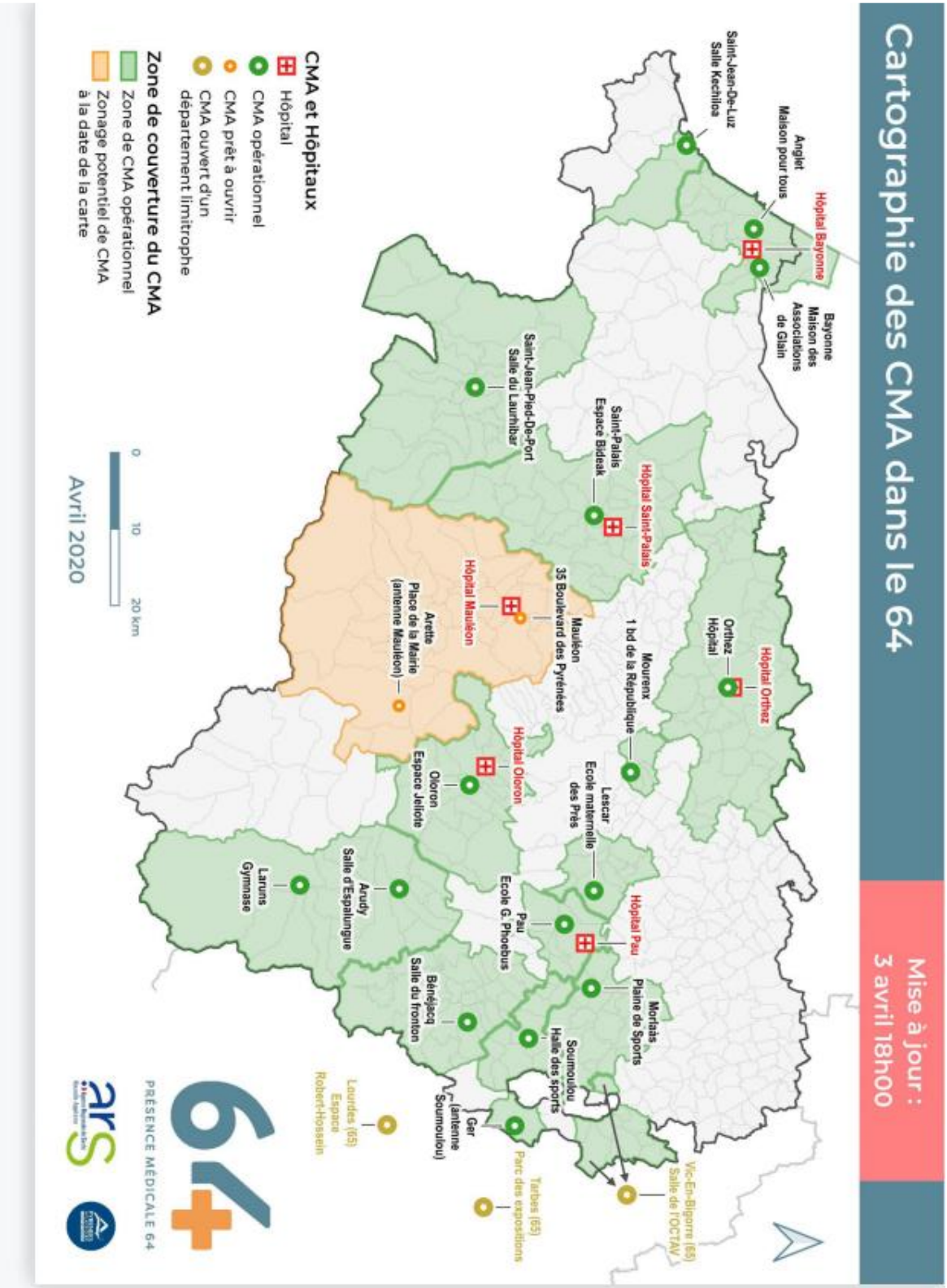
(76) URPS médecins libéraux Nouvelle Aquitaine. Le service d'accès aux soins en Nouvelle-Aquitaine [Internet]. L'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine; 2021 [Consulté le 20 septembre 2021]. Disponible sur : https://www.urpsml-na.org/fr/article/sas-nouvelle-aquitaine

(77) Claereboudt L. "Mépris" pour les généralistes, rémunération trop faible : sur le terrain, le Service d'accès aux soins divise les médecins [Internet]. Société global médial santé; 2021 [Consulté le 15 novembre 2021]. Disponible sur : https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/68691-mepris-pour-les-generalistes-remuneration-trop-faible-sur-le?nopaging=1

(78) MG France. Service d'accès aux soins : sans moyens, ce sera sans MG France [Internet]. Syndicat MG France; 2019 [Consulté le 15 novembre 2021]. Disponible sur : https://www.mgfrance.org/publication/communiquepresse/2403-service-d-acces-aux-soins-sans-moyens-ce-sera-sans-mg-france

7. ANNEXES

ANNEXE 1 = Cartographie des CMA dans le 64 à la date du 3 avril 2020 fourni par la structure présence médicale 64.



ANNEXE 2 : Guide d'entretien.

Guide d'entretien pour la thèse de médecine générale sur l'ouverture des centres médicaux avancés pendant l'épidémie de COVID-19 dans les Pyrénées Atlantiques.

Bonjour,

Je me présente, Laetitia Bourdon, je suis médecin généraliste remplaçante. Je réalise une thèse sous la direction du Docteur Jean-Benoît Pecastaing, médecin généraliste à Biarritz, dans le cadre du département de médecine générale de l'Université de Bordeaux.

Mon travail de thèse porte sur l'ouverture des centres médicaux avancés (CMA) dans le département des Pyrénées Atlantiques lors de l'épidémie de COVID 19. Les entretiens réalisés auprès de professionnels de santé libéraux vont me permettre de mettre en évidence les motivations, les difficultés rencontrées et faire un retour d'expérience sur l'ouverture de ces centres.

Avec votre accord je vais vous poser quelques questions. Avec votre consentement, la séance sera enregistrée et il est possible que je prenne quelques notes.
J'analyserai ensuite ce qui a été dit et l'enregistrement sera effacé à la suite de l'analyse.

Cet entretien est anonyme, confidentiel et destiné uniquement à une étude de médecine générale.

1) *Les motivations :*

Pouvez-vous me raconter quelles ont été vos motivations à entreprendre l'ouverture d'un centre médical avancé en période d'épidémie ?

Sujets pouvant être évoqués :
- Cabinet médical non adapté : salle d'attente, pas de matériel pour faire de la téléconsultation…
- Manque d'aides de la part des institutions
- Manque de moyens humains et/ou matériel : manque de protections type masques, gants…
- Inquiétude face à une épidémie qui s'étend
- Peur d'être contaminé
- Peur de contaminer les patients ou qu'ils se contaminent entre eux dans les salles d'attente
- Demande d'une personne extérieure : mairie, communauté des communes
- Souhait de désengorger les services d'urgences

2) *Les difficultés rencontrées :*

Pouvez-vous me parler des éventuelles difficultés que vous avez pu rencontrer lors de la mise en œuvre de ce projet.

Sujets pouvant être évoqués :
- Organisation générale : pas de consensus
- Matériels de protection ou d'examen : difficulté à s'approvisionner
- Trouver un lieu adapté

- Difficultés à trouver des volontaires : médecins installés, remplaçants, croix rouge
- Lenteur de certaines institutions : ARS, ordre des médecins…
- Lourdeur des contrats notamment pour les remplaçants : mise en place de contrat particulier avec nécessité de faire un contrat avec un médecin généraliste installé
- Rémunération : à l'acte / forfaitaire
- Manque de coordination

3) *Le retour d'expérience :*

Quel est votre ressenti global en rapport avec l'ouverture de ce CMA ? Positif et/ou négatif

4) *Recueils de données personnelles :*

- Age
- Sexe
- Profession : médecin généraliste, infirmier(e), autre
- Statut : installé(e), remplaçant(e) thésé(e) ou non thésé(e), remplacement régulier/ponctuel, hospitalier
- Ancienneté
- Zone d'activité : rurale, semi-rurale, urbain
- Mode d'activité : cabinet seul, en groupe, maison de santé pluridisciplinaire

Merci de m'avoir consacré de votre temps pour cette étude.

ANNEXE 3 : Entretien E6 effectué le 16 juin 2020 durée 55 minutes.

1) Pouvez-vous me raconter quelles ont été vos éventuelles motivations à entreprendre l'ouverture d'un centre médical avancé en période d'épidémie ?

Pour moi, ça a commencé lorsque j'ai lu un article dans un journal local qui parlait d'un CMA dans une ville proche du département. A partir de là, je me suis dit : tiens c'est intéressant. Bon, s'en est resté là parce que dans ma tête honnêtement je me suis dit que vu le maillage médical local (quelques années auparavant il y a eu l'échec d'une maison médicale de garde), on va dire que localement c'est difficile de se fédérer tous ensemble. Donc, bon j'ai vu cet article, je me suis dit que ça aurait pu être sympa qu'on fasse ça ici puis s'en est resté là. Je pense qu'une semaine après, un confrère hospitalier que je connais bien m'a appelé. Il m'a demandé : *« est-ce que ça t'intéresse qu'on vous prête des locaux adaptés au sein de l'hôpital ? est-ce que vous pourriez monter quelque chose, est ce que vous en auriez besoin ? ».*

Il m'a contacté 1 à 2 jours après l'annonce du confinement et on sentait qu'au cabinet ça commençait à monter. On s'est vite retrouvé en difficulté dans notre propre cabinet avec mes collègues car il n'est pas adapté pour qu'on puisse se protéger et protéger nos patients convenablement. C'est-à-dire qu'on ne pouvait pas faire de salle d'attente dédiée, nos patients devaient attendre dehors. Il a fait beau donc ça allait mais en pratique il aurait plu ce serait devenu assez compliqué. Très clairement on s'est rendu très vite compte que la gestion du cabinet, le nettoyage derrière les patients ce n'était pas impossible mais ça nous demandait un temps très important. Presque on en était à devenir agressives envers nos patients. « *Vous toussez ? dehors.* »

On ne se sentait pas à l'aise du tout. Et c'est vrai que c'est à ce moment-là que mon confrère a appelé pour nous proposer ce lieu de consultation dédié. Donc la motivation principale était professionnelle pour se protéger, protéger nos familles et protéger les patients. Parce qu'on s'est dit que si la vague arrivait comme dans l'Est, restant dans notre cabinet : on n'y arrivera pas, on va être noyé, en difficulté. Je commençais aussi à être stressée vis-à-vis de ma famille : comment je fais en rentrant à la maison, si je peux les embrasser, qu'est-ce que je fais de mes chaussures… ça a été des vraies questions. Surtout quand on est arrivé au 15 mars.

Donc il m'appelle et en 48h on a lancé la machine. J'ai appelé tous les médecins du bassin de la ville et ils ont tous été d'accord. Même des médecins qui ne participent pas trop aux réunions entre confrères, ils ont dit oui de suite.

Ensuite autre motivation a rajouté aussi c'est le manque de matériel évidemment, l'hôpital nous a très clairement sauvé par rapport à ça car on n'avait pas ce qu'il fallait. Ils nous ont fourni des masques FFP2, lunettes, tablier plastique. Donc, c'était clairement une facilité. On a pu aussi économiser nos FFP2, parce que pendant 3 semaines environ on a travaillé tous les jours avec nos FFP2 vu qu'on ne savait pas trop ce qu'il en était.

2) <u>Pouvez-vous me parler des éventuelles difficultés que vous avez pu rencontrer lors de la mise en œuvre de ce projet.</u>

La première difficulté a été de contacter tous les médecins généralistes libéraux du secteur en 48h, soit 25 environ, ce qui prend du temps et de l'énergie. Il a fallu négocier, il a fallu mettre en place un protocole d'accès au centre, réfléchir sans se voir, au téléphone, envoyer des mails en l'espace de 4-5 jours. Il a fallu créer une sorte de maquette : qui va au CMA, qui envoie les patients. On s'est basé sur ce qui avait été fait dans un autre CMA mais il a fallu l'adapter à notre CMA et à nos possibilités. Donc réfléchir rapidement avec tout le monde sans se voir donc par mail ou téléphone interposé en 48 heures. Sans aide si ce n'est des confrères des autres CMA qui ont pu nous guider un peu et l'aide de nos confrères de l'hôpital.

Autre difficulté à évoquer, a été d'avoir l'accord du directeur de l'hôpital que je n'ai jamais réussi à joindre directement. J'ai dû faire pression par le maire de la ville pour qu'il lui fasse passer le message et qu'on puisse avoir une réponse très vite. Parce qu'il n'avait pas l'air de se rendre compte qu'il fallait donner une réponse rapide pour pouvoir être opérationnel rapidement.

Ensuite s'est posé la question de la rémunération. L'hôpital a voulu nous faire fonctionner avec une rétrocession où l'hôpital encaissait les actes et nous rétrocédait un pourcentage qui était d'environ 80%...un truc très compliqué. C'est un fonctionnement qu'ils ont l'habitude de faire avec les médecins extérieurs. Mais mes confrères n'étaient pas du tout d'accord, *« on arrive en urgence…, on fait un truc et on n'encaisse même pas nos consultations »*. Très vite, ils ont changé de fonctionnement où ils nous ont dit de faire des feuilles de soins des actes, vous encaissez vos actes. Ils nous ont laissé les locaux à disposition sans rétribution financière. Finalement, la CPAM a instauré le paiement à la consultation. Au moins on a été payé de nos actes. Donc difficulté financière.

Autre chose c'est une espèce de guéguerre entre médecins, il y a eu ceux qui ont dit « *bon, c'est bon, c'est une urgence, c'est quelque chose qu'on n'a jamais eu, tant pis qu'on soit payé ou pas, c'est un service rendu à la population* » et d'autres qui ont dit : *« oui ça va mais on en a marre, c'est toujours pareil, les médecins généralistes sont laissés de côté…* ». Á noter, quelques tensions quand même dans notre groupe (rire gêné). Pour finir, tout le monde a dit : *« on y va, la crise est trop grave, on s'assoit sur nos principes et on verra après. »*

Ça n'a pas été évident de mettre tout le monde d'accord c'est sûr.

Après nous avons rencontré des difficultés pratiques mais l'hôpital a très vite réagit comme le logiciel qui a été adapté pour faire un item covid. Ils nous ont fait passer des vignettes photos pour expliquer à chaque médecin qui allait intervenir au centre comment s'en servir. Coté habillage aussi, il manquait de surblouses à l'hôpital, mais à priori, cela a été vu avec le médecin hygiéniste et il n'y avait pas de nécessité d'avoir des surblouses au vu des actes que nous faisions au CMA. Donc on avait des tabliers en plastique et des vêtements exprès pour le CMA capable de passer en machine à 60°.

Puis dernière difficulté et pour moi, la plus importante, ça a été les institutions notamment l'ARS qui ne nous a pas du tout aidé, bien au contraire. Au départ je ne m'en suis pas trop

occupée, vu notre fonctionnement, je pensais que l'ARS était déjà au courant étant donné qu'il y avait des réunions entre l'ARS, l'hôpital, le service des urgences donc je pensais que l'hôpital les avait informés. C'est un autre médecin d'un CMA qui m'a dit : *« tu devrais quand même contacter cette personne qui est en charge des CMA dans le département pour l'ARS »*. Donc je l'appelle et c'est assez rigolo car je me suis faite grondée car je ne les avais pas appelés avant. Ça a un peu chauffé, gentiment mais je lui ai expliqué que ça faisait 5 jours que je n'arrêtais pas entre les protocoles, les plannings, être en contact avec tous les médecins : courriel, téléphone, WhatsApp…et que du coup l'ARS je n'y avais pas pensé, donc là je vous appelle et c'est tout et on a régularisé la situation. Et après à part sortir un cahier des charges infaisable avec l'ECG, l'oxygène que nous n'avions même pas alors que nous étions dans un hôpital. En plus de ne pas être réaliste avec le fonctionnement de la médecine de ville ce cahier est sorti très tardivement, si je ne dis pas de bêtise le 30 mars. Il est sorti environ 15 jours après que notre CMA a été ouvert et opérationnel. Donc nous n'avons pas signé ce cahier des charges puisqu'il est sorti après et qu'il était trop exigeant. On a considéré avec l'hôpital qu'il n'y avait pas de souci particulier vu que la personne de l'ARS que j'avais contacté nous avait dit ni oui ni non, elle a pris acte de l'ouverture du CMA et elle nous a juste dit : *« qu'il ne fallait pas l'appeler centre covid (nom initial) mais centre médical avancé. Tout le monde doit s'appeler comme ça, sinon on ne s'y retrouve pas. »* On a modifié le nom après cet appel et c'est tout pour l'ARS.

Ah oui ce qui est drôle aussi c'est que cette personne nous a proposé son aide si on avait besoin de matériel, de quelque chose…voilà quoi… de toute façon ils ne nous ont rien fourni. Après j'ai eu aucun rapport avec l'ARS à part les réunions qui se sont faites, qui n'aboutissaient jamais à rien. Je pense que les autres vous en ont déjà parlé (sourire). C'étaient des réunions ou on faisait remonter les problèmes mais il ne se passait jamais rien (le matériel, le paiement forfaitaire…). On avait l'impression de parler dans le vide.

Pour résumé, par rapport au matériel on n'a pas eu de difficultés, on a eu de la chance. Ce sont vraiment les difficultés à la mise en place, coordonner 25 médecins libéraux, un peu avec l'ARS mais on est passé au-dessus parce qu'on a fait ce qu'on avait à faire sans attendre leur avis sinon rien ne se serait passé.

3) <u>Quel est votre ressenti global en rapport avec l'ouverture de ce CMA ?</u>

Globalement très positif, belle expérience (rire). Alors après très clairement je vous dis ça avec 1 mois de recul. Personnellement je suis ressortie de ça épuisée physiquement et psychologiquement parce que ça m'a pris beaucoup de temps et d'énergie à gérer l'administratif, les égos des uns et des autres...(sourire gêné). Humainement fatiguant mais très enrichissant. Ça m'a fait rencontrer pleins de nouvelles personnes, le fait que l'on se soit fédérés entre CMA dans le département. Ça m'a fait prendre contact avec plein de personnes différentes, des gens que je connaissais et d'autres que j'ai découvert. Ça c'était hyper positif de rencontrer pleins de nouveaux confrères.

De se rendre compte aussi qu'on était tous dans les mêmes problématiques et qu'on pouvait faire quelque chose tous ensemble. Ça m'a reboosté pour faire de nouveaux projets, faire

avancer les choses. Très positif dans le sens où on arrive à faire des choses tous ensemble quand il faut et d'une bonne manière.

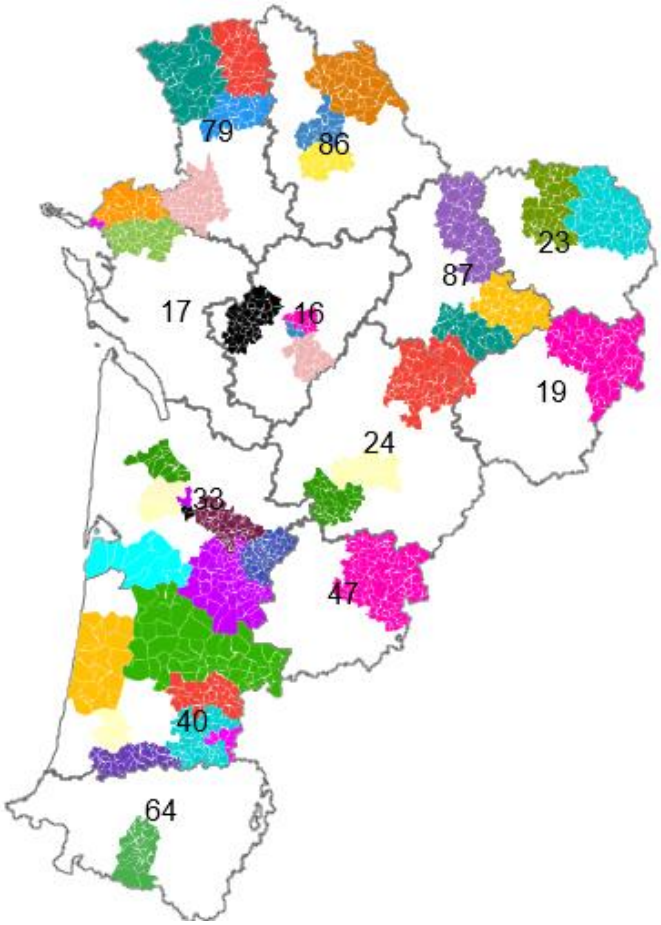
Même s'il y en a toujours avec qui c'est compliqué. On s'est retrouvé à la fin du CMA, on était une dizaine sur 25, on a fait un tour de table et tout le moment était ravi du projet. Sensation de s'être protégé, d'avoir fait ce qu'il fallait pour les patients et nous. On a fait ce qu'il fallait. On s'est dit : « il fallait le faire ». Après nous on a eu beaucoup de chance dans le sens où on n'a pas eu de vague dans le département. Mais au moins honnêtement si on se prend une vague, on sait qu'on peut ouvrir très vite, le lien est fait, les protocoles aussi, les médecins sont au courant quels que soit les tensions et les désaccords. On sait qu'on peut travailler avec l'hôpital même si tous mes confrères ne sont pas sur la même longueur d'onde que moi mais moi je ne vois pas pourquoi on sépare l'hôpital et la médecine générale. C'était quand même une façon de travailler ensemble. Peut-être que ça pourrait déboucher sur quelque chose à l'avenir…

Je me suis quand même sentie un peu seule par moment sur tous les protocoles, faire les plannings, appeler tout le monde. C'est une grosse charge de travail supplémentaire, épuisante Après j'ai été aidé par deux consœurs et heureusement. Mais franchement c'est une expérience très positive mais pas avec l'ARS très clairement. Avec l'ARS…(temps de pause) toujours pareil…impression qu'ils sont déconnectés et un peu déçue du côté des institutions. Parce qu'on a bataillé avec une personne élue au département, on a envoyé un courrier au ministre de la Santé Mr Olivier VERAN qu'il a lu avec certitude dont on n'a toujours pas eu de réponse. On a alerté les députés. C'est vraiment le côté, il y en a que pour l'hôpital qui nous déçoit même si ça ne change pas de d'habitude. Je ne nie pas ce qui s'est passé dans les hôpitaux et la crise que c'était mais en fait, ce n'est pas opposé les uns les autres. Il y a quand même au moins 30 médecins généralistes qui sont décédés et on n'en parle pas. Je pense que la médecine générale a payé un lourd tribu dans cette crise. On s'est organisé sans aide, tous…partout. Et je n'ai pas entendu beaucoup de remerciement pour la médecine de ville. C'est le ressenti plutôt de déception, se dire que c'est toujours pareil, on fait des choses et on n'est pas remercié. Ce n'est pas pour avoir la prime ou quoi mais juste une reconnaissance du travail accompli seul, travail qui aurait dû être fait par nos instances. On s'est débrouillé tout seul, on a fait ce qu'il fallait, il y a 30 généralistes qui sont décédés parce qu'ils n'étaient pas préparés, nous on a essayé de se préparer seuls. Et en fait on a fait le boulot de l'ARS très clairement et nous n'avons pas été remercié.

On a envoyé un courrier au ministre de la Santé pour lui faire part de notre déception d'être oublié. On demandait un soutien, et on souhaitait par ce courrier faire comprendre aux instances nationales le mépris de l'ARS qui persiste depuis de nombreuses années envers la médecine libérale. Comme la rémunération forfaitaire qui était prévue par un arrêté du 28 mars 2020 mais que l'ARS Nouvelle-Aquitaine n'a pas voulu mettre en œuvre. Le manque de considération aussi sur tout le travail fourni par les référents et coordinateurs qui ont travaillé sur les protocoles, les plannings, la mise en œuvre sur leur temps libre sans avoir à l'idée d'être payé pour ça. On a pris sur notre temps personnel, notre temps de travail pour le faire. C'est un peu de déception même si on n'est pas surpris, on s'y attendait même si encore une fois on se dit qu'on ne peut pas compter sur l'ARS.

Mais globalement humainement et professionnellement, je retiens une expérience très positive.

ANNEXE 4 : Cartographie des 41 CPTS de la région Nouvelle-Aquitaine au mois d'octobre 2021 à différents niveaux de maturité (Accord conventionnel interprofessionnel signé/ Lettre d'intention validé / Projet de santé Validé).



Disponible sur :
https://cdonline.articque.com/share/display/7a204cc7acfdad031d7d43fbcde772dc4ab1fc02

8. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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 leurs 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Titre: Ouverture des centres médicaux avancés dans les Pyrénées-Atlantiques durant la pandémie de COVID-19 : retour d'expérience des professionnels de santé.

Introduction: La pandémie à COVID-19 a bousculé le système de santé français entraînant une crise sanitaire inattendue. Les soins primaires se sentant exclus de la gestion de cette crise, ont décidé d'ouvrir des centres médicaux avancés (CMA) permettant d'examiner en sécurité les patients suspects en dehors des cabinets.

Objectifs: Explorer et analyser les motivations et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé référents des CMA.

Méthodes: Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats: 15 professionnels ont été interrogés. La saturation des données a été atteinte au 13e entretien. Les principales motivations exprimées étaient: un sentiment d'inquiétude par manque de matériel de protection physique, le besoin de se rassurer et de rassurer les patients, la diminution des risques de contamination et le maintien de la continuité des soins. Ils soulignaient une charge de travail importante et un manque de soutien matériel et moral de la part des institutions sanitaires. La gestion par le gouvernement de cette crise était perçue négativement par les médecins. Ils gardaient un sentiment positif sur l'expérience vécue et avaient l'ambition de réorganiser les soins primaires en améliorant la communication ville/hôpital et l'expansion sur le territoire des communautés professionnelles territoriales de santé et du service d'accès aux soins.

Conclusion: Les soins primaires ont su montrer une anticipation et adaptation pour poursuivre leur rôle de premier recours pendant cette pandémie. Il apparait indispensable qu'à l'avenir ils aient une place importante dans la gestion des crises sanitaires.

Mots clés: COVID-19, soins de santé primaires, centres de santé communautaires, établissements de soins ambulatoires, gestion des soins aux patients.

ABSTRACT

Title: Opening of advanced medical centres in the Pyrénées-Atlantiques during the COVID-19 pandemic: feedback from health professionals.

Context: The COVID-19 pandemic has shaken up the French health system, leading to an unexpected health crisis. Primary care, feeling excluded from the management of this crisis, decided to open Advanced Medical Centres (AMCs) to safely examine suspected Covid 19 patients outside of medical practices.

Objectives: Explore and analyse the motivations and difficulties encountered by health professionals in charge of setting up the AMC.

Methods: Qualitative study with individual semi-directed interviews.

Results: 15 professionals were interviewed. Data saturation was reached in the 13th interview. The main motivations expressed were: a feeling of anxiety due to a lack of physical protection equipment, the need to reassure themselves and their patients, the reduction of contamination risks and the maintenance of continuity of care. They stressed a heavy workload and a lack of material and moral support from health institutions. The government's management of this crisis was negatively perceived by the doctors. They were positive about the experience and had the ambition to reorganise primary care by improving town/hospital communication and expanding the territorial professional health communities and the access to care service throughout the territory.

Conclusion: Primary care has shown its ability to anticipate and adapt to continue its role as a primary care provider during this pandemic. It seems essential that it should have an important place in the management of health crises in the future.

Keywords: COVID-19, primary care, general community health centers, ambulatory care facilities, patient care management.