



HAL
open science

Expérience d'une organisation ambulatoire pendant la crise sanitaire de COVID-19 au travers d'une recherche-action

Héloïse Grondin

► To cite this version:

Héloïse Grondin. Expérience d'une organisation ambulatoire pendant la crise sanitaire de COVID-19 au travers d'une recherche-action. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03820869

HAL Id: dumas-03820869

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03820869>

Submitted on 21 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

U.F.R DE MEDECINE

THESE

en vue de l'obtention du titre de

Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Par

HÉLOÏSE GRONDIN

Le 21/01/2022

EXPERIENCE D'UNE ORGANISATION AMBULATOIRE PENDANT LA CRISE SANITAIRE DE COVID-19 AU TRAVERS D'UNE RECHERCHE- ACTION

Directrices de thèse : Docteur Marie-Hélène Danquigny et Docteur Elodie Million

JURY

Mr le Professeur Vincent Le Moing

Président

Mme le Professeur Béatrice Lognos

1ère assesseure

Mme le Docteur Elodie Million

Directrice

Mme le Docteur Marie-Hélène Danquigny

Co-Directrice

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

U.F.R. DE MEDECINE

THESE

En vue de l'obtention du titre de

Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Par

HÉLOÏSE GRONDIN

Le 21/01/2022

EXPERIENCE D'UNE ORGANISATION AMBULATOIRE PENDANT LA CRISE SANITAIRE DE COVID-19 AU TRAVERS D'UNE RECHERCHE-ACTION

Directrices de thèse : Docteur Marie-Hélène Danquigny et Docteur Elodie Million

JURY

Mr le Professeur Vincent Le Moing

Président

Mme le Professeur Béatrice Lognos

1^{ère} assesseure

Mme le Docteur Elodie Million

Directrice

Mme le Docteur Marie-Hélène Danquigny

Co-Directrice

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÉ Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénérologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PRUDHOMME Michel

Anatomie

PUJOL Jean Louis

Pneumologie ; addictologie

PURPER-OUAKIL Diane

Pédopsychiatrie ; addictologie

ROGER Pascal

Anatomie et cytologie pathologiques

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline

Cancérologie; radiothérapie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire

Rhumatologie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JEZIORSKI Eric

Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie



SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)
VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel
GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin

Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine

Biologie cellulaire

RAVEL Christophe

Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris

Physiologie

STERKERS Yvon

Parasitologie et mycologie

THEVENIN-RENE Céline

Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUIGNOUX Anne

Génétique

CHIRIAC Anca

Immunologie

DE JONG Audrey

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DU THANH Aurélie

Dermato-vénéréologie

FITENI Frédéric

Cancérologie ; radiothérapie

GOUZI Farès

Physiologie

HERRERO Astrid

Chirurgie viscérale et digestive

HUBERLANT Stéphanie

Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale

KUSTER Nils

Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain

Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie

Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SZABLEWSKY

Anatomie et cytologie pathologiques



Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe



MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSEY Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Héléne	WAGNER Laurent
PUJUL Sarah-Lièze	ZERKUWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Vincent LE MOING, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre bienveillance et pour l'intérêt que vous avez porté sur le sujet. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et mon plus profond respect.

À Madame la Professeure Béatrice LOGNOS, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury pour juger mon travail. Je vous en suis reconnaissante.

Aux Docteurs Marie-Hélène DANQUIGNY et Elodie MILLION, merci d'avoir accepté toutes les deux d'être mes co-directrices de thèse. Je vous suis reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée, de votre patience et du soutien important que vous m'avez apporté tout au long de ce travail. Ceci est l'aboutissement d'une expérience incroyable que nous avons vécue ensemble et qui restera marquée dans ma vie professionnelle et personnelle. Merci d'avoir accepté d'être mes maîtres de stage durant ce dernier semestre de SASPAS en novembre 2019 : j'en suis sortie enrichie et plus motivée que jamais. Vous avez été des modèles et j'espère suivre un parcours similaire à l'avenir.

Au Docteur Jeanne MEYER, mon premier maître de stage, ce fut une rencontre heureuse. Merci pour ta bienveillance et ton soutien depuis ces trois dernières années. Tu m'as initié aux différents aspects de la médecine générale. Aujourd'hui j'ai la joie de poursuivre l'aventure à tes côtés, car tu m'as fait l'honneur, depuis la fin de mon internat, d'exercer avec toi et le docteur Séverine CHAUSSE.

Au Docteur Pierre SEGURET, également premier maître de stage. Merci pour ton enseignement qui m'aide aujourd'hui encore à faire preuve de rigueur dans mon travail.

Au Docteur Bernard SIMORRE, interniste CH de Béziers. Merci de m'avoir fait découvrir le monde de la gériatrie et de m'avoir donné les outils pour m'occuper à présent de cette partie de la population que j'affectionne.

Au Professeur visiteur Bernard-Alex GAÜZÈRE, ancien chef de réanimation du CHU Félix Guyon. Tu me soutiens depuis maintenant dix ans et je souhaiterais t'en remercier pour cela. Sois assuré de toute ma gratitude et mon respect. J'ai trouvé en ta personne un maître, mais je suis également riche de cette amitié que nous partageons aujourd'hui.

À Julia et Eva ROBERT, mes amies de toujours. Voilà bientôt 20 ans que nous nous sommes rencontrées. Je me souviens de notre souhait, à l'époque du collège, de devenir toutes trois médecins. Quelle aventure ! Merci d'avoir été là dans les moments de difficulté. Vous avez toujours été fidèles au poste : m'encourager, me houspiller quand je faisais des bêtises. On a quand même bien rigolé ! Ensemble nous avons fait La Réunion puis Lyon puis Montpellier et maintenant vous êtes rentrées sur notre île natale pour être médecin généraliste et pédiatre. Je vous rejoindrai dans quelques années ! Peut-être ouvrirons-nous notre cabinet ensemble ? Je vous aime fort !

Aux copains de P1 de la Prépa Ranjo, Florian et Cécile. Cette expérience et notamment les tutorats d'histologie que nous avons faits ensemble, Céc, nous ont permis de partager aujourd'hui une amitié que je chéris !

À Astrid. Quelle joie de t'avoir rencontré durant ce semestre à la maternité ! Je me souviendrai de notre tentative d'initiation au yoga, car il est vrai que ce stage auprès des bébés avait été une grande source de stress (^^) !

Merci à toi Caroline pour tes encouragements répétés à mes plaintes répétées ! Nos journées « travail de thèse » ne nous ont peut-être pas permis d'avancer sur nos sujets respectifs, mais je ne le regrette pas du tout !

Merci à mes beaux-parents Hélène et Jean-Luc, pour votre accueil, votre soutien et votre générosité depuis mon arrivée sur le sol métropolitain il y a bientôt 9 ans. Vous êtes ma deuxième famille avec Kelly, Arnaud et le petit Thomas.

Merci à Papi Néné, Mamie Janine et Mamie Dédée, vous m'avez accueillie à bras ouverts devenant de véritables grands-parents de substitution. Merci pour ces souvenirs heureux que vous m'avez permis de créer.

À ma Mamie Marie-Antoinette, qui n'a cessé d'aller brûler des cierges durant toute ma scolarité ! Je suis une petite-fille chanceuse et admirative du courage et de la persévérance dont tu as fait preuve toutes ces années. Tu m'as choyé, tu mérites à ton tour qu'on prenne bien soin de toi !

À mon petit-frère Jérôme, merci pour tes encouragements, pour nos disputes et nos rires ! Je suis fière d'être ta sœur !

À ma marraine, mon parrain, mes taties et mes tontons, à mes cousins et cousines qui m'ont encouragé dès que je me suis engagée sur cette voie. À Tonton Jean-Paul qui m'a dit un jour que j'étais la fierté de la famille.

À mon papa Richard, ma boussole, qui n'a eu de cesse de me tirer vers le haut depuis mon enfance et qui m'a bercé de ses adages divers et variés : « Ce qui ne te tue pas te rend plus fort », « Qui peut le plus, peut le moins » et ne remets pas à demain ce que tu peux faire aujourd'hui... Mais fais-le à la dernière minute ^^ ! ». Je me souviendrai toujours du « Credo du gagnant » que tu avais collé sur le mur de ma chambre le premier jour de P1. Il aura probablement contribué lui aussi à ma réussite.

À ma douce maman Guylène, toujours à l'écoute, toujours présente quoi qu'il arrive, dans les bons comme les mauvais moments. La distance a été et est souvent difficile, mais même à 10 000 km, j'ai toujours perçu ton amour.

Sans votre présence à tous les deux, je ne serai pas là aujourd'hui. Vous avez été d'un soutien sans faille à chaque étape de mon parcours et votre amour est inestimable.

À mon mari Jean-Baptiste, que dire ? Depuis la 2^{ème} année de médecine, tu es là, tu m'encourages, tu me réconfortes, tu m'accompagnes dans mes diverses péripéties. Tu as toujours été présent, et particulièrement dans les moments difficiles et de doutes que j'ai pu ressentir durant ces longues études. Saches que tu es devenu un pilier indispensable dans ma vie et j'aimerais que tu sois aussi fier de moi que je le suis de toi. Aujourd'hui, je suis heureuse de pouvoir partager ce moment exceptionnel avec toi et de me dire que c'est une nouvelle étape de franchie dans la vie que nous construisons ensemble.

Table des matières

I.	Introduction	23
II.	Contexte	28
III.	Matériel et Méthodes	44
	A. Question de recherche	44
	B. Méthode de recherche	44
	C. Population de l'étude.....	46
	D. Méthode de recueil des données	47
IV.	Résultats	50
	A. Description des participants	50
	B. Centre COVID	52
	C. Résultats des entretiens : catégories.....	69
	D. Synthèse par boucles.....	110
V.	Discussion	111
	A. Rappel de l'objectif	111
	B. Principaux résultats.....	111
	C. Confrontation à la littérature.....	115
	D. Perspectives.....	121
	E. Forces et limites	123
VI.	Conclusion	126
VII.	Références bibliographiques	127
VIII.	Annexes	132
	A. Questionnaire.....	132
	B. Consentement.....	133
	C. Grille d'analyse.....	134
	D. Fiche conseil patient.....	136
	E. Algorithme évaluation clinique.....	138
	F. Algorithme évaluation téléphonique.....	139
IX.	Serment	140
X.	Résumé	141

I. Introduction

Alors que le siècle dernier s'était illustré par des progrès médicaux majeurs comme la vaccination, l'antibiothérapie et l'avènement des mesures d'hygiène, nous pouvions imaginer que la gestion des maladies infectieuses, en ce XXI^e siècle, s'en trouverait grandement facilitée.

Or, comme l'expliquait, en février 2019, le Pr Arnaud Fontanet, (directeur de l'unité d'épidémiologie des maladies émergentes à l'Institut Pasteur), au cours d'une allocution au Collège de France sur la « Naissance d'une Pandémie », le XXI^e siècle est marqué par l'émergence de nouvelles maladies infectieuses et d'épidémies telles que le SIDA, les infections à virus Chikungunya, à virus Zika et virus EBOLA, à coronavirus... (1)

Ce concept de maladie émergente s'est rappelé brutalement à nos esprits au début de l'année 2020 avec l'apparition d'un nouvel agent viral hautement pathogène de type Coronavirus. L'impact de celui-ci (en termes de morbi-mortalité), contrairement à ses prédécesseurs (MERS-CoV et SARS-CoV), est tel que la communauté internationale s'est placée en alerte absolue et que l'état de pandémie a été déclaré par l'OMS.

Dès janvier 2020, nous savions que le SARS-CoV2 était responsable d'un tableau respiratoire de type toux fébrile, potentiellement accompagné des signes de détresse chez les personnes porteuses de comorbidités ou âgées, conduisant à leur hospitalisation et parfois à leur décès. Le personnel soignant, tous les secteurs confondus, devait en cas de confrontation avec des patients aux symptômes évocateurs, tels que définis par l'OMS, effectuer un interrogatoire sur les derniers déplacements et les personnes contacts à risque : il fallait rechercher la notion de voyage récent en Chine ou un contact avec des individus ayant voyagé récemment dans des zones dites à risque.

De même, tout patient, au cours des mois de février à mars 2020, avec un tableau tel que décrit ci-dessus était invité, par les ARS, à contacter le SAMU de sa région et à s'isoler immédiatement. (2)

Ce message de prévention était diffusé en boucle, à la demande du Ministère de la Santé, sous forme de spots d'alerte sur les médias audiovisuels grand public afin de freiner la propagation du coronavirus sur le territoire. (3)

Nous savions également que la transmission de la maladie se faisait par les sujets symptomatiques essentiellement par voie aérienne via les gouttelettes. Ce que nous ne savions pas en revanche était la proportion de sujets asymptomatiques ainsi que leur rôle dans la transmission de la COVID-19.

Dans ce contexte d'incertitudes autour de la transmission, le 20 janvier 2020, l'OMS publiait des recommandations sur le port du masque, lequel n'était indiqué que chez les personnes présentant des signes d'infection respiratoire et les agents de santé au contact de ces personnes. (4)

Malgré l'expérience acquise avec les épidémies de SRAS et de MERS ces vingt dernières années, le monde faisait face à une flambée de cas de COVID-19 conduisant à une situation inédite de pandémie infectieuse d'origine zoonotique à laquelle nous n'étions pas préparés et dont les conséquences catastrophiques devaient prendre rapidement des proportions insoupçonnées.

La déclaration de pandémie marquait le point de départ d'une succession de perturbations majeures sur les plans politique, social, économique, et le plus important et principal concerné : le champ médical avec un système de soins complètement bouleversé.

Médecins, infirmiers, aides-soignants, pharmaciens, chercheurs, administrations, l'ensemble des acteurs du système de soins étaient touchés. La crise de la COVID-19 n'épargnait aucun secteur : que l'on vienne du monde hospitalier ou ambulatoire, du secteur privé ou du public, chacun subissait les répercussions de cette pandémie. S'installait alors dans la communauté médicale une atmosphère de tensions et d'incertitudes.

Car le premier élément marquant de cette crise était que : « on ne sait rien ou pas grand-chose » de ce nouvel agent infectieux et de ses répercussions ; tout était à explorer, apprendre, découvrir, comprendre pour prévenir, soigner, informer, et espérer guérir.

De ce constat ont découlé des milliers d'études scientifiques et cliniques, de directives gouvernementales et de recommandations d'instances diverses (ministérielles, HAS, ARS...) donnant le sentiment de patiner dans cette lutte contre le virus. C'était également le début d'un enchaînement constant et ininterrompu d'incohérences, de remise en question, de conflits, de stress pour chacun et tout particulièrement pour le secteur des soins primaires qui devait se débrouiller seul (sans cadre hospitalier) face à une maladie virale dont on ne savait que peu de choses.

Ce secteur a été alors confronté à de multiples interrogations : « les personnes asymptomatiques, sont-elles contagieuses ? Les enfants, sont-ils à risque de formes graves ? Le port du masque, est-il

nécessaire ? Pouvons-nous continuer à recevoir des patients présentant des syndromes pseudo-grippaux au cabinet ? Les infirmières, peuvent-elles continuer leur tournée quotidienne chez des patients fragiles et vulnérables en toute sécurité ? »

Un autre élément majeur de difficulté était que comme chez les personnels soignants hospitaliers, la médecine de ville se retrouvait en grande difficulté pour de multiples raisons : pénurie de matériel de protection (masques chirurgicaux et FFP2, gants, blouses...), désorganisation du système de soins, manque de lits de soins critiques, protocoles thérapeutiques non éprouvés et jetés en la place publique, agitation incontrôlée des réseaux sociaux...

Dès le début de la crise, nous avons constaté que la médecine de proximité a été peu sollicitée dans la gestion de cette pandémie : les médecins généralistes d'une part ont eu difficilement accès aux informations - les directives étant principalement centrées sur le monde hospitalier - et d'autre part, leur implication s'est trouvée limitée contre leur volonté faisant face à une fuite de la patientèle devenue craintive.

Cet oubli initial des soins primaires dans la stratégie de prise en charge (consigne initiale de passer par le Centre 15 devant toute suspicion, quelle que soit la sévérité clinique) a eu pour conséquence : une surcharge de la régulation du SAMU qui n'arrivait plus à faire face au nombre important d'appels, une saturation des services des urgences et une désertion des cabinets de ville, même pour des motifs de soins ne relevant pas de la COVID-19.

Dans ce contexte sanitaire catastrophique et devant l'asphyxie du secteur hospitalier liée à l'afflux majeur de malades, sont nés dans le courant du mois de mars 2020, à l'initiative des professionnels des soins primaires, des centres de consultations COVID-19 sur l'ensemble du territoire.

En Occitanie, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Montpellier-Nîmes en lien avec les CHU et CH a permis de coordonner la mise en place de ces centres COVID-19. Grâce aux nombreux Maîtres de Stage des Universités et internes de médecine générale répartis sur l'ensemble de la région, en lien avec les différents acteurs de santé ambulatoire, un meilleur maillage du territoire a pu se mettre en place afin de faire face à l'épidémie de COVID-19.

Ainsi, l'ARS Occitanie aurait été sollicitée pour environ 140 projets de centre COVID avec le soutien de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS). (5)

Le centre COVID de Perpignan a été l'un des premiers ouverts, la ville étant devenue l'un des principaux foyers de l'épidémie dans la région Occitanie. (6)

En effet, il était apparu indispensable de pouvoir examiner et évaluer des patients potentiellement infectés - mais présentant des formes mineures à modérées - dans des sites dédiés afin d'éviter des contaminations d'autres patients indemnes au sein du cabinet. Ces centres de consultations, se voulant mieux fournis en Équipements de Protection Individuelle (EPI) permettaient aussi de mieux protéger les médecins personnels soignants.

Le 31 mars 2020, sous l'impulsion de mes maîtres de stage et avec le soutien de la MSP Pauline Lautaud, du Département de Médecine Générale de l'Université Montpellier-Nîmes, de l'ARS Occitanie et l'URPS, un centre de consultation Covid-19 a ouvert sur Prades-le-Lez avec une implication des médecins généralistes, des infirmières et de la médecin biologiste exerçant dans le village. Il faut souligner que cette structure n'aurait pu voir le jour sans l'appui et la réactivité des autorités locales dont le rôle a également été déterminant.

C'est dans ce contexte sanitaire exceptionnel qu'a émergé ce projet de recherche, au cours de mon dernier stage d'internat en SASPAS, dans un cabinet de médecine générale situé dans le village de Prades-Le-Lez.

Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi de nous intéresser à l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les acteurs des soins primaires, médecins généralistes et infirmiers, du village de Prades-Le-Lez de mars à juin 2020 (date de fermeture du centre). Plus précisément, nous proposons d'illustrer son retentissement sur les professionnels de santé et les conditions de la mise en œuvre d'un centre de consultation dédiée aux malades suspects de COVID en réponse à cette situation sanitaire difficile.

Pour ce faire, nous avons choisi le format d'une recherche-action à approche qualitative : ce choix méthodologique nous a paru indiqué dans le contexte et en adéquation avec la question de recherche initiale.

Son objectif principal était la compréhension de l'expérience de la pandémie de COVID-19 sur les acteurs des soins primaires de la commune Prades-le-Lez et les mesures adaptatives mises en œuvre par ces derniers dans le contexte.

L'objectif secondaire était de permettre, avec cette étude de cas, l'acquisition de connaissances qui pourront être potentiellement utiles en cas d'évènements sanitaires similaires dans le futur.

S'agissant d'un retour d'expérience limité dans le temps, nous n'aborderons pas ici les évolutions survenues après cette date qui seraient hors sujet comme les différentes mutations et les traitements actuels.

II. Contexte

A. Emergence d'un nouvel agent infectieux

a. Chronologie (quelques grandes dates) de la pandémie

1) Dans le monde

Le 31 décembre 2019, les autorités sanitaires locales de la ville de Wuhan, dans la province de Hubei, en République Populaire de Chine, signalaient à l'OMS plusieurs cas groupés de pneumonie atypiques d'allure virale, responsables d'un syndrome respiratoire aigu. Ces cas étaient réputés être en lien avec la fréquentation d'un marché de poissons qui fut fermé à compter du 1^{er} janvier 2020. (7)

Le 9 janvier 2020, l'OMS déclarait que l'agent causal était un nouveau virus émergent. Après séquençage du génome viral par les enquêteurs chinois à partir d'échantillon des voies aériennes respiratoires inférieures, il a été découvert une nouvelle souche de coronavirus, le 2019-nCoV (*novel coronavirus*), jamais identifié auparavant chez l'homme. (8)

Le 11 janvier, la Chine rapportait le premier décès dû au SARS-CoV-2 : un homme de 31 ans ayant fréquenté le marché de la ville de Wuhan. La ville fut mise en quarantaine le 24 janvier. (7)

Le 21 janvier, la confirmation de la transmission interhumaine de l'agent viral était faite par les scientifiques chinois et le premier cas de patient infecté était déclaré aux États-Unis. (7)

Le 30 janvier 2020, devant l'expansion rapide de l'épidémie sur le territoire chinois et au reste du globe, l'OMS déclarait l'état d'Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI).(9)

Le 11 février 2020, l'agent pathogène était désigné officiellement sous le nom de SARS-CoV-2 (coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2) et responsable de la maladie COVID-19 (*Corona Infectious Virus Disease 19 pour 2019*).(7)

Le 14 février 2020, la province d'Hubei était mise en confinement. (10)

Fin février 2020, le nord de l'Italie (Lombardie) était placé en quarantaine, mais devant la progression de l'épidémie, l'ensemble du pays était finalement soumis à un confinement le 8

mars.(11) Plusieurs pays européens adoptaient par la suite ces mesures (de confinement) tels que l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni.(10)

Le 11 mars 2020, au cours d'une allocution, le Docteur Tedros Adhanom Ghebreyesu, directeur général de l'OMS, déclarait l'état de pandémie : la première liée à un coronavirus. Le monde comptait alors 118 000 cas dans 114 pays et 4291 décès.(12)

Le 23 mars 2020, plus de 1,7 milliard de personnes étaient confinées dans plus de 50 pays.(13)

Le 4 avril 2020, l'OMS déclarait qu'un million de cas étaient signalés dans le monde, parmi lesquels on comptait 51 000 morts. Le virus avait alors atteint 171 pays.(7)

Le 17 juin, l'essai clinique international SOLIDARITY était mis en place par l'OMS pour trouver un traitement efficace contre la COVID-19 : 12 000 patients d'une trentaine de pays participaient à l'étude.

Les premiers résultats indiquaient que l'hydroxychloroquine, le remdesivir, l'interféron et l'association lopinavir/ritonavir avaient peu d'effet sur la mortalité et l'évolution de la maladie. Seuls les corticoïdes à fortes doses semblaient avoir un effet.(14)

2) La France : premier pays européen touché par la pandémie

1.1 Surveillance et gestion nationale de la pandémie

Dès le 10 janvier 2020, les autorités sanitaires françaises mettaient en place un dispositif de surveillance spécifique et évolutif en fonction des phases de l'épidémie de COVID-19 permettant d'obtenir des informations quotidiennes sur ses fluctuations.

L'organisation de la réponse du système de santé à l'émergence de la COVID-19 sur le territoire était basée sur le plan d'Organisation de la Réponse du système de santé en situation Sanitaire exceptionnelle (ORSAN) en lien avec un Risque Biologique et Épidémique (REB), déployé par les ARS. Ce dispositif se voulait être une réponse graduée sollicitant des acteurs différents selon les phases d'endiguement ou d'atténuation.

En phase 1 et 2 de l'épidémie, correspondant respectivement à l'apparition des premiers cas isolés sur le territoire et de clusters à différents endroits du territoire, le décompte des cas reposait sur un signalement individuel dont l'objectif était de casser les chaînes de transmission. À ces stades, la stratégie retenue était appelée stratégie d'endiguement et mobilisait des établissements de santé habilités à recevoir et organiser les soins de patients atteints de la COVID-19 (chambre d'isolement haute sécurité, recours permanent possible à un infectiologue, laboratoire LSB3) comme le CHU de Montpellier (38 établissements en France). À un 2^{ème} niveau, les établissements de santé équipés d'une unité de maladies infectieuses pouvaient être mobilisés.

La phase 3 ou stade épidémique correspondait à une circulation active du virus sur le territoire au sein de la population, avec une progression rapide des cas dont le décompte individuel devenait impossible. À cette phase, l'objectif n'était plus d'effectuer un décompte précis, mais d'évaluer l'impact de l'épidémie sur le système de santé (mesure des formes graves et de la mise en tension hospitalière, des décès) imposant une surveillance dite syndromique, c'est-à-dire basée sur le recensement de la proportion de personnes présentant des signes cliniques évocateurs d'Infection Respiratoire Aiguë (fièvre ou sensation fébrile, signes respiratoires type toux avec ou sans signes de détresse). La stratégie mise en œuvre à ce stade était une stratégie d'atténuation mobilisant tous les secteurs de soins (médecine de ville, secteur médico-social et service de soins à domicile) et visait à limiter les tensions hospitalières en prenant en charge les cas non-graves en ambulatoire.

Santé Publique France s'appuyait sur des données issues du secteur hospitalier, de la médecine de ville et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) via différents systèmes de surveillance et réseaux, mais également de données de l'INSEE et des certificats de décès de COVID-19 électronique du CépiDC de l'INSERM pour la surveillance de la mortalité liée à la COVID-19.

Les données hospitalières étaient apportées par le système SurSAUD (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) pour les passages aux Urgences étiquetées « suspicion d'infection au COVID-19), le système SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) traitant de la surveillance des hospitalisations, les services de réanimation sentinelles (194).

Les données issues du secteur ambulatoire étaient apportées par les médecins et pédiatres volontaires, membres du Réseau Sentinelle et par 62 des 63 associations de SOS médecins qui déclaraient le nombre de consultation pour « Infection Respiratoire Aigüe » de façon quotidienne et hebdomadaire. Ces informations étaient actualisées chaque jour sous forme d'un tableau mis à disposition du grand public sur le site internet du gouvernement, offrant une visibilité de la situation épidémique au niveau national, régional et départemental. (15)

1.2 Chronologie en France

Le 24 janvier 2020, les trois premiers cas européens de patients infectés par la COVID-19 étaient officiellement enregistrés en France. Il s'agissait de cas importés, ayant séjourné à Wuhan dont un Français et deux touristes chinois, pris en charge à Bordeaux et Paris. Leurs cas avaient fait l'objet d'une des premières études françaises publiées, sur les caractéristiques cliniques et virologiques de la maladie, dans *The Lancet Infectious Diseases*, annonçant la variabilité des présentations clinico-biologiques de la COVID-19.(16,17)

Les 8 et 26 février, les deux premiers clusters français de SARS-CoV-2 apparaissaient en Haute-Savoie (les cas index revenaient respectivement d'un séjour à Singapour et d'Italie). Leur étude évoquait le risque de transmission possible de la maladie par des personnes asymptomatiques et le faible potentiel de transmission de la maladie par les enfants.(18,19)

Avec l'émergence de ces clusters, l'épidémie passait alors en phase 2 en France : les autorités sanitaires devaient identifier les chaînes de transmission pour les stopper.

Le 14 février 2020, l'un des touristes chinois succombait de la COVID-19 constituant le premier décès enregistré en France lié à la maladie.

Un rassemblement évangélique ayant eu lieu à Mulhouse du 17 au 24 février 2020 avec 2 500 personnes, venues de toute la France, de Guyane et des pays européens limitrophes, jouait un rôle important dans la propagation de l'épidémie à l'ensemble du territoire national et à son exportation.

Le 23 février 2020, le Ministère de la Santé et des Solidarités déclenchait le stade 1 du plan ORSAN REB.

Le 26 février 2020, le premier décès d'un patient d'origine française était annoncé par le Directeur Général de la Santé, Jérôme Salomon. Ce premier décès survenait sans qu'aucun contact suspect n'ait pu être identifié, dans les Hauts-de-France.(20)

Le 28 février 2020, le stade 2 du plan ORSAN REB était activé.

Le 10 mars 2020, le conseil scientifique COVID-19 était créé dans l'objectif d'aider l'état à prendre des décisions concernant la pandémie.

Le 12 mars 2020, le président de la République Emmanuel Macron annonçait la fermeture des établissements scolaires et maintenait les élections municipales.(21)

Les 13 et 14 mars, les rassemblements de plus de 100 personnes étaient interdits et les bars et restaurants fermaient.

Finalement le 14 mars 2020, le gouvernement français, afin de lutter contre la propagation du COVID-19, déclarait le stade 3 du dispositif ORSAN REB c'est-à-dire que l'épidémie était considérée comme circulant activement sur le territoire et que des mesures d'action collective étaient mises en œuvre par chaque ARS.(22)

La France était donc confinée pour quinze jours par arrêté du 15 mars 2020, soit jusqu'au 31 mars. Les déplacements devenaient interdits, sauf pour l'achat de produits de première nécessité et sur présentation d'une attestation, les commerces non-essentiels fermaient, le télétravail était encouragé et généralisé. Le second tour des élections municipales était reporté.

Au cours d'une nouvelle déclaration, le président de la République justifiait le renforcement des mesures restrictives en raison de l'aggravation de la situation hospitalière dans le Grand-Est et l'absence de respect des mesures barrières par les Français. Il revenait également à cette occasion

sur la surcharge de la régulation SAMU et invitait la population à s'adresser de nouveau aux médecins traitants.(23)

La mise en place de ce confinement, sur avis du conseil scientifique, répondait au principal objectif de soulager les services de Réanimation des régions les plus touchées comme le Grand Est, l'Île de France, la Corse et les Hauts-de-France, mais aussi de permettre au système de soins ambulatoire et hospitalier d'absorber progressivement l'afflux de malades. Il permettait également de limiter le risque de contamination par des sujets porteurs asymptomatiques excréant du virus par voie nasopharyngée.

Il s'agissait de protéger au maximum de cette façon, les sujets à risque de formes graves qui sont 17 millions de personnes en France (environ 10 millions de personnes âgées de plus de 70 ans et 7 millions en ALD âgées de moins de 70 ans).(11)

Au 15 mars, la France comptait 6 378 cas confirmés dont 285 en service de réanimation et 161 décès : le nombre de nouveaux cas déclarés avait doublé en 48 heures (du 13 au 15 mars) témoignant d'une intensification de la transmission sur l'ensemble du territoire. (24)

Des messages gouvernementaux à destination à la population « Alerte coronavirus » étaient mis en place mi-mars par le Ministère de la Santé et Santé Publique France et diffusés en boucle dans les médias (radios et télévision). Ils rappelaient les mesures barrières, les autorisations de déplacement, ainsi que la conduite à tenir en cas de symptômes évocateurs.

Finalement au 31 mars 2020, devant la persistance des difficultés hospitalières et du nombre important de cas, le confinement était de nouveau prolongé pour 15 jours.

D'après Santé Publique France, on dénombrait entre le 21 janvier et le 31 mars 2020, 52 128 cas de COVID-19 confirmés, dont 36 254 hospitalisés, avec 8 318 patients en service de réanimation. Parmi ces hospitalisés, 3 523 étaient décédés (84 % étaient âgés de 70 ans et plus).

Alors que le virus circulait sur l'ensemble du territoire, les réseaux de surveillance constataient encore de grandes disparités régionales. Ainsi, les plus grands nombres de patients hospitalisés en service de Réanimation se trouvaient toujours dans les régions déjà en difficultés comme l'Île de France, le Grand Est et l'Auvergne-Rhône-Alpes.(25)

En France, il y eut initialement une minimisation du risque en début d'année par certains acteurs politiques et médicaux vis-à-vis de la maladie et relayée par les médias : la probabilité de dissémination de l'épidémie en France était considérée comme marginale. Le Centre européen de contrôle et prévention des maladies infectieuses (ECDC) considérait également que si les mesures de contrôles adéquates étaient respectées le risque de dissémination serait faible.(22) Or, les hôpitaux furent rapidement saturés et les services de Réanimations submergés par le nombre de cas graves.

Le 3 avril 2020, les collégiens et lycéens apprenaient que les épreuves de baccalauréat et brevet étaient annulées et que l'obtention des diplômes se feraient sur la base du contrôle continu des connaissances.

1.3 L'Occitanie : une région relativement épargnée en début de crise

Le 27 février, le premier cas de COVID-19 fut confirmé en Occitanie et hospitalisé dans le service de Maladies Infectieuses du CHU Saint-Éloi à Montpellier. À cette même époque, les instances administratives régionales invitaient les patients présentant des symptômes respiratoires à contacter le centre-15 qui se retrouvait surchargé d'appels téléphoniques et avait dû augmenter ses effectifs de permanenciers. (26,27)

Le 8 mars, 47 cas étaient identifiés dans la région dont 18 dans l'Hérault.(28)

Le 11 mars 2020, 16 villages au nord de Montpellier fermaient leurs établissements scolaires dont Prades-Le-Lez par arrêté préfectoral. (29)

À partir du 13 mars 2020, l'Occitanie faisait face à une flambée de cas dans la ville de Perpignan. Touchant une population particulièrement vulnérable d'origine gitane, dans un contexte de faible offre médicale, une filière de soins spécifique COVID-19 avait été mise en place au travers d'une plateforme téléphonique de régulation médicale et un premier centre COVID avait ouvert le 16 mars 2020.

Cette structure avait été mise en activité grâce à la participation des différents professionnels de santé du département des Pyrénées-Orientales : médecins généralistes et internes, infirmiers,

kinésithérapeutes, dentistes. Une véritable collaboration pluri-professionnelle s'était mise en œuvre.

Au total, trois centres COVID avaient ouvert devant l'urgence de la situation, effectuant un rôle de tri des malades pour soulager l'hôpital de Perpignan, mis en tension du fait d'une proportion importante de cas hospitalisés et placés en service de Réanimation.(6,30)

À l'opposé de la situation perpignanaise, au mois de mars 2020, avec la propagation de l'épidémie, les Urgences du CHU de Montpellier assistaient eux à une désertion inquiétante des patients (31)

À compter du 18 mars 2020, quelques jours après le passage en stade 3 sur le plan national ou phase épidémique, l'ARS d'Occitanie diffusait de façon répétée des communiqués de presse invitant les patients non-graves suspects de COVID et les patients chroniques à s'adresser prioritairement à leur médecin traitant et à maintenir les consultations de suivi.(32,33)

Par ailleurs, les médecins généralistes étaient encouragés à faire de la télémédecine en utilisant le système MEDICAM, mise en place par l'URPS d'Occitanie. L'ARS rapportait alors l'ouverture de 140 centres COVID au 25 mars grâce à son appui. (34)

Le 3 mai 2020, les tests de RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé devenaient accessibles à la médecine de ville, sur prescription, chez les patients symptomatiques.(35)

b. L'origine incertaine de la pandémie

L'origine de la transmission à l'homme du SARS-CoV2 reste pour l'heure indéterminée faisant le lit de nombreuses hypothèses.

S'agit-il d'une transmission zoonotique classique ou d'un échappement accidentel au cours de manipulations expérimentales ?(36) À quand remonte la date exacte des premiers cas humains de COVID-19 ? Autant de questions qui restent encore sans réponse actuellement.

1) Lieux et dates d'apparition des premiers cas d'infection encore indéterminés

D'après une première étude, publiée le 24 janvier 2020 dans *The Lancet* par des chercheurs chinois, portant sur les caractéristiques cliniques des patients infectés par le nouveau coronavirus 2019 à Wuhan, 27 (66 %) des 41 premiers cas identifiés d'infection au 2019-nCoV avaient une histoire commune d'exposition directe au marché de fruits de mer de Huanan (travailleurs et habitants).(37)

Le point de départ de l'épidémie semblait être ce marché de poissons et d'animaux vivants de la ville de Wuhan que la plupart des patients infectés auraient fréquenté suggérant ainsi une potentielle contamination d'origine animale.(38)

Cependant, d'après cette même publication, cette hypothèse était remise en question en raison de la date d'apparition des premiers symptômes, chez le premier patient identifié, remontant au 1^{er} décembre 2019, soit une date d'infection antérieure à la fréquentation du marché. De plus, aucun lien épidémiologique n'avait été retrouvé entre ce patient et les cas ultérieurs.(37)

Les premiers cas d'infection remontant au mois de novembre, il est possible que la contamination de l'animal à l'homme se soit faite sur un autre site et que le marché de Wuhan, du fait de sa forte fréquentation, ait été le point de départ de la chaîne de transmission.

En France, d'après une étude menée par l'institut Pasteur sur l'analyse phylogénétique de 97 génomes de SARS-CoV-2 sur des échantillons prélevés du 24 janvier au 24 mars, la circulation de l'agent infectieux dans plusieurs régions remonterait entre décembre 2019 et janvier 2020 soit avant la vague de COVID-19. De plus, les séquences analysées ne correspondraient pas à celle des virus chinois et italiens.(39)

2) L'origine zoonotique du 3^{ème} coronavirus hautement pathogène en cours d'exploration

L'origine zoonotique des coronavirus est connue depuis longtemps.

Il existe différentes familles de coronavirus qui infectent principalement les animaux, mais dont certains sont connus pour provoquer des infections chez l'Homme. Trois types de coronavirus saisonniers sont responsables de rhumes hivernaux classiques et de syndrome pseudo-grippaux.

Les coronavirus circulent activement chez plus de 1 200 espèces de chauves-souris qui peuvent parfois être porteuses de différentes souches à la fois. À la faveur de recombinaisons génétiques, il peut alors naître de nouvelles souches capables de franchir la barrière d'espèce et générer des épidémies chez l'homme de façon épisodique.(40)

La transmission accidentelle de coronavirus à l'espèce humaine est survenue à deux reprises au cours de ces 20 dernières années provoquant deux épidémies graves et mortelles.

En effet, nous avons déjà assisté à l'émergence de souches de coronavirus hautement pathogènes par le passé : le SARS-CoV (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère-Coronavirus) en 2002-2003, responsable du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en Asie et le MERS-CoV (*Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus*) responsable d'une atteinte potentiellement sévère depuis 2012 au Moyen-Orient. Leurs apparitions seraient dues à la consommation de civette masquée pour le SARS et de dromadaire pour le MERS préalablement infectés par la chauve-souris. Des mesures de confinement avaient permis d'endiguer leur propagation à travers le monde. (41)

Le SARS-CoV-2 est devenu le septième coronavirus pathogène pour l'homme et le troisième coronavirus responsable de syndromes respiratoires aigües sévères à émerger au cours du XXI^e siècle.

La caractéristique commune du SARS-CoV, du MERS-CoV et du SARS-CoV2, est donc leur origine avec la chauve-souris pour réservoir. Sur le plan phylogénétique, le génome du SARS-CoV-2 présente 79 % d'homologie avec le SARS-CoV ; il est un peu plus éloigné du MERS-CoV (52 % d'homologie).

Dans le cadre de la pandémie de COVID-19, les caractéristiques de ce transfert zoonotique, c'est-à-dire du franchissement de la barrière d'espèce de l'animal et à l'homme, sont toujours à l'étude, car

si le réservoir (la chauve-souris) est quasi certain, l'hôte intermédiaire qui aurait fait office de vecteur n'est toujours pas identifié.(36)

D'après les chercheurs, même si la proximité génétique entre les génomes de SARS-CoV-2 et la chauve-souris est forte, (96 % d'homologie avec le génome d'un virus de chauve-souris (RaTG13) collecté à partir de fèces animales en 2013 et dont les séquences sont connues depuis début février 2020), la transmission directe entre les deux espèces est peu probable et n'a jamais été décrite auparavant. Une transmission par le biais d'un hôte intermédiaire paraît plus plausible. (40,41)

Il existe donc plusieurs hypothèses concernant l'émergence de la COVID-19 : soit il s'agit d'une zoonose classique dont le vecteur n'a pas encore été identifié, soit le virus circulait déjà depuis plusieurs années chez l'Homme à bas bruit et une mutation l'a rendu plus virulent.

L'hypothèse du pangolin, mammifère consommé dans le sud de la Chine, comme hôte intermédiaire n'est pour l'instant pas certifiée en raison des différences significatives entre les séquences génétiques du SARS-CoV-2 et du coronavirus présent chez le pangolin.(41)

Même si actuellement, aucune donnée ne va dans le sens d'un échappement accidentel du virus depuis un laboratoire, cette hypothèse n'est pas complètement à exclure. Cela s'était produit par le passé avec le virus Marburg, en 1967, responsable d'une fièvre hémorragique et qui avait causé 7 morts à la suite d'un accident de laboratoire.(36)

B. Données actualisées sur la COVID-19

a. Aspects virologiques

Le SARS-CoV-2 appartient à la grande famille des *Coronaviridae*, de l'ordre des *Nidovirales*.

La dénomination (CoV) est liée à la « couronne » formée par certaines protéines présentes à la surface du virus. La famille des *Coronaviridae* se divise en deux sous-familles, *Torovirinae* et *Coronavirinae* dont on distingue quatre genres : alpha, bêta, delta, gamma.

Le genre betacoronavirus, dont fait partie le SARS-CoV-2, comprend le HCoV-OC43, le coronavirus humain du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-HCoV), le HCoV-HKU1 et le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV).

L'alpha-coronavirus comprend les coronavirus humains (HCoV)-229E and HCoV-NL63. Les genres gamma-coronavirus et delta-coronavirus comprennent respectivement les virus des baleines et oiseaux pour le premier, les virus de porcs et oiseaux pour le second. (42)

SARS-CoV-2 est un virus à ARN simple brin dit « enveloppé », c'est-à-dire qu'il est entouré d'une membrane lipidique. Il possède un génome codant pour 15 gènes dont 4 correspondent à des protéines de structure : une protéine de surface (protéine Spike ou S), une protéine de membrane (M), une protéine d'enveloppe (E) et une protéine de nucléocapside (N).(41)

La protéine Spike joue un rôle essentiel dans le processus infectieux : c'est elle qui permet l'entrée du virus à l'intérieur de la cellule hôte. Synthétisée sous forme de précurseur inactif, elle subit deux clivages protéolytiques successifs qui vont la rendre effective. Le premier clivage donne naissance à deux sous-unités S1 et S2, le second produit un peptide assurant la fusion entre virus et cellule hôte. La reconnaissance, par le virus, du récepteur ACE2, présent sur la membrane de la cellule hôte, se fait via le domaine RBD présent sur la sous-unité S1.(40)

L'ACE2 est retrouvé sur les membranes de différents types cellulaires : les cellules alvéolaires pulmonaires, les vaisseaux sanguins, les entérocytes de l'intestin grêle, les hépatocytes, les astrocytes, les cellules cardiaques et les tubules rénaux.

Mécanismes de l'infection

Le virus passe par le nez ou la bouche et vient se fixer aux cellules des voies aériennes qui expriment le récepteur ACE2. Le co-récepteur TMPRSS2 présent sur les cellules du tissu respiratoire permet la fusion et l'entrée du virus : une fois à l'intérieur de la cellule humaine, le virus produit de nouveaux virions à l'aide de la machinerie cellulaire.

L'infection virale provoque une réaction inflammatoire de l'organisme qui cherche à se défendre en libérant des molécules type cytokines (IL-6, IL-8, IL-10...) et médiateurs de l'inflammation (TNF-alpha) qui vont elles-mêmes stimuler les cellules de l'immunité comme les macrophages, monocytes, lymphocytes T).(41)

Voies de transmission

La transmission du SARS-CoV-2 est interhumaine et peut se faire principalement par deux voies : aérienne via « les gouttelettes de Pflügge » lors d'une toux ou par la parole ou les aérosols ; par «

contact » direct manuporté ou par l'intermédiaire de surface souillée (après une toux ou un éternuement).

Les gouttelettes sont des particules émises par voie buccale et nasale qui se déposent par gravité sur les surfaces tandis que les aérosols, particules plus légères, peuvent rester en suspension pendant plusieurs heures dans l'atmosphère. Les virus contenus dans les gouttelettes peuvent également survivre plusieurs heures sur une surface contaminée, selon les conditions de température et d'humidité.

Chez les patients ayant développé des formes graves de la maladie, le virus a pu être retrouvé dans les sécrétions vaginales, les urines, les selles, le sang. Toutefois, ces voies n'ont pas été identifiées comme étant responsable de l'infection. De même, le lait maternel d'une mère infectée n'est pas une voie de transmission du SARS-CoV-2 et la contamination intra-utérine est exceptionnelle.(41)

Contagiosité

Le risque de transmission du virus par un individu infecté est maximal au cours des premiers jours des symptômes. Il débute généralement 48-72 heures avant les premiers signes cliniques et peut se faire jusqu'à 8 jours après.

Dans environ 50 % des cas, la transmission se fait en phase pré-symptomatique.

La durée de contagiosité varie en fonction de la sévérité des symptômes : plus la forme est grave plus l'infectiosité du patient sera longue.

La contamination peut également se faire par des individus asymptomatiques.

En France, le R0 a été estimé entre 2,3 - 2,8 avant les premières mesures de confinement, signifiant qu'un cas infecté par le virus générerait en moyenne 2 à 3 nouveaux cas.

Incubation

Les manifestations cliniques apparaissent entre 2 et 14 jours après l'exposition au virus, mais la durée moyenne d'incubation est de 4 à 5 jours.

b. Manifestations cliniques

1) Gravité de la COVID-19

Les infections à forme légères ou modérés représenteraient 80 % des cas et les formes purement asymptomatiques représenteraient 24,3 % des cas d'après Santé Publique France. (43,44)

Environ 15 % des patients développent des formes graves justifiant une hospitalisation et 5 % une forme critique (détresse respiratoire, choc, défaillance multiviscérale) nécessitant une admission en service de Réanimation.(43)

Les formes graves peuvent toucher les sujets jeunes sans comorbidités, mais surviennent principalement chez les patients âgés de plus de 65 ans (80 % des décès concernaient les plus de 65 ans) et/ou avec facteurs de risque.

Sont considérés comme des facteurs de risque de forme grave : le sexe masculin, diabète (de type 1 et de type 2), obésité (IMC supérieure à 30 kg/m²), cancers (surtout si récents et/ou en progression et/ou en cours de traitement par chimiothérapie, et particulièrement en cas de cancer hématologique), maladies respiratoires (BPCO et insuffisance respiratoire), maladies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque, hypertension artérielle compliquée, antécédent d'accident vasculaire cérébral...), maladies hépatiques chroniques, en particulier la cirrhose, troubles psychiatriques et démence, les affections neuromusculaires, les immunodépressions acquises (VIH, traitements...) ou congénitales, les syndromes drépanocytaires, les femmes enceintes au 3^{ème} trimestre.(45)

En France, environ 17 millions de personnes présenteraient un risque particulier de développer une forme grave de COVID-19.

Le risque léthal, estimé à 2 %, est majoré par l'accumulation de comorbidités.(43)

2) Symptomatologie variée

Parmi les symptômes les plus fréquents, on retrouve des signes de pneumopathie : une toux fébrile associée parfois à une gêne respiratoire et une sensation d'oppression thoracique.

L'infection au SARS-CoV-2 peut également provoquer des signes aspécifiques tels que l'asthénie, l'anorexie, des myalgies, frissons, sueurs, fièvre > 38 °C, une pharyngite, une rhinite, des troubles

digestifs (nausées, vomissements, diarrhées). Des symptômes neurologiques comme les céphalées, vertiges, confusion ont été décrits.

Dans certains cas, une anosmie d'installation brusque ou une dysgueusie sont des signes fortement évocateurs de COVID-19.(41)

Il existe des formes dermatologiques de la maladie : éruption, érythèmes faciaux, lésions urticariennes, voire engelures des orteils ont été décrites.(43)

Chez les sujets âgés, les manifestations de la COVID-19 sont plus atypiques et frustrées surtout en cas d'antécédent de maladie neurodégénérative : elles peuvent apparaître sous la forme d'un malaise, d'une chute, d'un syndrome confusionnel, d'une altération de l'état général, d'une symptomatologie digestive.(46)

3) Complications

Les formes graves peuvent être présentes dès le début des symptômes, mais apparaissent le plus souvent en deuxième phase de la maladie sous forme de détresse respiratoire aiguë vers J7-J10 qui serait liée à un phénomène hyper-inflammatoire appelé orage cytokinique lequel entraînerait une réponse immunitaire incontrôlée délétère pour l'organisme et mettant parfois en jeu le pronostic vital.(41)

En dehors des détresses respiratoires, les complications peuvent être cardiovasculaires sous forme d'arythmie, septique par surinfection bactérienne, thrombo-embolique avec thromboses veineuses profondes et embolie pulmonaire, rénale avec des insuffisances rénales aiguës.(43)

Il existe également des complications neurologiques centrales ou périphériques à type d'encéphalopathies, accidents vasculaires cérébraux, syndromes de Guillain-Barré. (47)

c. Manifestations paracliniques

1) Examens diagnostiques

L'examen de référence pour le diagnostic de la COVID-19 repose avant tout depuis le début de la pandémie sur le test virologique de RT-PCR (*reverse-transcription polymerase chain reaction*) par voie nasopharyngée : ce test, effectué par un professionnel de santé, détecte le matériel génétique viral (ARN).

Le résultat peut être obtenu en quelques heures et exprimé de façon qualitative. Cependant, il ne permet pas d'affirmer que la personne est encore contagieuse, car le virus peut rester présent plusieurs semaines après l'infection au niveau nasopharyngé. (48)

Sur le plan radiologique, le scanner thoracique permet à la fois de poser le diagnostic, en l'absence de test virologique, et d'évaluer l'étendue des lésions pulmonaires caractéristiques de la COVID-19. Le TDM retrouve des opacités en verre dépoli, non systématisées, multifocales, bilatérales, et asymétriques, de localisation sous-pleurale à prédominance basale et postérieure qui évoluent en lésions de condensations linéaires. (43)

2) Examens complémentaires

Parmi les anomalies biologiques, une lymphopénie est retrouvée le plus souvent sur l'hémogramme, associée à un syndrome inflammatoire d'intensité variable. Sur le plan biochimique, on retrouve fréquemment une élévation des alanines aminotransférase/aspartates aminotransférase (ALAT/ASAT), de la lactates déshydrogénas (LDH) et de la créatine kinase.

Certains marqueurs de coagulation, comme les D-dimères et le fibrinogène, peuvent parfois s'élever et sont associés à un risque thrombo-embolique accru.(43)

III. Matériel et Méthode

A. Question de recherche

Quelle a été l'expérience des soignants du village de Prades Le Lez et les mesures adaptatives mises en œuvre de février à juin 2020 lors de la pandémie de COVID-19 ?

B. Méthode

a. La recherche-action (RA)

Cette thèse est une recherche-action à approche qualitative : elle est descriptive, participative et rattachée au paradigme compréhensif et pragmatique.

Pour ce travail, ayant participé au centre COVID en tant qu'interne de médecine générale, nous avons porté la double casquette « d'actrice-chercheuse ».

La méthode de Recherche-Action étant un choix méthodologique inconnu de la chercheuse, des recherches ont été effectuées sur l'interface SUDOC et ont abouti à ce constat : il existait en fait très peu de thèses de médecine réalisées sous cette forme, cette dernière méthode étant principalement utilisée en sociologie.

Des exemples de travaux de Recherche-Action ont principalement été retrouvés dans les bases de données Sciences Humaines et Sociales CAIRN.

Très utilisée en sciences de gestion, éducation, ingénierie et psychologie, la méthode de recherche-action est née dans les années 1945 aux États-Unis et s'est développée avec Kurt Lewin.

Il existe différents types de recherche-action, connues aussi sous le nom *d'Action Research* ou recherche-action participative ou recherche interventionnelle.

Cette méthode est régulièrement employée dans des objectifs de prévention, d'évaluation de dispositif.

La recherche-action est une méthode qui mêle à la fois approche qualitative et quantitative.

Elle est rattachée au paradigme du pragmatisme, c'est-à-dire que la génération de connaissances scientifiques est rendue possible par l'action (*Roy et Prévost*). De plus, elle répond à un double objectif qui est le changement d'un système social et la production de connaissances sur ce système.

Ce travail est une illustration d'une action de transformation d'une réalité problématique, dont le but est l'amélioration de cette réalité et si possible d'en tirer des connaissances qui pourront être exploitées et adaptées dans le cas d'une situation similaire future.

Ce choix méthodologique a été retenu, car il est apparu adapté dans le contexte d'urgence sanitaire : dans une RA, il existait un besoin partagé par plusieurs individus de changer une réalité problématique.

b. Une RA en deux étapes à l'aide d'un matériau varié

Ce travail de RA s'est déroulé selon deux méthodes de recueil de matériau varié :

- une première étape d'analyse descriptive de l'instauration du centre de consultation COVID-19, avec la mise en exergue de la problématique, l'identification des leviers d'actions possibles et la compréhension des choix des acteurs. Elle s'appuyait principalement sur de l'observation et des sources documentaires.
- une seconde étape exploratoire, menée auprès des acteurs ayant pris part au projet de centre COVID-19, sur leur expérience professionnelle et personnelle de la crise sanitaire et au sein de la structure, et effectuée à distance de la fermeture du centre. Elle s'est faite au moyen d'entretiens semi-dirigés, matériaux qualifiés de « chauds », c'est-à-dire issus du processus d'investigation.

L'entretien semi-dirigé favorisant la libre expression, les participants ont pu exprimer leur expérience émotionnelle personnelle et professionnelle pendant la crise, évoquer les éléments qui ont pu affecter leur relation avec les patients et leurs proches, aborder la remise en question générée par la situation sanitaire et les solutions mises en œuvre pour pallier aux difficultés rencontrées durant cette période.

La diversité et l'hétérogénéité des sources avaient pour fonction de rendre l'analyse la plus complète et riche possible.

Le résultat de cette RA sera présenté aux termes de ces deux étapes sous forme d'une synthèse par boucles, comme proposé par Roy et Prévost, correspondant au cycle de la recherche-action. (49)

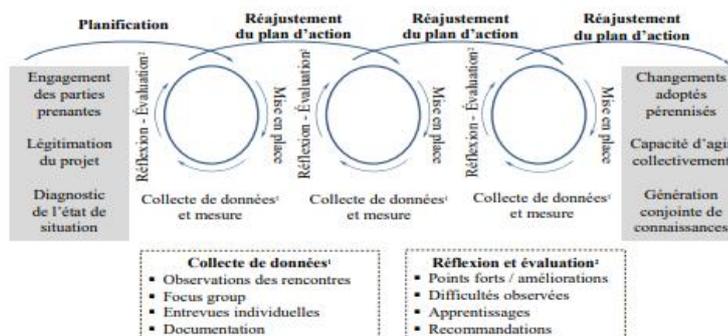


Figure 1. Le cycle de recherche-action.

C. Population de l'étude

a. Description de la situation locale

Prades-le-Lez est une commune de 5 200 habitants, situé au Nord de Montpellier, dans le département de l'Hérault, en région Occitanie, située à environ 15 minutes du CHU.

La communauté médicale et paramédicale du village comptait 7 médecins généralistes répartis dans 4 cabinets médicaux, soit deux cabinets individuels et deux cabinets de groupe, une médecin biologiste officiant au sein d'un laboratoire d'analyses situé à l'entrée du village, deux pharmacies, 7 cabinets regroupant une quinzaine d'infirmiers.

L'un de ces cabinets de médecine générale faisait partie de la MSP multi-site Pauline Lautaud, regroupant les professionnels de santé des villages de Saint-Georges-d'Orques, de Prades-le-Lez, de Castries et de Vendargues, et ses deux membres avaient une compétence de MSU.

b. Construction du centre et recrutement des acteurs mobilisés sur le centre

L'inclusion et l'engagement des acteurs dans le centre COVID de Prades-le-Lez se sont faits sur la base du volontariat.

Ces derniers ont été sollicités par messagerie électronique (mail) et appel téléphonique.

Ont été contactés initialement : 7 médecins généralistes, 15 infirmiers et infirmières. La municipalité et l'ARS Occitanie, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la faculté de Médecine Montpellier-Nîmes, la MSP Pauline Lautaud ont également apporté leur soutien et compétence. La médecin biologiste du village a été sollicitée quelques semaines après la mise en activité de la structure.

c. Exploration du vécu par les entretiens semi-dirigés : critères d'inclusion

Nous avons décidé d'interroger les acteurs ayant participé au centre dédié de consultation de COVID-19 du village de Prades-Le-Lez. La méthode d'échantillonnage employée était une méthode non-probabiliste : le recrutement de l'échantillon s'est fait sur la base du volontariat, après sollicitation par messagerie électronique. Au total, onze acteurs ont été sollicités (8 médecins, trois infirmières).

D. Recueil des données

a. Contexte de la RA

Pour situer le contexte de la RA, nous avons utilisé des données collectées de façon autonome par la chercheuse-actrice :

- points épidémiologiques régionaux hebdomadaires de Santé Publique France,
- notes d'entretiens informels prises au cours de réunions, observations de rencontres avec tenue d'un journal de bord sous formats Word et manuscrit,
- tableau d'activité,
- publications scientifiques,
- directives et avis de grandes instances de l'HAS, du Ministère des Solidarités et de la Santé, de l'ARS Occitanie, du Haut Conseil de la Santé Publique,
- communiqués du gouvernement et des URPS,
- articles de journaux destinés au grand public

b. Entretiens semi-dirigés

1) Conditions de recueil

Dans le cadre des entretiens semi-dirigés, le lieu de réalisation et la forme (présentiel ou téléphonique) ont été laissés au choix du participant et étaient faits sur un temps dédié à l'entretien.

La modération des entretiens a été faite par la chercheuse.

Les entretiens suivaient le guide d'entretien et laissaient la possibilité de s'en éloigner pour approfondir certaines réponses et certains thèmes abordés.

2) Connaissances des participants

Les participants connaissaient le thème global de la recherche : « Influence de la crise sanitaire sur le vécu » et « Expérience au sein du centre COVID ». Ils connaissaient la durée prévisible de l'entretien estimée entre 20 et 30 minutes. Tous connaissaient la chercheuse réalisant l'entretien en tant qu'actrice au centre COVID.

3) Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été enregistrés grâce à l'application « dictaphone » d'un smartphone Apple appartenant à la chercheuse.

4) Retranscription des entretiens

La retranscription intégrale des entretiens a été réalisée sur fichier Word par la chercheuse après les avoir modérés.

Cette retranscription a suivi un mode sociologique, c'est-à-dire qu'elle reprenait avec exactitude le langage de la personne interrogée ainsi que les expressions non-verbales (doute, blanc, rire...) de l'enregistrement.

Les entretiens ont été anonymisés et numérotés.

5) Élaboration du guide d'entretien

Dans l'optique de réaliser un guide d'entretien cohérent et adapté, la chercheuse a participé au préalable à un atelier dédié à l'étude qualitative et l'élaboration du guide, coordonné par le DUMG. Sa construction s'est ensuite faite sous la supervision des deux directrices de thèse.

Il comportait quatre questions abordant les thématiques suivantes : les difficultés d'ordre personnel et professionnel rencontrés au cours de la crise sanitaire et leurs conséquences, les stratégies d'adaptation développées face à la situation, les motivations ayant poussé les acteurs à s'investir dans un projet commun de centre COVID dans le contexte, les réticences ou les freins ressentis lors de la mise en place de cette initiative.

Il a été décidé de commencer le guide par une question « brise-glace » en revenant sur le souvenir marquant d'une situation rencontrée pendant la pandémie. Le guide a été testé et validé lors du premier entretien. (Annexe 1)

6) Consentement

Le consentement des participants a été recueilli verbalement et à l'écrit sur un formulaire signé en début d'entretien. (Annexe 2)

Les participants étaient informés de la possibilité de retirer le consentement à tout moment.

En début d'entretien, il leur était indiqué qu'ils étaient libres de refuser de répondre à une question s'ils le souhaitaient et qu'ils pouvaient interrompre la chercheuse à tout moment en cas d'incompréhension de certaines formulations.

E. Analyse des données

1. Grille de lecture de la validité de la RA

À partir d'une publication de J.-P. Pourtois, la chercheuse a rassemblé sous forme de grille les critères nécessaires à la validation d'une recherche-action.(50)

Cette grille a permis la construction et l'analyse de cette démarche. (Annexe 3)

2. Analyse par catégories conceptualisantes des données d'entretiens

Méthode par théorisation ancrée

La méthode d'analyse des données des entretiens semi-directifs retenue a été celle par théorisation ancrée, proposée par Glaser et Strauss, à l'aide de l'ouvrage de Paillé et Muchielli.

Elle s'est faite en plusieurs étapes :

- le corpus a d'abord fait l'objet de plusieurs lectures afin de s'immerger dans l'ambiance de l'entretien,

- le premier niveau d'analyse s'est fait selon une approche phénoménologique : une synthèse des idées qui se dégagent des propos était transcrite sous forme d'énoncés en regard des paragraphes d'intérêt,

- le second niveau d'analyse a consisté à dégager des thèmes, des grandes rubriques d'idées.

Pour l'analyse par thème, nous avons employé une démarche de thématization en continu : après plusieurs lectures du corpus, les *verbatim* ont été traduits en unités de sens permettant de dégager des thèmes. Pour ce faire, le matériau, qui était ici un support papier, a fait l'objet de plusieurs annotations en marge et en inséré, et surlignage. Ces thèmes ont été regroupés sous forme de tableau Word en fonction de l'idée exprimée.

- à l'issue de cette thématization, des catégories de première dimension ont pu émerger et leur regroupement a donné naissance à des catégories conceptualisantes.

La triangulation de l'analyse des *verbatim* a été réalisée avec les deux directrices de thèse pour les 3 premiers entretiens. La saturation a été obtenue au bout de six entretiens.

IV. Résultats

A. Description des participants

a. Centre COVID : résultat du recrutement des acteurs

Après sollicitation, les différents acteurs mobilisés sur le projet de centre étaient :

- 6 médecins généralistes thésés : un cabinet d'associés de deux médecins qui étaient toutes deux MSU et instigatrices du projet, un médecin généraliste en cabinet individuel, un cabinet de groupe composé de 3 médecins (deux femmes associées et un homme collaborateur),
- 2 internes de médecine générale dont une interne qui était à la fois chercheuse-actrice dans le cadre de cette thèse, en stage de SASPAS dans le cabinet porteur de l'initiative,
- 1 médecin biologiste,
- 9 IDE libéraux,
- la mairie de Prades-Le-Lez,
- le DUMG,
- l'ARS,
- la MSP Pauline Lautaud.

La mobilisation finale a réuni une équipe pluri-professionnelle avec des membres issus d'horizons différents (secteur médical, paramédical, pouvoirs publics locaux, instances administratives régionales, appui universitaire).

Dans les semaines ayant suivi la mise en activité du centre, une médecin généraliste s'était déjà désengagée du projet.

b. Entretiens qualitatifs semi-dirigés

1) Caractéristiques de l'échantillonnage

Sur les onze acteurs sollicités ayant participé au centre (7 médecins généralistes – 6 F/2H - dont un interne de médecine générale, 3 infirmières libérales, 1 médecin biologiste), 7 ont accepté de répondre aux entretiens semi-dirigés : 4 médecins généralistes, 2 infirmières, et la médecin biologiste, toutes des femmes âgées de 40 à 60 ans. Les caractéristiques des participants ont été recueillies oralement et de manière anonyme, en début d'entretien.

Les participantes ayant accepté de répondre aux entretiens étaient exclusivement des femmes, entre 40 et 61 ans, dont l'installation à Prades-le-Lez variait entre 7 mois et 32 ans.

	Sexe	Age	Statut marital	Groupe socio-professionnel	Durée d'installation	Type d'activités	Organisation du planning	Autre activité
E1	F	42 ans	Concubinage 2 enfants	Médecin généraliste (temps partiel libéral)	7 ans	Cabinet d'associé (2) MSP Pauline Lautaud	RDV	Médecin de crèche MSU
E2	F	40 ans	Mariée 3 enfants	Médecin généraliste (temps partiel libéral)	14 ans	Cabinet d'associé (2) MSP Pauline Lautaud	RDV	MSU MCU-PH Médecin coordonnateur en EHPAD Médecin de crèche
E3	F	40 ans	Mariée 2 enfants	Infirmière libérale	2 ans	Cabinet d'associé (3) MSP Pauline Lautaud		
E4	F	40 ans	Pacsée	Médecin généraliste (temps plein)	6 ans	Cabinet de groupe (3) Activité semi-rural	RDV	
E5	F	47 ans	Mariée 3 enfants	Infirmière libérale	15 ans	Cabinet d'associé (2) MSP Pauline Lautaud		
E6	F	61 ans	Divorcée	Médecin généraliste	32 ans	Cabinet individuel	Libre	
E7	F	56 ans	Célibataire	Médecin biologiste	10 ans	Salariée Responsable du laboratoire de PLL		Biologiste sur le plateau technique du laboratoire CERBA à Montpellier

2) Caractéristiques des entretiens.

Les entretiens ont été réalisés entre septembre 2020 et mars 2021, en présentiel sur le lieu d'activité ou à leur domicile, ou téléphoniquement selon leur souhait, notamment pendant l'hiver 2020 où le territoire faisait face à une 2^{ème} vague de COVID-19 (lors de la réalisation des premiers entretiens en septembre 2020, la circulation du virus était très active, particulièrement en Occitanie qui était en zone rouge et le département de l'Hérault était classé en niveau de vulnérabilité élevé (comme le Gard, les Pyrénées-Orientales, l'Aveyron...)).

La durée moyenne des entretiens a été de 30 minutes.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Durée	26'	31'	25'	33'	38'	32'	25'
Mode	Présentiel	Présentiel	Présentiel	Téléphonique	Présentiel	Téléphonique	Présentiel
Lieu	Cabinet	Cabinet	Cabinet		Domicile		Laboratoire

B. Mise en place du Centre COVID

1- Février-Mars 2020 : situation problématique et réorganisation du cabinet

Au cours des mois de janvier et février, nous nous tenions informés quotidiennement de la situation sanitaire sur le territoire via les médias, les communiqués de presse du Ministère de la santé, les notes de la Direction générale de la santé, les mails du Conseil de l'Ordre des Médecins, le DUMG. Les réseaux sociaux (Twitter, Facebook), espaces d'échanges informels entre les professionnels de santé de l'ensemble du territoire, constituaient également une source d'informations intéressantes.

Au sein du cabinet, devant l'ampleur que prenait l'épidémie et en particulier devant les difficultés rencontrées par les confrères et consœurs du Haut-Rhin, nous commençons à nous interroger sur les mesures nécessaires à mettre à place pour nous préparer au mieux à la vague infectieuse.

La découverte d'un cluster de plusieurs milliers de personnes, le 26 février 2020, après un rassemblement évangélique à Mulhouse, a renforcé le besoin de mettre en place une conduite à tenir et une organisation adaptée à la crise COVID dans nos locaux.

Les connaissances sur l'agent viral étant limitées, il fallait souligner l'importance de cette réorganisation nécessaire, car les enjeux portaient sur divers sujets : la sécurité pour nous soignants (Faut-il porter des masques ? Des blouses ? Comment se procurer le matériel ?), la sécurité des patients et les conditions d'accueil au cabinet, la fréquence du suivi des patients Covid positifs avec et sans facteurs de risques, le choix de les voir en présentiel ou de réaliser des téléconsultations, assurer le suivi des patients chroniques et gérer les soins urgents pouvant relever d'une prise en charge ambulatoire (et éviter l'engorgement des urgences).

La problématique centrale restait d'assurer une prise en charge sécurisée pour le patient et le soignant.

Le second élément problématique a été la diminution de la fréquentation du cabinet par une partie de la patientèle, porteuse de comorbidité chronique, consécutive aux annonces quotidiennes répétées (martelées) du Ministère de la Santé, via les canaux de communication (radios, internet, télévision).

a. Stratégie

Au sein du cabinet de la MSP, les médecins généralistes ont mis en place des mesures barrières dans la limite des moyens disponibles et effectué une filiarisation de la patientèle avec les outils disponibles au cabinet.

b. Plan d'action

1^{ère} étape : Mise en place d'un premier filtre téléphonique

Les deux médecins généralistes ont d'abord formé sommairement le secrétariat téléphonique à l'identification des patients rapportant des symptômes évocateurs d'infection à SARS-Cov2. Ils étaient ainsi répartis sur des créneaux horaires dédiés pour limiter les croisements entre patient et le risque de transmission interindividuelle.

Les rendez-vous étaient programmés, dans la mesure du possible, en fin de matinée et fin d'après-midi, et identifiés par un code couleur nous permettant d'anticiper leur accueil.

2^{ème} étape : Création de deux salles d'attente distinctes

La salle d'attente habituelle (un espace clos sans possibilité d'aération immédiate) a été réservée aux patients à priori indemnes du COVID-19 (sous-entendu, sans symptômes ORL ou respiratoires) tout en limitant leur nombre par heure.

Les malades étiquetés à risque d'être COVID positif étaient invités à patienter dans le couloir de la maison de santé quand ils étaient vus en présentiel.

3^{ème} étape : Introduction de la téléconsultation

Les téléconsultations ont été effectuées avec le logiciel sécurisé MEDICAM, mis à disposition par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins, et ont pris une part importante dans l'activité du cabinet.

Ils s'adressaient aux patients suspects de COVID-19 selon la symptomatologie présentée, aux pathologies bénignes, et aux patients chroniques devant renouveler leur traitement ne présentant pas de pathologie intercurrente.

La prise en charge de ces consultations rentrait dans le cadre du tiers-payant, soit une prise en charge à 100 % par l'Assurance-maladie, proposée exceptionnellement en raison du contexte sanitaire.

4^{ème} étape : Mise en place des mesures barrières en consultation présentielle

Nous avons décidé de porter en permanence des blouses tissus et de ne plus se présenter en habits civils. Le port du masque chirurgical ou FFP2 (selon leurs disponibilités) pour toutes les consultations étaient requis. Après chaque consultation, nous procédions à une désinfection : table d'examen, matériel (stéthoscope, thermomètre, etc.), chaises des patients, bureau et terminal bancaire.

Les pièces étaient aérées plusieurs fois dans la journée.

5^{ème} étape : Tenue d'un listing évolutif des patients suspect de COVID

Devant l'absence de tests disponibles en ambulatoire et l'incertitude diagnostique constante à cette période-là, tous les patients étaient considérés comme potentiellement porteurs du SARS-CoV-2 s'ils présentaient des symptômes faisant partie de signes connus de COVID-19 et pour lesquels aucun autre diagnostic n'était envisagé.

Tous les patients suspects étaient identifiés sur un tableau Excel, mis à jour quotidiennement par les médecins du cabinet, où figuraient leur âge, leurs comorbidités, la date des premiers symptômes, la date présumée à laquelle ils pourraient reprendre une activité professionnelle ou scolaire pour les enfants. Ils étaient recontactés téléphoniquement à titre systématique pour la surveillance à 48 heures s'ils étaient atteints de maladies chroniques (cardiovasculaires, respiratoires, immunodépression...) et entre le 7^{ème} et le 12^{ème} jour dans les autres cas.

c. Évaluation

Il est arrivé à plusieurs reprises de se retrouver face à des patients avec des symptômes évocateurs de COVID-19 du fait d'une erreur de triage téléphonique et qui ont pu se retrouver dans la mauvaise salle d'attente ou être vus à des créneaux moins appropriés (en milieu de matinée ou milieu d'après-midi).

De plus, il faut préciser que l'identification des patients potentiellement porteurs de coronavirus s'est basée sur les connaissances scientifiques de l'époque qui étaient encore limitées. Les principaux symptômes retenus étaient ceux d'un syndrome pseudo-grippal (fièvre, toux, courbatures) et la proportion de porteurs asymptomatiques était encore inconnue.

Il est possible que nous ayons vu en consultation des personnes asymptomatiques pour d'autres motifs.

Les téléconsultations ont posé des difficultés sur différents points : des difficultés cliniques (l'absence d'examen physique rendant plus complexe l'appréciation du degré de sévérité d'une pathologie, qu'elle soit COVID-19 ou autre), des difficultés organisationnelles (caractère chronophage des téléconsultations surtout sur la partie administrative (ordonnances, arrêt de travail, certificats à envoyer par courriel), des difficultés inhérentes à la technique avec des connexions de mauvaise qualité rendant la vidéo-consultation infaisable avec le logiciel MEDICAM. Un relai a souvent été pris soit par téléphone soit par vidéo avec les réseaux *Skype* et *What's App* posant une problématique de sécurité des données.

d. Réflexion

Les mesures mises en place pour sécuriser le circuit du patient présentaient des failles en accueillant le patient dans les locaux du cabinet.

Il était donc nécessaire d'ajuster le plan d'action pour répondre aux besoins des praticiens et lutter efficacement contre la pandémie.

2- Mars – avril 2020 : naissance du Centre COVID-19

Devant les difficultés rencontrées au cabinet malgré les mesures mises en place et leur insuffisance en termes de sécurité, il a été envisagé, en se basant sur le modèle perpignanais, de créer une structure dédiée à la consultation des patients suspects.

Cette structure avait pour objectif de sécuriser la prise en charge des patients COVID présumés et non-COVID et limiter le risque de contamination des soignants au contact de patients infectés.

a) Canevas du projet

Une réunion officielle a été organisée le 24 mars 2020 à la mairie afin de pouvoir échanger sur la validité du projet et des conditions de réalisation. Étaient présents, cinq médecins généralistes dont les deux initiatrices du projet, une interne de médecine générale investigatrice dans cette recherche-action, les représentants des pouvoirs publics locaux (maire, directeur général). Les IDE volontaires avaient donné leur accord de principe en amont de cette réunion.

Les sujets abordés concernaient la légitimité de cette structure locale, ses bénéficiaires, mais aussi le lieu (qui devait remplir le cahier des charges de l'ARS pour faire office de centre COVID), les moyens techniques, administratifs et humains nécessaires.

Pourquoi un centre COVID sur Prades-Le-Lez ?

La discussion a été axée sur l'opportunité que représentait un tel site : il répondrait à la fois aux besoins des soignants de travailler en sécurité et permettrait aux pouvoirs locaux de participer à la prise en charge de leurs administrés.

Les intervenants se sont accordés sur le fait que l'examen d'un patient suspect de COVID-19 dans un lieu dédié pouvait permettre de lutter efficacement contre la propagation du virus.

Il a été admis également, qu'en dépit du fait que l'Occitanie soit relativement épargnée à ce stade de l'épidémie et que les cabinets respectifs des différents acteurs ne soient pas submergés par des patients suspects, il était utile d'avoir une structure opérationnelle en cas de « vague » de contamination dans la région. Ce point était conforté par le constat d'une dégradation de la situation épidémique dans les régions Grand Est et Ile de France et des difficultés rencontrées par ses soignants.

Ce « centre test » représenterait une « sorte de préparation » pour les soignants libéraux.

Il a été convenu que le centre ne serait pas un centre de dépistage et qu'en premier lieu, il n'y aurait pas de tests PCR réalisés ni sur site ni sur prescription, car cela ne rentrait pas dans les recommandations de l'époque.

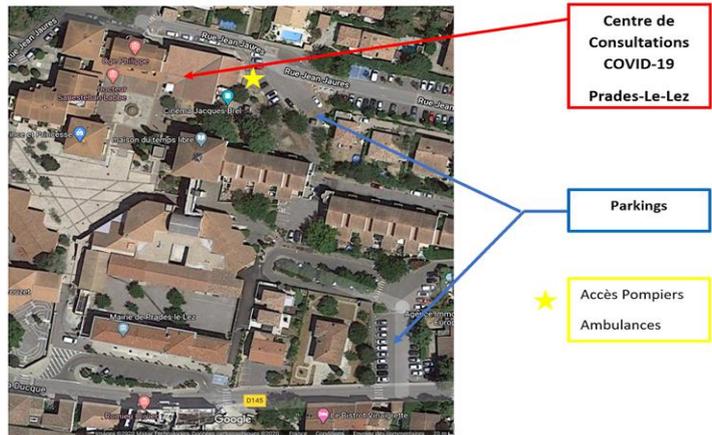
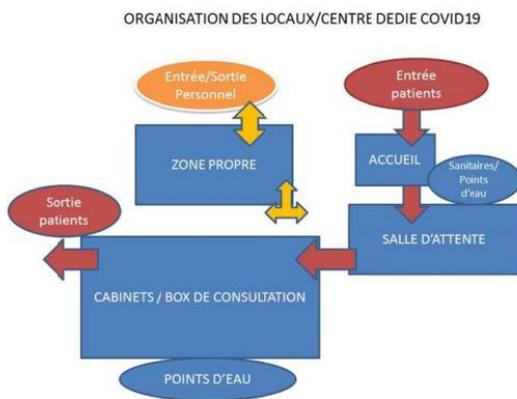
Pour qui ?

Les bénéficiaires ont été définis comme étant des patients nécessitant d'être vus en consultation pour examen clinique en cas de facteurs de risque, de signes de gravité à l'interrogatoire téléphonique.

Les patients reçus pourraient être des Pradéens, également venir des villages alentour en cas de nécessité.

Où ?

Au terme de cette réunion, une salle municipale (salle de cinéma Jacques-Brel) a été retenue et visitée le jour même, recevant la validation des différents professionnels de santé. Sa situation géographique, au centre du village, à proximité des différents cabinets médicaux et de la mairie, et son accessibilité (grand parking) ont été des éléments facilitants. La disposition des locaux a été calquée sur celle du centre de Perpignan en s'appuyant sur les recommandations du 23 mars 2020 émises par l'ARS.(51)



- Structure :

Entrée par l'entrée principale et sortie par la porte arrière

Sanitaires à l'entrée

1 salle d'accueil

1 salle de consultation

1 vestiaire avec stockage

1 salle stockage poubelles et DASRI

Accès ambulance avec trajet PMR à l'arrière du bâtiment (accès pompiers et ambulances)

La télérégulation se faisait le plus souvent au cabinet du permanencier durant sa consultation habituelle.

Quels horaires d'ouverture ?

Le centre était ouvert cinq jours sur sept avec une double activité :

- une télé-régulation des appels assurée par les médecins généralistes et internes de médecine générale de 9 h à 18 h, servant de plateforme d'orientation des patients (consultation au centre, téléconsultation avec leur médecin traitant, avis du centre 15).

- une activité de consultation physique sur le centre des malades télé-régulés de 14 h à 17 h 30 ou adressés directement par leur médecin généraliste.

Selon quelles modalités ?

- Télérégulation :

La régulation des appels et l'organisation des RDV sur le centre étaient gérées par un médecin d'astreinte téléphonique (les internes pouvaient intervenir sur la ligne sous séniorisation du MSU).

Chaque soir, la ligne, fournie par la mairie, était récupérée sur le centre puis basculée sur le

téléphone du médecin d'astreinte pour le lendemain. Les médecins étaient chargés de noter quotidiennement le nombre d'appels et l'orientation retenue (téléconsultation, surveillance simple, appel au centre 15). Le numéro était accessible sur les plateformes de prises de rendez-vous des médecins, affiché dans leur cabinet et diffusé par la mairie.

- Gestion des rendez-vous :

Les rendez-vous étaient notifiés sur un agenda partagé sur un *Google drive* consultable par l'ensemble des médecins impliqués.

Le positionnement de patients sur les créneaux d'examen s'est fait de deux façons :

- Sur régulation téléphonique du médecin permanencier sur appel de patients ou du centre 15,
- Sur décision du médecin traitant qui officiait en tant qu'acteur au sein du centre.

Pour la première méthode, les patients étaient triés téléphoniquement via une ligne dédiée par un médecin régulateur du village selon un protocole précis : ce premier filtre permettait d'identifier les personnes correspondant aux critères pour être vues au centre. Dans le cas contraire, des conseils leur étaient dispensés et/ou elles étaient renvoyées vers le médecin traitant, en téléconsultation.

- Accueil des patients :

Les patients éligibles devaient se présenter seuls puis étaient reçus sur rendez-vous l'après-midi par un binôme médecin/IDE.

Ils étaient d'abord vus à l'accueil dans la zone d'attente par une IDE, ou un médecin, ou un interne, chargé de l'application des mesures barrières (masque, désinfection au SHA), puis du recueil des paramètres vitaux (température, saturation, fréquence cardiaque) et des données administratives.

Ils étaient ensuite dirigés vers le box de consultation médicale où se trouvait un médecin avec des équipements de protection individuelle.

À l'issue de la consultation, après examen clinique, le patient était soit dirigé vers son médecin traitant en téléconsultation, soit de nouveau convoqué pour un examen de contrôle dans les 48 heures (saturation oxymétrique de pouls, fréquence respiratoire), soit adressé aux Urgences en cas de signes de gravité. En cas de retour à domicile, il repartait avec une fiche d'information sur la surveillance clinique à effectuer (Annexe 4).

La sortie se faisait par la porte arrière.

Le médecin devait renseigner sur un tableau Excel le nombre de patients vus et leur devenir (retour à domicile, convocation à 48 heures pour réévaluation clinique, avis MIT, orientation vers une structure d'urgences).

Quelle traçabilité ?

Le compte-rendu de la consultation se faisait sur le logiciel <https://pro.orumip.fr/>, service numérique renseignant les données cliniques du patient, permettant le suivi des suspects de COVID et mis à disposition par l'ORU (Observatoire Régional des Urgences en Occitanie), accessible aux professionnels de santé (libéraux, hospitaliers). Chaque professionnel avait dû s'y enregistrer au préalable. C'est sur la base des données colligées dans ce logiciel que l'ARS émettait ses bulletins de suivi régional de l'évolution de la crise.

Définitions du rôle des acteurs

Nous avons pu distinguer différents types d'acteurs selon leur degré d'implication dans l'activité du centre : les acteurs de terrain, les acteurs de l'ombre.

Trois acteurs principaux, de terrain, étaient mobilisés par jour pour faire fonctionner le centre : un médecin en régulation téléphonique et un médecin sur le lieu de consultation, accompagné d'une infirmière ou d'un interne à l'accueil du centre, pour recueillir les paramètres vitaux et procéder au recueil administratif.

La mairie avait le rôle logistique en fournissant le local, s'occupant du nettoyage du centre et de la fonctionnalité du matériel informatique, ligne téléphonique et connexion internet. Elle avait également fourni une partie du matériel de protection.

La MSP Pauline Lautaud a fourni du matériel de protection (EPI), la collecte des DASRI, la prestation d'oxygène, l'aide organisationnelle par le biais de ses membres et de son coordonnateur. Elle avait également un rôle plus administratif de coordination avec l'ARS.

La référente du centre était identifiée et son numéro diffusé.

Nous devons mentionner l'existence d'acteurs officieux dont le rôle a néanmoins aidé le centre : des civils ont fait don de matériel de protection (visière) créé par imprimante 3D ; ainsi que des blouses, sur-chaussures, charlottes léguées par une entreprise agro-alimentaire.

Accompagnement des acteurs

Afin d'accompagner au mieux les soignants dans leur activité, des documents d'informations (fiche de poste, algorithme) sur la démarche à suivre, étaient mis à disposition dans la structure et transmis individuellement. (Annexe 5 - 6)

Ainsi, il existait :

- une fiche de poste du soignant préposé à l'accueil des patients,
- une fiche de télérégulation,
- une fiche de consultation.

Par exemple, lors de l'évaluation clinique d'un patient suspect de COVID, physique ou téléphonique, le médecin disposait d'un arbre décisionnel qu'il devait suivre, lui permettant de déterminer le degré de gravité du patient face à lui.

Afin de faciliter les échanges entre les différents acteurs médicaux et paramédicaux, un groupe What's App a été créé.

Quelle rémunération ?

Le type de rémunération, forfaitaire par l'ARS ou cotation à l'acte (comme une consultation classique) pour les médecins et IDE, n'était pas encore fixé lors du lancement de l'unité COVID.

Quels besoins matériels ?

Pour la fonctionnalité du centre, nous devons avoir deux ordinateurs avec une connexion internet, deux tables (une pour l'accueil et une pour la salle d'examen), des poubelles, du matériel DASRI, des EPI (blouses tissus, masques FFP2, charlotte, visières, lunettes plastiques, sur-chaussures, gants), gel hydroalcoolique, table d'examen clinique, une ligne téléphonique.

Quel soutien en cas de difficulté dans la prise en charge ?

En cas de difficulté au cours d'une consultation d'un patient suspect, le médecin présent sur le site pouvait contacter le Samu-centre 15, un médecin infectiologue du MIT référent COVID dont le numéro était mis à disposition, la ligne dédiée au COVID du CHU de Montpellier.

Visibilité du centre

Sur le plan régional, le centre était visible grâce à une cartographie interactive mis en ligne par l'URPS Occitanie. Au niveau départemental, le SAMU avait pris connaissance de la mise en activité de la structure et de sa ligne dédiée pouvant ainsi réorienter des patients se trouvant à proximité du lieu de consultation, si nécessaire.

À l'échelle locale, la mairie avait diffusé l'information par sa page *Facebook*, des affichages. Sa tentative de diffuser l'information à l'échelle régionale via la presse écrite (*Midi Libre*) n'a pas abouti.

Les coordonnées du centre étaient également affichées dans les cabinets médicaux.

Le jeudi 26 mars 2020, le numéro de téléphone de la ligne dédiée à la télérégulation fut mis en place par la mairie et la salle aménagée.

Le 31 mars 2020, le centre COVID de Prades-Le-Lez ouvrait officiellement ses portes. À cette date, on dénombrait 52 128 cas en France, dont 2 374 tests positifs et 887 hospitalisations en Occitanie, soit 241 dans l'Hérault.

b) Construction du planning

La répartition des jours s'est faite de la manière la plus équitable possible et en tenant compte des disponibilités de chacun.

c) Activité du centre

Le centre a été ouvert du 31/03 au 15/06/2020, soit 10 semaines.

Au cours du premier mois d'ouverture du 31/03/20 au 30/04/20 il y a eu 51 consultations réalisées (nouveaux patients et patients de nouveau convoqués).

À partir de la 5e semaine, l'ouverture du centre s'est faite pendant trois après-midis sur sept, au cours desquelles 7 consultations ont été réalisées.

Sur les 58 consultations réalisées :

- 24 ont abouti à un retour à domicile avec consignes de surveillance,
- 13 ont fait l'objet d'un conseil de téléconsultation avec le médecin traitant dans les jours suivants,
- 19 ont donné lieu à une nouvelle convocation sur le centre pour réévaluation clinique avec contrôle de saturation,

- 2 patients ont été adressés vers les services d'urgence du CHU Lapeyronie, dont un après avis demandé sur la ligne téléphonique dédiée du MIT, aboutissant à une hospitalisation.

La ligne téléphonique dédiée du MIT a été utilisée à deux reprises.

Les médecins du centre ont régulé 55 appels via la ligne dédiée du centre, avec 38 appels le premier mois et 17 appels le 2^{ème} mois, dont aucun au cours des deux dernières semaines :

- 12 ont conduit à la programmation de consultation dans le centre,
- 19 ont fait l'objet d'un conseil de téléconsultation avec le médecin traitant,
- 19 ont servi à la délivrance d'information et conseil,
- 5 appels étaient des erreurs de compréhension de patients souhaitant bénéficier d'un test PCR.

f. Analyse du dispositif

➤ Activité du centre

La répartition des rendez-vous n'a pas toujours été homogène : certains après-midis ont été plus chargés que d'autres (parfois sept consultations) ; il est arrivé à deux reprises qu'il n'y ait pas de consultations l'après-midi, alors que deux soignants s'étaient déplacés.

L'absence de patient, une après-midi, a provoqué le retrait d'un des acteurs qui s'était mobilisé ce jour-là.

L'inégalité de répartition des rendez-vous a été problématique pour les acteurs et a conduit à se demander s'il y avait un intérêt à maintenir l'ouverture du centre tous les jours de la semaine (en dehors des fins de semaine).

Cette situation a pu provoquer une certaine frustration des acteurs, médecins généralistes, notamment ceux qui avaient interrompu leur activité au cabinet de médecine générale pour venir au centre : une perte de temps et d'argent.

À la fin de la semaine 17, cette diminution d'activité, et donc la perte de rentabilité financière pour les intervenants, a remis en question la viabilité du centre.

Après concertation entre les différents participants, il a alors été convenu de modifier les plages d'ouverture en fonction de l'affluence et d'ouvrir trois jours par semaine, en mettant en place une astreinte le reste du temps.

Une réunion en visioconférence était organisée, en parallèle le 7 mai, entre l'instigatrice du centre et les IDE participantes pour recueillir leur retour sur leur activité au sein du centre : la fréquentation fluctuante de patients avait donné le sentiment d'avoir un rôle assez limité.

Cette adaptation a assuré une pérennité de la structure pour encore 4 semaines.

Concernant le logiciel ORU de suivi des patients, les zones de remplissage restreintes limitaient la quantité d'information que le médecin pouvait apporter au dossier.

➤ **Activité du centre comparée à l'activité ambulatoire dans l'Hérault**

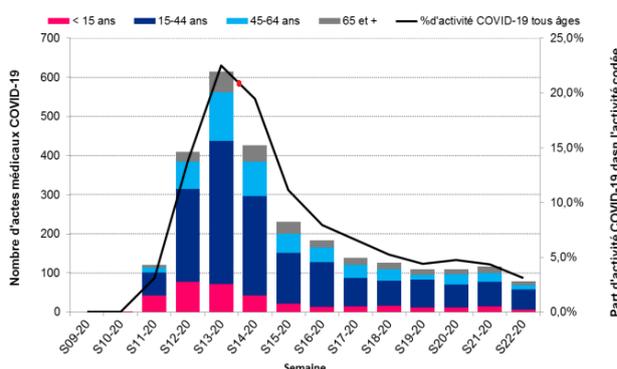
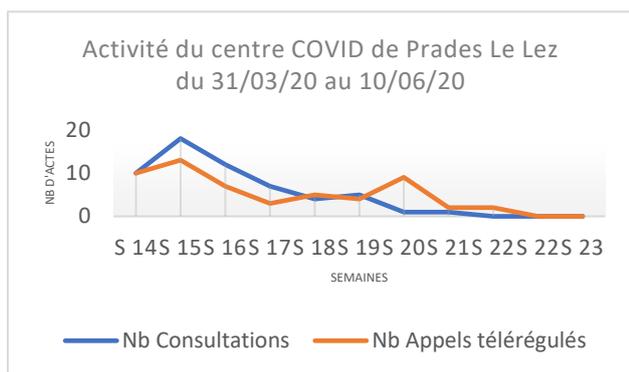


Figure 1. Nombre hebdomadaire d'actes et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge (source : SOS Médecins, au 3/06/2020)

Le graphique de droite correspond à la courbe d'activité et au nombre d'actes hebdomadaires effectués par SOS Médecins, chargé de la surveillance syndromique en ambulatoire, dans le département de l'Hérault de février à juin à 2020. Les données sont issues de Santé Publique France.

L'ouverture du centre a été représentée par un point rouge sur la courbe d'activité du graphique de droite et s'est faite en semaine S 14 correspondant à la semaine du 30 mars au 5 avril de la surveillance épidémique.

On observe que la structure a démarré son activité en période de décroissance épidémique dans un contexte de confinement.

À partir de la semaine S 18, le centre a assuré une permanence médicale physique trois après-midis par semaine, le reste du temps le médecin posté avait un rôle d'astreinte.

La semaine S 19 correspond à la semaine du 4 au 10 mai, c'est-à-dire la semaine précédant la levée du confinement du territoire prévue pour le 11 mai 2020.

La courbe du nombre d'actes de consultations hebdomadaires du centre décroît progressivement comme celle du département.

3- Mai 2020 : Déconfinement et diversification des missions du centre

a) Situation de l'épidémie

Le 11 mai 2020, le confinement était levé avec des spécificités régionales.

Après six semaines de confinement national, ses effets sur le nombre de patients malades hospitalisés, admis en Réanimation et décédés commençaient à être perçus. Le taux de transmission du virus avait diminué de 70 %. Le taux de reproduction de base R_0 du virus passait de 3,3 à 0,45 d'après les données de l'Institut Pasteur. En Occitanie, l'effet du confinement s'était ressenti très positivement et avait permis un ralentissement de l'épidémie, plaçant la région en zone verte sur la cartographie.

Toujours selon l'Institut Pasteur, la population française avait été infectée à hauteur de 6 % par la COVID-19 à la date du 11 mai 2020, chiffre largement inférieur aux 70 % nécessaires pour l'obtention d'une immunité collective. Les prédictions de l'Institut Pasteur tablaient sur un nombre de 77 cas par jour (la fourchette de confiance de 95 % se situant entre 44 et 164) à cette date, en région Occitanie.

Cependant, les enjeux du déconfinement restaient majeurs, car l'objectif principal était d'éviter que le R_0 ne redevienne supérieur à 1.

Ainsi, le conseil scientifique, le 20 avril, préconisait dans un communiqué de repasser à la stratégie utilisée en phase 1 c'est-à-dire que pour réussir le déconfinement nous devons identifier 75 % des personnes infectées, les isoler et casser de cette manière les chaînes de transmission.

Les recommandations de dépistage étaient ainsi modifiées et étendues.

Pour ce faire, l'ARS Occitanie, le CROM, les URPS médecins et biologistes d'Occitanie avaient publié un communiqué invitant les acteurs des soins primaires à dépister massivement toute personne symptomatique ainsi que les cas contacts par RT-PCR en anticipation du 11 mai.(35)

b) Stratégie d'ajustement : diversification des missions du centre

Devant cet élargissement des tests à l'ensemble des patients symptomatiques, le sujet de pratiquer les RT-PCR sur le centre a été abordé de nouveau entre les acteurs et soutenu par une partie d'entre eux.

L'activité d'examen clinique s'étant allégée, nous pensions qu'introduire du dépistage le matin serait faisable. La biologiste du village était contactée et devenait un membre actif dans la stratégie locale de lutte contre le COVID-19.

1^{ère} étape : Mise en place d'un dépistage des personnes suspectes symptomatiques et des cas contacts

Synthèse du contenu d'une réunion téléphonique du 5 mai 2020 réunissant la coordinatrice du centre, la biologiste et le responsable des laboratoires SYNLAB

Au cours de cet échange, les éléments légitimant cette nouvelle mission étaient abordés :

- participer à l'échelle locale à la stratégie nationale et éviter une mise en échec du confinement,
- rendre service à la population de Prades-le-Lez en lui permettant de se faire tester plus facilement sur le village,
- soulager le laboratoire du village qui faisait face à un afflux massif d'appels pour dépistage et limiter la surcharge de travail liée aux prélèvements. Il est à noter que le laboratoire du village avait déjà fait l'objet d'un accroissement d'activité dès le début de la pandémie, les laboratoires des villages limitrophes ayant fermé leurs portes en début de confinement.

Le centre devenait un lieu de dépistage avec la mise en place des prélèvements sur des créneaux dédiés distincts de l'activité de consultation.

De nouvelles missions étaient attribuées aux acteurs sur base du volontariat :

- les IDE et les internes étaient chargés de pratiquer le prélèvement qu'ils acheminaient au laboratoire,
- la biologiste avait accepté de former bénévolement, sur son temps de repos, les préleveurs
- le matériel nécessaire au prélèvement et l'équipement étaient fournis par le laboratoire SYNLAB,
- le qualicien du laboratoire de biologie s'impliquait en mettant à disposition un document informatique au format PDF modifiable partagé, entre les différents acteurs du centre, et servant à remplir les éléments nécessaires à la constitution du dossier.

Les trois autres médecins participant à l'activité de consultation du centre n'avaient pas souhaité s'engager : il existait un sentiment de travailler au service du laboratoire.

Au plan financier, la facturation était faite à l'acte pour les médecins et les IDE. Les internes conservaient la même rémunération, au titre de leur stage habituel.

Sur le plan organisationnel, deux acteurs seraient mobilisés 2 heures chaque matin en plus de l'activité de consultation ayant lieu l'après-midi et devaient prélever 1 personne par dix minutes, soit 12 au total.

Sur le plan administratif, il existait des inquiétudes concernant la prise de rdv qui était associée à une lourdeur administrative supplémentaire, de la part du laboratoire qui faisait face à un accroissement de son activité, et des médecins déjà affectés à la télé-régulation des patients.

La solution a été apportée par la mairie : elle proposait d'affecter des employés municipaux à une seconde ligne téléphonique qui devrait gérer les appels pour des rdv PCR.

2^{ème} étape : Sélection de la zone de prélèvement avec la validation du médecin biologiste.

Le 11 mai 2020, la médecin biologiste visitait le centre COVID et définissait avec les acteurs présents la zone dédiée aux prélèvements.

Le même jour, la population française était déconfinée progressivement : les commerces rouvraient, les déplacements de plus de 100 km étaient interdits et le port du masque devenait obligatoire dans les transports en commun.

Au cabinet des médecins instigateurs du projet du centre, les téléconsultations se poursuivaient, les patients chroniques étaient de retour, et les pathologies aiguës non-urgentes (entorses, otalgies, dermatologie) refaisaient leur apparition.

La patientèle âgée principalement, souffrant de déficit sensoriel, manifestait le souhait d'être reçue en présentiel. Le choix a été donc fait d'alterner téléconsultations et consultations physiques, de façon à ce qu'il n'y ait jamais de patient dans la salle d'attente.

3^{ème} étape : Démarrage des prélèvements

Le 20 mai 2021, le centre avait débuté une activité de prélèvements, effectuant 11 tests PCR dès le 1^{er} jour.

Les patients accueillis étaient des cas suspects, des sujets contacts et des bilans pré-opératoires.

Rapidement, était fait le constat de la lourdeur administrative prépondérante dans cette nouvelle mission malgré l'aide apportée par la mairie. Le médecin, positionnant le patient sur un créneau de rendez-vous, devait remplir un document colligeant diverses informations médicales et non-médicales, activité supplémentaire et chronophage en sus de sa mission de télérégulation, de consultation au centre et à son cabinet.

L'activité de prélèvement a rapidement cessé dès la 2^{ème} semaine, en raison de la faible demande de la population.

Le 15 juin 2020, la mairie et les 6 médecins ayant participé au centre se réunissaient et décidaient de la fermeture définitive du centre COVID de Prades-Le-Lez.

C. Entretiens qualitatifs

1 – Avec la crise sanitaire, l'équilibre personnel et professionnel du soignant a été rompu en première partie de pandémie le conduisant à se remettre en question

1.1 Sur le plan professionnel, le soignant s'est retrouvé confronté à la problématique nouvelle de gestion du risque infectieux, d'ordre pratique et théorique, venue soulever des craintes dans son quotidien, mais aussi à la difficulté de trouver sa place dans la stratégie globale de lutte contre la pandémie orchestrée par les autorités.

a. La crainte de la contamination, une préoccupation centrale pour le soignant.

La crainte de la contamination de l'autre liée à son activité professionnelle, dans le contexte d'aggravation épidémique et d'incertitude systémique, a été une préoccupation centrale pour le soignant en début de pandémie qui a vu son statut évoluer d'acteur du soin à « vecteur de transmission ».

En début de pandémie, le soignant éprouvait une peur importante à l'idée d'avoir une responsabilité dans la contamination de l'autre et des complications possibles, en lien avec sa profession.

Il craignait surtout une contamination de sa patientèle, notamment les sujets fragiles chroniques (immunodéprimés, polypathologiques, âgés), mais aussi de ses proches qui viendrait soulever la question de la qualité de sa pratique.

La peur d'être contaminée soi-même était paradoxalement faible chez les soignantes qui craignaient peu d'être sujet à des complications et s'inquiétaient davantage à l'idée de transmettre la maladie.

E2 : Ce qui m'importait plus c'était de pas contaminer les patients et de pas contaminer la famille.

E3 : Beaucoup d'inquiétudes au début et puis d'angoisses pour mes proches, pour mes parents qui ont plein de facteurs de risque en plus de l'âge. **Pour vous ? Pour moi ?** Pas du tout, jamais.

E4 : la peur principale et je pense que c'est la même pour les patients aussi d'ailleurs, ce n'est pas tant d'être malade soi-même, mais c'est plutôt de l'avoir transmis à des gens fragiles.

Elles relativisaient sur le risque de complication considéré comme faible en cas d'infection en s'appuyant sur les données scientifiques.

E2 : Et encore en avançant dans le temps, je me disais bon si je contamine ma famille, ils n'ont pas de facteurs de risque ça va bien se passer quand même.

E3 : Après, il y a des statistiques, ça pourrait mal se passer pour moi aussi, mais j'ai quand même peu de facteurs de risque donc je garde la tête froide.

Le soignant envisageait deux types de contamination possibles qui pourraient lui être imputables : directe, à son contact, car il serait porteur du SARS-CoV2 ; indirecte, dans le cadre d'une contamination au sein du cabinet par transmission croisée. Dans le premier cas, le soignant aurait fait une faute d'asepsie qui l'aurait conduit à devenir « *un vecteur de transmission* », inquiétude très présente chez les infirmières interrogées ; le second cas renverrait à une problématique plutôt organisationnelle avec une mauvaise gestion des flux de patients par les médecins dans leurs locaux.

E3 : On avait une stagiaire avec nous, donc on multipliait un peu les risques. Il y avait encore plus d'hôtes possibles au virus.

E5 : C'est nous le vecteur entre chaque patient, à nous de faire très attention parce qu'on rentre chez tout le monde, donc euh, c'était nous le vecteur.

E2 : Au cabinet ce qui était difficile déjà de savoir comment protéger les patients en évitant qu'il y ait des croisements entre des patients potentiellement malades et des patients qui potentiellement ne l'étaient pas.

Cette position inconfortable de « vecteur ou d'hôte » a été difficile à vivre car, incompatible avec le respect d'un des principes fondamentaux de la médecine « *Primum, non nocere* ».

Le poids de cette responsabilité potentielle (de porter atteinte à la santé des proches et de la patientèle) a été une source quotidienne d'anxiété, de stress et de culpabilité pour le professionnel et l'un des éléments décisifs dans sa volonté d'adapter ses pratiques au contexte sanitaire.

E1 : On a certains patients un peu fragiles, donc ça nous freinait beaucoup tant qu'on n'avait pas le centre pour faire venir les patients au cabinet.

E2 : Ce côté-là, de la crainte de pouvoir contaminer les autres patients était difficile.

E3 : (En parlant de son beau-fils) - Ma crainte au niveau personnel c'était d'infecter ce petit... j'imagine que le risque était faible mais après qu'on puisse nous le reprocher, me le reprocher, ça c'était la plus grosse inquiétude que j'avais.

La crainte de la contamination était due aux conséquences désastreuses qu'aurait pu avoir une COVID-19 chez une personne infectée par son biais, ce dont le professionnel avait parfaitement conscience.

Ainsi pour une des IDE, la peur ne se limitait pas à l'infection d'une patiente particulière, mais au risque de contamination disséminée, de réaction en chaîne, liée à sa profession qui lui imposait des déplacements au domicile.

E3 : C'était la première patiente de la tournée du matin donc ça aurait pu être catastrophique. Cette prise de conscience, de la gravité de la maladie et de la situation épidémique, n'a pas été immédiate pour les acteurs des soins primaires qui ont pu initialement « *se sentir épargnés* » par comparaison au secteur hospitalier. Ce sentiment d'épargne était dû à l'absence d'expérience directe dans le cadre de leur activité ou de leur vie personnelle d'une infection grave à coronavirus.

E3 : Puisque nous on est en libéral... J'étais très peu confrontée.

E4 : On a quand même été relativement, relativement épargnés. Enfin on n'a pas eu tant de cas graves que ça dans notre clientèle.

E5 : Dans notre village, je pense qu'on est quand même, même si on sait s'il y a eu des cas de COVID, il y a eu des surveillances, des gens qui ont été hospitalisés mais on est quand même en décalage avec ce qu'il se passe véritablement dans les services.

E1 : C'est vraiment ce patient-là, qui m'a, qui nous a marqué et nous a fait un peu prendre conscience de la gravité de la situation et de ce que le COVID pouvait impliquer.

b. Une remise en question de la pratique

Pour limiter ce risque de contamination, rapidement, chaque professionnel a mené une réflexion sur sa pratique tenant compte de sa conception d'une activité de soin de qualité, de son angoisse liée à l'incertitude globale de la situation, mais aussi des craintes de sa patientèle, l'ensemble aboutissant à une remise en question des différents aspects de son activité (organisationnelle, technique, relationnelle).

Il s'agissait de savoir si le mode de fonctionnement habituel était jugé compatible avec les nouveaux enjeux qu'impliquaient de travailler en période de pandémie, à savoir s'il garantissait la sécurité du patient à priori indemne de la maladie en premier lieu, mais également celle des proches et du professionnel, tout en s'occupant des patients suspects de COVID-19.

E2 : Ça me semblait important pour protéger les patients encore une fois et aussi un peu pour protéger les professionnels mais surtout les patients

E5 : Il y avait ce côté sécurité du patient à prendre en compte qui a un peu changé la donne dans la façon de procéder

Ainsi, dans les premiers temps de la pandémie, le soignant s'est interrogé sur la légitimité de son organisation actuelle en regard des données disponibles de la médecine et sur les conséquences péjoratives qu'elle pourrait occasionner chez ses patients.

E1 : Sur le plan pratique, on s'est posé beaucoup de questions sur notre organisation.

E3 : On avait une stagiaire avec nous, donc on multipliait un peu les risques nous : il y avait encore plus d'hôtes possibles au virus.

Le constat avait été dressé que le risque de contamination n'était pas maîtrisé dans ce type de configuration et que maintenir l'organisation précédant la crise en ayant conscience du risque encouru pour la patientèle fragile, allait à l'encontre de la déontologie.

E1 : On a certains patients un peu fragiles donc ça nous freinait beaucoup.

E5 : Je ne vais pas aller chez un patient COVID + surveillé à domicile qui crache qui tousse juste avant et juste après mon patient leucémique de 4 ans qui est en aplasie

Un autre paramètre pris en considération par les médecins généralistes dans leur réflexion était la désertion brutale des cabinets, témoignant de la peur ressentie par les patients vis-à-vis des lieux de soins qui avaient été associés à des « lieux de contamination ».

E4 : Nos cabinets se sont vidés.

E6 : Les gens avaient vraiment très peur, ils avaient vraiment la trouille d'attraper le virus en venant au cabinet.

E2 : Les téléconsultations on en a fait beaucoup pour sécuriser les patients.

Cet évènement venait soulever des interrogations supplémentaires pour le professionnel sur la conduite à adopter pour limiter les effets négatifs de cette autre conséquence de la crise.

Au-delà des inquiétudes liées à la perte de leur source de revenus qui pouvait les mettre en difficultés, il existait une peur réelle de méconnaître ou de prendre en charge trop tardivement des complications de santé chez des patients chroniques qui auraient été perdus de vue, donnant au soignant le sentiment de « perdre la main sur sa patientèle ».

Pour certains soignants, cette crainte de la contamination au sein de leurs locaux avait aussi pu être perçue comme une remise en question du lien de confiance existant entre lui et le patient.

E2 : J'avais l'impression qu'on perdait, tu vois, un peu la main sur tous les autres patients avec des craintes qu'il y ait des choses ce qui s'est confirmé d'ailleurs

E6 : C'était angoissant parce qu'avoir quatre personnes par jour au cabinet, on se demande où est ce qu'on va aller

Dans ces conditions, le soignant s'est interrogé, faisant naître une angoisse « de ne pas savoir » face aux conséquences négatives sur l'activité professionnelle en raison de l'incertitude globale de la situation.

Car en plus d'être sujet chaque jour à la crainte de la contamination, le professionnel de santé s'est retrouvé confronté à des questionnements d'ordre pragmatique sur la prise en charge de la COVID-19, de la patientèle « non ou extra-COVID », mais aussi à des inquiétudes plus abstraites en lien avec l'avenir professionnel, personnel et de la société, le plaçant dans une atmosphère de panique.

E1 : Sur le plan professionnel, ça a été très angoissant...surtout dans les premiers temps où ne savait pas du tout ce qu'on devait faire.

E3 : L'impression de vivre un cauchemar, des fois je me réveillais et je me disais ce n'est pas possible, ce n'est pas vrai ce qu'on vit.

E7 :Au début, on ne savait pas trop où on allait...c'était bizarre, même les, enfin tout le monde paniquait, tout le monde était un peu dans la panique quoi, patients, médecins.

En raison du manque de données disponibles sur les caractéristiques physiopathologiques de l'agent viral, le soignant a rencontré des difficultés concernant l'attitude à adopter pour prévenir ce risque infectieux et à identifier les moyens techniques nécessaires pour y parvenir.

E1 : On était dans beaucoup d'interrogations sur le mode de transmission.

E2 : Après, c'était des questions purement pragmatiques : « Quel matériel on utilise pour nettoyer ? Est-ce qu'il faut aérer ? Est-ce que la clim, c'est vraiment un problème ? Est-ce

qu'on fait attendre les patients dans la rue, est-ce qu'on fait attendre les patients dans le couloir ? »

E5 : Tout début on ne savait pas s'il fallait mettre masque, pas masque.

Cette incertitude a également concerné la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la COVID-19 qui cumulait défaut de connaissances théoriques mais aussi moyens limités accessibles en ambulatoire à cette époque.

E1 : C'est le cas d'un patient qui était très suspect COVID, c'était au mois de mars. À l'époque on n'avait pas de test à disposition.

E6 : L'exemple du jeune homme qui toussait, euh, je ne savais pas qu'en faire... On ne disait pas s'il fallait faire des radios, des scanners...

Même lors de la mise à disposition en ville des tests de dépistages par RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé en avril 2020, l'inconfort persistait pour les médecins généralistes soumis à une obligation de respect des indications prioritaires pour le diagnostic ambulatoire, au motif difficilement acceptable d'insuffisance de tests disponibles sur le territoire.

E1 : En tout cas on n'était pas censés tester les patients.

Pour les médecins généralistes, ces éléments ont retenti négativement sur leur exercice venant remettre en doute la qualité et l'innocuité de la pratique et bloquant transitoirement leur activité. Cette stagnation dans sa démarche de soins habituelle a pu donner l'impression au professionnel de ne pas faire de la bonne médecine et a provoqué un sentiment d'impuissance face au patient.

E1 : Pour nous, le cabinet était un peu sinistré et on pouvait plus voir personne.

E6 : L'exemple du jeune homme qui toussait, euh, je ne savais pas qu'en faire... J'étais bien embêtée euh, pour le rassurer parce qu'à l'époque, il n'y avait pas de consensus, on ne disait pas s'il fallait faire des radios, des scanners... J'étais le seul interlocuteur, j'ai l'impression qu'on faisait... qu'on jouait à l'apprenti sorcier.

À noter, lorsque la situation s'est inversée, passant d'une bibliographie pauvre sur le sujet à une profusion d'informations, le soignant ne s'est pas forcément senti mieux équipé intellectuellement pour avoir une ligne de conduite claire dans sa pratique, du fait de nombreuses contradictions.

E2 : On recevait des documents de la DGS, puis le lendemain on recevait un autre document de la HAS ou de la CPAM qui n'était pas forcément avec les mêmes recommandations, et ça c'était compliqué de ne pas avoir une ligne de conduite claire.

E5 : Des fois le lundi on nous dit une chose, le jeudi on nous dit autre chose.

c. Une place difficile à trouver dans l'organisation de la stratégie sanitaire

Les acteurs des soins primaires ont eu du mal à trouver leur place dans la stratégie sanitaire globale aussi bien en tant qu'acteur participant activement à la lutte contre la pandémie qu'en tant que professionnel reconnu comme souffrant de cette crise.

Les soignants ont vécu les communications médiatiques et politiques faites pendant la crise comme un manque de considération et une exclusion douloureuse de la prise en charge des patients COVID. Cette exclusion transparaissait à travers un discours politique hospitalo-centré, et une concentration des moyens matériels (diagnostiques et protection) dans les structures hospitalières.

E2 : Au moment de toutes les annonces politiques et autres qui mettaient beaucoup en avant l'hôpital. Hôpital et la réa qui étaient bien sûr indispensables, mais j'ai eu l'impression plutôt du côté négatif qu'on a été complètement évincés du début de cette pandémie

1) Influence négative des médias

La communication médiatique sur la crise sanitaire a affecté négativement le soignant libéral, aussi bien médecins généralistes qu'infirmiers en offrant une vision partielle et réductrice.

L'importante médiatisation des difficultés hospitalières et l'absence de visibilité accordée aux soins primaires a occulté la réalité d'un secteur ambulatoire en souffrance, touché de façon différente par la crise et donnant l'impression que les conséquences de la pandémie de COVID-19 se limitaient à des hospitalisations de cas graves de patients en insuffisance respiratoire aigüe et à une mise en tension hospitalière.

E2 : Quand tu rentrais le soir avec ta journée difficile, très difficile, et que tu regardais les infos (ce que je n'ai plus fait au bout d'un moment), tu n'entendais que parler de l'hôpital

E4 : Ce n'est tellement pas en phase avec ce qu'on vit.

Cette médiatisation orientée a conduit certains libéraux à se mettre en comparaison avec le secteur hospitalier et à minimiser l'impact de la crise sanitaire sur leur activité professionnelle : en tant que professionnel « libéral », il existait un sentiment d'avoir été épargné par les conséquences graves de la crise en regard des difficultés hospitalières, de « ne pas avoir été dans l'urgence sanitaire ».

E3 : Marquante, pas vraiment en fait, puisque nous on est en libéral... J'ai été très peu confrontée.

E4 : Nous on a quand même été relativement, relativement épargnés. Enfin, on n'a pas eu tant de cas graves que ça dans notre clientèle.

Cette mise en comparaison a même généré chez une des IDE un sentiment de dévalorisation professionnelle la conduisant à déprécier l'importance de son activité.

E3 : Quand on voyait en réa, en machin... Moi, je faisais ma petite tournée, mes toilettes, ma prise de sang. Je me disais tu es une infirmière mais, tu ne sers à rien !

Le manque de représentativité de la situation ambulatoire dans les médias s'est aussi traduit par l'absence de communication sur les mesures mises en œuvre par le secteur libéral pour assurer la continuité des soins.

E2 : Tu n'entendais que parler de l'hôpital, d'augmenter les lignes de réponses téléphoniques qui étaient débordées et pas du tout de la possibilité de faire une téléconsultation avec son médecin.

Cette situation a conduit à une saturation de certains soignants.

E2 : Tu regardais les infos (ce que je n'ai plus fait au bout d'un moment).

E6 : Alors c'est très simple, si ce sont les informations de la télé, je ne les regardais plus... Je ne voulais plus les entendre.

2) Une divergence de conception de la stratégie sanitaire

Les soignants se sont sentis « en décalage » avec les décisions prises par les instances décisionnaires jugées déconnectées de la réalité de terrain et source de conséquence négative pour l'activité ambulatoire de médecine générale, inspirant défiance et déception au professionnel.

E3 : Quand on a entendu ce qu'on a pu entendre de la part des hommes et femmes politiques, on se rendait compte qu'il y avait des soucis. L'inquiétude va être sur ça.

E4 : Je trouve qu'on se rend bien compte à quel point les personnes qui rendent des décisions ne sont pas du tout connectées avec ce qui se passe dans la réalité des cabinets médicaux de ville et de l'hôpital, si tu veux.

E5 : J'étais complètement décalée, je me disais ce n'est pas possible quoi, on tue notre système comme ça...

Par exemple, la politique sanitaire adoptée en matière de délivrance des arrêts de travail a été incomprise par certains professionnels de santé, car en opposition avec l'éducation reçue pendant leur formation sur le concept d'économie de la santé.

E6 : J'étais très inquiète pour l'avenir de la société en général quand j'ai vu exploser le nombre d'arrêts de travail.

E5 : Moi, dans mes études, dès mon diplôme, j'ai été éduquée aux économies à la Sécurité Sociale, et là j'ai tout vu partir. Tout ce que j'ai fait comme économies depuis vingt-cinq ans de carrière.

De la même façon, la politique sur le *contact-tracing* a été vécue comme un « travail de dénonciation » par les médecins généralistes qui allaient à l'encontre de l'éthique.

E6 : On nous a demandé de faire un travail de dénonciation.

Certaines stratégies adoptées sur le plan national ont pu être vécues comme une remise en cause de l'organisation du système de soins et du parcours ville-hôpital où la médecine générale n'a plus joué son rôle de coordonnateur du circuit du patient.

Les spots gouvernementaux et messages d'alerte incitant à l'isolement ont participé à ce que les cabinets de médicaux se vident, rendant la continuité des soins difficile à assurer et soulevant des craintes chez les soignants vis-à-vis de la santé de leurs patients.

E2 : J'ai eu l'impression, plutôt du côté négatif, qu'on a été complètement évincés du début de cette pandémie.

E4 : Le 15 a été rapidement saturé et puis nos cabinets se sont vidés, quoi donc euh voilà.

Le médecin généraliste traitant s'est senti dépossédé de ses fonctions habituelles. Cette perte de maîtrise a inquiété les soignants qui craignaient ne plus être les garants de la santé de leur patient en les perdant de vue mais aussi de méconnaître des urgences diagnostiques.

E2 : J'avais l'impression qu'on perdait, tu vois, un peu la main sur tous les autres patients avec des craintes qu'il y ait des choses, ce qui s'est confirmé d'ailleurs.

Le témoignage des acteurs des soins primaires faisait état d'une divergence de conception quant à place dans la prise en charge ambulatoire de la COVID-19 et d'une implication contrariée en tant qu'acteurs de santé publique.

E2 : Si on avait d'emblée mobilisé les soins primaires avec des moyens de protection et avec des consignes claires au niveau de la prise en charge, on aurait pu limiter un grand nombre de contamination, et surtout d'engorgement et d'épuisement de personnel aux urgences et en réa.

E4 : Sur le plan professionnel, il en ressort beaucoup de déception par rapport, si tu veux, aux rôles dans lesquels les médecins généralistes ont été cantonnés...

La stratégie politique adoptée a été une source de déception et perçue comme un manque de considération dévalorisant de la médecine générale et de remise de question des compétences.

E2 : Alors très mal, c'était très mal par rapport à la place et à la considération qu'on pouvait donner à la médecine générale à cette époque-là, à ce moment-là et particulièrement au moment du confinement.

E4 : L'impression vraiment qu'encore une fois les médecins généralistes n'ont pas reçu beaucoup de crédit de la part des instances supérieures.

E6 : On ne nous a pas très bien considérés.

Cette déception était d'autant plus grande que les soignants interrogés avaient des attentes concrètes vis-à-vis des instances décisionnaires ministérielles, administratives (CPAM), ordinales et autorités scientifiques (HAS) en termes de soutien moral, intellectuel et de sollicitation.

E2 : Si on avait d'emblée mobilisé les soins primaires avec des moyens de protection et avec des consignes claires au niveau de la prise en charge, on aurait pu limiter un grand nombre de contaminations.

E3 : Je recevais des mails de DGS, des newsletters. L'ordre infirmier envoyait deux trois mails mais ce n'était pas très intéressant... Je ne les ai pas ressentis comme des mails de soutien et d'encouragement.

E6 : On a manqué de formation sur la prise en charge en tous cas, thérapeutique... Il n'y a pas eu beaucoup de communication de ce point de vue-là et on était un peu démuni...

Le manque de réactivité des pouvoirs publics, à percevoir les leviers d'action que représentaient les soins primaires, a conduit les acteurs à se sentir isolés et seuls dans la prise en charge ambulatoire.

E1 : On s'est sentie quand même très seule au point de vue des instances officielles.

E2 : Ça c'était vraiment le côté de négation et d'impression de solitude, alors qu'on ne l'était pas, solitude en tant que professionnel, tu vois, en tant que médecin, en tant que place dans cette organisation.

E6 : Le gouvernement a été très lent à réagir pour nous apporter de l'aide... C'est vrai qu'on a été un peu isolés quand même, un peu isolé et chacun dans notre coin... On n'était pas tellement épaulés.

1.2 Sur le plan privé, situation sanitaire et activité professionnelle ont retenti négativement sur sa vie familiale et son bien-être personnel en modifiant ses habitudes de vie.

a. Des habitudes de vie modifiées par la crise et l'activité professionnelle

Consécutif à la situation sanitaire, le confinement, décidé pour atténuer la tension hospitalière, a provoqué à la fois un isolement social douloureux, mais aussi une promiscuité étouffante pour le soignant.

Pour l'une des médecins interrogées, la séparation des proches avait été particulièrement douloureuse à vivre.

E4 : Je l'ai moyennement bien vécu parce que j'ai une mère immunodéprimée qui est ma seule famille, que je n'ai pas vue pendant 3 mois malgré le fait qu'elle habite à 2 km de chez moi.

Mais surtout le regroupement imposé des membres de la famille de façon quasi-permanente sous le même toit a été vécu avec pénibilité, cette promiscuité non désirée ne permettant plus au soignant de s'isoler et se ressourcer.

E3 : Le fait d'avoir les enfants et mon mari à la maison tout le temps, je trouvais ça pénible (rires)... On ne se manquait plus.

E5 : C'était les conditions du confinement, c'est-à-dire que je suis rentrée chez moi, il y avait tout le temps quelqu'un, je n'ai pas eu de répit.

Cette sensation de « n'avoir aucun répit » s'expliquait par l'accumulation de difficultés dans le cadre familial en sus des difficultés professionnelles déjà existantes.

E2 : On avait l'impression d'être dans un autre monde avec les enfants qui étaient en difficulté aussi à cause de la crise elle-même parce qu'ils étaient en rupture scolaire.

E5 : Ne pas avoir le temps de s'occuper de soi parce qu'il faut tout le temps s'occuper des autres.

Car les soignantes, IDE et médecins, ont été touchées en tant que parents impliqués dans la scolarité de leur enfant et ont dû supporter un accroissement de leurs responsabilités.

L'interruption du cursus scolaire a soulevé des inquiétudes concernant l'avenir de leurs enfants mais a aussi forcé le soignant à endosser une nouvelle casquette.

E5 : Il y a eu l'école à gérer et ça c'était fff ... en plus du travail, c'était énormissime... Du coup tu fais infirmière, maman, institutrice.

E2 : On avait l'impression d'être dans un autre monde avec les enfants qui étaient en difficultés aussi à cause de la crise elle-même parce qu'ils étaient en rupture scolaire.

E5 : le souvenir marquant c'est ça, tous les enfants à la maison et tous les niveaux à faire travailler quoi et puis des interrogations sur le devenir.

La profession de soignant, du fait de son exposition accrue au virus pendant la crise, a entraîné des dommages collatéraux sur l'entourage familial d'ordre relationnel et professionnel en modifiant les habitudes de vie et en l'exposant à la stigmatisation.

Afin de prévenir le risque de transmission intrafamiliale, le soignant a adopté des mesures dans le contexte privé qu'il a également imposées à son entourage.

Notamment pendant le confinement où pour préserver la sécurité de ses proches malgré cette promiscuité forcée, certains médecins avaient choisi d'adopter un comportement protocolisé au domicile basé sur une limitation des interactions sociales.

E2 : en rentrant le soir ce n'était même pas je me pose et voilà : c'était « je rentre, je pose mes affaires je me déshabille, je vais me laver, laver les cheveux et quand je redescends pour manger toute seule tout le monde est couché ».

E2 : On a mis en place même à la maison des systèmes de protection et de distanciation sociale énormes.

E1 : On se changeait dès qu'on arrivait et ça impliquait aussi que j'ai demandé à mes proches de respecter vraiment le confinement et les mesures même si ce n'était pas toujours évident.

Cette prise de distance, faisant office de rupture avec les habitudes familiales et les moments de convivialité, a pu être déstabilisante pour les proches.

E1 : Je pense que j'étais très centrée là-dessus et tout le reste était assez hum, passé un peu au second plan. Ça pouvait être assez perturbant pour le reste de l'entourage.

Pour l'une des médecins interrogées, son exposition professionnelle avait été une source inattendue de discrimination professionnelle pour son conjoint : celui-ci avait subi une mise à l'écart de son lieu de travail du fait de ses liens privés avec un membre du corps médical.

E4 : Mon mari, il a été cantonné à télétravailler après le déconfinement parce qu'il vivait avec un médecin et ça, je ne l'ai pas très bien vécu pour lui aussi.

b. La santé du soignant fragilisée

La santé mentale du soignant a été fragilisée de diverses façons, le mettant en difficulté dans l'exercice de ses fonctions et dans sa vie personnelle.

Au début de la crise, le soignant était assailli par diverses émotions négatives causées directement par la crise en elle-même et ses implications, le perturbant dans son quotidien.

Le soignant a été soumis à une anxiété, quasi-permanente, multithématiques (angoisse de l'incertitude, angoisse de la contamination, angoisse de l'instabilité financière, angoisse de la mort...) parfois invalidante du fait de préoccupations envahissantes difficilement gérables et qui ont pu modifier son comportement.

E1 : Je pense que j'étais très centrée là-dessus et tout le reste était assez hum, passé un peu au second plan... donc euh voilà, on est un peu, pas dans son état normal, et un peu en boucle.

E3 : Beaucoup d'inquiétudes au début et puis d'angoisses pour mes proches, pour mes parents qui ont plein de facteurs de risques en plus de l'âge...

E6 : Je me demandais quand cette chose-là allait se terminer, alors parce qu'on n'avait plus personne dans le cabinet... On se demande où est ce qu'on va aller.

La peur de la contamination a placé le soignant dans un état de vigilance constant modifiant son comportement et prenant parfois un caractère obsessionnel sur le thème de l'asepsie.

E3 : On se dit si je touche ça, mes mains sont infectées, on est un peu fou...

E1 : On est stressé donc, euh voilà, on est un peu, pas dans son état normal, et un peu en boucle.

Cette anxiété a été particulièrement importante chez l'une des médecins qui a été éprouvée physiquement et psychologiquement en faisant l'expérience de la maladie en tant que patiente à la suite de l'infection à la COVID-19, cette situation la conduisant à interrompre temporairement son activité professionnelle.

E6 : Alors, au tout début, je l'ai vécu avec beaucoup de stress, de fatigue pour la raison suivante, c'est que j'ai été moi-même parmi les premiers infectés.

Pour certains soignants, il existait aussi un double sentiment de culpabilité dû à leur degré d'exposition à la crise et au virus, dans le cadre de leur activité professionnelle.

Il existait un sentiment de culpabilité à l'idée de ne pas être aussi exposé que les hospitaliers aux conséquences de la pandémie et d'être épargné en libéral. Et paradoxalement, cette exposition professionnelle était quand même suffisamment importante pour que le soignant se sente fautif à l'idée qu'elle affecte ses proches et sa patientèle.

E3 : C'était la galère pour les personnes en milieu hospitalier et je me disais tu fais ta « petite tournée » : il n'y a rien qui a changé pour toi.

E1 : Il y avait l'inquiétude de contaminer ses proches qui fait partie du jeu.

2 – Au terme de sa réflexion, le constat d'incompatibilité dressé entre sa pratique professionnelle habituelle et le contexte sanitaire a poussé le soignant à mettre en place des stratégies adaptatives entravées par des facteurs de différentes natures.

2.1 Adoption de nouvelles mesures et recherche de soutien dans le travail collectif

Le constat d'incompatibilité dressé entre sa pratique habituelle et l'objectif de sécurité pour le patient et le soignant a donné lieu à la mise en place d'actions concrètes en termes de prévention de la transmission croisée.

Rappelons que l'objectif principal de chaque soignant était de continuer à maintenir un accès aux soins dans des conditions sécurisées c'est-à-dire :

- en médecine générale, prévenir la transmission croisée et restaurer la confiance de la patientèle.
- en soins infirmiers, prévenir une transmission directe pouvant conduire à une sorte de cluster de malades lors d'une tournée infirmière.

Chaque acteur a entrepris une révision de son fonctionnement antérieur et a été affecté par des préoccupations propres à son activité.

Dans les cabinets de médecine générale et dans le laboratoire de biologie, la problématique de la transmission croisée au sein des locaux, que ce soit au cours d'une consultation due à la présence de virus sur les surfaces, dans l'air ou au contact du praticien, ou dans la salle d'attente par le biais de patients infectés, a motivé la décision d'interrompre l'organisation habituelle.

La patientèle fragile, poly pathologique chronique a ainsi fait l'objet de mesures d'éloignement physique afin de les protéger d'une contamination au sein du cabinet.

E1 : On a certains patients un peu fragiles donc ça nous freinait beaucoup, tant qu'on n'avait pas le centre, pour faire venir les patients au cabinet.

Pour limiter ce risque, les médecins ont révisé les conditions d'accueil de leur patientèle et ont rapidement mis en place des protocoles d'hygiène avec introduction de mesures barrières (port du masque systématique, désinfection des mains systématiques, pièce dédiée).

Lorsque la configuration des locaux ne permettait ni une distanciation sociale suffisante ni une aération optimale, les salles d'attente ont été fermées ou leur accessibilité a été limitée.

E2 : On avait mis deux salles de consultations : une dans le couloir parce que, du coup, nos collègues du centre médical avaient fermé.

E4 : Les premiers protocoles à être mis en place, c'est-à-dire fermer la salle d'attente, ce genre de choses, c'est mon associé et mon collaborateur qui l'ont mis en place.

E7 : Notre salle d'accueil c'est le parking, si tu vois notre laboratoire il est vraiment tout petit, et donc on ne peut pas accueillir plus de 3, si on veut respecter les mesures d'hygiène minimum, on peut difficilement prendre plus de 2-3 personnes en salle d'attente.

Toujours dans cette logique de prévention de transmission croisée, différentes formes de consultation ont été exploitées avec la consultation sur rendez-vous et la téléconsultation.

L'accueil des patients sur rendez-vous par le biais d'un télé-secrétariat a fait l'objet d'une expérimentation par deux cabinets de médecins dans l'objectif toujours de limiter les croisements entre patients : un des cabinets a décidé d'introduire cette nouvelle forme d'activité dans son fonctionnement tandis que l'autre a essayé d'exploiter cet outil à des fins de filtre des cas suspects en les formant sommairement à leur reconnaissance.

E6 : Je me suis mise sur *Doctolib* de façon à mettre toutes les consultations sur rendez-vous de façon à ce que personne ne se croise dans la salle d'attente.

E2 : Ce qui était difficile aussi, c'était la gestion des rendez-vous avec les secrétaires, qu'elles ne se trompent pas, qu'elles les orientent bien.

Les trois cabinets de médecine générale ont intégré à leur activité la téléconsultation dans des proportions variées, certains faisant de son usage une pratique courante au quotidien tandis que d'autres l'employaient sporadiquement privilégiant au maximum la consultation physique.

E1 : Alors, les téléconsultations avant on n'en faisait aucune. Ces téléconsultations ont pris la place des consultations, on avait environ deux trois consultations présentes au cabinet et entre 15 et 20 téléconsultations selon les jours.

E2 : Les téléconsultations qui ont été mises en place en priorité.

E4 : La téléconsultation qu'on a utilisé un peu épisodiquement, mais le moins possible quand même.

Dans les différents cas, son recours faisait d'abord l'objet d'une évaluation, d'un filtre par les médecins qui l'employaient afin de déterminer si un examen physique était nécessaire en fonction des informations fournies par le patient.

E4 : On a géré les demandes de téléconsultations en fonction de ce qu'on estimait nécessaire ou justifié ou pas.

Ce mode de fonctionnement imposé par la crise sanitaire et plébiscité par les pouvoirs publics a été accueilli différemment selon les praticiens : une des médecins généralistes vivait avec soulagement l'extension de son usage à l'ensemble des motifs de consultation qui était associé à une entrée de

revenus tandis que les autres manifestaient des réserves sur son emploi, remettant en cause la qualité de ce type d'offre de soins.

E1 : Ce n'était pas un mode d'exercice qui nous semblait intéressant, mais comme beaucoup, on a été forcés de le mettre en place.

E6 : Les choses sont mieux allées dans la mesure où on nous a dit « Faites vos consultations par téléphone ».

Pour les IDE de Prades-Le-Lez, la remise en question de leur activité s'est traduite en pratique par une révision de leur plan de tournée habituelle qui n'était plus axé sur une optimisation de temps de trajet, mais sur une prévention du risque infectieux, étant donné la présence de patients infectés par la COVID-19 dans leur file active de patients.

E5 : On a fait un peu plus de zigzag quand même, on aura plus de kilomètres cette année.

E5 : On a intégré les gens avec surveillance COVID et tout ça, donc il fallait penser.

Pour s'équiper notamment de masques chirurgicaux, les professionnels ont fait preuve de débrouille en recyclant les masques restant de la pandémie d'H1N1 en 2009.

E5 : Moi, j'avais ressorti mes masques de H1N1 que j'avais dans mon garage, même s'ils étaient périmés.

Les attentes déçues du soignant l'ont poussé à sortir de son isolement professionnel et à se tourner vers d'autres sources de soutien : l'appui des pairs, le regroupement en réseau et la communication ont été les principaux outils employés par les acteurs des soins primaires.

Pendant la crise sanitaire, l'appartenance à un réseau professionnel a été mise à profit et a rappelé l'importance de l'appui des pairs et du travail en équipe.

E1 : Ça a été très appréciable de pouvoir échanger avec mon associée sur la situation.

E2 : Parce que travailler ensemble, ça n'a rien à voir avec travailler tout seul, et du coup, c'était une grande richesse.

E3 : On s'est soutenue, soutenue par mes collègues. Il n'y a pas de soucis et aussi par l'ensemble des professionnels de Prades, aussi.

Les soignants ont pu s'appuyer sur différents types de réseaux (groupe de FMC, DMG, MSP, réseau local, réseau social) constituant un soutien moral, intellectuel, physique et technique (mise à disposition de matériel de protection, mise à disposition de documents) et favorisant l'échange interprofessionnel.

E6 : J'ai eu des échanges, j'ai des amis qui travaillent aux Urgences. J'échange avec mon groupe de formation continue qui était beaucoup plus formateur, qui m'ont soutenue.

Les échanges au sein de ces différents réseaux étaient principalement axés sur le partage d'informations scientifiques, de point de situation, de retour d'expérience et la mise en commun de travaux. Ils ont été une source d'enrichissement intellectuelle et de réassurance dans certains cas.

E2 : On avait mis en commun le protocole de circuit des patients, de nettoyage ça c'était pour la MSP. Et ensuite, on a pu s'appuyer sur des collègues qui avaient eu des expériences plus précoces que la nôtre.

L'insatisfaction vis-à-vis de l'information véhiculée par des grandes instances a poussé à se tourner vers une entité qu'il connaît, en laquelle il avait confiance.

E2 : On s'est beaucoup basé sur le Collège National de la Médecine Générale, le CNGE... Des algorithmes qui ont été construits avec nos collègues qui nous ont permis d'avancer plus calmement.

2.2 Facteurs limitants la mise en place de ces mesures

L'adoption de nouvelles mesures a pu être entravée par un « état de multi dépendance technocratique » laissant une marge de manœuvre limitée au soignant.

Cette dépendance concernait la pérennité de leur activité qui était tributaire des directives des instances décisionnaires mais aussi l'absence de moyens matériels disponibles pour recevoir et examiner les patients en sécurité pour les médecins généralistes en début de pandémie.

Ainsi certaines mesures ministérielles ont eu un effet salvateur pour certains soignants dans leur activité comme le passage en tiers-payant de la téléconsultation pour tout type de motif les premiers mois de crise, la mise à disposition de test-PCR, la dotation en masque des professionnels.

E6 : Les choses sont mieux allées dans la mesure où on nous a dit « Faites vos consultations par téléphone. »

E2 : Pendant cette période-là, en tout cas au début, ce qui était difficile déjà, car on n'avait pas suffisamment de matériel, il n'y avait pas de fournitures de masques.

Un autre exemple de difficulté rencontrée par un des cabinets de médecine générale, a été la stigmatisation dont il a fait l'objet par une entreprise de service, en raison de statut de « lieu de contamination ». La défection de cette entreprise de ménage refusant d'assurer l'hygiène des locaux a été une entrave supplémentaire pour atteindre cet objectif de sécurité.

E2 : Une difficulté purement pragmatique qu'on a vécue dès le début, c'est que notre service de ménage a refusé de venir ! Il voulait plus venir parce qu'on était potentiellement contaminés.

La dépendance des soignants s'est aussi manifestée dans le besoin d'examens complémentaires pour leur démarche diagnostique. L'importante hétérogénéité des symptômes possibles au cours d'une infection à la COVID-19 a rendu impossible le diagnostic de certitude des cas rencontrés en début de pandémie.

E7 : Le diagnostic, il passe quand même essentiellement, le COVID, c'est tellement protéiforme, enfin ça ressemble à tout et à n'importe quoi, donc là vous avez... Enfin, je veux dire pour le diagnostic, on a besoin, pour le coup comme rarement, je pense des résultats des analyses du laboratoire.

L'information labile, abondante et contradictoire a rendu la veille sanitaire fastidieuse à assurer et a accentué le sentiment de solitude des soins primaires.

Les soignants, IDE comme médecins, ont été marqués par la variation du flux d'informations dont ils étaient destinataires.

Face à la survenue d'une profusion d'informations non coordonnées et changeantes, le soignant a eu du mal à se tenir informé correctement.

E2 : Ça changeait régulièrement, que ce soit sur les symptômes, alors c'est vrai que ça a évolué au fur et à mesure cette pathologie, les symptômes, les recommandations, on avait des tonnes et des tonnes de sources.

E5 : On tous cas, on est inondé par les messages de l'ARS, de la Sécu.

Cette labilité de l'information a été un écueil supplémentaire dans la tentative du soignant de se tenir informer et une source de confusion.

E1 : On s'est sentie quand même très seule au point de vue des instances officielles, on recevait énormément de mails, d'alertes, de choses assez contradictoires

E2 : On recevait des documents de la DGS, puis le lendemain on recevait un autre document de la HAS ou de la CPAM qui n'étaient pas forcément les mêmes recommandations et ça, c'était compliqué de ne pas avoir une ligne de conduite claire.

La médecin biologiste de Prades-Le-Lez a, elle, été épargnée par cette pression supplémentaire de devoir sélectionner soit même la bonne information, car elle possédait dans son équipe un qualicien exclusivement dédié à la tâche de veille sanitaire.

E5 : Il faut faire le tri, oui ça c'est sûr. Des fois le lundi on nous dit une chose, le jeudi on nous dit autre chose.

E7 : Dans les laboratoires, on doit faire une veille scientifique, règlementaire et normative. Le fait de faire partie de ce réseau, on a des gens chez SYNLAB dont le boulot, dont la fonction est de faire cette veille et de nous faire redescendre les documents.

L'adoption de nouvelles mesures s'est heurtée à des difficultés intrinsèques au soignant : son acceptation du changement, ses représentations.

L'acceptation de la situation a dû se faire progressivement en différentes phases, de la même façon qu'un processus de deuil, avec l'abandon forcé d'une activité professionnelle au fonctionnement bien établi depuis des années et la mise entre parenthèse d'une vie sociale.

Certains soignants ont ressenti une incrédulité en début de crise parfois même un déni face au caractère surréaliste du phénomène auquel ils étaient confrontés.

E3 : Sur le plan personnel, c'était un peu...compliqué. L'impression de vivre un cauchemar, des fois je me réveillais et je me disais e n'est pas possible, ce n'est pas vrai ce qu'on vit ! Ça me paraissait... Enfin, c'était un scénario de science-fiction, j'aurais jamais cru !

Une fois l'incrédulité passée, est apparu chez le soignant une résignation qui le conduit à considérer la situation avec fatalisme.

E3 : C'était plus de la fatalité, c'est comme ça quoi, on va faire du mieux possible.

E4 : Sérénité je ne dirais pas, fatalisme, on va dire !

Cette difficulté à accepter le changement a pu être observée dans l'application pratique de mesures barrières au quotidien et l'acquisition d'automatisme.

Si fermer la salle d'attente a été une décision facile et évidente rapidement adoptée par les deux cabinets de médecine, le port du masque, a été un « réflexe » plus difficile à intégrer spontanément dans la pratique habituelle.

E4 : Ils ont fait ça complètement naturellement et rapidement, et ça s'est très bien passé.

E5 : Les gants j'ai toujours eu l'habitude d'en acheter, mais des masques c'est la première fois que j'en achète. Je n'ai jamais travaillé avec un masque, mais même à l'hôpital, hein, moi dix ans d'hosto, mis à part quand j'allais au bloc opératoire.

E2 : À ce moment-là je n'avais pas encore complètement les réflexes et que ce n'était pas encore quelque chose qui était venu spontanément.

Ce changement était vécu comme imposé et contraignant dans la pratique car exigeant une gymnastique intellectuelle fatigante pour le soignant mais était aussi associée à des représentations propres au professionnel.

E2 : Je me suis dit que ça a modifié beaucoup notre façon de faire.

E5 : Il y avait plus de contraintes que d'habitude, même si d'habitude on fait attention parce que le lavage des mains fait partie de notre profession, le fait de porter les masques, c'était plus fatigant.

E5 : Il faut penser, ah, j'ai utilisé cet appareil, il faut le décontaminer avant d'arriver chez l'autre. Donc, euh, voilà, c'était des trucs... C'était fatiguant, plus fatiguant psychologiquement parce qu'il fallait réfléchir.

Pour un médecin généraliste, le masque était synonyme de barrière physique protectrice mais aussi de « barrière dans sa relation avec le patient » et l'abandon d'échanges privilégiés dans des situations requérant une certaine empathie. L'absence d'expression faciale visible était vécue comme une entrave à l'accompagnement du patient dans sa prise en soin.

E2 : Quand j'allais voir cette dame en soins palliatifs qui était encore très présente, elle avait des complications, mais au niveau relationnel, même pas une seconde je n'envisageai de mettre un masque avant cet épisode-là : ça mettait une barrière !

3 – Le centre COVID, une proposition d'organisation ambulatoire de la PEC de la COVID-19 à l'initiative des acteurs de 1^{ère} ligne, bénéfique pour le soignant.

3.1 La remise en question a été un processus continu dans l'adaptation du soignant l'ayant amené plusieurs fois à réviser sa stratégie devant l'apparition de nouveaux besoins pendant la pandémie donnant naissance au centre COVID.

a. Un processus continu

Le processus d'adaptation dans lequel les soignants étaient engagés s'est opéré de façon continue, cyclique tout au long de la crise, fluctuant selon l'évolution des données dont il disposait, mais aussi selon sa propre évaluation de la situation et le comportement des patients face aux mesures adoptées.

E1 : À chaque fois qu'on avait de nouvelles de données, enfin que la science progressait et nous apportait de nouvelles informations, que la situation se stabilisait ou en tout cas évoluait, il y avait à chaque fois une remise en question, une nouvelle organisation, de nouvelles questions qui se posaient.

Par exemple, le retour des patients sur le cabinet d'une des médecins après la mise en place de protocole a été perçu par les soignants comme un gage de « confiance ».

E4 : Très rapidement les patients sont revenus parce qu'ils nous ont fait confiance et ont fait confiance à nos protocoles, aux protocoles sanitaires qu'on avait mis en place.

E5 : Je trouve que les gens sont contents et tous me félicitent.

Pour une IDE, l'absence d'infection à la COVID-19 dans son entourage direct était un gage rassurant de qualité des pratiques, en termes de mesures barrières et lui permettait de relativiser la situation

E3 : Donc au début, beaucoup d'inquiétudes... On se dit si je touche ça, mes mains sont infectées, on est un peu fou... Et puis après on se dit c'est bon jusqu'ici tout va bien, nos pratiques ne sont pas si mauvaises que ça.

Malgré l'adoption de mesures qui semblait convenir au soignant et aux patients, un des cabinets n'a pas hésité à régulièrement se remettre en question et à sortir de sa zone de confort pour améliorer la qualité de leur prise en charge. C'est dans une logique d'optimisation de la prise en charge qu'est né le Centre COVID de Prades-le-Lez.

E1 : C'était angoissant jusqu'au moment où on a mis en place l'organisation. À partir du moment où on a pu mettre en place des choses au cabinet pratiques, des protocoles ça a permis de nous rassurer sur la situation.

E2 : On voyait surtout des situations ailleurs où c'était problématique et on s'est rendu compte que la façon de procéder sur le cabinet était correcte mais on pouvait l'optimiser.

b. Circonstances de la naissance du centre COVID

Le centre COVID-19 de Prades-Le-Lez est né d'un besoin de concilier qualité de soin dans une situation extrême avec des moyens limités en s'appuyant sur l'expérience d'un modèle déjà existant.

Toujours dans un objectif de sécurité pour la patientèle, le centre est né d'un sentiment d'urgence devant la dégradation rapide (en un mois) de l'épidémie dans la région Grand-Est où certains indicateurs (consultations en médecine de ville et passages aux urgences pour suspicion COVID, cas testés positifs), à la hausse, ont atteint un pic en semaine 13 (23-29 mars 2020).

Ce constat a généré chez les soignantes une appréhension sur l'évolution de l'épidémie dans leur propre territoire et les a poussés à délocaliser leur activité de consultation.

E1 : On l'a fait parce que c'était vraiment une situation un peu urgente dans laquelle il fallait agir.

E2 : On voyait surtout des situations ailleurs où c'était problématique... On n'avait pas de visibilité sur l'importance de la contamination et des cas dans l'Hérault.

E1 : Ça nous freinait beaucoup, tant qu'on n'avait pas le centre, pour faire venir les patients au cabinet même s'il n'y en avait pas beaucoup, il y avait certains qu'on avait besoin de voir.

Le manque de moyens matériels (blouses, masques, charlotte) était également un paramètre d'influence dans la prise de décision : le centre apparaissait comme une opportunité d'économie par le biais d'une mutualisation des moyens.

E2 : Essayer aussi de décharger les collègues et de recentrer sur une même structure en économisant les moyens de protection.

De la conception théorique du centre à son effectivité pratique, l'intervention de différents acteurs aux rôles pivots a été nécessaire.

En premier lieu, l'appartenance du cabinet promoteur à la MSP multi-site Pauline Lautaud a été la base du support matériel et théorique indispensable à la conception du centre.

Avec ses compétences administratives, elle a organisé la dotation des professionnels en Équipements de Protection Individuelle (EPI) et le partage des travaux collectifs (des algorithmes de prise en charge et protocoles) menés par les différents acteurs de la MSP.

E2 : On a pu mettre un commun dans la MSP tous les protocoles pour que tout le monde uniformise avant même d'ouvrir le centre, on avait mis en commun le protocole de circuit des patients, de nettoyage.

E2 : On a pu se débrouiller pour avoir du matériel, des échanges sur les protocoles.

Mais sa fonction principale a surtout été d'ordre politique, par l'intermédiaire de son coordonnateur, en assurant les échanges avec les instances publiques (Agence Régionale de Santé) dont la validation conditionnait l'ouverture de la structure.

E2 : Il a fallu se mettre en contact avec l'ARS et encore sans la MSP je pense qu'on n'aurait pas réussi.

Avec l'implication des maîtres de stage et leurs internes, l'institution universitaire (le DUMG) a participé à la supervision du projet, à son soutien méthodologique et sa mise en application.

E2 : Comme moi je suis au département de médecine générale ça a été une vraie richesse.

E2 : Je pense que s'il n'y avait pas eu nos internes avec nous, vraiment parce que c'était avec nous, on n'aurait pas réussi, on n'aurait pas réussi ni à ouvrir le centre et on aurait été en très grande difficulté.

Son rôle dans un projet similaire antérieure a facilité sa reproduction, adaptée à la situation locale.

E2 : On a pu s'appuyer sur des collègues qui avaient eu des expériences plus précoces à la nôtre.

E2 : A Perpignan où ils avaient ouvert des centres COVID dans des situations beaucoup plus chargées en patients que ce que nous avons pu avoir.

Les pouvoirs publics locaux (maire de Prades-Le-Lez) avec leur soutien structurel et technique ont été le dernier maillon nécessaire à l'aboutissement du projet.

E2 : la mairie qui a été une découverte aussi et qui a été très présente.

En sa qualité de médecin biologiste, Mme K. a également été un soutien majeur par son implication active dans la veille sanitaire.

E2 : elle nous donnait des consignes et des informations qui étaient une vraie aide avec les autres médecins généralistes pour essayer de faire tourner le centre avec ce qu'on pouvait

E6 : le moteur le plus intéressant c'était quand même K. du laboratoire qui nous apportait des éléments.

E7 : si je me souviens bien, il y a certaines choses que je vous ai passées.

La raison principale de l'engagement des acteurs, médecins généralistes et infirmiers libéraux, partait du besoin d'être solidaire d'une action de bien commun à destination de la population malgré des réticences sur leurs disponibilités et les répercussions d'un tel investissement sur leur pratique.

E4 : Ça nous semblait être normal et de notre devoir.

E5 : Tous se soutenir voilà, on est tous là pour la même chose hein c'est prendre soin des gens donc le faire ensemble.

E6 : J'ai voulu montrer que j'étais solidaire pour faire quelque chose.

E7 : Ben, justement prendre part à l'effort qui avait été fait sur Prades, je crois.

L'analyse des entretiens mettait en évidence des motifs plus personnels à cet engagement, différant du postulat de départ selon lequel les mesures prises en termes de sécurité sur les cabinets étaient insuffisantes.

Pour une des infirmières, le centre était envisagé comme une opportunité de répondre à un besoin personnel de se rendre utile dans la lutte contre la pandémie, mais dont l'application pratique était entravée par ses obligations professionnelles.

E3 : Je me disais ben tu fais ta petite tournée : il n'y a rien qui a changé pour toi. Il faudrait que tu fasses un petit peu plus... Du coup, quand j'ai entendu parler de ce centre je me suis dit ben voilà !

Avant de prendre part à ce projet certains soignants avaient exprimé certaines réticences relatives à leurs disponibilités et aux répercussions de cet investissement sur leur activité ; notamment pour la médecine généraliste exerçant seule qui s'inquiétait de l'incompatibilité entre son exercice et l'activité de télé-régulation.

E1 : Il peut y avoir eu des questionnements sur le temps que ça allait prendre et le retentissement que ça pouvait avoir sur le reste de l'activité ou sur ma vie personnelle en fait.

E6 : J'ai dit oui en sachant que je n'avais pas les moyens de faire le filtrage par téléphone.

Une des médecins avait également un a priori sur la structure qu'elle associait à un lieu de stigmatisation.

E6 : Ma première impression elle n'était pas bonne parce que je pensais qu'on allait stigmatiser les gens qui allaient se rendre dans ce centre.

3.2 - Une organisation ambulatoire par les acteurs de 1^{ère} ligne aux conséquences bénéfiques sur l'activité de médecine générale.

Le centre COVID de Prades-Le-Lez a eu des effets positifs concrets immédiatement perceptibles au quotidien, sur le soignant lui-même et sur son activité habituelle « extra-COVID » en proposant une offre de soins en toute sécurité.

E2 : L'ouverture du centre nous a sécurisé parce qu'elle nous a permis de voir les personnes suspectes sur le centre uniquement.

E4 : C'était hyper sécurisée de s'y rendre et de voir les patients.

La dissociation des prises en charge des patients COVID et non-COVID avec un lieu dédié à l'accueil des sujets infectés a permis un exercice professionnel plus apaisé venant débloquer une situation source de dilemme pour le médecin. Elle a fourni une « sérénité » au soignant sur son activité au sein du cabinet.

E1 : Ça a permis de travailler beaucoup plus sereinement sur le cabinet. La mise en place de ce centre a permis de beaucoup nous soulager à ce niveau-là.

E1 : Le fait d'avoir ce centre était vraiment super bénéfique sur notre pratique autre, extra-covid en fait... C'était très rassurant sur la prise en charge et des patients COVID et pour notre pratique extra-Covid.

L'organisation simplifiée de la prise en charge de la COVID-19 selon une procédure formalisée rigoureuse a donné aux soignants le sentiment d'évoluer dans un environnement où le risque infectieux était contrôlé.

Deux paramètres ont été en jeu : avoir une filière de patients exclusivement suspects de COVID, accueillis par des soignants protégés correctement (en surblouse, sur-chaussures, charlotte, avec masques FFP2) et travailler sous la guidance de protocoles validés par des infectiologues.

E1 : Quand on avait un patient qui arrivait au centre on savait exactement où aller et quoi faire... Je pense vraiment que dans la prise en charge COVID c'était ce qu'il fallait parce que c'était très protocolisé.

E5 : C'était facile aussi au niveau de l'organisation, ben ça concentrait tout dans un même lieu donc on n'était pas obligé de tous... Et décontaminer le lieu dans lequel on recevait les patients. Donc, non c'était pratique, une bonne idée et pratique.

Par sa localisation géographique également, le centre a offert l'opportunité aux soignants de concilier activité professionnelle et besoin personnel de se rendre utile pendant la crise, d'être un peu plus dans « l'urgence sanitaire ».

E3 : Je n'étais pas dans l'urgence sanitaire comme les autres alors que j'aurai pu le faire.

Je me disais tu es une infirmière mais tu ne sers à rien ! Là, c'était un peu le compromis.

Cette mobilisation a donc conduit les acteurs à éprouver un sentiment de valorisation personnelle initialement altérée par la crise.

Notamment pour les instigatrices du projet, deux médecins généralistes femmes récemment installées dans la commune, en leur offrant une visibilité auprès des pouvoirs publics locaux et des instances régionales qui les ont identifiées comme « personnes ressources et promotrices de proposition » dans le domaine de la santé.

E2 : On est identifié comme promoteur de proposition pour améliorer la santé des habitants et de la population et du territoire... Je reste encore en contact avec l'ARS qui m'envoie sans arrêt des trucs sur les centres.

E4 : J'ai ressenti une grande satisfaction à pouvoir rejoindre le projet parce que je trouve qu'E. et M. et la mairie ont vraiment fait les choses bien.

4 – Malgré la fermeture du centre en raison de son caractère contraignant et peu lucratif, ce projet a laissé une empreinte positive et durable sur le réseau local.

4.1 - Une fermeture d'origine financière et humaine

Toute recherche-action a une durée de vie limitée. Dans le cadre de ce travail de thèse, la recherche-action s'est terminée avec la réalisation des entretiens semi-dirigés qui ont permis d'explorer les déterminants de la fermeture du centre COVID de Prades-Le-Lez et les raisons de sa non-réouverture au moment de la seconde vague de COVID-19 à l'hiver 2020.

À la question de savoir s'ils accepteraient de participer à un projet similaire de centre COVID dans le futur en cas de rebond épidémique majeur, la réponse des professionnels avait été mitigée :

- deux médecins généralistes étaient opposés définitivement à une mobilisation future,
E4 : Non, je ne me réinvestirai pas.
E6 : Non, je pense que non.
- les deux médecins généralistes instigatrices du projet refusaient un engagement sur un modèle identique mais restaient ouvertes aux propositions.
E1 : Le centre de Prdes-Le-Lez actuellement tel qu'il était mis en place, non !
- les deux infirmières et la médecin biologiste étaient d'accords pour se réengager ; une des infirmières précisait néanmoins que son investissement serait revu à la baisse en terme de temps passé sur la structure.
E3 : Je ne me remettrai pas tous les jours de repos, mais oui, oui ,ou. Je le ferai, il faut le faire, aucun problème !

Les conditions organisationnelles, dans lesquelles la structure avait été mise en place, étaient le principal argument évoqué, avec au premier plan la problématique du manque de moyens humains considérée comme un frein majeur au réinvestissement.

En effet, l'équipe médicale comptait un nombre limité de médecins (six puis cinq) pouvant assurer les consultations (en plus de la présence de deux internes) contraignant chacun à une présence physique et une télé-régulation hebdomadaire et source d'un fonctionnement à flux tendu.

E1 : Il n'est pas question de remettre en place le centre COVID car on n'était pas assez nombreuses, nombreux pour le faire fonctionner correctement.

E4 : Après, cinq médecins c'était vraiment le minimum.

Cette question de l'effectif avait été un choix acté et anticipé par les instigatrices du projet qui craignaient le poids que représenterait pour elles, la gestion du centre, sur le plan administratif et du management. Ce paramètre avait conduit à limiter l'action du centre aux soignants du village de Prades-Le-Lez.

Malgré cette stratégie adoptée pour limiter l'impact de la charge administrative, les médecins ont quand même été largement monopolisés par cet aspect du projet, au détriment parfois de l'activité médicale.

E1 : Quand il a été mis en place c'était vraiment pour le village de PLL et nos patients autour.

E1 : Il faut vraiment que le médecin puisse revenir sur faire de la médecine et pas de la gestion administrative, ce qu'on a été obligée de faire par ce qu'il fallait le faire mais qui n'est clairement pas notre travail et qui nous fait perdre du temps sur la prise en charge de la maladie.

Ce fonctionnement, en effectif réduit, associé à un degré d'implication variable selon les acteurs dans la vie du centre, avait provoqué une inégale répartition des tâches avec une concentration des missions administratives pouvant être considérées comme rébarbatives entre les mains des deux instigatrices du projet. Ces dernières s'étaient ainsi occupées, quasi-exclusivement, des aspects organisationnelles (planning), managériales (recueil des doléances) et techniques (gestion des déchets, surveillance du stock d'EPI) du centre, dans son montage et dans son fonctionnement quotidien, provoquant un sentiment de solitude.

E1 : En termes **d'organisation** ça nous a demandé **beaucoup de travail** en amont pour ce centre.

E2 : En tout cas, sur le village, on était tout seul de façon générale... J'avais par exemple la gestion de tous les plannings et ça prenait un temps fou, gestion des protocoles et des machins... Je me sentais un petit peu toute seule sur l'organisation.

E2 : J'avais par exemple la gestion de tous les plannings et ça prenait un temps fou. Gestion des protocoles et des machins... Je me sentais un petit peu toute seule sur l'organisation en tout cas.

Ce second point revêtait une importance majeure pour ces dernières qui estimaient que la gestion de la part administrative par une entité dédiée était une condition sine qua non à leur implication future dans un autre centre.

E1 : il faut vraiment que le médecin puisse revenir sur faire de la médecine et pas de la gestion administrative, ce qu'on a été obligée de faire par ce qu'il fallait le faire mais qui n'est clairement pas notre travail.

Un autre aspect de la RA concerne la gestion des conflits au sein des membres d'une équipe, paramètre important qui conditionne la survie de l'intervention et auquel ce projet n'a pas échappé.

En sus de la problématique de l'effectif limité, s'était posée la difficulté du travail collectif, des relations entre les différents acteurs et de la gestion de la conflictualité, principalement entre les six médecins généralistes présents au départ.

Plusieurs éléments avaient été sujets à discussion en amont et pendant l'ouverture du centre : des doutes avaient été émis sur le bien-fondé de la structure (certains ayant participé pour « faire bonne figure »), sur son organisation en termes de jour de présence, sur sa rémunération.

E1 : On avait l'impression qu'il fallait se battre pour le faire fonctionner ou pour les convaincre de l'utilité du centre... On avait pas forcément la même vision des choses sur le fonctionnement et la rémunération. Je venais au centre sur mes journées *off*... Ce qui n'était pas forcément le cas de certains autres médecins qui préféraient coupler les consultations au centre avec leur travail au cabinet.

La participation s'était faite sur une base d'engagement précaire.

E6 : Moi j'ai trouvé que c'était un peu, un peu surfait... J'ai dit oui, plus pour faire bonne figure que par conviction.

Même si les échanges répétés avaient permis de dépasser la plupart des désaccords, cela a été vécu comme un temps et une énergie perdue pour les porteuses du projet qui ne souhaitaient plus refaire cette expérience.

E1 : Les difficultés qu'on a rencontré avec les cinq médecins qu'on était on n'a pas envie de repartir dans des discussions, d'être à l'initiative du projet, de devoir à nouveau relancer ces autres médecins pour faire fonctionner ce centre.

Certaines situations étaient restées incomprises et avaient eu des conséquences délétères sur la vie du centre.

Nous pouvons citer l'exemple du retrait du projet de la médecin du 3^{ème} cabinet dans les suites d'une première et mauvaise expérience dans la structure : lors de son premier jour de mobilisation, le patient ne s'était pas présenté, ce qui a été vécu comme une punition pour son manque de disponibilité en télé-régulation.

Ce retrait avait été dommageable pour le reste de l'équipe car il était venu fragiliser une organisation déjà précaire : les membres déjà engagés s'étaient retrouvés encore plus sollicités avec une augmentation de leur temps de présence sur site pour compenser le départ du médecin.

E6 : On m'avait demandé « est-ce que vous pourriez filtrer les gens COVID positif pour leur donner des rendez-vous », euh... C'était impossible de faire fonctionner mon secrétariat qui voilà donc j'ai fonctionné à minima, et finalement on ne m'a donné qu'un seul rendez-vous et le seul rendez-vous auquel je me suis rendue eh ben, il n'y avait personne.

E1 : Il y a un médecin qui devait participer au centre mais après une demi-journée de consultation, il a jugé que ça ne lui semblait pas pertinent et est sorti du planning. Ça à rendu les choses un peu compliquées.

En raison d'une amélioration de la situation sanitaire au cours des mois d'avril-mai et d'un secteur ambulatoire mieux armé pour prendre en charge les patients COVID-19, le centre a perdu les attraits faisant de lui une structure sécurisante, les soignants souhaitant un retour à un fonctionnement classique, propre à chaque cabinet.

Avec la dotation des professionnels en masques FFP2 et chirurgicaux, le port du masque généralisé à la population et la mise à disposition des tests PCR au secteur ambulatoire pour le diagnostic, les médecins généralistes se sentaient plus en confiance vis-à-vis d'un risque infectieux « plus maîtrisé ».

E4 : Voilà on s'est quand même mieux organisé, on sait maintenant comment gérer ces malades-là.

Sans se concerter, ils avaient chacun adopté la même organisation sur leur structure en répartissant les flux de patients symptomatiques sur des créneaux et dans des zones spécifiquement dédiées.

E1 : On arrive à gérer au cabinet en faisant venir les patients en fin de journée, fin de matinée, sur des créneaux où on pourra aérer... On a de la chance d'avoir deux bureaux qui nous permettent de travailler plus sereinement maintenant que l'organisation est bien gérée.

E4 : Maintenant on a réussi à s'organiser et on régule le flux des malades, l'organisation du cabinet avec des plages de fin de journée ou de fin de matinée de consultations pour les gens symptomatiques.

E6 : Je suis en capacité de le faire c'est-à-dire que je peux isoler une pièce pour les COVID.

L'obligation du port masque chez l'ensemble de la population a également contribué à l'acquisition de cette sérénité professionnelle.

E4 : La deuxième chose qui me semble importante est que maintenant tout le monde porte le masque.

E1 : Maintenant le fait que tout le monde ait un masque et le porte. Cela permet de travailler de façon plus sereine en limitant les risques de contamination en restant au cabinet.

L'engagement dans le centre COVID était assimilé à un « don de soi », dans un objectif de santé publique, manquant de valorisation aux yeux des professionnels et devenu envahissant.

Cette activité, dédiée aux soins des patients suspects de COVID, était considéré comme un acte altruiste où le soignant donnait de son temps et de sa personne.

E1 : Dans ce cas-là, la plupart du temps, les médecins **donnent leur temps** et sans trop compter.

E3 : C'est un beau travail certes où on donne de soi mais ça reste un travail et tout travail mérite salaire.

E5 : C'était donné de son temps en plus personnel.

Cet engagement était expliqué par la valeur accordée à la profession et effectué au cours d' un temps initialement dédié au repos et à la vie personnelle des professionnels.

E1 : La **vocation** elle y ait quand même, je venais au centre sur mes journées *off*, je travaille à mi-temps, je prenais une demi-journée sur mon temps libre.

E5 : On ne pouvait y aller que sur nos jours de repos.

Cependant, ce don de soi n'était pas considéré par les soignants comme une justification à l'absence de valorisation morale et financière de leur implication dont ils avaient fait l'objet.

E3 : C'est un beau travail certes où on donne de soi mais ça reste un travail et tout travail mérite salaire

E4 : On peut assimiler ça à du bénévolat mais du bénévolat pour lequel on n'est même pas remercié si tu veux je trouve ça incroyable.

Pour une des médecins généralistes, cette absence de valorisation était perçue comme un manque de considération de la part des pouvoirs publics et était la raison principale de son absence de volonté de se réinvestir ce qu'elle envisageait comme un acte de contestataire.

E4 : Si je ne participe pas ce ne sera pas à cause de l'organisation initiale mais ce sera en contestation à l'absence de gratification humaine et financière de la part de l'ARS, en fait.

Pour les soignants les plus investis, l'activité du centre était devenue trop envahissante dans leur quotidien responsable d'un épuisement général.

E2 : Les freins c'était surtout la fatigue... il n'y avait plus de temps de pause. Il n'y avait plus de temps pour faire autre chose.

E3 : Là je n'avais plus vraiment de jour de repos. Quand je ne travaillais pas j'étais au centre...
Je fatiguais mentalement et physiquement

Ce constat expliquait le soulagement ressenti face à l'échec de la tentative de diversification des missions sous la forme du Drive-PCR.

E3 : J'avoue qu'il y a eu la mise en place du Drive-PCR qui n'a pas duré très longtemps, j'ai fait deux matinées moi je crois, quand le biologiste nous a dit que ce n'était pas la peine, qu'on arrêta, j'étais soulagée.

Finalement la fermeture du centre avait été décidée de façon collégiale au cours d'une réunion rassemblant les principaux acteurs de terrain, les médecins généralistes, ayant participé à l'activité de consultation : il n'était plus acceptable de poursuivre une activité ayant trait à de la santé publique avec des moyens humains limités et non valorisés.

E2 : On avait eu des échanges sur le fait, ben effectivement et ils avaient raison, qu'on n'était pas forcément valorisé auprès de l'ARS.

E4 : On s'est bloqué des après-midis entières pour être là-bas et on n'a même pas été payé au forfait si tu veux... Pour un truc de santé publique et de bien commun, ce n'est pas du tout équitable.

Dans un contexte d'infléchissement dans l'Hérault des cas de COVID-19, les motifs de cet arrêt étaient partagés par l'ensemble des membres qui faisaient le constat d'une sur-mobilisation contraignante en regard des besoins réels de la population pradéenne et désavantageuse financièrement pour les soignants en regard du temps investi dans la structure.

E2 : Ici c'était assez peu touché donc on voyait très peu de malades finalement.

L'absence de valorisation financière de la part de l'ARS, sous forme de rétribution forfaitaire pour les soignants mobilisés à la demi-journée existante dans d'autres territoires, a pu provoquer une incompréhension voire une défiance.

E2 : On n'avait pas eu droit au forfait comme dans d'autres régions pour la présence sur le centre.

E4 : Si je ne participe pas ce ne sera pas à cause de l'organisation initiale mais ce sera en contestation à l'absence de gratification humaine et financière de la part de l'ARS, en fait.

Ce dernier constat a joué un rôle-clé dans la fermeture du centre en démotivant le soignant à s'impliquer de nouveau dans un tel projet.

L'augmentation des moyens humains par un regroupement de cabinets du territoire et l'augmentation de l'attractivité étaient les pistes d'amélioration proposées principalement par le cabinet promoteur.

Pour rendre le centre plus attractif, la rémunération forfaitaire apparaissait comme la seule possibilité de mobiliser un médecin en activité libérale afin de ne plus associer mobilisation avec perte de revenus.

De même cumuler activité de consultation, de dépistage étaient les pistes retenues.

E1 : Je pense qu'il faut un nombre suffisant de médecins... L'idée quand même au niveau des territoires serait de regrouper un petit peu et de rendre ça plus viable et intéressant... Je pense que ce serait bien qu'il y ait des dépistages être fait en parallèle dans ces centres : qu'on puisse coupler et diagnostic et dépistage.

E2 : S'il n'y a pas de forfait pour libérer un médecin de son cabinet qui est déjà chargé en ce moment, pour se mettre sur un centre et qu'il n'est pas indemnisé et qu'il voit pas assez de monde parce qu'on a des patients mais on a pas 20 patients par jour COVID. Pour peu que ça ne tourne pas bien, rapidement ça va se décourager et ça n'ira pas.

E6 : Il faudrait quelque chose qui s'apparente à un dispensaire effectivement mais si on est dans un dispensaire, on ne peut plus être au cabinet. Euh, j'avoue que non, je n'ai pas une solution pour l'ensemble des médecins du village.

3.3 Des effets positifs et durables sur le réseau local et la population

Pendant le confinement, le centre COVID a permis aux acteurs des soins ambulatoires de sortir de leur isolement et de maintenir un lien social avec le monde extérieur.

Il a contribué à maintenir un lien physique avec les patients à une période où les contacts étaient limités et où les téléconsultations étaient des modes de consultations à privilégier.

E3 : Moi ce que j'aime dans mon métier c'est le relationnel, discuter (enfin je m'entends !). D'échanger avec des gens qui étaient souvent très inquiets, dans le doute, qui n'étaient forcément pas très bien...

Il a également permis la naissance de relations sociales interprofessionnelles mais aussi de les faire subsister en réunissant des soignants de spécialités différentes de façon quotidienne.

E2 : Ça permis de tisser un lien avec les autres professionnels du village parce qu'en fait c'était des personnes qu'on ne connaissait pas.

E7 : C'est vrai ça a été un accélérateur de connaissances et puis voilà, ça marche bien parce qu'on s'entend plutôt pas mal.

L'usage du réseau social *What's App* comme moyen de communication, créé spécifiquement à cette occasion, a également joué un rôle essentiel dans l'évolution des rapports entre soignants.

En permettant d'être en lien de façon continue pour le fonctionnement du centre, il a fluidifié de façon globale les échanges.

E4 : On a pu communiquer régulièrement tout au long, je trouve que la communication était bonne.

E1 : Créer des groupes *What's App* comme dans beaucoup de régions et de beaucoup communiquer et discuter et de rencontrer, pas forcément physiquement mais en tout cas au moins d'échanger avec d'autres professionnels.

Cet espace virtuel a vu sa fonction prendre de l'ampleur en devenant une source d'information supplémentaire dans la veille sanitaire car il a été un lieu de partage de données officielles alimenté régulièrement par ses différents membres tout au long de la crise.

E3 : J'aime bien ces groupes-là, on sait qui a les infos et on a tous les mêmes infos.

E2 : Le groupe *What's app* est extrêmement intéressant pour échanger des informations avec l'ensemble des professionnels.

Cet outil a globalement été bien accepté dans le quotidien des soignants comme en témoigne la confiance accordée à la fiabilité de l'information diffusée.

Comme pour cette infirmière qui reconnaissait accorder plus de crédit aux informations de ce canal alternatif car alimenté par des personnes de confiance plutôt qu'aux canaux officiels.

E3 : J'aime bien ces groupe-là, on sait qui a les infos et on a tous les mêmes infos.

Un autre point bénéfique a été la mixité professionnelle et intergénérationnelle du groupe qui aura apporté un dynamisme différent dans leur activité et aura permis de découvrir sous un autre jour certains acteurs au rôle clé comme les promotrices du projet et la médecin biologiste de Prades-Lez-Lez.

E3 : J'ai vraiment apprécié c'est de sortir de ma tournée justement. Et puis il y a cette espèce de petit groupe avec aussi la biologiste qui est très présente. C'est une autre dynamique qu'uniquement les cabinets entre eux, un mélange médecins-infirmiers.

E2 : C'était le côté intéressant en fait de pouvoir travailler avec les jeunes futures confrères qui ont tous été très motivés.

Au-delà de permettre aux acteurs des soins ambulatoires de sortir de leur isolement, par le biais de rencontres et d'échanges pour le centre, il a surtout fait naître un « sentiment d'appartenance à une équipe », offrant un support moral à chacun.

E2 : Ça c'était des choses agréables de se rendre compte qu'on n'était pas complètement seul et qu'il y avait des personnes avec nous qui étaient prêtes à nous aider et ça c'était plutôt chouette.

E3 : On s'est soutenue, soutenue par mes collègues il n'y a pas de soucis et aussi par l'ensemble des professionnels de Prades aussi.

E5 : On a plus l'impression de faire partie d'une équipe, voilà.

Le partage de cette expérience commune aura eu un impact positif probablement durable dans le temps sur la pratique professionnelle future des acteurs mobilisés. En devenant le ciment d'un réseau local aux échanges privilégiés dont les bénéfices se répercuteront sur la santé de la population.

E1 : Ça permet maintenant de travailler avec des gens qu'on connaît bien et avec qui on peut échanger autrement.

E2 : On a vraiment un lien continu et qui est important et qui nous permet justement encore aujourd'hui de répondre différemment aux besoins de nos patients.

Les médecins nouvellement installés sur le territoire local constataient une fluidification nette des échanges avec le laboratoire de biologie et l'équipe paramédicale.

L'instigatrice principale de ce projet de santé avait également pu créer un lien étroit avec les autorités sanitaires (ARS Occitanie) en officiant comme interlocutrice principale du centre COVID-19.

5 – Le soignant a pu faire preuve d'un sur-engagement dans sa mobilisation pendant la crise, guidée par la volonté de bien faire, et parfois délétère pour sa santé.

La mobilisation des soignants pendant la pandémie, au travers la mise en place de différentes actions, témoignait d'un altruisme et d'un engagement professionnel certain qui a cependant parfois pu être envahissant et délétère dans sa vie personnelle.

Différents éléments ont constitué une prise de risque par le soignant et ont pu mettre sa santé en danger.

Les modifications professionnelles inhérentes à la pandémie de COVID-19 se sont traduites à la fois par un changement de la nature de l'activité de consultations pas toujours bien accepté (téléconsultations) mais aussi par une lourdeur organisationnelle aux conséquences concrètes sur le soignant qui a pu constater un durcissement des conditions d'exercice au travers une augmentation du temps et de la quantité de travail.

E1 : D'un point de vue professionnel ça a impliqué évidemment beaucoup de travail, évidemment on n'avait plus de patient en direct mais beaucoup de téléconsultations, euh, qui sont extrêmement chronophages.

Pour les IDE interrogées, la modification de leur organisation de tournée de patients avait entraîné un allongement des temps de trajets.

E5 : Le côté prévention c'était plus lourd parce que des fois il fallait réfléchir... Oui, on a fait plus de kilomètres.

Ces modifications ont exigé une sur-implication du professionnel dans son activité participant à l'épuisement physique et psychique.

E1 : Là c'était un peu négatif, c'est-à-dire que ça a engendré du stress, ça engendré beaucoup d'implication, de temps passé.

E6 : Au début, je travaillais beaucoup, j'étais bien fatiguée quoi les premiers mois ...

Cet épuisement a été aussi alimenté par l'adoption par le soignant de nouvelles normes comportementales vis-à-vis du risque infectieux qui l'ont placé dans un état de vigilance constant au quotidien aussi bien auprès de sa patientèle que de sa famille.

E2 : au niveau personnel, ce qui était difficile c'est que ça ne s'arrêtait jamais. C'est à dire que la journée était très difficile mais en rentrant le soir ce n'était même pas je me pose et voilà : c'était « je rentre, je pose mes affaires je me déshabille, je vais me laver, laver les cheveux et quand je redescends pour manger toute seule tout le monde est couché ».

E5 : Porter les masques, tu te laves les mains tout le temps, t'es tout le temps avec le gel hydroalcoolique. Il faut penser ah, j'ai utilisé cet appareil, il faut le décontaminer avant d'arriver chez l'autre. Donc, c'était fatiguant, plus fatiguant psychologiquement parce qu'il faut réfléchir.

Pour les personnes interrogées, l'investissement fourni dans leur activité professionnelle pendant la crise était une réaction naturelle en adéquation avec l'idée qu'ils se faisaient du métier de soignant : infirmières et médecins considéraient leur engagement dans la lutte et leur mise à disposition au service de la population comme un « don de soi » évident.

E3 : C'est un beau travail certes où on donne de soi.

E1 : La vocation elle y ait quand même.

Cette valeur accordée à la profession s'était traduite par un investissement « sans compter » pour certains professionnels, en faisant passer le bien-être des autres avant le leur. L'acceptation des modifications de leur condition d'exercice en dépit des contraintes surajoutées et de leurs conséquences négatives pour le soignant.

E1 : La plupart du temps, les médecins donnent leur temps et sans trop compter.

La lutte contre la pandémie était devenue un combat envahissant pour le soignant car le monopolisant à temps plein. Activité professionnelle et vie personnelle se sont retrouvées articuler autour de cet investissement.

L'implication permanente demandée pour la supervision de son activité professionnelle est venue empiéter régulièrement sur son temps de repos dédié à la famille mais aussi à la récupération.

E2 : Et le week-end il y avait souvent des plannings à gérer, il y avait souvent des collègues à appeler pour les protocoles, il y avait pas mal de choses à organiser.

E7 : Au début, je travaillais beaucoup, j'étais bien fatiguée quoi les premiers mois... Le week-end, on allait sur le site CERBA pour voir si nos PCR étaient arrivées pour pouvoir les intégrer, rapidement.

La disparition du temps nécessaire au maintien de son équilibre personnel au profit des autres a été ressenti par le soignant : il n'avait plus la capacité de rompre avec l'état d'effervescence permanent qui l'habitait, lui donnant l'impression d'être « en surchauffe ». Cette disponibilité au service d'autrui était devenue pesante à vivre pour le soignant dans la mesure où il n'a plus eu la possibilité de se ressourcer et prendre soin de lui-même.

E2 : Je l'ai plutôt vécu en situation de surchauffe et de façon difficile je n'arrivais pas à me, on va dire refroidir à la maison. Et ça c'était compliqué, compliqué aussi je pense pour mes enfants et mon mari.

E6 : Ne pas avoir le temps de s'occuper de soi parce qu'il faut tout le temps s'occuper des autres.

Ce comportement altruiste aurait pu lui être d'autant plus préjudiciable qu'il existait une sorte de « sentiment d'invincibilité et de détachement » chez certains professionnels face à la COVID-19 qui les conduisaient à minimiser les risques encourus pour eux-mêmes en cas d'infection.

E2 : j'ai personnellement une pathologie chronique mais en fait ça m'était égal. Ce qui m'importait plus c'était de pas contaminer les patients et de pas contaminer la famille

E3 : Beaucoup d'inquiétudes au début et puis d'angoisses pour mes proches, pour mes parents qui ont plein de facteur de risque en plus de l'âge. **Pour vous ?** Pour moi ? Pas du tout, jamais !

E5 : Je me dis que c'est un virus, mais non ça ne m'a pas effrayé... C'est peut-être pour ça qu'il ne m'a pas attaquée.

La perception globale de l'expérience de cette crise exceptionnelle restait néanmoins le sentiment d'un enrichissement intellectuel, scientifique, relationnel fruit d'une interconnexion des différentes couches professionnelles du système de soins.

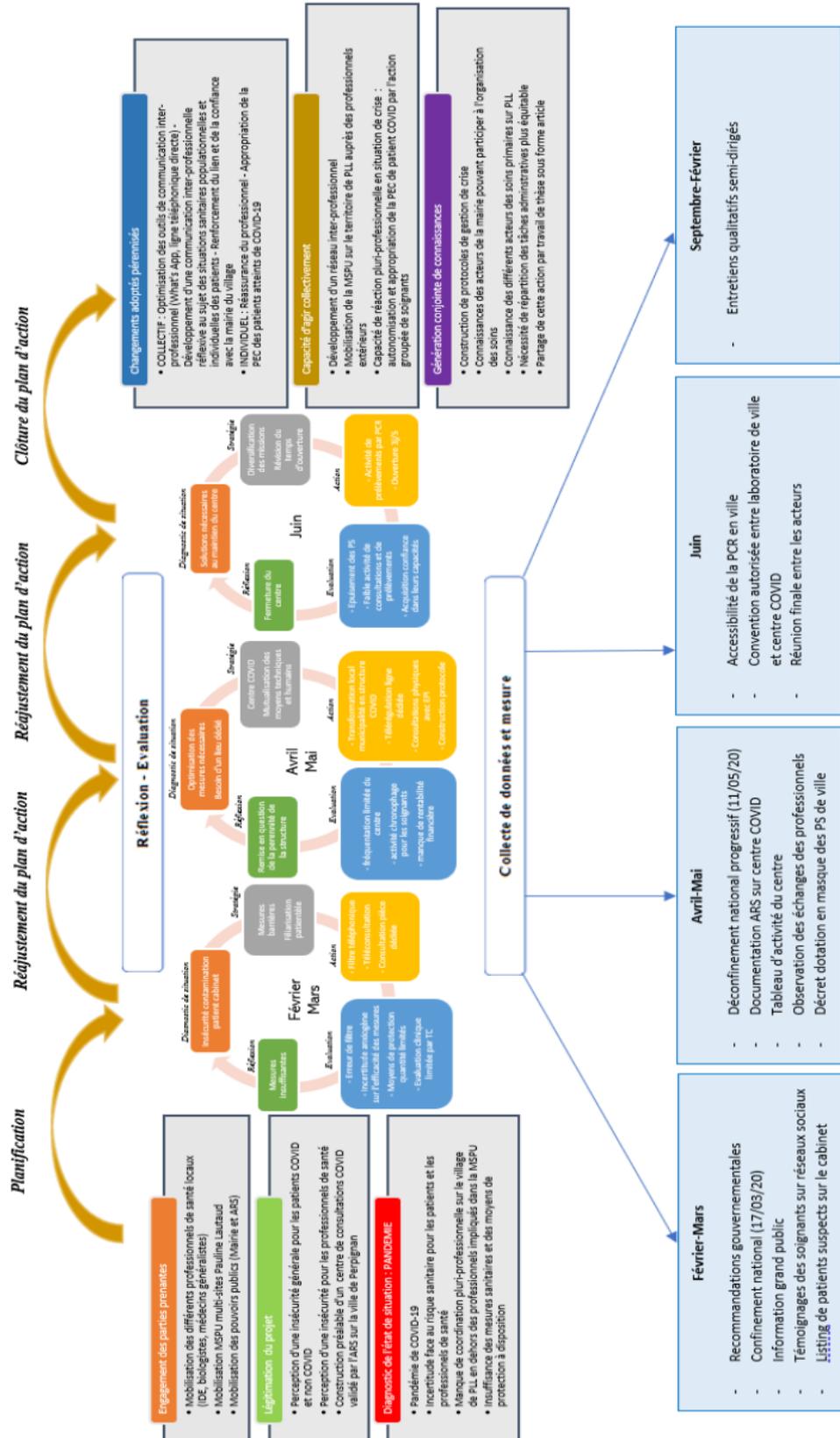
E1 : C'est une situation exceptionnelle ayant entraîné beaucoup de difficultés mais il y a quand même eu une solidarité et la découverte de certains autres PS, y compris nos internes hyper motivés, voilà situation exceptionnelle mais très riche humainement.

E2 : On était un peu en microcosme et c'est ça aussi qui a été intéressant en fait. C'était le côté intéressant en fait de pouvoir travailler avec les jeunes futures confrères qui ont tous été très motivés et ça a donné une dynamique différente à leur apprentissage parce que ça leur a permis de vivre une situation inédite en s'y impliquant fortement.

E7 : J'ai appris à découvrir certains de mes collègues, c'est vrai que dans des périodes comme cela, je dis ça d'une manière favorable... ça a chamboulé nos habitudes au début c'était fatiguant mais c'était aussi intéressant de suivre ce truc nouveau. Il y a justement le côté scientifique qui était assez intéressant.

D. Synthèse par boucles

Cycle de recherche-action de Roy adapté à la situation locale de Prades Le Lez



V. Discussion

A. RAPPEL DE L'OBJECTIF

L'objectif de cette recherche était de comprendre le vécu des acteurs des soins primaires de la commune de Prades-le-Lez ayant participé au montage d'un centre COVID-19 au cours de la période de février à juin 2020 et les mesures adaptatives mises en œuvre.

L'objectif secondaire était de permettre, avec cette étude de cas, l'acquisition de connaissances qui pourront être potentiellement utilisées en cas d'évènements sanitaires similaires dans le futur.

B. PRINCIPAUX RESULTATS

Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence que l'arrivée de la crise sanitaire a créé une rupture dans la vie professionnelle et personnelle des soignants, les conduisant à une remise en question de leur activité professionnelle, mais également de leur mode de vie.

Médecins généralistes et IDE partageaient la crainte commune de contaminer patientèle et entourage dans le cadre de leur activité professionnelle, certains se percevant comme vecteur de transmission, sentiment accru par la désertion d'une patientèle fuyant les lieux de soins.

Cette peur de la contamination a été le point de départ d'une réflexion sur la compatibilité entre l'organisation professionnelle habituelle et les nouveaux enjeux imposés par la crise, à savoir garantir la sécurité de la patientèle tout en maintenant un accès aux soins de qualité. Des questionnements divers d'ordre pragmatique et scientifique sur le nouvel agent infectieux qu'est le SARS-CoV2 apparaissaient alors, plaçant le soignant dans une incertitude globale angoissante du fait d'un manque criant de données en début de pandémie.

À cela se surajoutaient des difficultés d'ordre personnel liées à la famille dont les habitudes de vie se retrouvaient modifiées par le confinement, générant des inquiétudes supplémentaires notamment vis-à-vis des enfants et l'impression de ne pas avoir de répit.

Parallèlement aux difficultés individuelles rencontrées par chaque soignant, les acteurs de 1^{ère} ligne vivaient avec déception la place qui leur avait attribuée par les pouvoirs publics dans l'organisation de la lutte contre la pandémie à l'échelle nationale et qui pourrait être qualifiée d'inexistante en début de crise face au sentiment d'exclusion ressenti. Tout en concevant parfaitement la situation

catastrophique du secteur hospitalier, les médecins généralistes percevaient la communication politique et médiatique hospitalo-centrée comme une triple négation de leur existence, de leur utilité et de leur difficulté.

Dans ce contexte, une fois l'incompatibilité dressée pour des raisons déontologiques et éthiques, le secteur ambulatoire a pu se ressaisir et mettre en place des stratégies d'adaptation : il s'organisait alors de façon quasi autonome, mettant en place des actions à l'échelle de leur activité (réorganisation, introduction nouvelle pratique de téléconsultation, port du masque) et cherchait du soutien auprès des autres professionnels de leur réseau, pour se rassurer, pour s'informer, pour être en lien et sortir de l'isolement.

Cette étape de leur démarche adaptative était cependant limitée par une dépendance technocratique (manque de moyens, décisions gouvernementales) et par les difficultés du soignant à intégrer certains automatismes (port du masque) dans son activité.

Toujours dans un objectif de sécuriser la prise en charge de sa patientèle non-COVID et de se rassurer, certains médecins généralistes ont souhaité aller plus loin leur démarche d'adaptation et d'offres de soins par « don de soi ».

Le centre COVID était une proposition d'organisation ambulatoire locale au fonctionnement autonome fait à l'initiative d'un cabinet de médecine générale rattaché à une MSP multi-site et soutenue par l'institution universitaire.

La fermeture du centre a résulté de la conjonction d'une situation épidémique en amélioration dans l'Hérault, d'une base précaire de l'engagement des différents acteurs de terrain, d'un fonctionnement à flux tendu, et d'un manque de valorisation par les pouvoirs publics de cette mobilisation ambulatoire devenue contraignante.

L'ouverture du centre s'était faite pendant le confinement, en période de décroissance des cas de contaminations, entraînant une faible activité.

Dès le départ, les acteurs exprimaient des doutes sur le bien-fondé de la structure, verbalisés lors des réunions, et reconnaissaient s'être engagés par solidarité ou pour faire bonne figure. Ceci expliquait probablement le départ d'un médecin généraliste dès la 1^{ère} journée de consultation et le manque d'implication des autres médecins dans la gestion de l'organisation du centre.

L'effectif limité, fragilisé par ce départ, avait induit une augmentation de la charge de travail et de l'épuisement de certains acteurs.

Pour les instigatrices du projet, le point négatif marquant était l'importante part administrative requise pour le fonctionnement et les difficultés managériales inhérentes au travail en équipe qui leur donnaient le sentiment de s'éloigner de leur activité purement médicale.

L'absence de valorisation forfaitaire par l'ARS d'Occitanie a été perçue comme un traitement, aussi comme un manque de reconnaissance pour certains soignants.

D'autant plus que si certains venaient sur le temps de repos, d'autres participaient sur leur temps d'activité et donc subissaient une perte d'activité qui aurait pu être compensée par le forfait consultation proposé par l'ARS.

Des tensions entre professionnels ont émaillé la vie du centre et étaient probablement sous-tendues par une problématique de pouvoir et de hiérarchie, engendrant une rivalité entre les cabinets.

Ces raisons ont abouti aux souhaits de retourner un fonctionnement classique et indépendant dans les cabinets de médecine générale, facilité par l'accessibilité aux masques, aux tests PCR.

Finalement, les deux principaux obstacles à la réouverture étaient relatifs aux conditions organisationnelles et à l'absence de valorisation financière d'une action considérée du ressort de la Santé Publique.

Les pistes d'amélioration proposées par les acteurs pour réitérer une action similaire dans le futur reposaient principalement sur l'augmentation des moyens humains en opérant un regroupement de différents cabinets sur le territoire et d'en augmenter l'attractivité via une rémunération forfaitaire actée et une diversification des missions de la structure. La délégation de l'ensemble des tâches administratives à une entité dédiée était aussi une condition *sine qua non* à un réinvestissement.

Même si l'objectif secondaire du projet, de rouvrir le centre en cas de 2^{nde} vague, n'a pas été atteint, cette action commune a eu des répercussions positives sur le plan individuel et collectif.

Le cadre protocolisé de la structure avait un côté rassurant et sécurisant, bénéfique immédiatement perçu par certains médecins généralistes sur leur activité classique « non COVID ».

De façon générale, cette action a permis aux acteurs de trouver leur place dans une lutte dont ils se sentaient exclus en s'appropriant une prise en charge spécifiquement dédiée à la COVID-19 (comme avec cette IDE qui avait l'impression d'être plus dans « l'urgence sanitaire ») mais surtout elle avait créé un lien solide au sein du réseau local de soins par cette mobilisation commune et à travers les échanges. Ce point était souligné au cours des entretiens particulièrement par les promotrices de l'action dont les relations avec la biologiste et les IDE s'étaient renforcées rejaillissant sur la santé de leur patientèle mais aussi avec les pouvoirs locaux.

Elle a montré que le travail collectif en situation de crise était une solution privilégiée qui offrait un support moral et par son interdisciplinarité était une opportunité de mettre à profit les compétences de chacun conduisant à un sentiment de valorisation personnelle.

L'ensemble des démarches et stratégies mises en œuvre durant cette période a parfois pu être délétère pour la santé de certains soignants qui reconnaissaient un sur-engagement dans leur mobilisation justifiée par la valeur de la profession et responsable d'un épuisement physique et psychique.

Néanmoins de façon générale, le soignant a retiré de cette expérience un sentiment d'enrichissement global.

C. CONFRONTATION A LA LITTERATURE

1- Une réorganisation nationale des soins primaires

Le Collège National des Généralistes Enseignants a publié le 26/03/2020 les résultats d'une enquête, menée du 14/03/2020 au 21/03/2020 auprès de 5 490 médecins généralistes de toute la France, soit 15 % de la profession, sur l'organisation des soins de premier recours en réponse à l'ampleur de la crise.

Elle montrait que 71 % des médecins généralistes avaient modifié leur fonctionnement en mettant en place des espaces dédiés lorsque cela était possible (80 %), en ouvrant des plages de consultations dédiées au COVID (76 %), en augmentant le temps consacré à répondre à leurs patients par téléphone (86 %), en augmentant le nombre de téléconsultations (28 %). Elle confirmait également le manque de matériel dont disposaient les médecins généralistes pour faire face à l'épidémie : seuls 21 % disposaient de surblouses et 26 % de lunettes de protection. 14 % des médecins généralistes déclaraient ne plus disposer du moindre masque à leur cabinet au moment de cette enquête.

2- Une santé impactée par des facteurs de stress commun entre secteur hospitalier et ambulatoire

La pandémie de COVID-19 a donné lieu à une multitude d'études scientifiques en rapport direct avec la maladie, ses implications cliniques et thérapeutiques, mais a également stimulé la recherche sur ses conséquences indirectes telles que son impact sur la santé des soignants.

Les divers entretiens ont donné un aperçu de la vulnérabilité à la souffrance mentale dont ont été sujets les soignants en début de pandémie, notamment avec un accroissement de leur anxiété. Ce constat a été corroboré par diverses études françaises menées principalement auprès du personnel hospitalier sur les risques pour la santé mentale chez les soignants exposés à la COVID-19.

Il apparaît que le vécu des soignants, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires (pour les médecins et généralistes et IDE libéraux), est superposable mais à des degrés divers. Tous font face aux mêmes problématiques dans un délai restreint, exigeant une flexibilité importante : réorganisation des soins, assimilation d'informations massives et changeantes, pénurie de matériel de protection, augmentation de la charge de travail, manque de moyens thérapeutiques et de connaissances aboutissant à un stress et un épuisement personnel comme rapporté dans certains entretiens.

Une autre similitude entre le témoignage des soignants ayant participé au centre et cette étude est l'absence de compensation de la charge professionnelle par la vie personnelle en raison du

confinement et de la mise à l'arrêt de la vie sociale, de la peur de la contamination des proches, de la diminution des temps de repos.(52) La vie du soignant était articulée dans tous ses aspects autour de la pandémie.

Cependant, le vécu des acteurs des soins ambulatoires semble différer sur certains points.

Pour le soignant hospitalier, l'une des principales craintes est la contamination des proches du cercle familial. Pour le médecin généraliste et l'infirmier, même si la contamination de l'entourage est une inquiétude prégnante au quotidien, la peur principale résidait dans le risque de contamination des patients (fragiles avec comorbidités) au sein de son environnement de travail et qui trahirait un défaut de compétence en termes de sécurité et d'asepsie.

Le statut de potentiel vecteur de transmission a été vécu difficilement comme souligné dans l'étude COV IMPACT menée par le C.H. de Béziers en mai 2020 auprès de son personnel hospitalier. Ce sentiment est finalement partagé par tous, comme constaté dans les entretiens, que l'on vienne de la ville ou de l'hôpital.(53)

La peur de contracter la COVID-19 semble moins anxiogène chez les soignants de ville qui relativisent l'impact qu'aurait l'infection sur leur santé. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le médecin généraliste est confronté davantage au quotidien à des formes mineures qui représentent la majorité des cas d'infections et que par analogie, il imagine une histoire de la maladie similaire pour lui en cas d'infection.

La situation professionnelle en libérale a probablement joué un rôle protecteur sur la santé du soignant en lui épargnant une exposition répétée à des événements traumatisants comme des décès ou des détresses respiratoires aiguës, tout à la différence du personnel hospitalier.

Le sentiment d'appartenance à une communauté, l'augmentation de la communication et le développement de nouvelles relations qu'a induit le centre ont très certainement influencé positivement le vécu des soignants de Prades-Le-Lez. De tels facteurs (appartenance à une équipe, l'échange régulier dans un environnement relationnel sain) ont également été identifiés comme protecteurs chez le personnel hospitalier.

Ce qui semble avoir été plus difficile à gérer en médecine ambulatoire est l'incertitude globale (diagnostique, physiopathologique et thérapeutique) face à des cas supposés en début de pandémie en l'absence de test PCR disponibles. Alors que l'incertitude est constitutive de l'exercice en

médecine générale et que sa gestion fait partie des compétences du praticien en soins ambulatoires (SFMG), elle a été une source d'anxiété majeure en début de crise sanitaire.(54)

Elle a été probablement atténuée par l'exercice de groupe en cabinet et les échanges quotidiens entre les acteurs réunis pour le centre.

Un article paru dans le numéro 455 de la revue *Prescrire* du mois de septembre 2021, a recensé, sous forme de recherche documentaire, les enquêtes menées sur le lien existant entre l'exposition aux médias depuis le début de la pandémie et la santé mentale de la population.

Il apparaît que la COVID-19 a bénéficié d'une omniprésence médiatique (80% du temps des journaux télévisés et 80 % des articles de la presse papier lui étaient consacrés au cours du 1^{er} semestre 2020) dont le contenu orienté tantôt macabre, tantôt spectaculaire, a été une source d'anxiété d'après deux sondages réalisés sur un échantillon de 1 000 adultes français représentatif de la population en septembre 2020 et janvier 2021.

Si la responsabilité des médias sur leur état d'anxiété, n'est pas clairement formulée par les soignants interrogés, on peut néanmoins affirmer qu'étant l'un des principaux canaux d'informations en début de pandémie, les médias ont nourri l'inquiétude des acteurs et contribué à leur mobilisation au sein du centre.

Par contre, ce qui a été exprimé est une lassitude certaine et une colère en raison d'un contenu non-représentatif de la réalité du soignant ambulatoire, comme la mise en avant systématique de cas grave, élément souligné au cours de l'entretien E2 et retrouvé dans l'article de la revue *Prescrire*.

3- Facteurs d'influence d'activité du centre : organisation, rayon d'activité, visibilité, rôle des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Cette initiative exclusivement locale, à l'échelle d'un village, a constitué à la fois la force et la faiblesse de ce centre COVID.

Sa force pour les liens qu'elle a permis de tisser entre les différents professionnels de santé et les acteurs politiques locaux, permettant une prise en charge spécifique, fluide, coordonnée et sécurisante, pour les patients et soignants, dans une zone dédiée ; mais également sa faiblesse de par ses moyens humains limités sur le plan médical et paramédical et son faible public drainé.

Peut-être que la participation de soignants des villages limitrophes aurait assoupli les contraintes d'emploi du temps des médecins participants, évitant de fonctionner à flux tendu et de précariser une organisation déjà fragile, en cas d'indisponibilité.

On peut supposer qu'une structure au rayon d'action élargi aurait attiré une patientèle plus nombreuse assurant ainsi une activité plus soutenue et par effet boule de neige la pérennité de la structure.

Ce fut le cas d'un centre COVID ouvert dès le 18 mars 2020 en Haute-Garonne supervisé par une CPTS dont l'équipe comptait une cinquantaine de médecins qui aurait effectué quotidiennement 100 à 120 consultations en mobilisant 2 à 4 praticiens par jour. La source ne précise pas la date de fermeture de ce centre.(55)

Ce choix aurait pu être d'autant plus adapté que l'ouverture du centre de PLL survenait dans un contexte sanitaire et démographique différent du modèle perpignanais.

Alors que la situation héraultaise et montpelliéraine en mars 2020 était plutôt rassurante, la ville de Perpignan faisait face à une flambée de cas, principalement au sein d'une population vulnérable d'origine gitane considérée comme précaire et peu accessible aux messages de prévention, vivant dans des conditions de promiscuité importantes.(6)

D'après les données de l'INSEE de 2018, la population pradéenne était constituée de 24% de retraités, 22,5 % de professions intermédiaires et 14,5 % de cadres.(56)

On peut se demander si l'information de l'existence du centre avait été suffisamment diffusée car il est étonnant de constater qu'au cours de ces deux mois d'activités, aucun patient n'ait été adressé dans la structure par le centre 15.

N'y avait-il pas de patients éligibles ou alors leur adressage s'est-il fait sur d'autres structures ?

Car dès le mois de mars 2020, une multitude de centres avait éclos : l'ARS comptabilisait 143 centres en région Occitanie dont 24 dans le département de l'Hérault, parfois proches en distance notamment, comme le centre de Baillargues et celui de Prades-Le-Lez (18 minutes de trajet en voiture). Le centre de Prades-Le-Lez était-il perdu dans la masse de ces structures florissantes sur le territoire ?

(Il existait une cartographie dynamique des centres actifs durant le premier confinement sur le site de l'URPS Occitanie que nous n'avons pas retrouvé en 2021, remplacée par une carte des différents centres de vaccination.)

Il faut noter que certains centres ont eu plus de visibilité auprès de la population en bénéficiant d'une fenêtre médiatique télévisée et via la presse papier.(57)

L'appui matériel, financier et humain des CPTS a joué un rôle majeur dans le fonctionnement des centres COVID. Certaines CPTS ont ainsi pu mobiliser parfois plusieurs centaines de professionnels dans un délai réduit pour participer aux structures de consultations mais aussi pour organiser le

suivi ultérieur des patients à risque, épauler les IDE libérales dans leur organisation, être un canal d'information fiable pour les soignants. Les centres appuyés par les CPTS ont possiblement reçu plus de soutien des ARS sur le plan logistique et financier avec des rémunérations forfaitaires pour les soignants mobilisés.

La crise sanitaire de COVID-19 a été un exemple concret de l'intérêt du développement des CPTS sur le territoire et de leur fonction, c'est-à-dire mener une action de santé en faveur de la population en assurant un maillage du territoire optimal et en coordination continue avec le secteur hospitalier. Le chiffre exact du nombre de CPTS impliqués dans des centres de consultations COVID-19 n'a pas été retrouvé.

Le rôle joué par les CPTS va dans le sens de la volonté du gouvernement actuel que l'exercice médical devienne quasi-exclusivement un exercice de groupe dans les années à venir et que l'exercice libéral solitaire fasse figure d'exception. Ce souhait fait partie de la stratégie nationale de transformation du système de santé appelée « Ma santé 2022 » qui a pour objectif de couvrir l'ensemble du territoire au moyen de 1000 CPTS (il existerait 688 CPTS sur le territoire national à des stades d'avancement différent d'après les données de la Fédération Nationale des CPTS en juillet 2021).

(58)

On pourrait quand même entrapercevoir par cette tentative de connexion de la MSP Pauline Lautaud avec des acteurs extérieurs les prémices d'une action de CPTS.

Depuis 2021, quelques thèses ont été publiées sur l'émergence et la gestion de centre COVID.

Les motivations de l'engagement dans ces structures étaient sensiblement les mêmes à savoir un moyen logistique permettant d'exercer en sécurité, c'est-à-dire en limitant les risques de contamination des patients et des soignants, mais aussi une réponse à la centralisation des moyens sur le secteur hospitalier. Des motivations éthiques et financières étaient parfois citées comme dans la thèse de P. Billiaux, publiée en 2021, sur le ressenti de 13 médecins généralistes sur l'émergence et la gestion du centre COVID du pays Rethélois. Ce travail interrogeait également les médecins n'ayant pas pris part à la structure : il s'agissait essentiellement de cabinets de groupe qui s'étaient organisés indépendamment. On peut faire l'analogie avec les cabinets de Prades-Le-Lez qui ne souhaitaient plus s'engager sur le centre en raison d'une réorganisation au sein de leurs locaux qui paraissait compatible avec le risque de contamination .(59)

Dans la thèse nantaise de M. Helou sur la mise en place et l'activité du centre COVID-19 des Herbiers en Vendée, comme dans notre intervention, un des éléments moteurs au projet était la crainte d'un afflux de cas sur le territoire comme l'établissait les projections : il était nécessaire d'anticiper cette vague avec une structure opérationnelle.

Concernant sa supervision administrative et technique, le comité de pilotage de la structure n'a pas subi les mêmes désagréments que les promotrices du projet : la coordination médicale était chapeautée par un médecin responsable du centre, la coordination paramédicale (qui réunissait IDE, kinésithérapeutes et ambulanciers) et la gestion des stocks était assurée exclusivement par une infirmière ASALEE (Association de Médecins Généralistes et d'Infirmières Déléguées à la Santé) dont l'activité était à l'arrêt.

Pour ce qui concerne l'activité de ce centre, 120 consultations ont été réalisées pendant les 40 jours d'ouverture du 20 mars au 30 avril 2020. Son profil était similaire à celui de l'Hérault, à savoir une activité soutenue au cours des deux premières semaines d'ouverture puis une décroissance progressive ayant conduit à un arrêt définitif. Il n'avait pas été proposé de transformer la structure en zone de dépistage.

La rémunération des médecins généralistes s'était faite sur un mode forfaitaire, à la vacation qui se cumulait avec une cotation CPAM pour chaque patient vu.(60)

D'après nos différentes lectures et articles sur le sujet, il apparaît que la plupart des centres COVID actifs sur le territoire (certains étant à l'état de veille) ont fonctionné entre mars et juin 2020, leur activité suivant la tendance nationale.

Il n'a pas été retrouvé de mention de centre ayant rouvert lors de la 2^{ème} vague de COVID à l'hiver 2020.

Tous faisaient mention de l'importance de l'interdisciplinarité, du rôle fondamental des acteurs politiques locaux et de leur réactivité comme pour le centre de Choisy-Le-Roi mis en place en l'espace de dix jours et qui avait pu d'emblée introduire une activité de diagnostic par PCR (article paru dans le BEH).(61)

D. PERSPECTIVES

Même si actuellement il n'existe quasiment plus de centre ayant pour vocation d'effectuer des consultations de patients suspects (les centres existants ayant principalement une activité de vaccination et de dépistage par test antigénique ou PCR), on ne peut pas écarter la possibilité d'être confronté dans les années à venir à de nouvelles pandémies de grandes ampleurs pour lesquelles des structures similaires pourraient de nouveau voir le jour.

C'est pourquoi il apparaît important d'évaluer ces structures qui ont coexisté sous une multiplicité de format différent avec un fonctionnement propre : certaines ont vu le jour dans le cadre de CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), de MSP (maison de santé pluri-professionnelle) avec des locaux déjà existants et dédiés à des actions de santé ; tandis que d'autres sont nés d'initiatives individuelles de professionnels (en exercice seul ou de groupe) qui se sont regroupés pour l'occasion dans des structures fournies par les municipalités. Il existait également des centres restés en veille toute la durée du confinement.

Il serait intéressant, comme proposé par F. Bideux dans son travail de thèse en 2021, d'analyser des centres COVID ayant fonctionné sur le territoire selon la méthodologie de Revue Après Action proposée par l'OMS en 2019. Ce type de revue codifiée consiste en un examen qualitatif de mesures prises pour faire face à un évènement représentant un danger pour la santé publique, il permet d'identifier et de documenter les pratiques exemplaires ainsi que les lacunes rencontrées dans le cadre de la réponse à l'évènement. Elle est recommandée par l'OMS depuis 2016 dans le nouveau cadre du Règlement Sanitaire International.

Cette évaluation pourrait s'avérer utile dans l'hypothèse d'une situation sanitaire similaire future pour laquelle des structures sur le modèle des centres COVID devraient être redéployés.(62)

De façon générale, la coordination et la gestion de crise doivent refaire l'objet d'une réflexion approfondie par les pouvoirs publics en partenariat avec les principaux acteurs de terrain (professionnels de santé hospitaliers et des soins primaires, pouvoirs locaux et administrations...) afin d'éviter les incompréhensions, de limiter les dommages évitables dans un situation déjà chaotique et d'avoir une meilleure préparation au cours de prochains évènements majeurs.

Le sociologue Henry Bergeron, dans son ouvrage sur la gestion de la crise de COVID-19 en 2020 (*COVID-19 : une crise organisationnelle*), critiquait le manque de préparation de l'état face à cette

pandémie malgré l'expérience de plusieurs crises passées dont la plus récente étant celle de la pandémie d'H1N1 en 2009. Il expliquait l'insuffisance des instruments existants comme les plans de gestion et les exercices de simulation qui ne prenaient pas en compte tous les paramètres d'influence en temps de crise et qui rendent leur application difficile en situation réelle : le manque de souplesse des protocoles laissant peu de place à l'improvisation suggérant un seul déroulement possible de la crise et de son plan, les possibles défaillances individuelles (épuisement professionnel) étaient rarement prises en compte, le manque de coordination entre les organismes impliqués venaient complexifier l'application des mesures conduisant à des conflits entre les acteurs.

E. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1 - Forces de l'étude

- Une étude au format original :

Le format de recherche-action constitue l'originalité de cette étude au moment de sa mise en œuvre.

Il permet par sa schématisation sous forme de boucles de montrer le travail de réflexion continue mené par les acteurs en début de pandémie et restitue les étapes clés de leur expérience et de leurs tentatives d'adaptation au premier semestre 2020. La réalisation d'entretiens semi-dirigés a permis d'étayer les résultats issus de la 1^e partie d'analyse.

- Un soutien méthodologique par les deux directrices de thèse :

La guidance continue par les deux directrices de thèse a contribué à la cohérence et la fiabilité de l'étude dans sa construction et son analyse.

- La validité interne de l'étude :

La validité interne de l'étude a reposé à la fois sur :

- la variété et la triangulation des différents matériaux utilisés (notes d'observation, recommandations, résultats d'activités, entretiens semi-dirigés etc.) pour construire la RA
- l'appui d'une grille d'analyse produite par la chercheuse à partir d'une de ses lectures d'un article de J-P. Pourthois détaillant sous forme de quatre grands axes (systémique – temporelle – économique (social, culturelle, psychologique) – axiologique) et douze repères, les éléments issus du terrain et servant à crédibiliser la recherche-action menée.
- la diversité socio professionnelle des acteurs interrogés offrant un angle de vue varié sur l'expérience rapportée

- La validité externe de l'étude :

La méthodologie employée dans cette thèse pourrait servir d'outil pour la construction d'un projet similaire de RA dans le futur. Elle pourrait également être utilisée comme support en cas d'évaluation globale des centres COVID sur le territoire.

2 – Limites de l'étude :

- Un premier travail de recherche :

Ce travail de recherche a été une première expérience pour la chercheuse, de réalisation d'une étude premièrement, relevant du domaine de la recherche-action deuxièmement, et de découverte des sciences sociales, de façon générale.

Cette confrontation de novo, à une discipline inconnue avant cet exercice, a pu impacter la qualité du projet de thèse sur divers plans : dans la pertinence des éléments de bibliographie retenue, dans la rigueur requise pour la tenue du journal de bord, dans la réalisation du guide d'entretien et ainsi que dans les conditions de leur recueil auprès des personnes interrogées, mais également dans l'analyse des données pouvant causer un biais méthodologique.

Les discussions continues avec les deux directrices de thèse et la participation aux différents ateliers de thèse ont permis de compenser en partie ces difficultés.

- Une absence de données bibliographiques :

Au début de sa conception, le caractère inaugural de l'évènement vécu par les soignants faisait de cette thématique un sujet original encore inexploré, encore moins sous le format de la RA.

- Un biais dans le recueil des données et leur analyse :

La position de chercheuse-actrice est une position ambiguë qui peut poser des problèmes de neutralité et d'objectivité dans l'analyse des données.

- **Distanciation difficile**

Son implication immédiate dans le processus d'action et ses liens étroits avec les promotrices du projet qui étaient également ses directrices de thèse, ont pu influencer l'interprétation des évènements en y mêlant une dimension affective. Cependant, la chercheuse ayant conscience du risque de perte d'objectivité dans sa réflexion a tenté de prendre un maximum de distance au cours de sa rédaction.

- **Une sincérité des réponses influencée**

Ces liens privilégiés et connus des acteurs ont pu affecter la manière dont ils se sont livrés à la chercheuse au cours des entretiens. Globalement, les acteurs ont accueilli positivement la démarche de thèse et ont accepté avec bienveillance de se plier à l'exercice des entretiens semi-dirigés. Cependant, il est possible que certains acteurs aient pu être dans une certaine retenue

concernant le vécu de leur expérience au sein du centre COVID selon leur degré de proximité avec les instigatrices du projet.

Ce constat se base sur la mise en relation d'évènements issus de l'analyse des réunions, de l'observation des échanges entre acteurs et de l'absence d'évocation de ces évènements au cours de certains entretiens.

- Une méthodologie différente pour la RA :

La réalisation d'un entretien semi-dirigé en amont de l'ouverture du centre et à sa fermeture aurait probablement permis une meilleure appréciation de l'évolution du ressenti des acteurs vis-à-vis de la crise, de l'expérience acquise et de ses effets sur l'état psychologique des soignants.

Concernant le centre, la diffusion d'un questionnaire de satisfaction à propos de son organisation à mi-parcours aurait aussi peut-être permis une meilleure prévention de sa fermeture en apportant des pistes d'amélioration.

VI. Conclusion

Ce travail montre qu'au lieu de rester dans un fonctionnement habituel, remis en question par une situation sanitaire désastreuse, le soignant dans un objectif de maintien d'un accès aux soins sécurisé, s'emploie à proposer une organisation ambulatoire différente qu'il juge plus adaptée dans le contexte.

Il met en place diverses stratégies adaptatives malgré des moyens limités dans un délai restreint.

A une échelle individuelle, il réorganise son activité en séparant les flux de patients COVID et non COVID-19, et introduit gestes barrières et téléconsultations. Cette réorganisation lui permet de retrouver la maîtrise de la situation.

Ce travail montre également le pouvoir fédérateur d'une MSP à l'échelle d'un territoire. Grâce au soutien de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle Pauline Lautaud, deux médecins généralistes ont pu proposer un projet de santé à destination de la population sous forme de centre COVID-19. Cette organisation ambulatoire de la prise en charge de patient COVID-19 naît d'un besoin de sécuriser patient et soignant et de mutualiser des ressources matérielles limitées en temps de crise. L'objectif secondaire d'avoir une structure opérationnelle en cas de seconde vague n'a pas été atteint, les soignants ne souhaitant pas se réinvestir dans un tel projet en raison de contraintes organisationnelles et du manque de valorisation financière d'un engagement considéré de santé publique.

En dépit de sa fermeture, en connectant cabinets médicaux de proximité, IDE libérales, ARS, pouvoirs publics locaux, MSP soutenue par l'Université, ce centre a généré un changement durable dans les relations interprofessionnelles du réseau de soins local. Il a aussi eu pour effet de valoriser un secteur du soin ayant souffert d'une exclusion, en début de pandémie, du dispositif de gestion de crise déployée par le Ministère de la Santé.

Il serait intéressant d'évaluer les différents centres COVID apparus sur le territoire mais aussi comme le suggère ce travail de repenser les stratégies nationales mises en œuvre pour intégrer différemment les soins primaires.

VII. Bibliographie

1. Fontanet A. Naissance d'une pandémie. Collège de France; 2019.
2. Agence Régional de Santé Occitanie. Informations sur le coronavirus COVID-19 et rappel des principales recommandations sanitaires [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/53204/download>
3. Conseil Supérieur de l'Audiovisuel. Covid-19 : Le CSA mobilise les médias pour informer le grand public - CSA [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Informer/Toutes-les-actualites/Actualites/Covid-19-Le-CSA-mobilise-les-medias-pour-informer-le-grand-public>
4. Organisation Mondiale de la Santé. Conseils sur le port du masque dans les espaces collectifs, lors des soins à domicile et dans les établissements de santé dans le cadre de la flambée due au nouveau coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. 2020. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330998/WHO-nCov-IPC_Masks-2020.1-fre.pdf
5. Follorou J. En Occitanie, les médecins généralistes organisent la riposte au Covid-19. Le Monde.fr [Internet]. 31 mars 2020 [cité 8 mai 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2020/03/31/en-occitanie-les-medecins-generalistes-organisent-la-riposte-au-covid-19_6035022_1651302.html
6. Simac L, Ledrans M, Catelinois O, Durand C, Guinard A. COVID-19 DANS LA POPULATION VULNÉRABLE DES QUARTIERS SAINT-JACQUES ET HAUT-VERNET DE PERPIGNAN : DE LA DÉTECTION DES PREMIERS CAS JUSQU'AU SUIVI DE LA PROGRESSION DE L'ÉPIDÉMIE, UNE SURVEILLANCE RÉALISÉE GRÂCE AUX DONNÉES LOCALES / COVID-19 IN THE VULNERABLE POPULATION OF THE SAINT-JACQUES AND HAUT-VERNET DISTRICTS OF PERPIGNAN (FRANCE): HEALTH SURVEILLANCE CARRIED OUT USING LOCAL DATA. Bull Épidémiol Hebd. 2020;(30):590-8.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19 [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
8. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de l'OMS concernant un groupe de cas de pneumonie à Wuhan [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/china/news/detail/09-01-2020-who-statement-regarding-cluster-of-pneumonia-cases-in-wuhan-china>
9. Organisation mondiale de la santé. Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV) [Internet]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
10. Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. Epidémie de COVID-19 – Point de situation au 30 mars 2020. Sénat; 2020 mars.
11. Delfraissy J-F, Benamouzig D, Bouadma L, Casanova J-L, Cauchemez S, Chauvin F, et al. Etat des lieux du confinement et critères de sortie. 2020;14.

12. Allocution liminaire du Directeur général de l’OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. 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>
13. Le Monde. Coronavirus : plus d’1,7 milliard de personnes confinées dans le monde pour tenter d’endiguer la pandémie. 23 mars 2020;
14. OMS. “Solidarity” clinical trial for COVID-19 treatments [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>
15. Ministère des Solidarités et de la Santé, Insee, Sante publique France. Livret de présentation sur le suivi de l’épidémie de covid-19.pdf [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/cfiles/livret_de_presentation_sur_le_suivi_de_lepidemie_de_covid-19.pdf
16. Le Monde. Coronavirus : un troisième cas d’infection confirmé en France [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/01/24/coronavirus-deux-premiers-cas-confirmes-en-france-a-bordeaux-et-paris_6027158_3244.html
17. Lescure F-X, Bouadma L, Nguyen D, Parisey M, Wicky P-H, Behillil S, et al. Clinical and virological data of the first cases of COVID-19 in Europe: a case series. *Lancet Infect Dis.* 1 juin 2020;20(6):697-706.
18. Santé Publique France. Cluster de COVID-19 dans les Alpes, France, Février 2020. 29 juin 2020;
19. Danis K, Epaulard O, Bénet T, Gaymard A, Campoy S, Botelho-Nevers E, et al. Cluster of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the French Alps, February 2020. *Clin Infect Dis.* 28 juill 2020;71(15):825-32.
20. COVID-19 : trois nouveaux cas confirmés, dont un décès [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/covid-19-trois-nouveaux-cas-confirmes-dont-un-deces>
21. Macron E. Adresse aux Français, 12 mars 2020 [Internet]. 2020 [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/12/adresse-aux-francais>
22. Ministère des Solidarités et de la Santé. PRÉPARATION AU RISQUE ÉPIDÉMIQUE Covid-19 Guide méthodologique. 2020.
23. Macron E. Déclaration de M. Emmanuel Macron, président de la République, sur la mobilisation face à l’épidémie de COVID-19, la guerre sanitaire contre le coronavirus et sur les nouvelles mesures adoptées (report du 2e tour des municipales, suspension des réformes [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/273933-emmanuel-macron-16-mars-2020-coronavirus-confinement-municipales>
24. SPF. COVID-19 : point épidémiologique du 15 mars 2020 [Internet]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-15-mars-2020](https://www.sps.fgov.be/fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-15-mars-2020)

25. SPF. COVID-19 : point épidémiologique du 2 avril 2020 [Internet]. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-2-avril-2020
26. ARS Occitanie. Informations sur le Coronavirus COVID-19 et rappel des principales recommandations sanitaires [Internet]. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/informations-sur-le-coronavirus-covid-19-et-rappel-des-principales-recommandations-sanitaires-0>
27. ARS Occitanie. Bulletin d'information COVID-19 en Occitanie [Internet]. 2020 mars 7 [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2020-03/%40ARSOC_%23COVID-19_BulletinInfo_20200307.pdf
28. ARS Occitanie. 47 cas de coronavirus covid-19 confirmés à ce jour en Occitanie [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/47-cas-de-coronavirus-covid-19-confirmes-ce-jour-en-occitanie>
29. Coronavirus : le préfet ferme crèches et écoles de 16 communes autour de Montpellier [Internet]. midilibre.fr. Disponible sur: <https://www.midilibre.fr/2020/03/11/coronavirus-le-prefet-ferme-les-ecoles-de-16-communes-de-lest-de-montpellier,8791369.php>
30. Le Monde. Epidémie due au coronavirus : Perpignan est devenu l'épicentre de la maladie en Occitanie. 26 mars 2020;
31. Badinier E. Les urgences du CHU de Montpellier désertées, c'est inquiétant ! [Internet]. France Bleu. 2020 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/les-urgences-du-chu-de-montpellier-desertees-c-est-inquietant-1586448302>
32. ARS Occitanie. Coronavirus : les professionnels de santé libéraux se mobilisent activement à l'entrée en phase épidémique. 2020.
33. ARS Occitanie. DURANT L'EPIDEMIE COVID-19 : PATIENTS AYANT UN SUIVI MÉDICAL SPÉCIFIQUE OU QUI PRESENTENT UN PROBLEME DE SANTE : PRENEZ RENDEZ-VOUS OU MAINTENEZ VOS CONSULTATIONS. 2020.
34. ARS Occitanie. Coronavirus : les médecins libéraux organisés pour prendre en charge les patients en toute sécurité. 2020.
35. URPS. Messages à l'intention des médecins libéraux d'Occitanie en anticipation de la phase de déconfinement. 2020.
36. Decroly É. « La question de l'origine du SARS-CoV-2 se pose sérieusement » [Internet]. 2020 [cité 6 mai 2021]. Disponible sur: <https://lejournel.cnr.fr/articles/la-question-de-lorigine-du-sars-cov-2-se-pose-serieusement>
37. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. févr 2020;395(10223):497-506.
38. Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV-2. 2020.
39. Gámbaro F, Behillil S, Baidaliuk A, Donati F, Albert M, Alexandru A, et al. Introductions and early spread of SARS-CoV-2 in France. *bioRxiv*. 29 avr 2020;2020.04.24.059576.

40. Sallard E, Halloy J, Casane D, Helden J van, Decroly É. Retrouver les origines du SARS-CoV-2 dans les phylogénies de coronavirus. *médecine/sciences*. 1 août 2020;36(8-9):783-96.
41. D'Ortenzio E, Yazdanpanah Y, Lina B. Coronavirus et Covid-19. *Inserm*; 2021 mai.
42. Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Keam S, Te H, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *J Infect Public Health*. avr 2020;S1876034120304329.
43. Desvaux É, Faucher J-F. Covid-19 : aspects cliniques et principaux éléments de prise en charge. *Rev Francoph Lab*. nov 2020;2020(526):40-7.
44. Saint-Maurice : Santé publique France. Synthèse rapide COVID-19. Part des formes asymptomatiques et transmission du SARS-CoV-2 en phase pré-symptomatique. 8 juill 2020;7.
45. Avis HCSP du 31 mars 2020 relatif à la prévention et à la prise en charge des patients à risque de formes graves de COVID-19 ainsi qu'à la priorisation des tests diagnostiques [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=790>
46. Annweiler C, Sacco G, Salles N, Aquino J-P, Gautier J, Berrut G, et al. National French Survey of Coronavirus Disease (COVID-19) Symptoms in People Aged 70 and Over. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 18 juin 2020;72(3):490-4.
47. Meppiel E, De Broucker T. Manifestations neurologiques associées au COVID-19. *Prat Neurol - FMC*. 1 mai 2021;12(2):89-96.
48. Prescrire.org. Les tests covid-19 : quelques points-clés pour s'y retrouver [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/203/1845/60131/0/PositionDetails.aspx>
49. Roy M, Prévost P. La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Rech Qual*. 32:129-51.
50. Pourtois J-P, Desmet H, Humbeeck B. La recherche-action, un instrument de compréhension et de changement du monde. 2013;Hors-Séries(15):22-35.
51. Agence Régional de Santé Occitanie. CENTRE DE CONSULTATIONS DEDIE COVID19 PROPOSITIONS DE PRINCIPES D'ORGANISATION. 2020.
52. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encephale*. juin 2020;46(3):S73-80.
53. Georger F, Santos ED, Gazagne L, Berdagué P, Saib A, Nahon S, et al. COV IMPACT : analyse des différents facteurs de stress du personnel hospitalier dans 2 centres hospitaliers en France lors de la pandémie COVID-19. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. nov 2020;69(5):227.
54. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
55. Tranthimy. Face au Covid-19, les nouvelles CPTS à la manœuvre pour désengorger les hôpitaux [Internet]. *Le Quotidien du Médecin*. 2020 [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/honoraires/face-au-covid-19-les-nouvelles-cpts-la-manoeuvre-pour-desengorger-les-hopitaux>

56. Dossier complet – Commune de Prades-le-Lez (34217) | Insee [Internet]. [cité 21 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-34217>
57. Hamdaoui S. Coronavirus : un gymnase transformé en centre de soins à Baillargues [Internet]. France Bleu. 2020 [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/coronavirus-a-baillargues-un-gymnase-transforme-en-centre-de-soins-1584969933>
58. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 un engagement collectif. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 sept.
59. Billiaux P. Etude qualitative visant à comprendre le ressenti des médecins généralistes sur l'émergence et la gestion du centre COVID dans le pays rethélois [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2021.
60. Helou M. Mise en place et activité du centre COVID 19 des Herbiers: mars à avril 2020 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2021.
61. Vaux S, Fischer E, Sainte-Rose S, Bialot G. PRISE EN CHARGE, DÉPISTAGE ET SUIVI DE PATIENTS COVID-19 EN CENTRE AMBULATOIRE DÉDIÉ, VAL-DE-MARNE, AVRIL-JUIN 2020 / MANAGEMENT, SCREENING AND FOLLOW-UP OF COVID-19 PATIENTS IN A DEDICATED AMBULATORY CENTER, VAL-DE-MARNE, APRIL-JUNE 2020. 2020;
62. Bideux F. Retour d'expérience d'un centre de consultation dédié Covid-19 à Choisy-Le-Roi [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris (2019-....). Faculté de santé; 2021.

VIII. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation

« Bonjour, je me présente : je m'appelle Héroïse Grondin et je suis interne en Médecine Générale. Je vous remercie de m'accorder du temps et de m'aider dans la réalisation de ce travail de thèse.

Je vais vous poser des questions sur la situation sanitaire hors du commun que nous vivons actuellement depuis plusieurs mois.

L'objet de ce travail n'est pas d'évaluer des connaissances mais d'avoir un retour d'expérience. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

Cet entretien est réalisé dans un respect mutuel et dans la bienveillance. Vous n'êtes pas obligés de répondre à certaines questions et vous pouvez à tout moment demander une explication si vous le souhaitez.

Cet entretien est enregistré et anonymisé, d'ailleurs je vous donne le consentement écrit que vous pourrez signer si vous êtes d'accord. »

Expérience en lien avec la crise :

1/ Pouvez-vous nous décrire une expérience marquante que vous avez vécu un patient au cours de cette pandémie de COVID-19 ?

2/ Comment avez-vous vécu cette crise sanitaire sur le plan professionnel et sur le plan personnel ?

Expérience en lien avec le centre COVID-19 :

3/ Pourriez-vous me parler de votre expérience au sein du centre de consultation COVID-19 ouvert dans le village de Prades le Lez ?

Relances :

- quelles ont été vos motivations ?

- quels ont été les freins à votre participation à ce type de structure ?

- quel en a été le retentissement ?

Perspectives :

4/ En cas de 2nde vague avérée de cas de Coronavirus, quel serait votre positionnement ?

Relances :

- envisageriez-vous de participer de nouveau à ce type de prise en charge collective et pluridisciplinaire ?

- que proposeriez-vous comme piste d'amélioration ?

- quel en a été le retentissement ?

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées

Présentation

Cet entretien est réalisé dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale.

Elle n'est néanmoins possible que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées, pour qu'elle soit utilisée à des fins pédagogiques, nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

Autorisation

Je soussigné(e) _____

- autorise par la présente à enregistrer en audio l'entretien du _____

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée :

a) à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires)

b) à des fins d'enseignement universitaire

- prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront anonymisées.

Ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;

Fait le : _____

A : _____

Signature

Annexe 3 : Grille de lecture de la validité de la RA

Ces 4 axes et 12 repères permet de garantir la scientificité de la recherche-action. Ils interrogent sa **crédibilité** (validité interne), et sa **transférabilité** (validité externe).

Axe systémique Le terrain est un éco-système	Découvrir l'opportunité	Déchiffrer le terrain : - la résistance des acteurs - les facteurs favorables - fait-elle sens chez les personnes ? - touche-t-elle leurs besoins profonds ? - les liens et une confiance réciproque s'établissent-ils facilement ? - un impact positif est-il prévu ? - des effets pervers ?
	Accepter la complexité du terrain	- respecte-t-elle la multiplicité des points de vue selon une approche multi-référentielle ? - privilégie-t-elle une lecture plurielle des événements au moyen de triangulation diverses ?
	Repérer la socialité	- a-t-on appréhendé les affiliations diverses, les structures hiérarchiques du groupe leader, opposant ? - a-t-on pris la précaution éthique de ne pas provoquer un effondrement de l'identité collective est individuelle ? - a-t-on identifié les mécanismes d'inclusion et d'exclusion ?
Axe économique sociale, culturelle, psychologique	Susciter la productivité	Mettre l'accent sur les activités de production et de création dans le processus de changement : - la RA stimule-t-elle des productions concrètes : nouveaux actes ? comportements ? objets ? récits ? expositions ? brochures ? publications ? séances d'échanges de pratiques ? - libère-t-elle chez l'acteur des capacités nouvelles favorisant une image de soi plus valorisée, des modifications d'habitus ?
	Fabriquer du sens	La RA, pour qu'elle ait du sens, s'appuie sur l'expérience subjective des acteurs : - s'est-elle bien appuyée sur l'expérience vécue des sujets ? - a-t-elle tenté de découvrir le sens caché des événements ? - a-t-elle favorisé la conscientisation : a-t-elle mis l'acteur dans des conditions le rendant capable de se voir sujet agissant et pensant pour trouver des solutions à ses problèmes ?
	Enrichir l'instrumentalité	En RA, il est nécessaire d'avoir des outils, méthodes, techniques, pour effectuer la lecture du monde dans lequel les sujets s'inscrivent : - les sujets ont-ils suffisamment d'instruments pour analyser la situation ? pour faciliter la concertation ? pour évaluer les effets de la RA ? - ont-ils été bien formés à leur utilisation ? - sont-ils plus confiants dans leurs possibilités d'action sur l'environnement ?
Axe temporelle Tps chronologique Tps dramaturgique	Repérer la progressivité	Le but de la RA est de faire progresser le sujet. Il existe des périodes de stagnation et de régression : - a-t-on analysé ces phases ? - comment les acteurs ont-ils assumé leurs problèmes ? - quelles solutions ont été trouvées ? étaient-ce les meilleures ? - l'analyse des échecs a-t-elle été porteuse de solution ? - les acteurs ont-ils amenés des informations exactes et objectives ?
	Accepter la précarité de la RA	Toute RA a une durée de vie limitée. La stabilité est un signe de dépendance. Il n'est pas aisé d'abandonner ce qu'on a créé. - comment a-t-on préparé cette rupture ? - a-t-on donné à la RA une visibilité suffisante pour qu'elle puisse subsister ? - les personnes-ressources, ont-elles été identifiées pour perpétuer l'action ?

		- qu'en est-il de l'autonomisation des sujets ?
	Favoriser l'historicité	Les sujets participant à la RA ont tous une histoire particulière et un ensemble d'habitus produits de cette histoire. - a-t-on pris en compte ces habitus pour assurer la continuité identitaire des personnes ? - a-t-on pu maintenir les sujets en connexion avec eux-mêmes et avec le groupe auquel ils appartiennent d'une part et favoriser l'émancipation par rapport à des schémas de conduites stéréotypées ?
Axe axiologique Approche critique des valeurs Quelle conception de l'homme sous-tend la RA ?	Éclairer la finalité	- a-t-on une idée claire sur les valeurs sous-tendant la démarche ? - les objectifs sont-ils énoncés ? - le changement que l'on veut produire a-t-il été défini ? - le rôle des acteurs a-t-il été explicité ? - a-t-on discuté quant à savoir à qui appartenait le pouvoir de décider ? - la difficulté dans le choix entre les finalités individuelles et collectives : quel compromis a été trouvé ?
	Repérer l'ambiguïté	Les zones d'incertitudes sont vastes, liées aux aléas du terrain, des non-dits, à l'ambiguïté qui régit les prises de décision. - a-t-on repérés ces zones d'incertitude ? - a-t-on été en mesure de composer avec les contingences du terrain ? - a-t-on reconnu le rôle inévitable de la dimension affective et subjective des acteurs ? comment l'a-t-on dépassé ? - se comprend-on bien finalement ? - les acteurs sont-ils sincères les uns avec les autres ?
	Gérer la conflictualité	Le conflit fait partie de la recherche-action, et est un facteur important de changement. - a-t-on suscité en cas de dissension une analyse de la situation ? - a-t-on cultivé l'aptitude au compromis ? - a-t-on laissé aux protagonistes un espace de liberté, contre-pouvoir qui éveille d'autres possibilités d'actions ? - le conflit a-t-il contribué à l'évolution du groupe et des personnes ?

Annexe 4 : Fiche conseil patient

CENTRE DE CONSULTATION COVID-19 PRADES-LE-LEZ



Le médecin que vous venez de consulter pense que vous avez une infection correspondant à un CoVid-19. Toutefois, il n'a décelé **aucun signe de gravité** lors de la consultation. Une hospitalisation n'est pas nécessaire, vous pouvez donc rester au domicile

Le traitement

- Le traitement unique est le paracétamol en fonction de la fièvre
- VOUS NE DEVEZ PAS PRENDRE D'ANTI-INFLAMMATOIRES (Nurofen, Ibuprofène, Advil...) OU DE CORTISONE (Ils sont dangereux en cas de CoVid-19)

Les mesures pour limiter la propagation du virus :

- Restez à domicile pendant 14 jours (*confinement*) : n'allez pas travailler, n'allez pas faire vos courses ou sortir dans la rue
- Les livraisons à domicile sont possibles, à condition de laisser le(s) colis sur le pas de la porte.
- Evitez particulièrement tout contact avec des personnes fragiles (personnes âgées ou malades)
- Si l'évolution de la situation le permet (disponibilité du matériel), portez un masque chirurgical lors de l'intervention d'un professionnel de santé ou d'une consultation médicale.

Surveillance de votre état de santé :

- Dans de rares cas le CoVid-19 peut s'aggraver entre le 7^{ème} et le 10^{ème} jour. C'est pour cela qu'une consultation de réévaluation sera prévue.
- Les signes à surveiller sont une augmentation de la température, une gêne respiratoire ou une douleur dans la poitrine.
- Surveillez votre température 2 fois par jour.
- Si vous pensez aller moins bien ou que vous êtes inquiet rappelez le numéro du centre de consultation COVID-19 : 04 67 58 46 16, ou votre médecin traitant.
- En cas d'urgence ou si vous ne pouvez joindre le centre ou votre médecin traitant : Appelez le Centre 15
- Ne vous rendez pas directement aux urgences ou chez votre médecin traitant

Surveillance de l'état de santé de votre entourage :

- Surveillance de la température 2 fois par jour et surveillance des signes respiratoires,
- Mêmes règles de confinement
- En cas d'apparition de fièvre ou de symptômes respiratoires chez un membre de l'entourage, prenez contact avec le numéro du centre : 04 67 58 46 16 ou votre médecin traitant, s'ils ne sont pas joignables ou en cas d'urgence : appelez le Centre 15.

CENTRE DE CONSULTATION COVID-19 PRADES-LE-LEZ



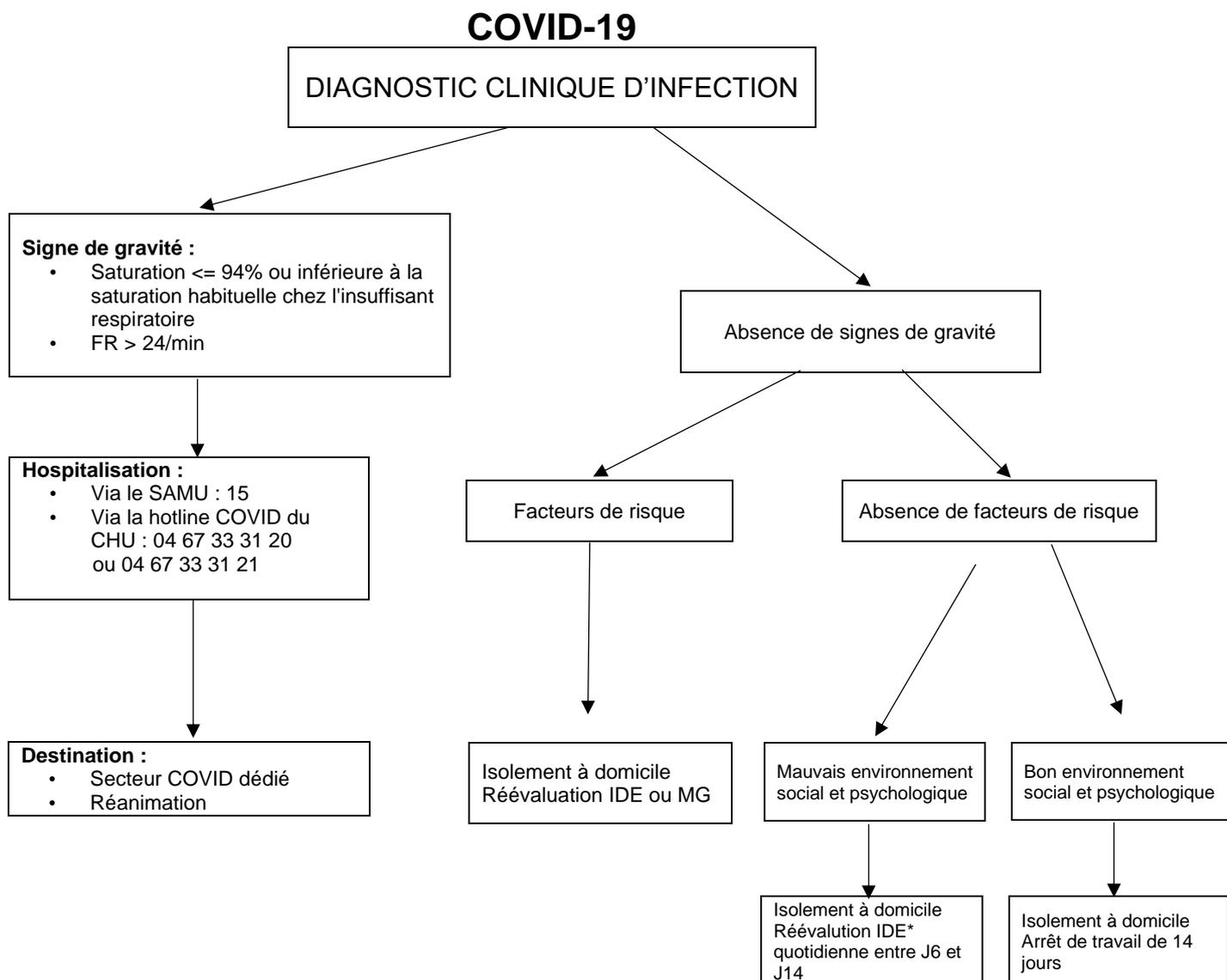
Les mesures d'hygiène au domicile :

- Dans la mesure du possible, restez dans une pièce spécifique en limitant les contacts avec les autres occupants du logement.
- Dormez dans des chambres séparées
- Toussez et éternuez dans votre coude. Utilisez des mouchoirs à usage unique.
- Aérez régulièrement.
- Si possible, utilisez une salle de bains séparée
- Si possible utilisez des toilettes spécifiques ou lavez les toilettes communes attentivement avec de la javel après chaque utilisation
- Nettoyage des sols : n'utilisez pas d'aspirateur. Lavez les sols et les surfaces avec un bandeau imprégnez puis utilisez un autre bandeau pour rincer. Laisser sécher puis appliquez un produit de nettoyage à base de javel.
- Dans tous les cas, lavez-vous les mains fréquemment (eau + savon ou solutions hydro-alcooliques), évitez de toucher les objets communs à tous les membres du foyer, lavez tous les jours les surfaces fréquemment touchées (poignées de porte, téléphones, dossiers de chaises...).
- Lavez vous-même vos draps à minimum 60°C et pendant minimum 30 minutes
- Ne recevez aucune visite (sauf indispensables, comme les aidants).
- Portez un masque chirurgical (si disponible) à chaque fois que vous êtes avec vos proches. Le masque n'est nécessaire que pour vous et pas pour vos proches.

Une téléconsultation de contrôle sera à prévoir avec votre médecin traitant entre le
et le

Il décidera de la nécessité d'un nouvel examen médical qui se fera alors sur le centre de consultation COVID-19

Annexe 5 : Algorithme d'évaluation clinique



- Remise à tous les patients de la fiche conseil au domicile
- En cas d'infection à CoVid-19 SANS critères de gravité mais AVEC facteurs de risques
 - Réévaluation quotidienne par IDE à domicile* ET
 - Au moins une réévaluation médicale entre J6 et J14
- PAS DE PRESCRIPTION DE CORTICOIDES, NI D'AINS. Poursuite des corticoïdes inhalés pour les patients déjà sous traitement.
- Indications de prélèvements diagnostics :
 - Patients hospitalisés avec forme douteuse ou compromettant le circuit de soins (dialyse...)
 - Femme enceinte au 3^{ème} trimestre
 - Patient greffé
 - Dépistage d'un cluster (EHPAD, SSR, école, soignants...)
- En cas de doute ou pour les patients nécessitant un prélèvement, possibilité solliciter l'avis de la hotline COVID du CHU : 04 67 33 31 20 ou 04 67 33 31 21

ATTENTION A NE PAS MECONNAITRE TOUTE PATHOLOGIE QUI NECESSITERAIT UNE PRISE EN CHARGE URGENTE : MENINGITE, SYNDROME CORONARIEN, EMBOLIE PULMONAIRE, ...

Annexe 6 : Algorithme d'évaluation clinique

Evaluation téléphonique

Signes cliniques :

Signes respiratoires haut ou bas +/- dyspnée, toux, anosmie, fièvre, frissons, diarrhées, asthénie, anosmie, agueusie, céphalées, odynophagie, myalgies

A risque de formes sévères :

- >70 ans
- Pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser (asthme, mucoviscidose...)
- Obésité avec IMC >30
- ATCD cardiovasculaire :
 - HTA compliquée, AVC, IDM, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV
- DID non équilibrés ou avec complications secondaires
- Pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser (asthme, mucoviscidose...)
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Cirrhose >ou = stade B de la classification de Child-Pugh
- Cancer sous traitement
- Grossesse (en particulier 3eme trimestre)
- Immunodépression congénitale ou acquise :
 - Médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive,
 - Infection à VIH non contrôlé ou avec des CD4 <200/mm3
 - Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,
 - Hémopathie maligne en cours de traitement,

Environnement social et aspects psychologiques protecteurs :

Présence d'un entourage aidant
Absence de personne fragile à domicile (cf. comorbidités)
Masque et hygiène des mains disponibles
Pièce de confinement dédiée et aérée
Moyen de communication possible (téléphone, ordinateur ...)
Accès aux besoins de base (courses...)
Bonne compréhension des mesures et adhésion sans anxiété

Attention particulière :

Si le patient est essoufflé en parlant une téléconsultation ne sera pas suffisante même s'il ne présente pas de FDR.

En cas de signe de gravité (polypnée majeure, confusion) : appelez le 15.

IX. Serment

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

X. Résumé

Introduction : La pandémie de COVID-19 a été une crise sanitaire inédite par son ampleur bouleversant le système d'organisation de soins dans sa globalité. Dès le début, les soins primaires n'ont pas été sollicités dans la stratégie nationale de gestion de crise. Ils se sont alors réorganisés localement pour maintenir un accès aux soins, proposant une offre différente mais en cohérence avec la situation épidémiologique.

Objectif : Comprendre et explorer l'expérience de la pandémie de COVID-19 sur les acteurs des soins primaires de la commune Prades-le-Lez et les mesures adaptatives mises en œuvre par ces derniers dans le contexte.

Méthode : Recherche-Action à approche qualitative réalisée en deux étapes.

Une première étape descriptive de la démarche de mise en place d'un centre de consultation COVID-19 basée sur de l'observation et des sources documentaires (comptes-rendus de réunion, observation d'échange, protocoles) servant à identifier problématique et leviers d'action en jeu.

Une seconde étape d'analyse d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 7 acteurs ayant pris part au projet de centre explorant leur expérience de la crise sanitaire et au sein de la structure et venant appuyer la 1^{ère} partie descriptive.

Résultats : La crise sanitaire a rompu l'équilibre professionnel et personnel des soignants ambulatoire provoquant une remise en question des pratiques professionnelles. L'incertitude globale et la dépendance technocratique ont rendu difficile la gestion du risque infectieux dans l'activité professionnelle. La place des soins primaires attribuée par les pouvoirs publics a généré un sentiment d'exclusion de l'organisation de la réponse sanitaire et de solitude. L'adaptation des soignants s'est traduite par des actions concrètes à l'échelle individuelle et à l'échelle du village de Prades-Le-Lez par un maillage territorial avec l'ouverture d'un centre COVID-19 sous l'impulsion de la MSP Pauline Lautaud. Cette mobilisation pluri-professionnelle a donné naissance à des liens privilégiés et durables entre acteurs. Les soignants ont parfois pu se sentir envahis par leur engagement pendant la crise mettant en jeu leur santé.

Conclusion : Le secteur ambulatoire fait partie intégrante du système de soins. Sa réactivité et sa mobilisation pendant la pandémie suggèrent que la stratégie nationale de gestion de crise devrait être repensée. Les centres COVID-19 devraient être évalués sur le plan national.

Mots-clés : Soins primaires, adaptation, médecine générale, gestion de crise, centre COVID-19, crise sanitaire, expérience, recherche-action.