



HAL
open science

Impact de la première vague de COVID-19 sur l'organisation des soins primaires dans l'Hérault et le Gard

Chloé Olivier

► **To cite this version:**

Chloé Olivier. Impact de la première vague de COVID-19 sur l'organisation des soins primaires dans l'Hérault et le Gard. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03903357

HAL Id: dumas-03903357

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03903357>

Submitted on 20 Jan 2023

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
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES



THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par
Chloé OLIVIER

Le 17 novembre 2022

**Impact de la première vague de COVID-19 sur
l'organisation des soins primaires dans l'Hérault
et le Gard**

Directeur de thèse : Madame le Docteur LOGNOS Béatrice

JURY

Président :

M. Michel AMOUYAL

Professeur des Universités – Médecine Générale

Assesseurs :

M. Alain MAKINSON

Professeur des Universités – Praticien hospitalier

de Maladies infectieuses, Maladies tropicales

Mme Béatrice LOGNOS

Maître de Conférences des Universités – Médecine

Générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES



THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par
Chloé OLIVIER

Le 17 novembre 2022

**Impact de la première vague de COVID-19 sur
l'organisation des soins primaires dans l'Hérault
et le Gard**

Directeur de thèse : Madame le Docteur LOGNOS Béatrice

JURY

Président :

M. Michel AMOUYAL

Professeur des Universités – Médecine Générale

Assesseurs :

M. Alain MAKINSON

de Maladies infectieuses, Maladies tropicales

Mme Béatrice LOGNOS

Générale

Professeur des Universités – Praticien hospitalier

Maître de Conférences des Universités – Médecine

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023
PERSONNEL ENSEIGNANT - Professeurs Honoraires

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023
PERSONNEL ENSEIGNANT - Professeurs Emerites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BONAFE Alain
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DAVY Jean-Marc
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GROLLEAU RAOUX Robert
GUERRIER Bernard
GUILLOT Bernard
JONQUET Olivier
LANDAIS Paul

LARREY Dominique
LE QUELLEC Alain
MARES Pierre
MAUDELONDE Thierry
MAURY Michèle
MESSNER Patrick
MILLAT Bertrand Louis
MOURAD Georges
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
RIBSTEIN Jean
SCHVED Jean-François
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
UZIEL Alain
VOISIN Michel
ZANCA Michel

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023
PERSONNEL ENSEIGNANT - Docteurs Emerites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023
PERSONNEL ENSEIGNANT - Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre
BACCINO Eric
BASTIEN Patrick
BEREGI Jean-Paul
BLAIN Hubert
BOULOT Pierre
CAPDEVILA Xavier
CHAMMAS Michel
COLSON Pascal
COMBE Bernard
COSTES Valérie
COTTALORDA Jérôme
COUBES Philippe
COURTET Philippe
CRAMPETTE Louis
CRISTOL Jean Paul
CYTEVAL Catherine
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel
DE WAZIERES Benoît
DELAPORTE Eric
DEMOLY Pascal
DOMERGUE Jacques
DUFFAU Hugues
ELIAOU Jean François
FABRE Jean Michel
FRAPIER Jean-Marc

HAMAMAH Samir
HERISSON Christian
JABER Samir
JEANDEL Claude
JORGENSEN Christian
KOTZKI Pierre Olivier
LABAUGE Pierre
LEFRANT Jean-Yves
LEHMANN Sylvain
LUMBROSO Serge
MERCIER Jacques
MEUNIER Laurent
MONDAIN Michel
MORIN Denis
PAGEAUX Georges-Philippe
PUJOL Pascal
QUERE Isabelle
RENARD Eric
REYNES Jacques
RIPART Jacques
ROUANET Philippe
SOTTO Albert
TAOUREL Patrice
TOUITOU Isabelle
VANDE PERRE Philippe
YCHOU Marc

PU-PH de 1^{ère} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia
ASSENAT Éric
AVIGNON Antoine
AZRIA David
BAGHDADLI Amaria
BLANC Pierre
BORIE Frédéric
BOURDIN Arnaud
CAMBONIE Gilles
CAMU William
CANOVAS François
CAPTIER Guillaume
CARTRON Guillaume
CAYLA Guillaume
CHANQUES Gérald
CORBEAU Pierre
COULET Bertrand
CUVILLON Philippe
DADURE Christophe
DAUVILLIERS Yves
DE TAYRAC Renaud
DE VOS John
DEMARIA Roland
DEREURE Olivier
DROUPY Stéphane
DUCROS Anne
DUPEYRON Arnaud
FESLER Pierre

GARREL Renaud
GENEVIEVE David
GUILLAUME Sébastien
GUIU Boris
HAYOT Maurice
HOUEDE Nadine
KLOUCHE Kada
KOENIG Michel
KOUYOUMDJIAN Pascal
LAFFONT Isabelle
LAVABRE-BERTRAND Thierry
LAVIGNE Jean-Philippe
LE MOING Vincent
LECLERCQ Florence
MARIANO-GOULART Denis
MATECKI Stéfan
MORANNE Olivier
MOREL Jacques
NAVARRO Francis
NOCCA David
PASQUIE Jean-Luc
PERNEY Pascal
PRUDHOMME Michel
PUJOL Jean Louis
PURPER-OUAKIL Diane
ROGER Pascal
TRAN Tu-Anh
VERNHET Hélène

PU-PH de 2^{ème} classe

BOURGIER Céline
CANAUD Ludovic
CAPDEVIELLE Delphine
CLARET Pierre-Géraud
COLOMBO Pierre-Emmanuel
COSTALAT Vincent
DAIEN Vincent
DORANDEU Anne
FAILLIE Jean-Luc
FUCHS Florent
GABELLE DELOUSTAL Audrey
GAUJOUX Viala Cécile
GODREUIL Sylvain
GUILPAIN Philippe
HERLIN Christian
IMMEDIATO DAIEN Claire
JACOT William
JEZIORSKI Eric
JUNG Boris
KALFA Nicolas
LACHAUD Laurence
LALLEMANT Benjamin
LE QUINTREC DONNETTE Moglie

LETOUZEY Vincent
LONJON Nicolas
LOPEZ CASTROMAN Jorge
LUKAS Cédric

MAKINSON Alain
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas
MILLET Ingrid
MURA Thibault
NAGOT Nicolas
OLIE Emilie
PANARO Fabrizio
PARIS Françoise
PELLESTOR Franck
PEREZ MARTIN Antonia
POUDEROUX Philippe
RIGAU Valérie
RIVIER François
ROSSI Jean François
ROUBILLE François
SEBBANE Mustapha
SIRVENT Nicolas
SOLASSOL Jérôme

STOEBNER Pierre
SULTAN Ariane
THOUVENOT Éric
THURET Rodolphe
TUAILLON Edouard

VENAIL Frédéric
VILLAIN Max
VINCENT Denis
VINCENT Thierry
WOJTUSCISZYN Anne

Professeurs des universités – 1^{ère} classe

COLINGE Jacques
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila

VISIÉRE Laurent

Professeurs associés - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

GARCIA Marc

Professeurs associés - Médecine

BESSIS Didier
MEUNIER Isabelle
MULLER Laurent
PERRIGAULT Pierre-François

QUANTIN Xavier
ROUBERTIE Agathe
VIEL Eric

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 – 2023

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Échelon Exceptionnel

RICHARD Bruno

SEGONDY Michel

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie
BOULLE Nathalie
CACHEUX-RATABOUL Valère
CARRIERE Christian

CHARACHON Sylvie
FABBRO-PERAY Pascale
GIANSILY-BLAIZOT Muriel

MCU-PH de 1^{ère} classe

BERTRAND Martin
BOUDOUSQ Vincent
BRET Caroline
BROUILLET Sophie
COSSEE Mireille
GIRARDET-BESSIS Anne
LAVIGNE Géraldine
LESAGE François-Xavier

MARTRILLE Laurent
MATHIEU Olivier
MOUZAT Kévin
PANABIERES Catherine
RAVEL Christophe
SCHUSTER-BECK Iris
STERKERS Yvon
THEVENIN-RENE Céline

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUX Anne
CHIRIAC Anca
DE JONG Audrey

DU THANH Aurélie
FITENI Frédéric
GOUZI Farès

HERRERO Astrid
HUBERLANT Stéphanie
KUSTER Nils
MAKINSON Alain
PANTEL Alix
PERS Yves-Marie
ROUBILLE Camille
SZABLEWSKY Vanessa

MCU-Médecine générale de 1^{ère} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-Médecine générale 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

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric

HAZAL Nathalie

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine
BERNEX Florence
CHAUMONT-DUBEL Séverine
DELABY Constance
GUGLIELMI Laurence
HENRY Laurent
HERBET Guillaume
LADRET Véronique
LAINE Sébastien
LE GALLIC Lionel

LOZZA Catherine
MAIMOUN Laurent
MOREAUX Jérôme
MORITZ-GASSER Sylvie
MOUTOT Gilles
PASSERIEUX Emilie
RAMIREZ Jean-Marie
RAYNAUD Fabrice
TAULAN Magali

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 – 2023

PERSONNEL ENSEIGNANT – Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie
BASTIDE Sophie
CAZAUBON Yoann
DAGNEAUX Louis
DUFLOS Claire

GOULABCHAND Radjiv
LATTUCA Benoit
MARIA Alexandre
MIOT Stéphanie SARRABAY Guillaume
SOUCHE François-Régis

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 – 2023

PERSONNEL ENSEIGNANT – Praticiens Hospitaliers chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick
AKKARI Mohamed

ALRIC Jérôme
AMEDRO Pascal

AMOUROUX Cyril
ANTOINE Valéry
ARQUIZAN Caroline
ATTALIN Vincent
AYRIGNAC Xavier
BADR Maliha
BAIS Céline
BARBAR Saber Davide
BASSET Didier
BATIFOL Dominique
BATTISTELLA Pascal
BAUCHET Luc
BENEZECH Jean-Pierre
BENNYs Karim
BERNARD Nathalie
BERTCHANSKY Ivan
BIBOULET Philippe
BIRON-ANDREANI Christine
BLANC Brigitte
BLANCHARD Sylvie
BLANCHET Catherine
BLATIERE Véronique
BOBBIA Xavier
BOGE Gudrun
BOURRAIN Jean Luc
BOUYABRINE Hassan
BRINGER-DEUTSCH Sophie
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie
BRISOT Dominique
BRONER Jonathan
CADE Stéphane
CAIMMI Davide Paolo
CARR Julie
CARTIER César
CASPER Thierry
CASSINOTTO Christophe
CATHALA Philippe
CAZABAN Michel
CHARBIT Jonathan
CHEVALLIER Thierry
CHEVALLIER-MICHAUD Josyane
COLIN Olivier
CONSEIL Mathieu
CORBEAU Catherine
COROIAN Flavia-Oana
COUDRAY Sarah
CRANSAC Frédéric
CUNTZ Danielle
DARDALHON Brigitte
DAVID Aurore
DE BOUTRAY Marie
DE LA TRIBONNIÈRE Xavier
DEBIEN Blaise
DELPONT Marion
DENIS Hélène
DEVILLE de PERIERE Gilles
DJANIKIAN Flora

DONNADIEU-RIGOLE Hélène
FAIDHERBE Jacques
FATTON Brigitte
FAUCHERRE Vincent
FILLERON Anne
FITENI Frédéric
FOURNIER Philippe
GAILLARD Nicolas
GALMICHE Sophie
GENY Christian
GERONIMI Laetitia
GINIES Patrick
GRECO Frédéric
GUEDJ Anne Marie
GUYON Gaël
HENRY Vincent
JAMMET Patrick
JEDRYKA François
JREIGE Riad
KINNE Mélanie
LABARIAS Coralie
LACAMBRE Mathieu
LANG Philippe
LAZERGES Cyril
LE GUILLOU Cédric
LEGLISE Marie Suzanne
LOPEZ Régis
LUQUIENS Amandine
MANZANERA Cyril
MARGUERITTE Emmanuel
MARTIN Lucille
MATTATIA Laurent
MEROUEH Fadi
MEYER Pierre
MILESI Christophe
MORAU Estelle
MOSER Camille
MOUSTY Eve
MOUTERDE Gaël
PANSARD Nicole
PERNIN Vincent
PERRIGAULT Pierre François
PEYRON Pierre-Antoine
PICARD Eric
PICOT Marie Christine
PIERONI Laurence
POQUET Hélène
PUJOL Sarah-Lise
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
SEGURET Fabienne
SENESSE Pierre
SKALLI El Medhi
SOLA Christelle
SOULLIER Camille
STOEBNER DELBARRE Anne
TEOT Luc
THIRION Marina
VACHIERY-LAHAYE Florence
VERNES Eric
VINCENT Laure
WAGNER Laurent
ZERKOWSKI Laetitia

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

À **Monsieur le Professeur Amouyal**, merci d'avoir accepté d'être mon président du jury. Merci pour ta bienveillance et pour tes conseils pendant mon stage.

À **Monsieur le Professeur Makinson**, merci de me faire l'honneur de faire parti de ce jury et d'apporter un regard d'expert sur mon travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ma thèse.

À **Madame le Docteur Lognos**, merci pour ces quatre mois de stages à tes côtés pendant la première vague, j'ai beaucoup appris. Merci de ton implication dans ce travail.

À mes professeurs,

Au **Dr Guillaumou**, au **Dr Haget**, au **Dr Bonnat**, au **Dr Abdoush**, au **Dr Roche**, apprendre à vos côtés a été un plaisir, vous avez su rendre ce stage magique malgré le contexte plus que difficile. **Thomas**, merci pour ta bonne humeur au quotidien, tu m'as autant appris sur la médecine que sur la vie, **Gabriel**, tu es un véritable exemple par ton implication envers les patients, je suis devenue une meilleure médecin grâce à toi.

Au **service de médecine B**, merci, grâce à vous, j'ai appris énormément et je suis devenue un bien meilleure médecin. Merci à l'équipe d'infirmières, d'aides-soignantes et d'ASH de la médecine B, vous étiez un phare dans la tempête qu'était nos gardes par moment.

Merci à mes premiers professeurs de médecine générale : **Marc**, merci de m'avoir montré beaucoup de facettes de la médecine générale que tu sais rendre passionnante. **Paul**, merci pour ta bienveillance et ton écoute pendant cet internat.

Stéphanie, merci pour ce dernier stage, ta douceur et ton justesse avec les patients sont des exemples pour moi.

À ma famille,

À **mes parents**, merci pour votre soutien tout au long de mes études, de la première année jusqu'à cette thèse. Merci de m'avoir soutenue dans ma vie tout court et dans mes choix. Merci de m'avoir toujours poussée à faire de mon mieux. Vous êtes des piliers dans ma vie.

Maman, merci pour toutes ces belles valeurs que tu m'as inculquées, que ce soit l'amour de l'autre et de la famille ou la valeur du travail. Merci pour ta patience et ton investissement, et d'avoir toujours tout fait pour que tout soit plus facile pour moi. Je suis la femme que je suis aujourd'hui en partie grâce à toi.

Papa, merci pour ta présence, de toujours prendre le temps pour moi quand j'en ai besoin : pour changer ma roue au milieu de la nuit, pour m'aider à déménager, ou juste pour me donner des conseils quand on fait le tour de Simandres à pieds. Je me souviendrais toute ma vie de ton explosion de joie quand je t'ai annoncé que j'avais ma première année, je suis fière de ce que je suis devenue en partie grâce à toi également.

À ma sœur, **Virginie**, Vi, merci pour ce temps passé au pied de mon lit les soirs de concours quand je n'arrivais plus à dormir. Merci, pour ton écoute bienveillante, tu es une si belle personne. J'ai hâte de continuer à construire notre relation d'adulte ensemble, je sais qu'elle sera intense et pleine de bonheur. Je suis fière de t'avoir comme sœur et je sais que tu ne laisseras « jamais Bébé dans un coin ». Et puis merci pour ta relecture et le temps passé, promis c'est fini !

À mon frère, **Gaëtan**, merci pour tous ces après-midi où tu devais me garder et où je finissais à regarder des mangas avec toi. Je sais que je pourrais toujours compter sur toi quoi qu'il se passe, et que tu seras toujours une oreille attentive quand j'ai besoin. Merci pour tes conseils. Pas merci d'avoir laissé ta webcam allumée quand je mangeais des gâteaux dans ta chambre. Je suis ravie de te faire découvrir de la bonne musique, enfin.

À ma belle-sœur, **Cécile**, je te connais maintenant depuis beaucoup plus de la moitié de mon existence, merci de m'intégrer totalement à votre vie de famille, cela compte beaucoup pour moi.

À mes neveux, **Liam** et **Maël**, vous n'en avez pas conscience, mais c'est aussi grâce à vous que j'ai pu tenir pendant ces années d'études. Vous voir grandir est une des plus belles choses qui m'ait été données de vivre, j'espère pouvoir vous apporter beaucoup, au moins autant que vous m'apportez.

À mes cousins, **Clément**, merci de toujours prendre le temps de m'inviter chez vous pour des soirées à regarder Game of Thrones, ces moments me sont très précieux, **Justine**, merci

de toujours me glisser un mot gentil quand on se quitte, de me dire que tu es fière de moi, ou que je peux t'appeler, nos « au revoir » sont toujours plein d'amour, **Stéphanie**, ta douceur, ta sincérité et ta volonté sont de vrais exemples pour moi, tu es une femme formidable, n'en doute jamais. **Pauline**, je suis sûre que nous vivons de bons moments tous ensemble en Inde, j'ai hâte d'y être.

À mes tantes : **Christine**, mon bélier, merci d'accepter de partager ta date de naissance avec moi, merci pour ta joie de vivre et pour nos confidences ; **Chantal**, ta présence ce soir compte beaucoup pour moi, je suis toujours heureuse de te retrouver et de partager avec toi, ta force est un modèle. À ma marraine, **Jocelyne**, et à **Martine**, merci d'avoir été présente pendant toutes ces années. **Fabien**, merci pour ton franc parlé, ton avis est toujours intéressant !

À mon parrain et à ma marraine de cœur, **Jean-Marc, Françoise**, merci pour votre implication dans mes études et dans ma vie, et pour tous ces moments passés ensemble. Merci pour vos conseils quand il a fallu faire des choix importants

Au **Bonnet-Luzier-Guillot**, merci pour toutes ces années mémorables au ski, je vous considère comme ma famille. **Betty, Vincent**, merci pour toutes ces soirées chez vous.

À mes deux grands-pères, **Raymond et Claude**, j'aurais aimé que vous soyez là aujourd'hui et vous montrer la femme que je suis devenue.

À mes deux grands-mères, **Emma et Roberte**, merci pour tout.

À ma deuxième famille,

Laurène, ma meilleure amie, merci d'être toujours présente après toutes ces années. Qui aurait cru que des TP de physiques et de SVT allaient faire naître une si belle amitié. Après tout ce temps, je suis plus que ravie de faire partie de ta vie, que nous arrivions toujours autant à nous synchroniser et à passer des soirées ensemble, même si on est devenu des sacrés dinotopia depuis l'époque de l'Ayers Rock et du Boston. J'ai de la chance de t'avoir dans ma vie, tu m'aides à m'ouvrir aux autres et à découvrir d'autres points de vue, tu es un exemple pour moi. (Tu vois, je n'ai pas fait de conclusion « à la zeub » cette fois-ci.)

Solène, merci pour tous ces moments passés avec toi que ce soit sur la croisette de Cannes

à arriver en retard à notre premier festival, en haut du Machu Picchu, ou en bas du canyon de la Colca alors que je râlais comme un putois. Merci pour ces voyages, ces fous rires, ces journées à ne rien faire sur un canapé ou si on remonte encore plus loin, merci pour ces cours de gym à discuter sur une barre asymétrique. J'ai hâte de repartir à l'aventure avec toi, parce qu'avec toi, il se passe toujours des choses improbables. Tu fais ressortir le meilleur de chaque personne.

Thibault, merci pour ton soutien pendant toutes ces années, que ça soit pendant les cours d'art-plastiques, au collège, ou pendant les soirées de nouvel an, qu'elles soient réussies ou ratées. PS : j'attends toujours mon magnum de Champagne. **Camille**, merci de le supporter au quotidien, et de le rendre si heureux.

A mes colocataires du début de ma vie, vous êtes une famille remplie de bienveillance et des amis plus que fidèles. Me blottir avec vous est toujours réconfortant, même si on est bizarre par moment. Il m'aura fallu approximativement une heure et une bière sur le fauteuil du chien pour me rendre compte que vous alliez devenir essentiels.

Aude, ma +1 forever, merci d'être présente dans les meilleures moments comme dans les pires, de prendre le temps de t'occuper de moi et de m'écouter même quand ta vie va à 100 à l'heure et que tu es asthénique. Merci pour les soirées avec le roux, tu resteras toujours un « bon bail (Indien) ». T'as pas intérêt à vivre toute ta vie à Perpignan.

Margaux, merci d'apporter autant de paillètes dans ma vie, tu es comme une sœur pour moi. Tu es de ces personnes qui rendent la vie plus belle, t'avoir à mes côtés au quotidien est une force et une chance. Je me sens tout de suite mieux dès que tu es dans les parages, sans même qu'on ait besoin de parler.

Julie, merci pour ta clairvoyance, pour cette capacité à me comprendre en une minute. Tu es une femme merveilleuse, qui illumine mes journées, même quand je te croise le matin un peu endormie. Merci d'apporter autant de joie dans ma vie et de me rassurer dans les moments où je craque. Tu trouves toujours les mots justes. Merci pour Bora (si, si, je t'assure)

Luke, merci pour ta bonne humeur permanente. Merci pour ton écoute, ton soutien et tes conseils, je crois qu'on a échangé nos rôles depuis le premier semestre où j'étais ta « conseillère royale ». Je suis plus que ravie que tu reviennes à la maison pour y mettre un peu de chaos, et pour nous prêter ton lit.

Cyprien, merci de m'accepter malgré mon côté inadapté par moment. Merci d'être présent pour les moments drôles, et de l'être encore plus quand on a besoin de toi. Hâte de prendre le thé tous les soirs à la maison avec toi. Et oui, ça sera toujours ta maison, quoi que tu dises... !

Aline, merci pour ton entrain au quotidien, pour ton soutien sans faille dans ma vie. Merci pour ces moments de rire pendant le confinement, et pour toutes ces idées que tu peux avoir et qui rendent la vie plus belle. Te voir quitter Montpellier a été très dur, mais nos retrouvailles sont toujours belles. Tu pourras toujours compter sur moi.

A tous mes copains de l'internat :

A mes copains de Perpignan : **Alice**, merci d'avoir été présente dès les premiers moments difficiles à l'internat , **Richard**, merci de t'investir autant dans toutes les histoires que je te raconte, merci pour cette soirée à Nîmes, **Anaëlle**, prendre un verre avec toi est toujours un plaisir, j'espère qu'on pourra refaire ça vite, **Matilda et Yann**, , vous revoir est toujours un plaisir également.

Manon, merci pour ta joie de vivre, et de m'intégrer dans votre quotidien, **Massimo**, merci de rendre Aude aussi heureuse, tu es clairement validé.

A la team de Sète, **Yassin, Karine, Marine D., Maëva** merci pour tous ces matins à prendre le petit-déjeuner... enfin à « faire la relève » ... ensemble, **Marine B**, merci pour tes conseils et ton écoute.

Au **Dr Andriamihamisoa**... Tiana, c'est quand même plus facile... Merci de m'avoir motivée à écrire cette thèse, en me rappelant régulièrement à l'ordre. Les consultations avec toi étaient un pur bonheur, je suis ravie d'avoir appris à tes côtés. Je suis encore plus ravie de tous ces moments passés à rire en ta compagnie, quel que soit le contexte.

Elsa, Marine, heureusement que vous étiez là. Votre soutien pendant ce stage et dans ma vie était des plus efficaces, merci pour ses journées et ses soirées déguisées mémorables.

Elsa, ta gentillesse et ta douceur font de toi la personne la plus bienveillante que je connaisse, je sais que je pourrai toujours compter sur toi.

Marine, tu sais que tu seras toujours la bienvenue à la maison, et ne pas t'avoir au quotidien dans ma vie est un grand manque. Ta justesse dans tes propos et ton écoute font de toi une super confidente. J'ai hâte de venir te voir à Caen.

Tomy, merci pour les matins qui chantent et pour les bons repas du soir,

Nico, merci d'avoir instaurer le retour du foot à la maison, même si j'ai des doutes sur l'équipe que tu supportes.

Nessie, merci pour ta bienveillance et ta patience pendant ces six derniers mois.

Delphine, Maëlys, j'espère pouvoir rapidement repartir en voyage avec vous, vous êtes exceptionnels.

À mes copains d'externat, vous avez su rendre ses années parfaites,

Tous nos moments passés ensemble étaient mémorables, il n'y aura toujours que Lyon Sud,

Anouk, merci de répondre présente même quand je ne t'écris pas pendant des mois.

Tu es une super marraine, drôle, enjouée, toujours motivée. Reste telle quelle.

Zofia, merci pour les litres de thé pris dans ton appart, pour les téléfilms de Noël et DALs.

Il faut aussi que je te remercie pour toutes les fois où tu m'as accueillie ou prêté ton appart.

Killian, merci d'être un super parrain, et pour ses trajets avec Ozone à fond dans la voiture.

Il faut dire que tu étais présent depuis le début, du premier stage à Croix-Rousse, jusqu'aux révisions à la salle, en passant par les soirées.

Coralie, travailler à tes côtés est un de mes meilleurs moments de remplacements depuis la fin de mon internat, merci pour cela. **Loïc**, merci pour tes conseils dragues réguliers.

(spoiler alert : ça ne fonctionne pas).

Greg, merci de t'acharner sur moi beaucoup trop souvent quand on décide de faire des jeux de cartes.

Luc, merci pour ces moments à travailler ensemble à la Salle, hâte de pouvoir faire une plongée avec toi.

Arnaud, je te souhaiterais bien un bon anniversaire, mais on sait quelles conséquences désastreuses il y aurait à faire ça.

Merci à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à ce travail, merci à tous d'être présents aujourd'hui.

« Il y a, au cours de l'existence, des rencontres imprévues et singulières, où bien des faits se produisent, en apparence anodins, et qui auront été les dons du destin »

Hector Bianciotti

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	10
SOMMAIRE	16
LISTE DES ABBRÉVIATIONS	18
INTRODUCTION	19
MATERIEL ET METHODE	21
I. Type d'étude	21
II. Recrutement et population d'étude	21
III. Recueil des données	22
IV. Analyse qualitative	22
RÉSULTATS	23
I. Données de l'étude	23
1. Caractéristiques des entretiens	23
2. Caractéristiques de l'échantillon	23
II. Difficultés logistiques	24
1. Une situation inattendue.....	24
2. Trouver des équipements de protection individuelle (EPI)	25
3. Réorganisation des soins	26
4. Une adaptation difficile tout au long de la crise.....	29
III. Coordination locale	31
1. Une diminution des suivis.....	31
2. Une coordination dans les soins essentielle	32
3. Une nouvelle pratique au cabinet : la mise en place de la téléconsultation.	37
IV. Coordination régionale	38
1. Contact avec les spécialistes.....	38
2. Lien ville/hôpital	39
V. Que reste-t-il au final de cette nouvelle organisation de soins ?	41
1. Le contact et le maillage	41
2. Les soins non programmés	42
3. Les gestes barrières	42
4. Une disparition progressive des téléconsultations.....	42
DISCUSSION	44
I. Résultats principaux	44
II. Analyse de la méthode	45
1. Choix de la méthode	45
2. Population d'étude	46
3. Recueil de données.....	46
4. Analyse.....	47
III. Analyse des résultats	47
1. Difficultés logistiques.....	47
2. Gestion du flux de patient	48
3. Diminution des consultations	49
4. Mise en place de la téléconsultation	50
5. Coordination locale.....	52
6. Coordination régionale et lien ville-hôpital	54

IV. Perspectives.....	56
CONCLUSION.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	60
ANNEXES.....	65
<i>Annexe 1 : Guide d'entretien pharmacien</i>	<i>65</i>
<i>Annexe 2 : Guide d'entretien médecin</i>	<i>67</i>
<i>Annexe 3 : Guide d'entretien infirmier</i>	<i>69</i>
<i>Annexe 4 : Questionnaire de données descriptives.....</i>	<i>71</i>
SERMENT D'HIPPOCRATE	72

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ALD : Affection longue durée

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ARS : Agences Régionales de Santé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019 (maladie à coronavirus 2019)

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DGS : Direction Générale de la Santé

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

EPI : Équipement de protection individuelle

ESP : Équipe de soins primaires

HAD : Hospitalisation à domicile

HPV : Human Papillomavirus

IDE : Infirmier diplômé d'état

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation mondiale de la Santé.

ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

RIPH : Recherche impliquant la personne humaine

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SARS COV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

WONCA : World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners.

INTRODUCTION

Les soins primaires ont été définis, pour la première fois, par l'Organisation mondiale de la Santé en 1978 comme « les soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables ». Pour la WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians), les soins primaires peuvent apporter une réponse à la majorité des besoins individuels et constituent la pierre angulaire des systèmes de santé. (1) Ils reposent sur des services et sur des professionnels de santé de proximité, et ne concernent pas que les médecins généralistes mais également des professions paramédicales et les professions de la pharmacie. (2)

Ils peuvent s'apparenter aux soins de premiers recours et s'opposent aux soins secondaires et aux soins tertiaires. Les soins de seconde ligne, qui peuvent s'effectuer à l'hôpital ou en ville, concernent les spécialités hors médecine générale qui apportent leur expertise à cette dernière de manière ponctuelle. Les soins tertiaires se définissent comme une médecine hospitalière nécessitant un plateau technique complexe. (3) Un des rôles du médecin généraliste est la coordination des différents acteurs des soins du patient. Cette coordination des différents acteurs se voit introduite dans la loi en 2004 avec la création du « Parcours coordonné » (2) ; puis, la Loi Santé 2016 introduit la notion d' « Équipe de Soins Primaires » en tant que regroupement de professionnels de premiers recours comprenant au moins un médecin généraliste et un professionnel paramédical, et ayant pour but une coordination des différents acteurs de soins primaires autour d'une ou plusieurs thématiques bénéficiant aux patients. (4) Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires sont un modèle d'équipe de soins primaires particulier, rassemblant au moins trois médecins généralistes, avec au moins un auxiliaire médical, regroupés autour d'un projet de soins commun pour une patientèle. Cette loi introduit également les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui sont des regroupements de professionnels de santé ou médico-sociaux d'un même territoire. (5) Le but des CPTS est d'assurer une meilleure coordination des professionnels de santé et de structurer les parcours de santé sur un territoire donné : elles doivent permettre un maillage du territoire. (5)

En décembre 2019, alors que le système de soins français est déjà en souffrance (6) , (7) apparaissent des premiers cas de pneumonie virale dans la ville de Wuhan, en Chine.

L'agent pathogène est rapidement identifié : il s'agit d'un virus de la famille des coronavirus baptisé SARS-COV2, qui se trouve être très contagieux et mortel. Le 11 mars 2020, l'OMS parle officiellement de pandémie. Les trois premiers cas en France sont recensés le 24 janvier 2020 et cette épidémie devient rapidement exponentielle. (8)

Le 10 mars, 2030 cas étaient confirmés en France, dont 102 hospitalisés en soins intensifs ; et devant la contagiosité de ce virus, les services de réanimation français sont rapidement dépassés. (8)

Si la COVID-19 n'est pas la première pandémie du XXIème siècle, aucune n'a eu de telles conséquences sur le système de soin français : les épidémies précédentes avaient mis en évidence les lacunes des systèmes de soins primaires et la nécessité de renforcer ce système. (9)

En France, depuis 2014, la réponse aux situations sanitaires est consignée dans le dispositif ORSAN, qui intègre pour la première fois les soins primaires. Dans le cas d'une pandémie, les Agences Régionales de Santé doivent, en collaboration avec les acteurs locaux, organiser les parcours de soins des patients en favorisant leur prise en charge médicale par les praticiens libéraux, et en renforçant la permanence des soins en médecine libérale. (10)

Ainsi, la crise COVID a totalement désorganisé le système de santé français.

L'objectif de notre étude est de comprendre l'impact qu'a eu la première vague de COVID-19 sur l'organisation des soins primaires dans l'Hérault et dans le Gard.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Afin de répondre à la question de recherche qui s'intéresse à l'impact de la première vague sur l'organisation des soins primaires, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative. Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de différents acteurs de soins primaires entre Septembre 2021 et Juillet 2022.

Les entretiens semi-dirigés ont été préférés à la méthode du focus group tout d'abord pour permettre de mieux faire émerger les caractéristiques de chaque profession. De plus, la situation de la première vague ayant pu être une période difficile d'un point de vue du vécu, il semblait plus facile d'interroger les professionnels de santé seuls, afin d'explorer au mieux ce vécu.

II. Recrutement et population d'étude

La population étudiée était les acteurs de soins primaires initialement de l'Hérault ayant le droit d'exercer pendant la première vague, à savoir les infirmiers, les médecins et les pharmaciens.

Devant la difficulté de réunir des participants de l'Hérault, des professionnels de santé du Gard ont par la suite été inclus.

Les acteurs de soins primaires ont été inclus selon une méthode d'échantillonnage raisonné, en recherchant la variation maximale selon le lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), le type d'exercice (maison de santé pluriprofessionnelle, exercice de groupe, exercice seul), le sexe, le nombre d'années de pratique en tant que libéral et l'âge, le but de cette variation n'étant pas de chercher à reproduire la population source.

La définition « rural », « semi-rural » et « urbain » a été définie selon les critères de l'INSEE de 2020, regroupant les villes et communes selon quatre catégories : densément peuplées, appelées « urbain » dans notre cas, les communes de densité intermédiaire, appelées « semi-rural », et les communes peu denses et très peu denses, appelées « rural » dans notre cas.

Les différents professionnels de santé ont été contactés par téléphone ou par SMS.

La taille de l'échantillon n'ayant pas été définie à l'avance, des entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Une fois la saturation atteinte, deux autres entretiens ont été réalisés afin de confirmer cette saturation.

III. Recueil des données

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés de manière individuelle. Les entretiens ont été réalisés par visio-conférence via le logiciel Jitsii, en présentiel ou par téléphone selon la disponibilité des personnes interrogées.

Un guide d'entretien a été réalisé et adapté selon que l'on interrogeait des pharmaciens, des médecins ou des infirmiers (Annexe 1-2-3). Les guides d'entretien ont été adaptés après les premiers entretiens.

Le consentement des participants a été recueilli de manière orale, l'étude étant une recherche ne relevant pas de la loi Jardé car non RIPH.

IV. Analyse qualitative

Tous les entretiens ont été retranscrits de manière manuelle sous forme de verbatim, anonymisés puis analysés de manière phénoméno-pragmatique en utilisant la méthode de Pierce, cette étude visant à comprendre, d'après le vécu des professionnels de santé, l'impact de la première vague de COVID-19.

RÉSULTATS

I. Données de l'étude

1. Caractéristiques des entretiens

Au final, vingt entretiens ont été réalisés entre Septembre 2021 et Juillet 2022. La saturation des données a été atteinte après le dix-huitième entretien, et a été validée par la suite par deux entretiens. La durée moyenne des entretiens était de vingt minutes.

2. Caractéristiques de l'échantillon

Neuf médecins, quatre hommes et cinq femmes, six infirmiers dont un homme, et cinq pharmaciennes, toutes des femmes, ont été interrogés.

La moyenne d'âge des participants est de quarante-deux ans, la moyenne d'année de pratique est de quatorze ans.

Huit professionnels de santé exercent en MSP, quatre exercent seul, huit exercent en groupe.

Neuf exercent en zone rurale, quatre en zone urbaine, et sept en zone semi-rurale.

Tableau 1 : Données descriptives de l'échantillon.

	Profession	Sexe	Âge	Temps d'exercice	Type d'exercice	Lieu d'exercice
D1	Médecin	Homme	40-49	16-20	MSP	Rural
D2	Médecin	Homme	30-39	6-10	Cabinet seul	Semi-Rural
D3	Médecin	Homme	60-69	31-35	Cabinet seul	Rural
D4	Médecin	Homme	40-49	11-15	Cabinet de groupe	Rural
D5	Médecin	Femme	30-39	6-10	Cabinet de groupe	Urbain
D6	Médecin	Femme	50-59	21-25	Cabinet de groupe	Semi-Rural
D7	Médecin	Femme	30-39	0-5	Cabinet de groupe	Rural
D8	Médecin	Femme	60-69	31-35	Cabinet de groupe	Semi-Rural
D9	Médecin	Femme	40-49	0-5	MSP	Semi-Rural
I1	Infirmier	Homme	30-39	6-10	Cabinet de groupe	Urbain
I2	Infirmier	Femme	50-59	16-20	Cabinet de groupe	Rural
I3	Infirmier	Femme	50-59	16-20	MSP	Urbain
I4	Infirmier	Femme	40-49	11-15	Cabinet de groupe	Semi-Rural
I5	Infirmier	Femme	40-49	6-10	MSP	Rural
I6	Infirmier	Femme	50-59	16-20	MSP	Semi-Rural
P1	Pharmacien	Femme	50-59	21-25	Officine seule	Rural
P2	Pharmacien	Femme	50-59	21-25	MSP	Semi-rural
P3	Pharmacien	Femme	50-59	11-15	MSP	Urbain
P4	Pharmacien	Femme	50-59	21-25	Officine seule	Rural
P5	Pharmacien	Femme	40-59	11-15	MSP	Rural

II. Difficultés logistiques

1. Une situation inattendue

Si des maladies émergentes ont déjà été surveillées de près ces dernières années, comme la grippe H1N1, aucune n'a eu les mêmes conséquences que la COVID-19 et aucune n'a été à l'origine d'une telle crise sanitaire. Les différents acteurs de soins primaires déclarent tous avoir été « *surpris* » et qu'ils ne s'y « *attendai[ent] pas beaucoup* » (D9). Beaucoup pensaient que cette infection n'allait jamais attendre la France (« *Finallyment ça n'arriver(a) jamais ici* » (D7)) en ne prenant pas trop la menace au sérieux au départ, ou que

cela allait être « *comme la grippe aviaire* » (D8) : un non-événement.

Passée la surprise, les professionnels de santé ont été assez inquiets et, «*il y avait ce souci de s'informer [...] sur les conséquences autant sur les patients que sur notre organisation pour s'adapter.*» (D4) En ville, personne n'était vraiment préparé, comme le décrit ce médecin (D9): « *Les blouses, on n'en a pas en cabinet, les FFP 2, on n'en a pas non plus. On a quelques masques chirurgicaux, mais pas des quantités incroyables.*» ou encore ce médecin : « *Au début, on a été pris de court honnêtement* ». (D1)

Malheureusement, les professionnels de santé ont tous déploré ce manque de moyens, comme le décrit cette infirmière - « *Nous, on a fait beaucoup face au manque de moyens* » (I2) - et se sont sentis « *livrés à eux-mêmes et sans matériel* ». (I2)

Ils ont pour la plupart éprouvé également un sentiment d'abandon de la part des instances de santé et du gouvernement. Ainsi, une infirmière explique avoir été «*très en colère dans le sens où (...) nos pouvoirs publics auraient pu anticiper, on était absolument pas près du tout, aucune formation, rien de rien*». (I3)

2. Trouver des équipements de protection individuelle (EPI)

Les acteurs de soins primaires ont donc dû trouver rapidement, et par eux-mêmes, leur matériel de protection individuelle. Tous ont d'abord réutilisé les stocks de masques donnés pendant la grippe aviaire.

« *Du coup, nous, on avait gardé les masques de Roselyne Bachelot du plan grippe aviaire. On avait gardé toutes les dotations que nous avons reçues. Évidemment, on nous avait dit qu'ils étaient périmés, on nous avait dit de ne pas les utiliser, mais je n'avais que ça a donné à toute l'équipe.* » (P4)

Même si, rapidement, les masques ont été donnés en dotation par l'État, initialement, tous les moyens étaient bons pour réussir à trouver des EPI, afin de protéger les professionnels de santé et de mettre les cabinets en sécurité.

« *Même si au début c'était pour protéger les gens, mais c'était aussi pour nous protéger nous : le but, c'était pas que tous les médecins tombent comme des mouches.*» (D5).

Les acteurs de soins primaires sont donc allés démarcher eux-mêmes des entreprises, des commerçants locaux, des lycées agro-alimentaires pour leur demander du matériel : « *Moi j'ai appelé tous les gens à qui j'ai eu affaire pendant l'achat de mes voitures, pour avoir des protections pour les voitures, (...) c'est à dire que le mec m'a filé un caddie complet de matériel.* » (I1), « *Moi, j'ai été dans une entreprise qui m'a refile des masques* » (I2)

Les collectivités locales ont répondu présentes en fournissant des « *vieux stocks de la H1N1* » (D1).

Les praticiens ont également dû faire preuve de créativité et utiliser le « système débrouille », comme beaucoup de soignants l'ont exprimé : utilisation de « *sac poubelle* » en guise de blouse (I2), création de gel hydroalcoolique par les professionnels de santé eux-mêmes, en achetant de l'alcool à des entreprises (D5,P5), création de blouses par une couturière (I3), utilisation de masque à filtration pour la course comme masque FFP2 (I1) ...

Il est à noter par ailleurs que cette crise a réveillé un « *grand élan de solidarité* » (D8) de la part des patients qui ont participé aux efforts en faisant des dons de masques, en créant des masques, des visières, des charlottes, en donnant des blouses... Cela a été très apprécié par les professionnels de santé.

« *Les charlottes donc c'est une patiente qui nous en a donné, qui nous en a fait.*» (I6)
« *On a un ancien patient qui faisait du matériel avec une imprimante 3D, qui nous a fait des visières.*» (I6)

Au final, tous se sont démenés pour récupérer de quoi se protéger, et s'en est suivi un partage des ressources, afin que personne ne soit laissé pour compte : « *Donc, on a essayé de regrouper les achats pour que nos collègues en aient aussi* ». (I4) Cette organisation logistique a donc été, dans la plupart des cas, discutée avec tous les professionnels de santé locaux, afin qu'elle soit la plus optimale possible : « *Donc là, après, il y a eu une concertation entre tous, (...) pour essayer de trouver des masques, se faire aider un peu par tout le monde, pour avoir des protections et cetera et il y a eu un partage.*» (D8)

3. Réorganisation des soins

Tous les professionnels de santé ont eu conscience qu'ils avaient un rôle à jouer pour limiter au mieux la propagation du virus.

a. Protéger les plus fragiles

Le risque que représentait le virus pour les patients fragiles était connu, mais le manque d'informations sur la propagation de ce dernier a rapidement fait du principe de précaution la norme : « *On a laissé tout ouvert, parce que on n'avait pas non plus la notion de contamination* » (D1), « *On changeait d'habits pour ne pas véhiculer le COVID avec nous. Puisqu'on ne savait pas du tout où on était et où on allait.* » (P2)

L'hygiène a été un des leviers utilisés pour diminuer le risque de propagation du virus : « *On a surchargé la femme de ménage, donc alors on a acheté tout le matos qu'il faut, on a augmenté les heures, elle est venue plus souvent, elle désinfectait tout.* » (D1). Mais les professionnels de santé ont également tout fait pour que les patients fragiles ne croisent pas les patients potentiellement contaminés.

Concrètement, cela se traduit par un arrêt des « sans rendez-vous », la création de créneaux infectieux en fin de planning, l'espacement des rendez-vous (D8), le filtrage par le secrétariat des rendez-vous (D5-D2), ou encore la création de centres COVID pour des consultations dédiées (D2-D5), une attente à l'extérieur pour les patients suspects, ou une fermeture de la salle d'attente, et la mise en place de la téléconsultation chez les médecins (à l'unanimité) ; cela a diminué drastiquement le nombre de personnes qui venait physiquement au cabinet : « *Et du coup, on a quasiment complètement fermé l'accès au cabinet physiquement.* » (D9)

Afin de limiter la contamination, ils ont également enlevé les objets potentiellement contaminants des salles d'attente (D1, D5). L'aération des locaux était aussi la norme.

Les infirmiers ont, eux, réorganisé leur tournée, en mettant les patients COVID en fin de programme ou en réalisant des tournées spéciales COVID (I3). Dans la mesure du possible, ils essayaient de diminuer le plus possible le nombre de passages par patient et de diminuer le temps passé avec les patients, parfois même en gérant les choses par téléphone si c'était possible. « *Par exemple, on a eu une dame qui était diabétique chez qui on passe trois fois par jour et à qui on donne une douche tous les jours. Et du coup, pendant le COVID, elle a voulu*

qu'on ne passe plus que le matin. On faisait une douche tous les deux jours pour rester le moins longtemps possible et on préparait les injections d'insuline et elle se les faisait, du coup, elle-même, le midi et le soir. » (I2) « On rentrait chez quelques patients qui ne pouvaient pas se gérer mais sinon c'était par téléphone. » (I3)

Pour les pharmaciens, la priorité était *« la mise en place de la pharmacie en sécurité. »* (P2)

Il a souvent été décidé de mettre en place du plexiglas, de créer des files d'attente, de limiter le nombre de patients dans la pharmacie, voire de faire attendre les patients à l'extérieur directement, de créer des sens de circulation dans la pharmacie avec marquage au sol. Les patients suspects COVID attendaient souvent à l'extérieur ou dans leur voiture, et dans un cas, un guichet a été ouvert pour servir ces patients. L'aération des locaux et l'hygiène étaient, ici aussi, majorées.

Afin de limiter le passage dans les pharmacies, la plupart de ces dernières a décidé d'intensifier leur service de livraisons à domicile (P1-P2-P4-P5), d'autant plus que les patients refusaient de venir en pharmacie. *« On a dû faire les livraisons parce qu'en fait, pour les patients qui ne pouvaient pas... qui avaient peur de se déplacer. »* (P5)

b. La crainte d'un afflux de patients trop important

Au début de la première vague, il n'y a eu que très peu de COVID en Occitanie, mais les professionnels de santé avaient l'exemple de l'Est de la France et de Paris, où tout le système de santé a été submergé en très peu de temps. Ainsi, bon nombre de professionnels ont exprimé une crainte concernant cette possible vague associée à une crainte d'avoir des cas graves à gérer au cabinet et ont donc voulu anticiper la situation et les problèmes. *« Donc au début très inquiète de cette maladie, (...) il va falloir qu'on se débrouille par nous-mêmes pour gérer cet afflux de patients. »* (D7) *« Moi, en fait, je suis parti à fond, c'est à dire que, quand le président de la République m'a dit « Je suis en guerre », c'est un truc qui m'a choqué. »* (D4)

Ainsi, des centres de consultations ont été créés, sous l'impulsion des acteurs de soins locaux, dans des locaux prêtés par les municipalités. Ces centres de consultations étaient organisés et réfléchis pour diminuer le plus possible le risque de contamination : pas de passage de cartes vitales, diminution le plus possible des interactions entre professionnel de

santé et patient, double flux (D5) et également pour que le SAMU puisse intervenir facilement, la crainte des cas graves planant toujours (D5-D2). Certains avaient également du « *petit matériel de réa* » (D2) pour gérer les hypoxies.

Ces centres de consultations ont été gérés conjointement par différents médecins du secteur, mais également par les infirmiers du secteur.

«Au départ, on avait même créé un centre, on avait fait un tour de rôle pour recevoir les patients » (16)

Dans un cas, un médecin a réfléchi à la possibilité de faire du triage de malades en cas d'afflux au cabinet, en se reposant sur les autres professionnels de santé, mais sans créer un centre de consultations dédié. Il explique que : *«[Les kiné], qui n'avaient pas le droit de travailler, se sont proposés pour éventuellement nous mettre à disposition leur box de kiné pour éventuellement trier les gens.» (D4)*

4. Une adaptation difficile tout au long de la crise

Le début de la crise a donc été un défi d'un point de vue logistique, mais cela ne s'est pas arrêté là, car les professionnels de santé ont dû s'adapter tout au long de la première vague, comme l'explique D6 : *« Après, chaque mois, chaque jour ça changeait, donc c'était compliqué ».*

En effet, il y avait une nécessité d'économiser le matériel de protection trouvé car il y avait un risque de pénurie important. Ainsi, ce médecin explique, qu'au centre de consultation COVID, elle *« faisai[t] des cartons journaliers, pour que le personnel, quand il arrive au centre COVID, il puisse prendre les affaires et qu'il n'y ait pas de gaspillage » (D5)* et que *« toutes les semaines [elle] allai[t] comptabiliser combien il y avait de masques et de blouses (...) pour voir s'il fallait en commander ou pas ».*

Cette infirmière explique également qu'elle *« avait une blouse qu' [elle] laissait chez chaque patient parce qu'on ne pouvait pas les changer tout le temps tous les jours, il n'y en avait pas assez, comme tout le monde. » (16)*

Les pharmaciens ont d'ailleurs joué un rôle central dans ce rôle de gestion du

matériel, puisqu'ils devaient s'occuper de la gestion des dotations de masques : *« Après ça a été la dotation de l'État où, là, c'est pareil, une nouvelle organisation, parce qu'en fait, nous, on recevait les masques, on commandait les masques pour tous les professionnels de santé et on faisait le dispatch. »* (P5)

De plus, pendant la première vague, ils géraient également les stocks des autres équipements de protections individuelles : *« Nous, on était lieu de stockage à la pharmacie et pareil : on distribuait à tous les professionnels. (...) C'était en fonction du besoin parce que tous les professionnels de santé n'avaient pas forcément des patients COVID. »* (P5)

Par ailleurs, l'adaptation a dû être régulière, du fait de la multitude de nouvelles informations et recommandations que les professionnels de santé recevaient. *« Vous savez quand même qu'on avait des circulaires de la DGS tous les deux jours. Ça, c'est quelque chose qui nous a énormément perturbé, surtout quand on vous l'amène le dimanche à 17h pour l'application le lundi à 9h. »* (P4), *« Puis après, on nous a envoyé les recommandations, (...) on avait des usines à gaz, des documents qui sont sortis avec des dizaines et des dizaines de pages qui nous disaient quoi faire : en cas de ci, il fallait faire ça, selon une phase deux ou une phase trois (...) c'était assez inapplicable ce qu'il nous demandait de faire dans les cabinets mais aussi un peu partout, à l'extérieur. »* (D9)

Toutes ces informations étaient donc parfois difficiles à intégrer, comme l'explique un peu plus concrètement ce médecin, en parlant des visites à domicile : *« [cela a été] un peu difficile à gérer, les informations qui changent en permanence : "il faut y aller" et puis après "non non, surtout pas aller au domicile des gens qui ont le COVID. Vous allez ressortir avec le COVID et vous ne serez plus opérationnel." »* (D4)

Devant cette multitude d'informations, il y a eu, une fois de plus pendant cette crise, une solidarité entre les médecins, avec un regroupement intra-professionnel, puisqu'il y avait un partage de connaissances important, comme le note D4 : *« À cette époque, les réseaux WhatsApp ont pas mal... Comment dire... ont été plus informatifs pour moi que les médias ou que les mails directs de la DGS »* et *« il y a beaucoup d'info, de retour d'info de médecins de l'Est de la France qui nous ont informés. Via ces réseaux l'info a diffusé très, très rapidement »* ou comme le note cette pharmacienne : *« Tous les dimanches matin, je faisais une conférence avec notre syndicat de 10h à midi (pour parler des nouvelles informations). »* (P4)

Par ailleurs, les professionnels de santé ont souvent mal vécu le fait que le gouvernement ne les prévienne pas en amont des mesures prises, et qu'ils soient au courant en même temps que la population générale, comme l'explique I4 et P5, respectivement : « *On s'est vraiment senti abandonné, on avait les informations au compte-goutte, comme les gens en fait* » et « *la communication a été très mauvaise mais je ne sais pas si ça marche sur votre thèse... très mauvaise communication, parce que pour tout, on était au courant au dernier moment, pour tout, il fallait s'organiser au dernier moment.* »

III. Coordination locale

1. Une diminution des suivis

Pendant la première vague du COVID, les médecins ont tous noté « *une grosse baisse d'activité, [...] au mois de mars-avril (...) une baisse d'au moins 50% de l'activité* » (D2), car beaucoup de patients avaient peur d'une contamination en cabinet, et le raz-de-marée de COVID n'est jamais arrivé. Ainsi, ce médecin explique qu'« *il n'y avait pas de planning à adapter, parce que les gens ne prenaient pas rendez-vous parce qu'ils avaient trop peur.* » (D8) Sont en cause la communication du gouvernement, le climat anxieux mais également le fait que les patients ne savaient pas que les cabinets étaient ouverts, comme l'indique P5 : « *Parce que c'était le risque, il y en a qui ne voulaient pas prendre un rendez-vous, il y en a qui ne voulaient pas prendre un rendez-vous, ils pensaient déjà que ce n'était pas possible.* »

Les médecins ont toutefois noté que les consultations étaient pour des motifs différents. Ainsi, D8 remarque que c'était « *de la bonne médecine. Les gens ne venaient plus pour la bobologie* », laissant sous-entendre que les patients s'étaient autorégulés pendant cette crise.

Il en était de même pour les IDE, qui ont vu leur charge de travail diminuer puisqu'il y avait moins d'actes de chirurgie, et qu'il n'y avait à suivre, finalement, que leurs patients lourds ou chroniques, comme le manifeste cette infirmière : « *Après d'un point de vue du travail, ça a été une période, le premier confinement, très calme. Parce qu'en fait on avait que nos soins... nos patients chroniques, qu'on voyait tous les jours. Il n'y avait pas d'interventions donc il n'y avait pas de pansements, les gens allaient très peu chez le médecin donc il n'y avait pas de prises de sang.* »

De plus, les infirmiers essayaient le plus possible de limiter les visites quand elles n'étaient pas nécessaires, et leur temps pouvait être optimisé, du fait de la diminution de la circulation routière.

Par ailleurs, certains patients refusaient tout bonnement que les infirmiers ne passent à domicile, comme le décrit cette infirmière : « *Enfin, ceux qui avaient de la famille pour s'occuper d'eux, ils nous ont demandé de ne plus venir. Parce qu'ils avaient peur qu'on leur amène d'ailleurs.* » (I6)

Dans le cadre des pharmaciens, les avis sont un peu divergents. Si certains trouvent qu'ils ont été surchargés de travail, car plus personne ne consultait et venait donc chercher des conseils en officine (P3 : « *Beaucoup de professionnels de santé recevaient difficilement et donc beaucoup de gens se sont rabattus sur la pharmacie. Parce que nous, on est toujours ouvert, donc les gens venaient chez nous.* »), d'autres notent que le flot de patients initial s'est rapidement tari, et que par la suite, les pharmacies étaient désertées:« *En fait, il y a eu deux temps en fait si vous voulez. Un premier temps qui est le confinement où les premiers jours on a eu énormément de travail parce que les gens venaient chercher leurs traitements. (...). Et après si vous voulez il y a eu un petit temps plus calme parce que les gens venaient un peu moins à la pharmacie mais on a dû livrer.* » (P5)

Les horaires des officines ont rarement été modifiés, afin que le patient garde ce point de repère, comme l'indique cette pharmacienne: « *J'ai laissé la pharmacie ouverte, je n'ai fait aucun changement d'horaires, justement pour que les patients puissent venir*» (P2). Il y avait une crainte importante que les patients soient livrés à eux-mêmes et oublient qu'il n'y a pas que le COVID, mais aussi d'autres pathologies, comme le notifie cette pharmacienne : « *Il faut pas que ça dégénère, il faut pas laisser les patients seuls et cloîtrés et pensant qu'il n'y a plus du tout de soins à côté.* » (P5)

2. Une coordination dans les soins essentielle

a. Une communication accrue

Comme évoqué précédemment, il y a eu un passage d'informations important entre personnes d'une même profession.

Par la suite, la communication et la collaboration interprofessionnelles sont devenues essentielles pour permettre un « *parcours de soins classique pour les patients* » (P5), la crainte principale étant les conséquences de diminution des consultations.

Ces médecins l'expriment ainsi : « *Le Premier ministre parle à la télé en disant : « N'allez pas dans les cabinets médicaux, restez chez vous... » Et là, grosse surprise... On s'est dit : « Qu'est ce qui va se passer... ? »* (D4) et « *Nous, le problème, c'était de se dire comment on va faire venir les gens au cabinet.* » (D1)

Pour certains praticiens, le fait d'être en MSP a été considéré comme une « *force importante* » (D1) pour permettre une collaboration rapide, comme cela est décrit également par cette pharmacienne : « *on a rapidement essayé de tous se regrouper avec les infirmiers, les médecins, d'essayer de faire au mieux pour les patients, (...) de voir comment on pouvait s'organiser, comment on pouvait s'articuler, et répondre aux demandes des patients.* » (P5)

Cette collaboration n'a pas été l'apanage seulement des MSP, mais également de certains cabinets de groupe, qui ont décidé de se concerter afin de se coordonner, comme l'explique ce médecin : « *On a fait des réunions entre professionnels de santé dehors, dans le parc, pour avoir un peu les impressions de chacun, savoir si on faisait des permanences...* » (D6)

De plus, toutes les personnes interrogées, quel que soit leur mode d'exercice, ont évoqué une collaboration avec les différents professionnels de santé, associée à une plus grande communication, même si pour la plupart, cela était surtout leur manière habituelle de travailler et non un véritable changement puisque les rapports étaient déjà « *très bien au départ.* » (P2) Ainsi, D8 explique qu'« *on travaillait déjà ensemble avec les infirmières qui m'appellent, les pharmaciens qui m'appellent, il n'y a pas de souci on travaille bien ensemble. Mais là c'était encore plus.* ».

Les médecins travaillant seuls en cabinet n'ont d'ailleurs pas plus évoqué un sentiment de solitude que les médecins travaillant en cabinet de groupe ou en MSP.

Dans un cas, on peut observer l'évocation d'une relation hiérarchisée entre les professionnels dans une MSP (« *je pense que ça a été vraiment très précieux pour tous les paramédicaux du secteur, infirmières, orthophonistes, kinés, orthoptistes (...) qui avaient besoin d'informations, il y avait une grande inquiétude sur « qu'est-ce qu'il se passe et qu'est-ce qu'il faut faire ? » (...). Mais ça a été beaucoup dans ce sens d'informations, des médecins vers les*

professionnels de santé » (D9)), plus qu'une relation de collaboration, où chacun apporte quelque chose à l'autre, comme c'est le cas dans d'autres MSP ou dans d'autres cabinets de groupe non MSP.

Cela peut laisser supposer que cette coordination de soins était plus la continuité de ce qui se faisait déjà sur un territoire donné, plutôt qu'une véritable nouvelle façon de travailler.

Pour une pharmacienne (P3), c'est d'ailleurs le fait qu'une CPTS allait se monter, plus que le COVID, qui a permis aux praticiens de se rapprocher : *« Mais aussi et surtout parce que nous, on est pas mal impliqué dans des structures ; on est une MSP donc forcément, moi je suis là trésorière de la MSP... mon associé, il est dans la CPTS qui est en train de se monter donc je pense que c'est plus ça qui nous amène un gros changement que le COVID »,* en parlant des changements dans les relations avec les professionnels de santé. Cela est également une idée reprise par une des médecins : *« Après, quand ça s'est allégé on a fait des réunions, d'où la CPTS, qui commençait un petit peu à poindre du nez en 2019 avec des projets CPTS. Et là, avec le COVID, l'association vraiment s'est montée pour pouvoir récupérer justement... voilà, du fait de cet élan de solidarité, il y a une association s'est montée, mais en fait c'étaient ceux qui étaient dans le projet CPTS qui l'ont montée. Ça a un peu accéléré les choses. »* (D8)

Par ailleurs, cette coordination de soins était également essentielle pour pouvoir retrouver la confiance des patients et pour permettre de les orienter au mieux, comme le note cette pharmacienne : *“Alors, entre-temps, le cabinet nous avait bien indiqué qu'il recevait en fin de matinée, pour pouvoir désinfecter entre midi et deux (...). La concertation a permis la confiance.”* (P4) Cela a également permis à tous d'accorder leurs violons afin d'avoir le même discours, comme cela est décrit ici : *«Et puis les médecins leur disaient la même chose, parce qu'on a tous eu le même discours. »* (P2)

Cette collaboration a été très appréciée par les professionnels de santé, et a permis de sortir de cette solitude et de retrouver une certaine légitimité dans le fait de travailler ensemble. Ainsi P2 décrit qu'*«[ils] essayai[en]t de travailler ensemble, et là ça [leur] a prouvé qu'[ils] savai[en]t le faire. (...) Là [ils se sont rendus] compte qu'[ils] étai[ent] vraiment ensemble.»*

Enfin, cette crise a permis également à quelques professionnels de santé de se rencontrer et de « *mettre des visages sur des ordonnances.*» (D5)

Cette coordination a par ailleurs redéfini les rôles de chacun pour permettre une meilleure prise en charge globale des patients.

b. Le cas des patients chroniques

Pendant la première vague, l'État a permis aux pharmaciens d'effectuer des renouvellements d'ordonnance. S'il s'agit d'une simple légalisation de « *quelque chose qui est une tolérance permanente dans notre activité* » (P3) pour certains, ils étaient tous « *plus vigilants* » (P2), et ne faisaient jamais du renouvellement de manière systématique, comme explicité ici : « *C'est vrai que quand on renouvelait les d'ordonnances, suivant les patients, on appelait quand même les médecins. Pour leur dire on renouvelle.* » (P2)

Ils avaient le rôle essentiel de premier interlocuteur des patients qui leur parlaient parfois un peu plus librement, et étaient au centre des soins, mais avaient par moment également le rôle de « *gendarme* » (P3), c'est-à-dire de vérifier avec les patients quels médicaments pouvaient être renouvelés, mais également de vérifier qu'il n'y avait pas besoin d'une consultation médicale, comme l'explique cette pharmacienne : « *Mais si on estimait qu'il fallait les diriger vers le médecin, on les dirigeait. En faisant en sorte de leur dire : « il faut aller voir le médecin ».* » (P2) Ce nouveau rôle nécessitait parfois la mise en place d'outils particuliers, comme des « *questionnaires pour savoir comment ça se passait* » à la maison. (P5)

Enfin, il y avait une concertation importante entre médecins et pharmaciens, afin de parfaire le suivi des patients, comme le décrivent ces pharmaciennes : « *On faisait soit des réunions en petit comité à l'extérieur sur le parking ou alors sinon on se faisait une petite visio. Nous, on disait : "Madame Untel ne veut pas se déplacer"* » (P5), « *On les suit, ou on contacte les médecins, en disant : « Attendez, on a eu ce patient, on se rend compte qu'il y a eu quelque chose, une perte de poids ou autre. » » (P2)*

Enfin, pendant cette crise, certains médicaments des patients chroniques comme le Plaquenil se sont retrouvés en rupture de stock rapidement, du fait d'une diffusion

d'informations par les médias pas toujours comprises par le grand public. Les pharmaciens ont dû gérer ces pénuries, qu'ils avaient quand même pour la plupart anticipé en faisant des stocks tampons (P1-P4) ou en décidant de ne servir que les patients déjà mis sous ces traitements, en refusant donc les prescriptions hors AMM (P3-P5) : « Donc, on a très vite mis le holà , et on a mis de côté ce qui était pour les patients chroniques. » (P3), « *Ce qu'on a fait, c'est qu'on a privilégié les patients qui étaient déjà sous Plaquenil initialement.* » (P5)

c. Suivi des pathologies aiguës

Toutefois, la crainte des patients ne se portait pas que sur les consultations en cabinet de médecine générale, mais il y avait également une réticence de leur part à consulter aux urgences ou dans les hôpitaux, ce qui pouvait être parfois difficile à gérer pour les médecins : « *C'était dur d'arriver à persuader qu'ils étaient en sécurité à l'hôpital.* » (D4). Les acteurs des soins primaires ont dû apprendre à jongler avec cette nouvelle variable.

Pour ce faire, certains médecins avaient beaucoup plus recours aux autres professionnels de santé, en faisant beaucoup de suivis à domicile.

D1 explique donc : « *Les infirmiers, ils ont tous bossé (...), on a pu faire (...) de la surveillance rapprochée finalement à la maison, (...), beaucoup plus qu'avant. (...) Les infirmiers m'ont dit : « On a du temps si jamais tu as besoin. - Bah j'ai besoin, lui faut surveiller, faut surveiller. » On refaisait des bilans, tout ce qu'il fallait quoi. Non, ça, c'est c'est vrai qu'on a eu moins d'hospit.* »

Cependant, cela n'était possible également que parce que les médecins étaient aussi plus joignables, et avaient plus de temps pour gérer cela. I1 note d'ailleurs que « *Pendant le COVID, on avait pas de problème : les médecins, on arrivait à les joindre facilement, parce qu'ils consultaient un peu moins aussi quand même et puis surtout, ils nous donnaient plus facilement leur portable à ce moment-là. (...). Alors que finalement, on travaillait pas plus avec eux ou moins, mais ils ont rendu le truc plus simple.*»

D1 explique également, que lors de ses suivis, il «*étai[t] sur le portable, [il] recevai[t] toutes les valeurs comme ça au moindre problème, [il] vient* ».

Il y avait donc une interdépendance entre les professionnels de santé importante pour

permettre une meilleure prise en charge au domicile, sans faire courir de risque aux patients, ou tout du moins, un risque contrôlé, comme le souligne respectivement D4 et D9 : « *oui, on a pris un peu plus de risques, je pense, dans notre pratique. Mais, c'était partagé. Parce que les gens ne voulaient pas y aller... Donc le risque, était connu, en tout cas des patients.* », « *les prises en charge ambulatoires dans ce cas-là, c'étaient avec un suivi (...) rapproché pour ne pas mettre en danger le patient* ».

Ces échanges ont permis à certains infirmiers de retrouver une légitimité dans leur travail, de « *faire [leurs] preuves* », de « *montrer que [leurs] choix étaient les bons* » (I2) et de sentir que les médecins et les autres professionnels de santé leur faisait plus confiance. Ils ont pu se retrouver et assurer le rôle d'infirmier dans sa globalité. Ainsi, I1 dit : « *La médecin s'occupe déjà d'une autre personne qu'on a, elle nous faisait confiance. Mais comme ça quoi, sans plus. Et en fait quand elle a vu comment moi, j'étais impliquée avec la dame qui avait le COVID, je pense qu'il y a eu un changement dans sa vision de l'infirmier qu'elle connaissait.* ». Il explique également que cette majoration de la confiance s'est traduite concrètement par plus de facilité pour que les médecins écoutent leur avis et le prennent en compte : « *Les médecins, ils étaient pas à discuter : quand on leur demandait un truc, ils posaient deux-trois questions et puis c'était réglé.* » (I1) Cela semble d'autant plus vrai chez les jeunes infirmiers.

3. Une nouvelle pratique au cabinet : la mise en place de la téléconsultation.

Encouragée par le gouvernement, la téléconsultation a vraiment pris une place importante lors de la première vague, puisque les médecins n'ont soudainement fait « *quasiment que ça* » (D4), et que « *vraiment les consultations au cabinet, c'étaient quand il fallait vraiment examiner la personne.* » (D9)

Après les difficultés à la mettre en place, car c'était une première pour tous les médecins interrogés, elle a beaucoup servi pour limiter les allées et venues dans le cabinet, mais n'a pas forcément été appréciée par tous.

En effet, cette dernière a rapidement montré ses limites car pour la plupart des praticiens, il était difficile d'évaluer les patients COVID sans examen clinique, comme le souligne D5 : « *Après, très rapidement on a dit « Non, les gens qui ont le COVID, il faut les voir. Il faut les évaluer cliniquement ; en téléconsultation on ne peut pas le faire.* » »

Les médecins s'accordent facilement sur le fait que la téléconsultation pouvait servir dans le cas d'un dépannage, mais pas de manière systématique car pour beaucoup, il est important d'avoir le patient en consultation, et ce changement dans la relation médecin/malade n'a pas forcément été apprécié comme le souligne D9: *«Il y avait moins d'échange, d'échange-contact. (...) La pratique médicale, c'est de l'examen et c'est en face à face, en présentiel.»*

De plus, du fait de cette crise sanitaire et de la crainte pour les patients les plus fragiles, certains médecins ont eu le sentiment d'abandonner certains de leurs patients, qui n'étaient plus vus qu'en téléconsultation, ce qui pouvait être très frustrant, comme D1 le note : *« Enfin voilà (...) pour des connectivites ou des polyarthrites, (...)c'est des gens qu'on a volontairement exclus de la consultation et qu'on a laissés en téléconsult' avec des renouvellements à distance, avec des arrêts de travail, bon, de peur qu'ils aient un risque (...) en soin primaire. On a été embêté avec eux, on les a, on les a laissé tomber quasiment quoi, juste la téléconsult'. Après, tous ces patients là qu'on voulait pas faire venir, que ce soit eux ou les greffés, du rein ou du foie, ces gens-là, ils pouvaient appeler comme ils voulaient : il y a toujours quelqu'un qui répond par téléphone, par téléconsult'. Mais physiquement, on les a pas touchés. Ça, c'est pas génial. »*

IV. Coordination régionale

1. Contact avec les spécialistes

Si initialement tous les médecins généralistes ont éprouvé des difficultés à contacter des spécialistes, la réorganisation était par la suite plus ou moins facile selon les médecins.

En effet, au départ, il était parfois difficile de savoir quel spécialiste consultait, et pour quelques médecins généralistes, il y avait deux types de spécialistes : *«Il y avait ceux qui avaient peur du COVID qui ne recevaient pas et puis il y avait les autres.»* (D8) Ce manque d'éléments amenait parfois à un sentiment d'isolement ressenti par les médecins, comme l'explique D1 : *« Là, les spé ils ont tous repris mais pendant le COVID, on n'avait plus personne. »*

Ainsi, les praticiens ont dû passer beaucoup de temps au téléphone pour avoir ces informations, mais ils devaient également motiver leur demande : *«Il fallait justifier vraiment*

un truc qui nécessite une prise en charge urgente. » (D1)

Toutefois, après ce début parfois compliqué, cela a pu se simplifier pour certains. D8 explique, par exemple, que *«[des spécialistes], il y en avait qui, au contraire, qui ne prenaient pas habituellement, bah là ils prenaient parce qu'il y avait moins de demandes »*. D9 explique avoir reçu une liste avec le nom des spécialistes recevant dans leur cabinet, ce qui lui a permis de faire *« comme d'habitude »* pour contacter les spécialistes.

Dans le cas des imageries, si cela semblait également compliqué pour quelques-uns, dans un cas, il y a eu une collaboration entre les différents sites d'imageries privées/publiques pour que les médecins de ville puissent orienter plus facilement leurs patients (les patients COVID positifs ou suspects dans le public, les autres dans le privé). Il faut par contre noter que cette collaboration a été faite à l'initiative personnelle de médecins via leur propre réseau : *« Donc on avait organisé un système, on s'était mis avec l'hôpital qui voyait les gens COVID et avec les cliniques privées qui voyaient les non COVID. » (D5)*

2. Lien ville/hôpital

Pour la plupart des médecins, les critères d'hospitalisation *sont « toujours restés les mêmes » (D4)* et ils ont *« envoyé tous ceux qui nécessitaient une prise en charge hospitalière » (D7)*, car les urgences étaient *« toujours fonctionnelles. » (D2)*

Pour certains, cette crise COVID n'a pas changé beaucoup de choses aux problèmes des urgences et de l'hôpital, qui étaient déjà surchargés auparavant, comme c'est ainsi expliqué par D6 : *« parce qu'en ce moment et même déjà avant, les urgences et les hôpitaux étaient tellement saturés qu'en général, quand tu envoies aux urgences, c'est que vraiment tu as essayé de tout checker avant. »* Il n'y avait donc pas forcément de changement dans leur prise en charge.

Dans un cas, il y a eu une réelle coordination entre l'hôpital et la ville pour le suivi des patients COVID, avec l'utilisation d'un télé-suivi organisé par le CHU, qui permettait le suivi des patients COVID non hospitalisés en ville, mais également grâce à la création de fiches communes entre la ville et l'hôpital pour une homogénéisation du suivi : *« Et on avait fait une feuille, qui était commune avec les urgences de l'hôpital d'A. en termes de renseignements*

médicaux, (...) c'était la même feuille, les critères étaient les mêmes, c'était exactement la même feuille. On avait élaboré une feuille ensemble. » (D5). Ici aussi, cela a pu être fait car ce médecin connaissait les médecins hospitaliers.

Néanmoins, à cette époque, il était parfois encore plus difficile de s'organiser pour hospitaliser des gens, puisque tout changeait tout le temps dans les cliniques et les hôpitaux, comme le souligne D3 : « C'était un peu difficile, parce que des fois, l'hôpital ne voulait pas prendre [les COVID] aux urgences : il fallait passer par la filière respiratoire. Après, dans les cliniques, des moments ils ne voulaient pas les recevoir, après ils les recevaient... ». Il semble qu'il y avait un manque de communication entre les différents acteurs des soins.

De plus, D6 note « qu'il fallait forcément passer par les urgences pour qu'il soit évalué en COVID ou non », ce qui rendait les prises en charges directes difficiles.

Cela pouvait être délicat dans certains cas, car la crainte d'envoyer des patients fragiles aux urgences ou à l'hôpital était toujours présente, comme le souligne D8 : « il y avait toujours la peur d'attraper le COVID là-bas à l'hôpital aussi. »

Enfin, il est important de noter qu'il existait une certaine défiance envers les urgences chez certains praticiens, notamment du fait d'un « COVID-centrisme », où les patients étaient triés en COVID ou non COVID, et renvoyés au domicile si non COVID. Les prises en charge n'étaient donc pas forcément adaptées.

Cette défiance envers l'hôpital et les urgences était également celle des patients, qui ne se sentaient pas en sécurité, ce qui a pu engendrer des situations catastrophiques dans quelques cas. Ainsi, D7 explique que pour une de ses patientes qui a eu un cancer des ovaires métastatiques, « il y a eu vraiment une perte de chance monumentale qui n'était pas tant liée à l'organisation des soins mais plutôt à sa crainte du virus et d'attraper le COVID, elle n'a pas pris conscience que la maladie qu'elle avait c'était très grave et qu'il fallait qu'on la soigne. ». D4, quant à lui, parle d'un arrêt cardiaque au cabinet sur SCA ST+, qui craignait d'aller à l'hôpital et qui avait donc temporisé sans en parler même à son médecin traitant.

Par ailleurs, du fait de la saturation des hôpitaux due au COVID, certains patients n'ont pu avoir une prise en charge optimale, notamment chirurgicale, car les opérations ont dû être reportées (D7). Ces médecins ont donc dû s'organiser autrement pour pallier à ces

désagréments. Certaines prises en charge oncologiques ont dû être également adaptées, comme le souligne ce médecin : *«J'ai eu des retards de prise en charge. De chimio surtout, qui étaient en attente, qui était décalées... "Bah, on verra quelle chimio on lui met, on va peut-être pas lui mettre la plus costaud tout de suite, car avec le contexte on n'est pas sûr de ce que ça va donner".»* (D4)

Toutefois, malgré tout, et malgré la crainte de certains professionnels de santé de se sentir lésés par l'hôpital et délaissés par rapport à lui, il est important de noter que certains acteurs de soins primaires se sont sentis bien soutenus par le monde hospitalier.

Ainsi, D6 explique avoir *« toujours eu des réponses à [ses] questions »* quand elle en avait besoin, de la part des CHU ou des cliniques, et D7, qui craignait se retrouver seule à devoir gérer des soins palliatifs à domicile, a toujours senti *« un soutien technique, en plus d'un soutien médical »* de la part de la HAD. Pour elle également, le 15 a toujours su jouer son rôle et a toujours été *« réactif »*.

V. Que reste-t-il au final de cette nouvelle organisation de soins ?

1. Le contact et le maillage

Si tous les professionnels de santé ont remarqué une certaine cohésion pendant la première vague de COVID, ils sont également nombreux à noter que les collaborations créées ont perduré, que ce soit entre professionnels d'un même secteur (I1 : *« Et du coup, le bon truc, c'est que tous les gens (...) qui bossaient dans la même rue, sont devenus potes de boulot. »* ; D7 : *« Après, au niveau du lien avec les autres professionnels de santé, comme ça marchait déjà très bien, et bien on est resté sur la même dynamique. »*) mais également avec les spécialistes dans le cas des médecins généralistes (D1 : *« notre équipe est plus soudée et puis même avec des spé qui sont restés, on a pu faire des contacts qui sont vachement sympa. »*).

Des MSP et des CPTS ont finalement été créées, même si les projets étaient déjà en cours initialement.

À plus court terme, cette première vague a également permis que les professionnels de santé se connaissent, ce qui a facilité la gestion des tests antigéniques et des vaccinations par la suite : *« Au niveau des infirmiers on a fait un autre groupe pour faire des tests*

antigéniques et des PCR » (I6)

2. Les soins non programmés

En Occitanie, les professionnels de santé ne dénombrent que peu de COVID pendant la première vague.

Néanmoins, lors de l'arrivée de la deuxième vague, plus violente dans cette région, les professionnels de santé étaient mieux préparés à ce qui allait se passer, et n'avait plus de soucis logistiques comme lors de la première vague. Ainsi, D5 note que *« Comme on avait vu ce qui se passait ailleurs, on avait tout fait. Et après, au final, quand c'est arrivé au mois d'août et au mois de septembre, où on a eu des cas plus compliqués à gérer, on a ... on savait faire face. »*

Par ailleurs, plus que lors de la deuxième vague, les soins primaires ont l'air d'avoir été réorganisés sur le long terme, avec une meilleure gestion des périodes épidémiques, comme peut le noter D7 : *« On a un peu réorganisé nos journées de travail. On avait quelques créneaux d'urgence mais en fait, très vite, on devait doubler pendant les périodes épidémiques. Mais là, maintenant, on anticipe un peu plus en mettant plus de créneaux d'urgence du jour. »*

3. Les gestes barrières

Dans le cas des cabinets médicaux, tous les médecins notent que la désinfection des locaux et l'hygiène dans les locaux ont été majorées depuis la période COVID. Les masques semblent également être une habitude gardée par la plupart des professionnels de santé : *« Moi, personnellement, je suis beaucoup plus attentive à ça maintenant, désinfecter entre tous les 2 ou 3 patients, ce que je ne faisais pas forcément avant. »* (D7) ; *« Est-ce que j'ai d'autres évolutions durables... ? Le port du masque et l'utilisation de gel hydroalcoolique, renforcés par rapport à avant, ça c'est une certitude. »* (D9). *« Après on n'a toujours pas remis des trucs dans la salle d'attente finalement, ça reste plus propre. »* (D1)

4. Une disparition progressive des téléconsultations

La téléconsultation, pourtant très utilisée à l'époque des vagues épidémiques, semble petit à petit disparaître chez les professionnels de santé, pour retourner à une façon plus « traditionnelle » d'exercer la médecine.

Elle reste quelques fois possible pour du « *dépannage* » ou de manière « *ponctuelle* » (D8), mais certains l'ont « *arrêtée complètement.* » (D5)

Par ailleurs, conséquence indirecte de cette médecine plus connectée, les médecins notent que les patients ont parfois des demandes abusives par e-mail, rajoutant un travail parfois considérable aux praticiens, même s'ils essayent dans la plupart des cas d'y mettre un terme : « *Nos patients ont notre mail pro, on a parfois des abus et des demandes directement par mail qu'on n'avait pas avant.* » (D7) ; « *On avait une vingtaine de mails le soir à répondre, ils faisaient leurs courses par mail et par SMS et cetera. Et c'est vrai qu'il a fallu qu'on mette un holà aux mails.* » (D8) ; « *Il y a des gens qui ont pris l'habitude : on est dans une période où on fait beaucoup par internet, beaucoup à distance. Donc il y a des gens encore à qui je dois expliquer que pour renouveler leur traitement, ça va se passer au cabinet.* » (D9)

DISCUSSION

I. Résultats principaux

L'objectif de l'étude était de comprendre l'impact qu'avait eu la première vague sur les soins primaires.

Personne n'était préparé à cette situation, et la première difficulté a été de pouvoir trouver du matériel de protection individuelle. Pour cela, tous les moyens étaient bons, et chacun a réussi à se débrouiller pour en récupérer : démarchage auprès de professionnels, système débrouille, dons de patients.

Aux problèmes de logistique a ensuite succédé le problème de protection des plus fragiles. Pour cela, des moyens ont été mis en place pour éviter le contact entre les patients suspects de la COVID et les patients non suspects, que ce soit dans les officines, dans les cabinets ou lors des tournées. Cela passait par une réorganisation des tournées - soit en mettant les patients COVIDs ou suspects en dernier, soit en faisant des tournées spéciales COVIDs - , par une réorganisation des consultations avec créneaux dédiés, ou par un réarrangement des officines. Des centres COVID ont également été créés dans certains cas, sous l'impulsion des acteurs locaux, par crainte d'un afflux de patients trop important. Une attention particulière a été portée sur les conditions d'hygiène sanitaire. Par la suite, la multitude de nouvelles informations et de nouvelles recommandations a imposé une adaptation constante des professionnels de santé à la situation sanitaire. Les professionnels de santé ont également dû économiser les ressources trouvées, de crainte d'une pénurie.

Une autre crainte a été la conséquence de la diminution du nombre de consultations en cabinet. Afin d'y faire face, les professionnels de santé ont dû collaborer encore plus étroitement qu'ils ne le faisaient déjà. Ainsi, pour les patients chroniques, les pharmaciens ont eu le rôle primordial, de premier, et parfois seul, interlocuteur des patients et ont dû faire preuve de beaucoup de vigilance. Pour les pathologies plus aiguës, il y a eu plus de suivis réguliers réalisés par les infirmiers au domicile du patient. Ces pratiques n'ont toutefois été possibles que parce que tous les acteurs de soins primaires avaient plus de temps pour communiquer et pour coordonner leurs démarches de soins. Toutefois, si la communication a été accrue, il semblerait que cela ne soit pas vraiment dépendant du type d'exercice initial,

mais plutôt la conséquence des relations préalablement établies entre les différents acteurs de soins primaires.

Afin de protéger les patients les plus fragiles, tous les médecins se sont mis à la téléconsultation. Cette pratique n'a pas été forcément appréciée, mais a été utile en temps de crises. Ce mode d'examen a modifié la relation médecin-patient pendant cette crise.

Concernant les liens avec les spécialistes, les médecins généralistes ont éprouvé des difficultés à les contacter, car tous ne travaillaient pas et ils devaient davantage justifier la nécessité de prise en charge urgente. La communication entre la ville et l'hôpital ne semblait pas optimale, et il existait une certaine défiance envers les services d'urgences. En effet, de nombreux services d'urgences se sont concentrés sur la pandémie virale, ce qui a pu entraîner dans certains cas une négligence des autres motifs. Les patients étaient également assez inquiets à l'idée de consulter ou d'aller à l'hôpital, ce qui a pu entraîner des situations aux conséquences graves pour la santé des patients.

Pour finir, cette crise a également eu des conséquences sur le long terme, puisqu'elle semble avoir remodelé les soins primaires de manière durable. En effet, les professionnels de santé indiquent tous avoir beaucoup plus de contacts avec les autres professionnels. Des MSP et des CPTS ont finalement été créées. Les soins non programmés ont été inclus dans les emplois du temps de certains médecins.

Les gestes barrières ont été maintenus dans les cabinets. Toutefois, on note que la pratique de la téléconsultation semble s'estomper pour revenir à une approche plus classique de la médecine. L'importance de l'examen clinique et la proximité avec le patient doivent tenir un rôle à ce niveau.

II. Analyse de la méthode

1. Choix de la méthode.

La méthode qualitative est la méthode la plus adaptée pour notre étude car elle permet la compréhension des vécus, des sentiments et des expériences des personnes. (11)

L'entretien individuel a été préféré au focus group pour différentes raisons. Bien que les focus groupe permettent d'avoir beaucoup d'informations en peu de temps en utilisant les interactions entre les participants (12), il nous semblait difficile de l'utiliser quand nous

avons décidé de faire cette étude au début de la première vague, car le regroupement des soignants n'était pas possible.

De plus, la première vague a été une situation de stress, le vécu ayant été difficile pour les soignants (13) et cela aurait pu être laborieux de parler de cela dans un groupe.(14)

Enfin, il existe parfois une certaine hiérarchie entre les soignants, et nous craignons que le leadership de certaines professions amène certains soignants à garder leur avis pour eux. De plus, certaines difficultés peuvent être dissimulées du fait du fait des conflits qu'elles peuvent générer entre professionnels. (12)

2. Population d'étude

Il existe un biais de sélection initial car les premiers entretiens ont été réalisés avec des connaissances de l'investigateur.

La population de notre étude est non représentative de la population cible, mais cela était un choix pour avoir une variation maximale d'échantillonnage.

Cependant, les femmes sont surreprésentées dans cette étude, et il n'y a que peu de médecins exerçant seuls inclus dans l'étude. Néanmoins, actuellement, l'exercice en groupe semble devenir la norme en France. (15)

Par ailleurs, une des limites de notre étude est de ne pas avoir interrogé les professionnels de santé qui n'avaient pas le droit de travailler pendant la première vague. En effet, certaines études tendent à montrer que la pandémie a créé une rupture entre ces professionnels et les praticiens pouvant travailler, rendant leur retour dans les MSP parfois compliqué dans certains cas. (16) Les secrétaires n'ont pas été interrogées non plus, alors qu'elles semblent avoir eu un rôle décisif dans la réorganisation de plusieurs MSP. (16)

3. Recueil de données

Le recueil de données s'est fait au choix des personnes interrogées en présentiel, en visio ou par téléphone. L'utilisation du téléphone n'est pas optimale dans le cadre d'une étude qualitative, car l'investigateur peut manquer des informations non verbales.

Les participants n'ont pas été mis au courant du guide d'entretien au préalable, ce qui permet une plus grande spontanéité dans la parole.

Il existe un biais de mémoire dans notre étude puisque les entretiens ont été réalisés environ un an et demi après la première vague.

4. Analyse

Il n'y a pas eu de triangulation des données dans cette étude.

Il existe également un biais d'investigation puisqu'il s'agit de la première étude menée par l'investigateur et qu'il y a donc un manque d'expérience de sa part.

III. Analyse des résultats

1. Difficultés logistiques

Diverses études, faites dans différentes régions de France, semblent montrer que les difficultés logistiques ont été l'affaire de tous, sur tout le territoire, quel que soit le taux d'incidence de la maladie. On note la même tendance concernant l'attention portée à l'hygiène sanitaire. (16) à (20)

Ainsi, dans les Bouches du Rhône, trois quarts des médecins décrétaient avoir manqué d'EPI (19). Au niveau national, pendant le premier confinement, deux médecins sur dix estimaient ne pas avoir assez d'EPI pour se protéger, quatre sur dix estimaient réussir à s'en sortir grâce au système D, et quatre praticiens sur dix estimaient avoir tout ce qu'il faut. (21)

D'une manière générale, la gestion de la crise a été marquée par la solidarité dans toutes les régions de France, (17) à (20) , en impliquant les collectivités locales dans la recherche d'EPI ainsi que les patients, comme notre étude le suggère.

Dans certains départements, les ARS ont participé à la recherche des EPI. (16) Cependant, cela n'a pas été mis en évidence dans notre étude, laissant supposer que l'implication des ARS était territoire dépendante.

2. Gestion du flux de patient

En conséquence, un médecin sur trois craignait de contaminer ses patients (21), ce qui l'a amené à trouver des solutions viables pour protéger les plus fragiles, et pour gérer l'afflux de patient qui aurait pu être important, puisque 80% des patients COVID ont été gérés par la médecine de ville pendant la crise sanitaire. (22)

Afin d'assurer une prise en charge optimale des patients en ville, deux adaptations majeures ont été mises en place. Elles sont retrouvées dans différentes études, notamment dans la nôtre.

La première a consisté à créer des créneaux de consultations dédiés aux patients COVID.

La deuxième a permis le développement des « covidrômes », c'est-à-dire des centres de consultation dédiés aux patients COVID positifs, ayant comme avantage de mettre en commun les EPI (16), comme cela est suggéré par un médecin de notre étude.

D'autres études ont montré que ces centres de consultations étaient souvent à l'initiative personnelle des professionnels de santé, mais également à l'initiative des CPTS de certains territoires, qui ont utilisé les liens déjà établis entre professionnels de santé. (23)

Une étude faite dans cinq MSP de deux régions différentes a montré que les ARS ont plutôt eu un rôle passif dans la création de ces centres de santé et dans la réorganisation du territoire, étant donné qu'elle se sont appuyés sur les initiatives locales déjà faites (16). L'ARS a eu dans ce cas le rôle de cartographier le territoire pour permettre une meilleure orientation des patients suspects COVID, via le SAMU-centre 15, sans désorganiser l'organisation territoriale déjà établie au début de la crise par les différents acteurs de soins primaires. Ici, l'ARS a apporté son soutien logistique et financier, mais s'est donc greffée aux projets déjà existants. (16)(23)

A contrario, dans certaines régions, l'ARS a privilégié une approche plus active où les patients étaient orientés vers des centres COVID. Dans ces régions, les centres étaient créés par quelques médecins volontaires avec le soutien de CHU. Ils ne prenaient pas en compte les caractéristiques du territoire ni les projets des différents acteurs de soins primaires de la région (16). Ains, dans certains territoires où le niveau socio-économique est plus faible, il

était parfois difficile pour les patients de se rendre dans les centres de consultations dédiés. A cause de cette organisation, les acteurs de soins primaires ne se sont que peu impliqués dans les centres de consultations et cela a pu causer des tensions. (23).

Ces disparités dans les actions des ARS s'expliquent notamment par le fait qu'elles n'ont pas reçu, pendant la crise, de directives nationales, chacune devant gérer son propre territoire pour s'adapter au mieux. (24)

3. Diminution des consultations

Comme le suggère notre étude, le nombre consultations de médecine générale a diminué dans toutes les régions de France. Dans une étude nationale, 90 % des membres des MSP et des centres de santé disaient avoir diminué leur activité d'environ 30% pour les médecins généralistes, et même de 43% si on ne compte pas les téléconsultations (25). Une autre étude réalisée par la DREES évoque une baisse d'activité de 13 à 24 % (26).

Les consultations pour renouvellements d'ordonnances ont diminué de plus de 50% pour plus de six médecins sur dix. (26) Cela ne veut pas forcément dire que ces patients ont abandonné complètement leur suivi puisque les renouvellements d'ordonnances pouvaient être faits par les pharmaciens. Dans le cas des patients en ALD, la diminution des actes réalisés a été moindre que pour les autres patients (27). Au cours des différentes vagues épidémiques, il a été mis en évidence que les personnes âgées ont eu moins de soins déprogrammés pendant les vagues de COVID, plus d'informations sur la conduite à tenir suite à cette déprogrammation, et ont trouvé que ces déprogrammations ont eu moins d'impact sur leur santé, en comparaison avec des personnes plus jeunes. (28)

Les patients déjà vulnérables comme les patients psychiatriques ont été très affectés par cette crise, avec un risque de rupture de suivi important et de dégradation (29). Les patients sous immunosuppresseurs ou avec des pathologies affectant leur système immunitaire ont également été parmi les personnes les plus touchées par cette rupture de suivi, comme le suggère un médecin de notre étude. (28)

Dans notre étude, peu de médecins évoquent le fait qu'il y ait pu avoir, dans leur patientèle, des conséquences directes de ces ruptures de suivi. Toutefois, une publication réalisée en mai 2020, soit à la fin du premier confinement, explicite qu'un quart des généralistes trouvait qu'il y avait une augmentation du nombre de consultations pour des

complications de maladies chroniques, consultations plus fréquentes dans les départements les plus touchés par la première vague (29). Cette disparité entre les départements peut expliquer cette différence de données, puisque l'Hérault et le Gard n'ont pas été parmi les départements les plus touchés.

Le renoncement aux soins de la part des patients est par ailleurs multifactoriel, puisque ces derniers expliquent ne pas avoir consulté du fait de la peur de la contamination, d'une auto-régulation des actes considérés non prioritaires, mais également à cause de difficultés à joindre un médecin et enfin, à cause des discours des politiques. (30)

Ces deux dernières raisons ont pu être contrées par certains médecins qui ont appelé eux-mêmes leurs patients, ce qui a été réalisé par 65% des médecins d'après la DREES (26), donnée évoquée que rapidement dans notre étude.

Par ailleurs, si les consultations de médecine générale ont énormément baissé, ce n'est pas forcément le cas des actes infirmiers, qui n'ont diminué que de façon minime pendant le confinement d'après d'autres études. (16) (31) Dans notre étude, cela dépendait des infirmiers interrogés. Cela peut s'expliquer par la grande variabilité d'actes infirmiers possibles (post-opératoire chirurgical, suivi de patients chroniques) mais cela suggère également la grande interdépendance entre les différents professionnels de santé de soins primaires pendant cette période, puisque la diminution des actes infirmiers habituels a quasiment été compensée par le suivi des patients COVID positifs à domicile demandé par les médecins.

4. Mise en place de la téléconsultation

Face à la baisse des consultations, une majorité des médecins s'est initiée à la téléconsultation d'après notre étude. Cela est corroboré par une étude réalisée par la DREES, qui met en évidence qu'en septembre 2020, les trois quarts des médecins avaient utilisé la téléconsultation (32). Ainsi, au premier semestre 2020, le nombre de téléconsultations facturées à l'Assurance Maladie a explosé en France, passant de 40 000 actes par mois en mars à 4,5 millions en avril 2020 (32). Une autre étude réalisée sur un panel de 52 médecins retrouve que 88% des médecins ont utilisé la téléconsultation pendant la première vague. (19)

Concernant la poursuite de l'utilisation de la téléconsultation, les avis dans les études sont divergents. Quelques médecins généralistes indiquaient vouloir continuer la téléconsultation car considérée comme pratique (19) (18) alors que dans notre étude, la quasi-totalité a drastiquement diminué le nombre de téléconsultations. Cela peut être dû au fait que les médecins ont été interrogés plus tardivement dans notre étude, la physiopathologie de la COVID était alors mieux connue, facilitant le retour des consultations présentes.

Par ailleurs, si les téléconsultations ont été très appréciées pendant le confinement, beaucoup de médecins avant cette crise avaient des craintes quant à son utilisation. En effet, seulement 5% des médecins utilisaient la téléconsultation avant le confinement, (32) et, dans une publication de 2019 avant la crise COVID, plus de 60% des médecins n'étaient pas du tout ou plutôt en désaccord avec le fait de faire de la téléconsultation et plus de 50% des médecins trouvaient la téléconsultation dangereuse. Pour eux, l'erreur diagnostique et le manque d'examen clinique étaient des freins importants à son utilisation. (33)

Au cours de notre travail, plusieurs médecins soulignent le besoin d'examiner les patients afin de pouvoir statuer sur leur état de santé lors de la première vague COVID. Cette notion est retrouvée dans d'autres publications (20) (34). La physiopathologie et les conséquences cliniques du COVID étaient alors mal connues. De nombreux médecins généralistes ont préféré examiner les patients en présentiel plutôt que de téléconsulter afin de réduire le nombre d'inconnus auxquels ils doivent faire face. Cette majoration des incertitudes est assez mal vécue par les médecins généralistes, puisque source d'un stress d'autant plus important qu'il puisse y avoir nécessité d'une prise en charge urgente (35). Et, même si une étude a démontré qu'aucun examen n'était fait dans presque 15% des consultations de médecine générale (34), il a été prouvé que dans les situations d'incertitude et de doute, les médecins ont tendance à examiner plus longuement les malades (35). Pourtant, l'examen clinique apporte un diagnostic dans seulement 1 cas sur 5, le diagnostic étant fait le plus souvent sur l'interrogatoire et l'anamnèse. (34)

Plusieurs publications soulignent également que, pour les médecins, la téléconsultation altère la relation médecin-malade, et n'apporte pas autant d'informations qu'une consultation en présentielle. Ces informations sont pourtant

importantes pour prendre en charge le patient dans sa globalité. (36) Cette altération n'est pas toujours bien vécue par les patients eux-mêmes, qui trouvent parfois que ce nouveau mode de consultation est une consultation faite « à la va-vite » qui déshumanise la relation médecin-malade, même si cela peut être utile pour les demandes « faciles », et pour se protéger pendant la première vague (37). Enfin, une étude faite en 2016 montre que pour près de 70% des patients, l'examen clinique est quelque chose d'important pendant une consultation. (18)

Dans certaines zones défavorisées, la téléconsultation n'est pas possible du fait d'un manque d'accès au numérique. Cela peut être responsable d'une médecine à deux vitesses avec un risque d'une augmentation de l'inégalité d'accès aux soins. (16) Cette donnée n'est pas retrouvée dans notre étude. Cela pourrait être expliqué par un biais de sélection. En effet, nous n'avons pas décidé de faire une variation d'échantillonnage selon le niveau socio-économique des patientèles, ainsi, nous avons peut-être sélectionné des praticiens avec une patientèle plutôt aisée.

Une autre donnée n'a pas été retrouvée dans notre étude : les zones mal couvertes par les réseaux, qu'on appelle les zones blanches, représentent un autre frein à l'utilisation de la téléconsultation. (16) Dans l'Hérault et le Gard, très peu de communes sont concernées, ce qui explique cette donnée manquante, et le nombre de zones blanches en France est en diminution chaque année, ce problème de fracture numérique devrait donc bientôt ne plus en être un. (38)

5. Coordination locale

Tous les professionnels de santé de notre étude attestent que les relations entre les personnels soignants ont été majorées. Cela est cohérent avec différentes études réalisées dans d'autres régions de France. (18) (20) (16). Ainsi, une enquête réalisée au sein de MSP et de centres de santé évoque un renforcement de la coopération avec les partenaires locaux dans 80% des cas. (16)

Mais notre étude suggère qu'il s'agirait plus d'une exacerbation de ce qui se faisait déjà plutôt que de nouvelles façons de travailler. En effet, les médecins généralistes échangeaient déjà fréquemment avec les différents acteurs des soins primaires avant la crise. (39)

Une étude réalisée auprès de différentes MSP révèle que la réponse de ces MSP est différente selon le contexte initial. Ainsi, dans les MSP où les soignants ne valorisaient pas le lien professionnel, les acteurs de soins primaires se sont plutôt organisés en tant que libéraux indépendants, tandis que les MSP qui collaboraient beaucoup ont majoré cette collaboration. (23) Dans certaines MSP, les rapports hiérarchiques entre les professionnels sont restés les mêmes. (23)

De plus, cette étude semble montrer qu'en réalité, il existe initialement une phase de regroupement entre professionnels dans le même domaine pour pallier le manque de recommandations et d'informations nationales puis une phase de coordination intra professionnelle (23), comme le laisse penser notre étude également.

Toutefois, toutes les études ne s'accordent pas, le mode d'exercice pouvant influencer la coordination dans les soins. Ainsi, une étude menée dans les Bouches-du-Rhône met en évidence que les médecins généralistes travaillant seuls ont ressenti un plus grand isolement que les médecins travaillant en groupe et ont regretté l'absence de relations entre confrères. (19) Cette donnée n'est pas retrouvée dans notre étude. En effet, les deux médecins exerçant seuls que nous avons interrogés n'ont à aucun moment évoqué un sentiment de solitude, et un des médecins a même évoqué un regroupement avec les autres professionnels de la commune. Cette donnée manquante peut-être due au fait qu'il n'y a eu que peu de médecins exerçant seuls interrogés.

Cette réorganisation des soins a conduit à une modification des rôles des différents acteurs de soins primaires.

Différentes études explicitent ainsi que la prévention ne semblait plus être la priorité pendant cette première vague. En effet, on observe une rupture dans le suivi pédiatrique, comme cela est évoqué par un médecin de notre étude. Pour exemple, on note à ce moment-là une chute de l'achat des vaccins recommandés pour les enfants de moins de deux ans et des vaccins contre les HPV (27).

Ainsi, on peut penser que les autres problématiques médicales ont été mises de côté. Par exemple, les réunions de concertation pluriprofessionnelle ont été adaptées au cours de la pandémie et étaient consacrées au COVID.(16) Cette information n'a pas été exprimée par les professionnels de santé de notre étude.

Par ailleurs, notre étude évoque également une modification du rôle des pharmaciens, à qui on a autorisé le renouvellement d'ordonnance.

Cette autorisation n'a été en fait qu'un élargissement à tous du rôle nouveau de pharmacien correspondant. En effet, une loi promulguée en 2019 acte la création de ces pharmaciens correspondants. Sous couvert de travailler dans une MSP et avec accord du médecin traitant du patient qui doit travailler dans la même MSP, un pharmacien, choisi préalablement par le patient, peut renouveler le traitement habituel sur une durée d'un an, et modifier les posologies si nécessaire. (40) (41) Toutefois, actuellement, cette mesure ne concerne que peu de pharmaciens, puisque seulement 20% d'entre eux travaillaient dans une MSP en 2016. Par ailleurs, le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens a milité lors du Ségur de la santé de 2020 pour élargir cette activité à tous les pharmaciens d'officine, ce qui n'a pas finalement pas été adopté. (42)

Ce basculement des tâches et cette volonté d'intégrer le pharmacien dans un parcours pluriprofessionnel se rapproche des pratiques internationales. (43)

Au Royaume-Uni par exemple, le renouvellement d'ordonnance est autorisé par les pharmaciens, sous couvert d'une formation. Au Québec, les pharmaciens sont intégrés dans les Groupes de Médecin de Famille, plutôt en tant qu'experts médicamenteux, et collaborent étroitement avec les médecins, ce qui améliore la iatrogénie et permet une meilleure pertinence dans les traitements. (43)

A l'étranger, le basculement des tâches concerne également les infirmiers puisque dans de nombreux pays où l'exercice coordonné est la norme, les infirmiers travaillant dans des structures pluriprofessionnelles ont plus de responsabilités médicales, avec plus d'actes cliniques délégués, comme au Québec par exemple.(44) La France tend, ici aussi, à se rapprocher de ces pratiques avec la création des infirmiers en pratique avancée dans la loi de 2016.(45)

6. Coordination régionale et lien ville-hôpital

Les différents médecins de notre étude ont mentionné des difficultés à contacter les spécialistes. Cette donnée peut s'expliquer par la diminution du nombre des consultations

des spécialistes, objectivée notamment par une enquête réalisée en région PACA pendant le premier confinement. (31) En conséquence, certains médecins généralistes ont mis en avant un sentiment de solitude pendant la crise. (18)(16)

A contrario, ce sentiment d'isolement a été moins présent chez les médecins travaillant dans la CPTS de l'Hérault, même si ces derniers rapportent un lien ville-hôpital compliqué (17). Ces difficultés de communication sont aussi retrouvées dans une étude réalisée dans les Bouches-du-Rhône où environ 60% des médecins interrogés estimaient que le lien ville-hôpital concernant la prise en charge des patients COVID positifs n'était pas optimal, et 86% d'entre eux considéraient ce lien non optimal quand il s'agissait des autres pathologies, montrant ainsi le COVID-centrisme de cette période. (19)

Par ailleurs, il est intéressant de noter que la problématique du lien généralistes-autres spécialistes libéraux ne datent pas de pandémie. On note qu'avant la crise, les trois quarts des médecins généralistes interrogés expliquaient avoir du mal à contacter les spécialistes (46). De même, une étude réalisée en 2018 sur l'évaluation du lien ville-hôpital dans le cadre des soins palliatifs objectivait un manque de communication et un manque de collaboration ressentis par les médecins généralistes.(47) En 2017, une autre publication révélait que dans le cadre de diagnostic de cancer, les médecins généralistes n'avaient le courrier d'un spécialiste que dans 66% des cas au moment de la consultation d'annonce. Ceci illustre bien l'insuffisance de contacts entre ces deux mondes. (48)

Pendant cette crise, dans quelques cas, on a pu observer, comme dans notre étude, des discussions et des concertations pour permettre une meilleure orientation des patients et donc un meilleur parcours de soins pour les patients, ainsi que des échanges entre le privé et le public (23) (18). Mais cela ne s'est fait que grâce aux relations personnelles entre professionnels de santé qui étaient déjà existantes (23), et semble être une exception plus qu'une règle.

Ainsi, dans le cadre des relations entre les acteurs de soins primaires et secondaires-tertiaires, la réorganisation de soins semble territoire dépendante, selon les relations et les collaborations déjà établies auparavant.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que dans notre étude, aucune médecin n'a fait

mention du call-center développé par le CHU de Montpellier et censé améliorer les liens entre la ville et l'hôpital. Ce call-center avait pour but d'aider les médecins généralistes à la prise de décisions et à l'orientation des malades, via un numéro de téléphone partagé aux médecins de l'Hérault. On peut donc se poser la question de la connaissance de ce service, et se demander si la communication faite a été suffisante.

La fragilité des liens entre la ville et l'hôpital est bien connue des différents médecins. Dans un communiqué du 2 Juillet 2020 (49), le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) propose différentes mesures afin d'améliorer ces liens. Parmi elles est suggérée la création de groupements hospitaliers de territoire qui seraient en lien avec des CPTS ; ces deux instances seraient regroupées autour d'un « projet médical partagé » (50). Une autre mesure suggérée est la valorisation d'un d'exercice mixte entre hospitalier et libéral, mesure reprise lors du Ségur de la santé.(51)

Pour les plus fragiles, notamment les personnes âgées, le Ségur de la santé évoque une prise en charge intégrée ville-hôpital-médico-social, afin d'améliorer leur prise en charge globale. (51)

IV. Perspectives

Dans notre étude, de nombreux professionnels de santé ont évoqué le fait que leurs contacts interprofessionnels ont perduré après cette crise.

Ces collaborations tendent à devenir la norme puisque, si en 2007, le taux de regroupement des médecins généralistes était de 39%, il augmente en 2019 à 61%, dont 27% exerçant avec des paramédicaux, et 6% en MSP (15) (52). Cette tendance devrait encore se confirmer, puisque la pratique de la médecine en collaboration attire les jeunes médecins : 8 médecins sur 10 de moins de 50 ans exercent en groupe. (52)

Le nombre de MSP est passé de 20 en 2008 à plus de 1800 en 2021. (52)

En 2017, l'État français décide de majorer l'enveloppe donnée aux MSP pour favoriser l'exercice en pluriprofessionnalité. (53)

Cet exercice coordonné des soins primaires est un des axes principaux du plan de

transformation du système de santé appelé Ma Santé 2022. (54) Un des objectifs de cette loi, promulguée en 2019 avant la crise, est la création de « 1000 CPTS » avant 2022. (55)

Les CPTS sont des espaces permettant l'organisation des soins primaires et des acteurs médico-sociaux dans un territoire donné, afin d'organiser au mieux les missions du service de la santé. Elles sont développées autour de projets de santé communs à différents acteurs médico-sociaux. Elles ont pour but une meilleure structuration du système de santé, pour, in fine, améliorer la prise en charge des patients dans leur globalité. Il s'agit en fait de formaliser les collaborations informelles entre les professionnels de santé. (55)

Au 7 Juillet 2022, 733 CPTS sont en projet, 207 en phase de préprojet, 173 construisent leur projet de santé, 47 sont en négociation de leur projet de santé et 306 ont un projet validé avec contrat signé. Dans le Gard, 11 CPTS sont en construction dont deux avec projet signé ; dans l'Hérault, on retrouve 12 CPTS dont 4 avec projet signé. (56)

Cette volonté de coordination des soins est renouvelée pendant le Ségur de la santé en 2020. (51)

Ainsi, la France s'inscrit dans la tendance internationale d'une pratique plus coordonnée des soins primaires. (57)

En effet, la coordination des soins primaires est priorisée dans les centres de santé de différents pays, comme en Finlande, en Suède, en Australie ou bien encore au Canada. Elle permet une prise en charge dans sa globalité des patients, souvent sur un territoire donné. (58)

Par ailleurs, en Australie, en Nouvelle-Zélande ou au Canada, les professionnels de santé des soins primaires semblaient mieux préparés à la première vague de la pandémie. Ceci pourrait s'expliquer par la place centrale qu'occupent les soins primaires dans leur système de santé. Ils ont donc été intégrés de manière plus efficace dans la prise des patients COVID positifs et cela dès le début de la pandémie (59). Dans le cas de l'Australie, des directives ont été mises en place rapidement à l'attention des médecins généralistes, et le gouvernement a fourni des EPI aux médecins généralistes (60). La Nouvelle Zélande disposait également d'un plan de lutte contre la pandémie mis à jour et il existait une bonne coordination entre les soins primaires et les instances de santé. (59)

Au Canada, le plan de lutte récent contre les pandémies désignait les soins primaires comme responsables de l'évaluation des patients ambulatoires. On a pu noter des difficultés à trouver des EPI. Cependant le gouvernement a fait preuve d'un fort soutien auprès des acteurs de soins primaires. (59)

D'autres pays de l'Union Européenne ont éprouvé les mêmes difficultés qu'en France quant à la réorganisation des soins primaires, notamment au Royaume Uni où les médecins se sont réorganisés par eux-mêmes, sans soutien du gouvernement, et ont rencontré des difficultés à se procurer les EPI. (61)

CONCLUSION

La première vague du COVID a remodelé l'organisation des soins primaires et les différents acteurs ont dû faire preuve d'adaptation pendant cette crise.

La première des difficultés a été de trouver des équipements de protection individuelle ; puis, du fait de la diminution des consultations dans les cabinets, chaque acteur a dû repenser son rôle propre afin de permettre aux patients d'avoir un parcours de soin le plus ordinaire possible. Dans le cas des médecins généralistes, la téléconsultation a été la norme pendant la première vague, renforçant l'incertitude de cette période et remaniant la relation médecin-malade, ce qui n'a pas forcément été très apprécié des praticiens.

La communication a été accrue entre les différents acteurs de soins primaires ; mais plus que de nouvelles relations, ce sont des coordinations et des contacts déjà existants qui ont été majorés.

Le lien ville-hôpital a été compliqué pour la plupart des praticiens, ces derniers regrettant le manque de communication et le manque de coordination.

Cette première vague a montré l'importance d'un réseau déjà préexistant de professionnels de santé, qui, lorsqu'il était déjà opérationnel, a permis une meilleure coordination des soins à tous niveaux. Il conviendrait, dans le futur, de majorer les échanges entre différents acteurs de soins primaires, mais également entre les acteurs de soins secondaires et tertiaires afin d'avoir une réponse plus efficiente en cas de nouvelle pandémie. De plus, cela permettrait également d'améliorer le parcours de soin des patients en dehors d'une quelconque crise sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fiche3_soins_primaires51e8e.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf
2. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. Les soins primaires en question(s). :18.
3. Manifeste pour un système de santé organisé [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/lettres_et_communications_du_president/manifeste_pour_un_systeme_de_sante_organise/
4. URPS-Occitanie-Fiche-Techniques-Equipes-de-soins-primaires-Dec-2018.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2019/07/URPS-Occitanie-Fiche-Techniques-Equipes-de-soins-primaires-Dec-2018.pdf>
5. CPTS-guide-pratique-creation-cpts-v229-light.pdf [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.guichet-cpts-occitanie.org/wp-content/uploads/2022/07/1a-2a-cpts-guide-pratique-creation-cpts-v229-light.pdf>
6. « L'hôpital public s'écroule et nous ne sommes plus en mesure d'assurer nos missions ». Le Monde.fr [Internet]. 13 nov 2019 [cité 18 sept 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/11/13/au-rythme-actuel-l-hopital-public-arrivera-a-un-point-de-rupture-irreversible_6018924_3232.html
7. Difficultés et adaptations des médecins généralistes.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
8. Massonnaud C, Roux J, Crépey P. COVID-19: Forecasting short term hospital needs in France [Internet]. Epidemiology; 2020 mars [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.03.16.20036939>
9. Desborough J, Dykgraaf SH, Phillips C, Wright M, Maddox R, Davis S, et al. Lessons for the global primary care response to COVID-19: a rapid review of evidence from past epidemics. Fam Pract. 15 févr 2021;cmaa142.
10. France, France, éditeurs. Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles: guide méthodologique. Paris: Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Direction générale de la santé, DGS; 2014.

11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
12. Dedienne MC, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. :3.
13. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. août 2020;88:901-7.
14. Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
15. Plus de 80% des médecins généralistes exercent en groupe.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/er1114.pdf>
16. Schweyer FX, Fiquet L, Fleuret S, Blois M, Garnier M, Géral A, et al. Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales. *Revue francophone sur la santé et les territoires* [Internet]. 17 mars 2021 [cité 18 sept 2022]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/rfst/976>
17. Perelli H. Gestion d'une crise sanitaire en exercice coordonné: l'exemple de la CPTS Centre Hérault dans la crise du covid-19 lors de la première vague. 2022;89.
18. Faucon F. Étude qualitative auprès des médecins généralistes du Havre: ressentis durant la crise sanitaire du Covid-19. 2019;84.
19. Luzet J. Crise du COVID-19: Vécu des médecins généralistes des Bouches-duRhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient. 2020;55.
20. Duez M, Mermier M. COVID-19: rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches-du-Rhône. 2020;64.
21. Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1151%20-%20Perception%20des%20risques%20et%20opinions%20des%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20pendant%20le%20confinement%20lié%20au%20Covid-19.pdf>
22. Face au Covid-19, les nouvelles CPTS à la manœuvre pour désengorger les hôpitaux [Internet]. *Le Quotidien du Médecin*. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/honoraires/face-au-covid-19-les-nouvelles-cpts-la-manoeuvre-pour-desengorger-les-hopitaux>

23. Fournier C. Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques. :8.
24. Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19 - Rapport [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r20-199-1/r20-199-110.html#fnref286>
25. Rapport-final-enquête-MSP-CDS-face-au-Covid-Septembre-2020-min.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://lescentresdesante.com/wp-content/uploads/2020/10/Rapport-final-enque%CC%82te-MSP-CDS-face-au-Covid-Septembre-2020-min.pdf>
26. Activité des médecins généralistes pendant le COVID.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1150.pdf>
27. Synthese-impact-epidemie-soins-premier-recours.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/Synthese-impact-epidemie-soins-premier-recours.pdf>
28. Verhoeven V, Tsakitidis G, Philips H, Royen PV. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open*. 1 juin 2020;10(6):e039674.
29. COVID1 medecins-generalistes BAT.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201160%20COVID1%20medecins-generalistes%20BAT.pdf>
30. Pradat AS, Morret M. Impact de la pandémie de COVID-19 sur les perceptions et comportements de santé en soins primaires: une étude qualitative auprès des patients en région PACA. :80.
31. 2021-S48-TDB-Soins-de-ville.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <http://orspaca.org/sites/default/files/2021-S48-TDB-Soins-de-ville.pdf>
32. Téléconsultation-BAT.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201162-te%CC%81e%CC%81consultation-BAT.pdf>
33. Ameur RH. Les conseils et les consultations téléphoniques en médecine générale: pratique et opinion des médecins généralistes. :102.
34. Jaury P, Larangot-Rouffet C, Gay B, Gonthier R, Ourabah R, Queneau P. Rapport 21-08. La téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. oct 2021;205(8):852-6.

35. Clavilier A. Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale. Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes. Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique. :176.
36. Khanchouche H. Téléconsultation en médecine générale: le ressenti des médecins. :142.
37. Vitali C. Téléconsultation: vécu et ressenti de patients ayant eu recours à la télé-médecine dans le Var. 2021;107.
38. Zones blanches dans l'Hérault : à Mourèze, c'est vraiment le cirque pour téléphoner ! - midilibre.fr [Internet]. [cité 1 oct 2022]. Disponible sur:
<https://www.midilibre.fr/2020/10/19/zones-blanches-dans-lherault-a-moureze-cest-vraiment-le-cirque-pour-telephoner-9148643.php>
39. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. :8.
40. Pharmacien correspondant : le dispositif entre en application - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur:
<https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Pharmacien-correspondant-le-dispositif-entre-en-application>
41. Article L5125-1-1 A - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886688/
42. Propositions+de+l'Ordre+national+des+pharmaciensSégur+de+la+Santé.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur:
<https://www.ordre.pharmacien.fr/layout/set/print/content/download/506575/2294383/version/1/file/50+Propositions+de+l%27Ordre+national+des+pharmaciens+-+S%C3%A9gur+de+la+Sant%C3%A9.pdf>
43. Buttard A, Macé F, Morvan L, Peyron C. Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ? [Internet]. 2019 [cité 17 sept 2022]. Disponible sur:
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02022686>
44. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. Recherche en soins infirmiers. 2008;93(2):94-105.
45. DGS_presentation_IPA.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2022]. Disponible sur:
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_presentation_ipa.pdf
46. Difficultés des médecins généralistes.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>

47. Id H. Évaluation du lien ville-hôpital par les médecins généralistes dans la prise en charge palliative: exemple des Lits Identifiés de Soins Palliatifs du Centre Hospitalier de Libourne. :71.
48. Suivi des patients atteints de cancer.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1034.pdf>
49. cnom_propositions_segur.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xxmzep/cnom_propositions_segur.pdf
50. Qu'est ce qu'un GHT [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.reseau-hopital-ght.fr/qu-est-ce-qu-un-ght.html>
51. Ségur De La Santé Les Conclusions. 2020;58.
52. Conditions de Travail des MG_BAT.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER%201229%20Conditions%20de%20Travail%20des%20MG_BAT.pdf
53. Plan d'accès aux soins : les premières avancées significatives dans les territoires [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/plan-dacces-aux-soins-les-premieres-avancees-significatives-dans-les-territoires>
54. Santé M. Créer un collectif de soins au service des patients. :4.
55. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante>
56. Cartographie des CPTS en région [Internet]. FCPTS. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/>
57. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? 2007;8.
58. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. 2009;6.
59. Huston P, Campbell J, Russell G, Goodyear-Smith F, Phillips RL, van Weel C, et al. COVID-19 and primary care in six countries. BJGP Open. 4(4):bjgpopen20X101128.
60. Australias primary care COVID19 response [Internet]. Australian Journal of General Practice. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/coronavirus/australias-primary-care-covid19-response>
61. Thornton J. Covid-19: how coronavirus will change the face of general practice forever. BMJ. 30 mars 2020;m1279.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien pharmacien

Bonjour,

Je m'appelle Chloé OLIVIER et je suis actuellement interne en médecine générale.

Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour votre participation à ces entretiens dans le cadre de ma thèse. Ces entretiens seront enregistrés, et vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou l'arrêter

Ces entretiens ont pour but de comprendre comment les différents acteurs des soins primaires se sont réorganisés pendant la première vague de COVID 19.

Vous avez des questions?

On peut y aller?

1. En Février 2020, nous avons vu évoluer une nouvelle pandémie, la COVID 19. Comment l'avez-vous vécu et comment vous êtes-vous organisé?

2. D'un point de vue très pratique, quels ont été les changements matériels et pratiques réalisés dans vos locaux?

Relance: Comment avez-vous adapté vos horaires? Comment avez-vous fait pour limiter la propagation du virus au maximum entre les patients?

Relance: Comment vous êtes-vous procuré votre matériel de protection individuel (masques, surblouses, charlottes?)

Relance: Comment distribuiez-vous les médicaments, notamment pour les patients suspects COVID?

Relance: Quand les médecins faisaient des téléconsultations, comment récupériez-vous les ordonnances? Directement auprès du patient? Ou le cabinet vous les envoyait?

Relance : Comment avez-vous géré la rupture de stock de certains traitements (notamment le Plaquenil?)

Relance: Comment avez-vous fait face à la diminution de fréquentation de vos pharmacies?

3. Pendant cette première vague, l'état vous a permis de réaliser des renouvellements

d'ordonnances. Comment l'avez-vous vécu?

Relance: Comment avez-vous fait pour rassurer les patients qui refusaient de retourner voir leur médecin traitant alors que vous jugiez cela nécessaire?

4. Comment avez-vous vécu les rapports avec les différents professionnels de santé?

Relance: Quels ont été les changements que vous avez pu observer, que ce soit d'un point de vue pratique ou d'un point de vue humain?

Relance: Comment restiez-vous en contact avec les différents professionnels de santé?

Relance: Comment avez-vous coordonné vos prises en charge?

Relance: Comment receviez-vous les ordonnances des patients quand ils faisaient des téléconsultations ? Directement via le médecin?

5. Au final, quels ont été les changements qui ont perduré dans votre façon de travailler ou ceux que vous pensez garder après cette crise COVID?

Annexe 2 : Guide d'entretien médecin

Bonjour,

Je m'appelle Chloé OLIVIER et je suis actuellement interne en médecine générale.

Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour votre participation à ces entretiens dans le cadre de ma thèse. Ces entretiens seront enregistrés, et vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou l'arrêter

Ces entretiens ont pour but de comprendre comment les différents acteurs des soins primaires se sont réorganisés pendant la première vague de COVID 19.

Vous avez des questions?

On peut y aller?

1. En Février 2020, nous avons vu apparaître une nouvelle maladie, la COVID 19. Comment l'avez-vous vécu et comment vous êtes-vous organisé?

2. D'un point de vue très pratique, quels ont été les changements matériels et physiques que vous avez effectués?

Relance: Comment avez-vous adapté votre planning? Comment avez-vous fait pour limiter la propagation du virus au maximum dans votre salle d'attente?

Relance: Comment vous êtes-vous procuré votre matériel de protection individuel (masques, surblouses, charlottes...)?

Relance: Comment vous êtes-vous organisé pour organiser les téléconsultations?

Relance: Comment avez-vous réalisé le suivi des patients COVID ou des patients non COVID? Avez-vous mis en place un centre de consultation dédié?

Relance: Comment avez-vous fait face à la diminution des consultations dans votre cabinet?

3. Je vous laisse penser à un patient ou à une patiente qui avait besoin d'une consultation spécialisée ou d'une prise en charge hospitalière. Comment avez-vous géré cela?

Relance: Comment avez-vous contacté les spécialistes?

Relance : Avez-vous préféré privilégier une prise en charge ambulatoire plutôt qu'une prise en charge hospitalière, ou n'avez-vous vu aucune différence avec vos anciennes prises en charge?

4. Comment avez-vous vécu les rapports avec les différents professionnels de santé?

Relance: Quels ont été les changements que vous avez pu observer, que ce soit d'un point de vue pratique ou d'un point de vue humain?

Relance: Comment restiez-vous en contact avec les différents professionnels de santé?

Relance: Comment avez-vous coordonné vos prises en charge?

Relance: Comment avez-vous envoyé vos ordonnances aux pharmaciens ou aux infirmiers quand vous faisiez des téléconsultations?

Relance: Quand un patient avait besoin d'un passage infirmier fréquent, comment faisiez-vous?

5. Au final, quels ont été les changements qui ont perduré dans votre cabinet ou ceux que vous pensez garder après cette crise COVID?

Annexe 3 : Guide d'entretien infirmier

Bonjour,

Je m'appelle Chloé OLIVIER et je suis actuellement interne en médecine générale.

Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour votre participation à ces entretiens dans le cadre de ma thèse. Ces entretiens seront enregistrés, et vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou l'arrêter

Ces entretiens ont pour but de comprendre comment les différents acteurs des soins primaires se sont réorganisés pendant la première vague de COVID 19.

Vous avez des questions?

On peut y aller?

1. En Février 2020, nous avons vu arriver une nouvelle pandémie, la COVID 19. Comment l'avez-vous vécu et comment vous êtes-vous organisé?

2. D'un point de vue très pratique, quels ont été les changements matériels et pratiques réalisés lors de votre tournée ou de vos soins?

Relance: Comment avez-vous adapté votre planning? Comment avez-vous fait pour limiter la propagation du virus au maximum entre les patients?

Relance: Comment vous êtes-vous procuré votre matériel de protection individuel (masques, surblouses, charlottes?)

Relance: Comment avez-vous réalisé le suivi des patients COVID ou des patients non COVID?

Relance: Comment avez-vous fait face à la crainte des patients concernant cette première vague?

3. Je vous laisse penser à un patient ou à une patiente qui avait besoin d'un avis médical ou d'une visite, voir même d'une hospitalisation, qu'il soit COVID ou non. Comment avez-vous géré cela?

Relance: Comment avez-vous contacté le médecin traitant?

Relance: Comment avez-vous fait face à la crainte de certains patients concernant cette première vague?

4. Comment avez-vous vécu les rapports avec les différents professionnels de santé?

Relance: Quels ont été les changements que vous avez pu observer, que ce soit d'un point de vue pratique ou d'un point de vue humain?

Relance: Comment restiez-vous en contact avec les différents professionnels de santé?

Relance: Comment avez-vous coordonné vos prises en charges?

Relance: Comment receviez-vous les ordonnances des patients quand ils faisaient des téléconsultations? Directement via le médecin?

Relance: Quand un patient avait besoin de passages infirmiers fréquents, comment faisiez-vous?

5. Au final, quels ont été les changements qui ont perduré dans votre façon de travailler ou ceux que vous pensez garder après cette crise COVID?

Annexe 4 : Questionnaire de données descriptives

Profession :

Âge:

Sexe:

Lieu d'exercice:

Faites-vous partie:

- D'une MSP?

- D'un cabinet de groupe?

- D'un cabinet individuel?

Nombres d'années de pratiques :

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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.

Contexte : Le caractère inattendu de la pandémie due au COVID-19 a engendré une crise sanitaire sans précédent. Les soins primaires ont été largement impactés par cette crise qui a désorganisé le système de soins français. Il semblait important de laisser la parole aux différents acteurs de soins primaires pour comprendre leur réorganisation.

Objectif : Explorer l'impact de la première vague de COVID-19 sur l'organisation des soins primaires dans l'Hérault et le Gard.

Méthode : Une étude qualitative a été menée auprès des différents acteurs de santé primaire ayant le droit d'exercer pendant la première vague du COVID-19. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de pharmaciens, d'infirmiers et de médecins généralistes exerçant dans l'Hérault et dans le Gard. Une analyse phénoméno-pragmatique a été réalisée sur ces entretiens.

Résultats : Vingt entretiens individuels ont été réalisés auprès de neuf médecins généralistes, six infirmiers et cinq pharmaciens. Passées la stupeur et les difficultés logistiques, les différents acteurs se sont regroupés pour partager les équipements de protection individuelle notamment, mais également pour s'organiser au mieux. En effet, les différents professionnels de santé étaient anxieux du fait de la diminution du nombre de consultations dans les cabinets et de passage dans les officines. Le rôle de chaque acteur a été redéfini pour permettre un meilleur suivi des patients : il y avait plus de suivis à domicile par les infirmiers, et les pharmaciens devaient être plus vigilants pour le suivi des patients chroniques. En médecine générale, la téléconsultation a été la norme pendant la première vague, même si elle n'était pas toujours appréciée, car majorant l'incertitude et altérant la relation médecin-malade. Il y a eu une coordination entre les différents acteurs de soins primaires, mais qui semble davantage être la continuité de ce qui se faisait déjà sur un territoire donné, plutôt qu'une véritable nouvelle façon de travailler.

Les soins primaires et les soins secondaires ont eu du mal à se coordonner, du fait d'un manque de communication, déjà présent initialement.

Conclusion : Cette première vague a permis un bel élan de solidarité entre les différents acteurs de soins. Elle a permis de légitimer et de donner du sens aux réseaux déjà préexistants de professionnels de santé. Le maillage du territoire, via des réseaux comme les CPTS, pourrait être bénéfique en vue d'améliorer le parcours de soins des patients.

Mot Clés : Pandémie, COVID-19, soins primaires, exercice coordonné, attitudes et pratiques en santé, organisation de soin.