



**HAL**  
open science

# La médecine générale gardoise face aux débuts de l'épidémie de Covid : centres Covid, plateforme Covid-30 et vécu des internes

Aurélien Bodet

## ► To cite this version:

Aurélien Bodet. La médecine générale gardoise face aux débuts de l'épidémie de Covid : centres Covid, plateforme Covid-30 et vécu des internes. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03903562

**HAL Id: dumas-03903562**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03903562>**

Submitted on 23 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  
**Aurélien BODET**

le 23 novembre 2022

**La médecine générale gardoise face aux débuts de l'épidémie  
de Covid : Centres Covid, plateforme Covid-30 et vécu des  
internes**

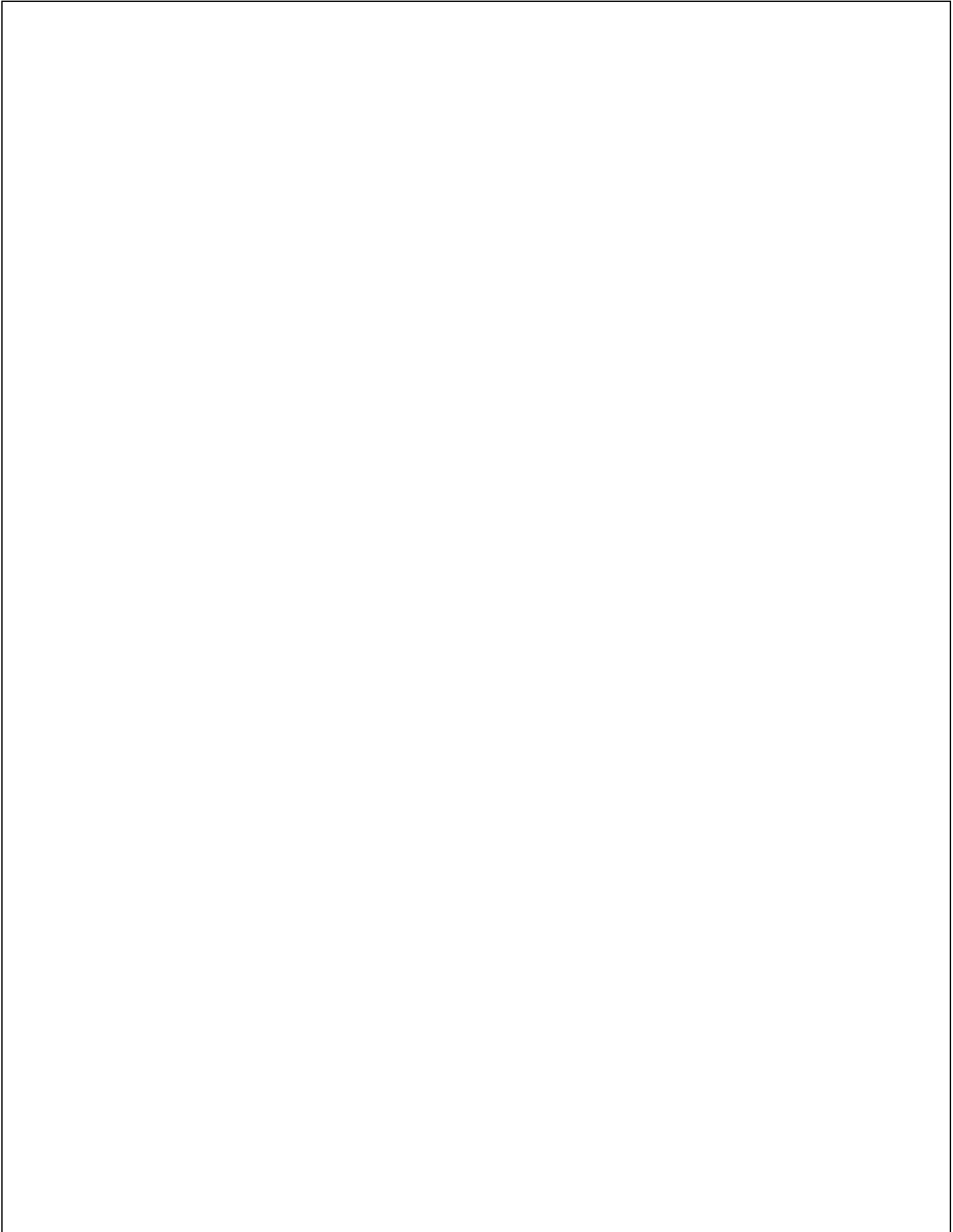
Directeur de thèse : Pr GARCIA Marc

JURY

Président : Monsieur le Professeur AMOUYAL Michel

Assesseurs : Monsieur le Professeur SOTTO Albert

Monsieur le Professeur GARCIA Marc



**ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022**  
**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**Professeurs Honoraires**

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

**Professeurs Emérites**

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

**Docteurs Emerites**

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**PU-PH de classe exceptionnelle**

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges- Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie

CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie



MATECKI Stéfán	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

**PU-PH de 2ème classe**

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

#### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

#### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

### PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

### PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophthalmologie)

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

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

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

**Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel**

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno	Médecine palliative

**MCU-PH Hors classe**

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

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

**Maitres de Conférences des Universités**

**Maitres de Conférences hors classe**

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

**Maitres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences

LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

#### **Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

##### **MCU-MG de 1<sup>er</sup> classe**

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

##### **MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

#### **Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe



### Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

### PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHERE	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LETERTRE Simon	RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh
AMOUROUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI El Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD	JGINIES Patrick	MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNYS Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Frédéric	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xav	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Hélène	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE	GILLE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	
BOUYABRINE Hassan	DI CASTRI Alberto	LEGLISE Marie Suzanne	RICHAUD-MOREL Brigitte	



## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont pu m'accompagner dans ce long périple que sont les études médicales et dans ma vie en général, depuis les premières années angevines jusqu'à cette thèse et cet épilogue montpelliérain.

Tout d'abord, merci à **mes parents** pour tout ce qu'ils m'ont apporté. Je n'en serai pas où je suis sans votre éducation et les conseils que vous m'avez donnés depuis l'enfance. Vous avez tracé le cadre et la voie à suivre et j'essaie de vous faire honneur au quotidien, le parcours a parfois été difficile, mais vous avez toujours su pardonner, m'aider et avancer à mes côtés, je vous en suis très reconnaissant. Je grandis de jour en jour et c'est en grande partie grâce à vous, aux libertés que vous m'avez laissé, au goût pour la découverte et l'expérimentation, à l'amour que vous m'avez transmis, donc mille fois merci, je vous aime.

Merci à **Chacha**, ma petite sœur adorée, qui est au fond de mon cœur malgré la distance. Tu as toujours été là quand j'en ai eu besoin, j'espère que je le serai aussi s'il faut. Je t'aime fort, on a déjà partagé pas mal de belles scènes et de beaux moments et il y en aura d'autres. Je suis là pour toi et je sais que toi aussi, je suis très fier de ta réussite professionnelle. Des gros bisous à **Lucas**, ta moitié, qui est un futur (enfin le futur est déjà là) collègue généraliste qui saura porté bien haut le drapeau et un partenaire de scène rap et de chorale d'exception, la piraterie n'est jamais fini. On se revoit pour d'autres Bercy ou stades bondés !

Merci aux membres de mon jury, **Pr Garcia, Pr Amouyal et Pr Sotto** d'avoir accepté d'assister à ma soutenance. Vous avez été un accompagnement de qualité durant le fonctionnement de la plateforme, je n'ai pas eu l'occasion de travailler directement avec vous en dehors de cela, mais j'ai grandement apprécié les échanges que l'on a pu avoir dans ce cadre de travail. Merci à tous les médecins et toutes les personnes qui ont permis l'organisation décrite dans cette thèse.

Merci à tous professionnels, médicaux et paramédicaux que j'ai pu croiser pendant l'internat, merci au **Dr Rémi** d'avoir été mon tuteur et mon premier contact en tant qu'interne avec le cabinet de médecine générale. Il a pris ce rôle au dernier moment, pour remplacer et j'ai été honoré d'être son premier interne. Un merci particulier au CH de Perpignan, où j'ai beaucoup travaillé que ce soit en service pendant l'internat qu'aux urgences après l'internat, même si le service y est parfois chaotique, merci pour la bonne ambiance et les foots du lundi soir.

Maintenant place aux amis.

Déjà grand merci à Angers et à l'équipe avec laquelle j'ai évolué pendant 7 ans d'externat.

Merci à l'équipe de la Jdidance, vous êtes dans le cœur à fond. A **Alex**, from la street et la banlieue parisienne to la Bretagne, le cœur vert et qui tâte vite fait la balle orange, à cette P2 pleine d'orga et d'activités extrascolaire et à l'accueil au puit de lumière rennais, on se capte au prochain Bob's noze ou faux mariage si je bosse pas, voire à l'autre bout du monde si tu te chauffes un de ces jours à rejoindre ta douce. A **Sami** AKA la Malice Addaki, AKA le meilleur rappeur interniste de France, merci pour les rimes, pour la philo, pour les cafés, pour le foyer et c'est sympa d'avoir redoublé la P1 de façon très coordonné et synchrone pour qu'on fasse tout ce chemin ensemble. A **Théophile**, virtuose de ses 10 doigts et népalais devant l'éternel, merci pour la pomme, pour le jazz, pour Gisèle, désolé pour les chenilles processionnaires, kiffe bien le pays des kangourous, on se check bientôt et toujours chaud Islande. A **Quentin**, papa parfait, la solidité mancelle, merci pour l'accueil dans la case familiale en plein milieu de la campagne pendant le stage de réa, quelques belles courses, de très bonnes soupes et de la chaleur humaine, hey JC tu connais. A **Numa**, tricksologue de renom, la folie phocéenne pour animer les années angevines, à toute ta folie douce. A **Rafael**, autre larron du FSA, entre le système bancaire et le 7<sup>e</sup> art, à tous les scénarios perchés qu'il reste à pondre, merci pour les réveillons nantais de qualité, à la prochaine bière sur Paris. A **Chedi**, musi(pharma)cien de grand talent, à tous tes mix de dos, aux galettes de toute formes, couleurs et vibrations, et à la Nouba qui j'espère fera vibrer nos étés pour encore de nombreuses années. A **Gregoire**, el professor, pour le double H et le boom bap à l'ancienne, le palet vendéen, la coloc marseillaise et la case maugeoise, a cette semaine barcelonaise, faut pas oublier la clé quand on sort en tout cas. A **Anne Julie**, papillon de nuit, collègue rennaise, peintre et artiste, qui sait manier les lignes et les couleurs comme les entretiens psy.

Aux pharmas chez qui j'ai passé beaucoup de temps, à la frontière du médical, bercé par les beer-pongs, car on n'a pas le même maillot mais ça sait faire la fête de façon qualitative. Aux sœurs désastre et des astres, qui brillent autant qu'elles peuvent chanceler et inverser les pôles magnétiques, merci **Charlie** pour les apéros, le rez de chaussée angevin, la fin des freres scott et la douceur, on attend toujours de trouver quelqu'un qui tient plus l'OH que toi, l'ouest et le sud s'y sont cassé les dents pour le moment, grand respect, merci pour tout **Majda**, pour m'avoir accompagné un joli bout de temps sur Angers et fait grandir, à tes cheveux qui repasse en boucle et ce mode sayan qui te va si bien, des pensées en cette période d'hibernation, je te dois un raccourci enchanté cf une porte qui donne direct sur les lamas péruviens, prenez bien soin de votre duo, des bisous. A **Coco**, depuis le lycée choletais jusqu'au Vélodrome, un plaisir d'avoir partagé toutes ces années avec toi, des partie de caps endiablés jusqu'aux baskets au parc de moine, bientôt la thèse pour toi aussi, va falloir arroser ça, félicitations pour l'appart de qualité, on se revoit bientôt dans les Mauges. A **Keve**, meilleur dresseur de Pokémon de l'ouest, merci pour l'apport glycémique et les bonbons, pour l'accueil dans le sous-sol choletais, les matchs NBA aux écarts extraordinaires, pareil on se capte bientôt par la haut ou bien vous revenez faire un coucou dans le Sud quand vous voulez. A **Carlito**, capitaine et propriétaire de l'île, merci pour la Martinique, très cool

de nous ouvrir tes terres, et pour cette grande sortie vélo vers le pic St Loup, tout en souplesse et petits chemins techniques. A **Antoine B**, prochain thésard ça arrive vite et fort, très cool de t'avoir revu récemment, on se revoit sur Angers l'Alien. A **Maryem**, la plus pharma de tous les médecines, le camp du cœur choisi depuis longtemps, bébé devant l'éternel, prend bien soin de toi.

Ensuite les copains de Montpel et du Sud, fief depuis 5 ans maintenant.

Merci à St Elove et ce 1<sup>e</sup> semestre d'internat qui a bien ouvert cette page sudiste. A **Sof** pour toutes les sorties, la rencontre avec les KBoucs, les foot, et ces moments de colocs entre appart et grand jardin, toujours un plaisir, merci d'être le gardien lors des soirées bien arrosés, le romantisme et la voie de la sagesse un peu au final, à **Vincent** pour ce trio du Dark Elove qui a bien fait vibrer Montpel, à **Antoine R**, pour la coloc où finalement je n'ai vu que la saleté dans les coins, ministre de la santé du travail, les compositions de qualité et quelques raps censurés, à **Yvann** pour les connaissances végétales, fourmistiques et financières, tes avis articulés et articulaires même quand tu pouvais être débordés, ta grandeur d'âme et gentillesse paimpaulaise et la coloc de Perpi très quali avec **Lucile** (et **Cécile**, c'était vraiment un beau semestre gériatrique presque pas en retard), on se croisera à Poudlard et félicitations pour votre nouveau bébé à poils trop mignon dont j'ai pas encore le prénom. Merci **Adrien, JB, Yannis, Quentin, Marie, Thomas, Kenza** et tout ceux que j'oublie, c'était un beau 1<sup>e</sup> semestre, on a bien repris les rênes et pas laissé la mafia faire l'Eloi, hasta siempre.

Ensuite pèle-mêle sur les belles rencontres montpelliéraine et perpignanaise : A **Aude** pour ce doux 1<sup>e</sup> confinement, ces balades improvisés, la découverte des quiches sans pâte et cette escapade romaine de toute beauté malgré des sens défaillants, merci de m'avoir fait rentrer un peu dans ta vie, c'était tout pipou, à la coloc technophile avec **Grace, Faustine, Mathilde**, merci pour toutes les soirées, les guirlandes et la bonne humeur, merci de vos conseils plus ou moins cryptées, en tout cas vous prenez bien soin du monde qui vous entoure (qui n'écoute pas toujours ..) et c'est l'essentiel, à **Mehdi** et **Léo** qui connaissent par cœur la voie du PZ, on se revoit bientôt sur le dancefloor. A **Rim** réanimatrice-mélomane, pour la zonz et ce spot incroyable au petit matin et les brunchs extra, à **Dani, Hachi, Florence, Armel, Arthys** et tous ceux qui ont partagé des belles soirées et de beaux moments musicaux. A **Chloé** pour la belle ambiance, toujours, et félicitation pour le bébé à venir, il va tout retourner à n'en point douter. A **Karine** et son cocon de la Franqui, merci de m'avoir apaisé et ouvert l'esprit lors de ma période catalane.

A la team des JNOs, en vrac **Gaut, Arnaud, Antoine, Sacha, Iri, Aude, Jerem, Marlene, Florent, Jules, Lise, Arthur, Céci, Elo, Dahna, Thomas** et tous les autres, le concept perdure et c'est toujours un régal les week-ends avec vous, meilleurs DJs, la FF et Maison Mère Record portent haut et fort les meilleurs basses de la capitale et de la province, un plaisir aussi d'avoir découvert Dour avec vous et d'avoir partagé tous ces (copieux) moments.

A la team du futur, pour les câlins, les rires, les déguisements et le haut level de BPM. Merci **Jo** d'avoir été présent dans ces derniers temps un peu trouble, de m'avoir ouvert musicalement à des styles si rythmés et de prendre bien soin de nous à chaque fois que l'on se voit, la bonification et le bouclisme sont en marche, merci de rassembler toutes ces belles âmes et de nous avoir présenté ton équipe auvergnate qui régale de love. merci **Clé** pour l'amour que tu diffuses, l'accueil de chaque instant et tout ce que tu crées et réalise pour adoucir le monde qui t'entoures, merci **Cédric** nouvel ocariniste d'Hyrule, la coloc à Perpé était super cool et j'espère te voir bientôt installé sur Montpel, merci **Valou** pour le panaché et ces moments à la Réunion, tu a été un copilote inspiré et inspirant, merci **Claire**, jeune mage de la core, on se revoit vite pour dénicher des pépites et apprécier des airs de Bricorama à 6h du matin, merci de ta franchise et de ta magie, merci **Mélissa** pour tous ces doux moments, cette éventail de concerts de Disiz à l'uptempo, ton écoute et tes conseils dans des moments où j'en avais besoin, le monde c'est probablement un peu un ballon que tu rends confortable au quotidien, merci à **Arthur, Lorry et Aymeric** qui complète cette super coloc avec laquelle il y a encore plein de belles choses à venir, plein de sol meuble à piétiner, de jeux de mots à créer et de danses à étrenner. Merci **Agnès** petite libellule qui tend à cracher du feu puis papillusionner, très belle rencontre à la Réunion, je t'embrasse à plein bras, à **Greg, Jules, Lyvio, Simon, Sophie, Sonia, Sorina, Victo, Franci, Mathi, Sarah** et j'espère n'avoir oublié personne, un rassemblement de belles âmes qui vont vibrer pendant.

Enfin merci **Mélanie**, la plus récente mais aussi une des plus belles rencontres que j'ai pu faire, j'aime beaucoup tous les moments que l'on a et que l'on va partager, je trouve qu'on s'apporte beaucoup, j'aime ce qui ressort quand je suis à tes côtés et la connexion que l'on a. Notre duo va continuer à se développer et faire résonner quelques scène, tu es dans mon cœur et je suis flatté que tu partages mon chemin malgré la distance. A Dour et ce set pas si nul de Mandragora, à la forêt de Gif un poil technique à traverser en valise, à Lille et au Name, à ma futur découverte de Bruxelles à tes côtés, des doux baisers.

## SOMMAIRE

### Introduction

- 1) Motivations 21
- 2) Contexte et chronologie 22

### Méthodologie 34

### Résultats 36

- 1) Centres Covid
  - a. Contexte et motivations 36
  - b. Critères qualité et fonctionnement 39
- 2) Plateforme Covid-30
  - a. Objectif et mise en place 43
  - b. L'apport du CHU et les recommandations 46
  - c. Fonctionnement de la plateforme 48
- 3) Ressenti des internes : analyse thématique des entretiens
  - a. Contexte et motivations
    - a.1 Le contexte professionnel et universitaire 51
    - a.2 Le contexte psycho-social 53
  - b. Vécu, forces et faiblesses
    - b.1 Plateforme créatrice de liens 55
    - b.2 L'apport de la télémedecine 58
    - b.3 Un outil pédagogique 59
    - b.4 Un soutien psychologique pour tous 61
    - b.5 Les limites de l'expérience 64
  - c. Analyse d'expérience et forces pour le futur 66

### Discussion

- 1) Le soutien psychologique, pierre angulaire de la santé de demain ? 68
- 2) La coordination départementale des centres Covid, exemple de l'organisation de soin ? 74

### Conclusion 77

### Annexes 80

### Serment 106

## **INTRODUCTION**

### **1) Motivations**

L'épidémie de Covid débute fin 2019. Les premières réactions des systèmes de santé apparaissent début 2020. De par son ampleur et sa rapidité, cette crise bouleverse le paysage sanitaire, français et mondial. Cette pandémie surprend les analystes. Elle oblige à des changements brutaux de nos règles sociétales. Elle remet l'hygiène au cœur du soin et de la vie en collectivité. Elle appuie de façon violente sur les limites de nos systèmes de soins.

La stupéfaction et l'insouciance laisse rapidement place à des tensions, à de la peur. Les règles inédites mises en place amènent à réorganiser l'offre et les moyens de soins. Des projets locaux s'organisent spontanément.

Dans le Gard, une plateforme téléphonique et des centres Covid éclosent. En réaction et en vigilance face à un ennemi invisible et contagieux. En activant et sécurisant la liaison hôpital-médecine de ville. Pour continuer le soin tout en n'en exposant pas ses acteurs au risque. C'est sur l'initiative du Département Universitaire de Médecine Générale, en coordination avec les médecins généralistes gardois que cette aventure voit le jour. J'ai participé à ce projet et à sa mise en place. Cette thèse présente le fonctionnement de ces structures. Elle tente aussi de comprendre comment la réponse locale a émergé et quelles pistes pour le futur de la santé ce genre d'exemple peut offrir.

Le contexte, les directives, et l'avis des acteurs, sont interrogés au cœur d'une crise sanitaire sans précédents. Il convient d'en ressortir des enseignements et pistes de réflexion. La pratique de la médecine générale en dépend. Face aux doutes et à l'inconnu, les professionnels de santé décident de travailler ensemble, main dans la main entre libéral et privé. Les bienfaits ainsi que les limites de cette entraide sont recherchés.

## 2) Contexte – chronologie de la pandémie

### Janvier : apparition médiatique du virus

Au début de l'année 2020, l'épidémie de Covid 19 apparaît pour s'installer durablement dans nos sociétés.

Dès le 03 janvier les premiers articles internationaux sortent sur la BBC ou le magazine Science. Au même moment un plan d'urgence sanitaire se met en place en Chine. Les médias français évoquent une « mystérieuse pneumonie » lié à un nouveau coronavirus. 59 personnes sont atteintes au 09 janvier, en Chine seulement.

L'origine réelle du Covid-19, toujours floue jusqu'alors, remonte à la fin de l'année 2019. Un cas est évoqué dans un article du 17 novembre 2019 du quotidien chinois le South China Morning Post. C'est le cas d'une infection virale nouvelle à Wuhan. La propagation est rapide dans la région. En décembre, 7 médecins se muent en lanceurs d'alertes sur le réseau social WeChat. Un des plus populaires dans le pays. Leur figure de proue, l'ophtalmologue LI WENLIANG, est arrêté à la fin du mois. « Diffusion de rumeurs » et « perturbations de l'ordre social » selon les autorités. Il décède du virus en détention le 06 février.

A ce stade, il est question d'une mystérieuse maladie « chinoise » dont on n'a pas encore le nom. Elle n'est pas encore au centre de l'information. On en découvre plus, petit à petit. Les scientifiques amorcent la riposte. Le séquençage génétique de l'ARN du virus aurait été complété entre le 03 et le 07 janvier par la Chine, mais les résultats ne sont publiés que le 12. Ceci permet à la communauté scientifique internationale de s'emparer du problème. Elle peut commencer les recherches sur les test-PCR de dépistage de la maladie.

Il persiste une grande inconnue au sujet de ce nouveau coronavirus. Il est différent du SRAS ou du MERS des précédentes grandes épidémies mondiales. La transmission et la contagiosité ne sont pas connues. L'OMS dit le 05 janvier que « sur la base des informations préliminaires fournies par l'équipe d'enquête chinoise qu'aucune preuve de transmission interhumaine significative et aucune infection par des agents de santé n'ont été signalées ». Le 10 janvier le ministère de la santé française envoie aux ARS des fiches de définition de cas et de conduites à tenir.

L'agent responsable est nommé le 12 janvier. C'est le 2019-nCoV. En dépit de ces connaissances, le lendemain, le 1er cas hors de Chine est recensé en Thaïlande. C'est celui d'une

femme en provenance de Wuhan. Elle n'a pas été en contact avec le marché aux animaux mis initialement en cause. La Chine a annoncé le 1<sup>er</sup> décès d'un homme de 61 ans, lié à ce coronavirus. Selon l'OMS ce même jour, il y a 59 cas dans le pays. Chiffre qui ne fait qu'augmenter depuis 1 mois. Le gouvernement chinois attend début janvier pour signaler les premiers cas. La communication laisse songeur au vu des données épidémiologiques futures. Malgré une possible minimisation et un retard, des mesures sanitaires et politiques fortes se mettent en place. .

Au 22 janvier, 20 millions d'habitants sont confinés autour de la ville de Wuhan. Le port du masque est obligatoire, sous peine d'amende. Plus aucun train, ni avion, ne peut quitter la capitale de la province du Hubei. Les chiffres officiels chinois font alors part de 600 infections, et 17 décès.

Le 24 janvier, il est de 1287 infectés et 26 morts. La construction d'un hôpital de 1000 lits à Wuhan débute. Le chantier est censé se terminer en 10 jours. L'hôpital ouvre le 03 février.

Les nouvelles informations change la copie du comité d'urgence de l'OMS. Le 23 janvier, un rapport confirme la transmission interhumaine du virus. Il existe des cas exportés aux Etats-Unis, en Thaïlande, au Japon et en Corée du Sud. L'inquiétude se porte sur la dangerosité du virus. Un quart des cas confirmés sont signalés sévères.

La ministre de la santé française, Agnès BUZYN, ne semble pas inquiète 48h auparavant. Elle annonce que le risque d'introduction du virus sur le territoire est faible, mais qu'il ne peut pas être exclu. Elle ajoute que notre système de santé est bien préparé et informé.

Le 24 janvier au soir, elle annonce que la France est le 1<sup>er</sup> pays européen touché par le virus. 3 cas dont un couple parisien qui s'était rendu en Chine. Avec les échantillons prélevés, l'institut Pasteur lance son propre séquençage du génome viral le même jour. Il est achevé en 3 jours, suivi par le développement d'un test de diagnostic rapide le 27 janvier. C'est la première institution européenne à y arriver. La possibilité de portage asymptomatique du virus est évoquée alors par la Chine. Le 26 janvier, Me Buzyn annonce qu'il y a des dizaines de millions de masques en stock. Les autorités sanitaires distribueront ces masques aux personnes qui en auront besoin.

Au 30 janvier, la situation mystérieuse et lointaine du début du mois devient bien plus réelle et inquiétante. La Chine, qui a annulé sa rentrée scolaire, voit 38 de ces citoyens décédés en 1



journée. Un bond sans précédent depuis le début de l'épidémie. Le total est alors de 10 000 contaminés et environ 200 décès au pays du Soleil Levant. Le lendemain la France lance la première opération de retour des ressortissants français de la province de Hubei. Ils passeront 14 jours de quarantaine à leur retour.

La maladie est alors présente dans 18 pays. Des transmissions « communautaires » se révèlent en Allemagne, au Japon, en Thaïlande et aux Etats-Unis. Des cas sans lien immédiat avec une personne rentrant du foyer chinois. L'OMS déclare l'USPPI : l'urgence de santé publique de portée internationale (*Public Health Emergency of International Concern*) pour la 6e fois depuis sa création. Les 5 autres sont H1N1 en 2009, la Poliomyélite en 2014, Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, Zika en 2016 et Ebola au Congo en 2019.

Le comité d'urgence demande aux pays de mettre en place des « *mesures fortes pour détecter la maladie à un stade précoce, isoler et traiter les cas, retracer les contacts et promouvoir des mesures de distanciation sociale proportionnelles au risque.* ». Les Etats-Unis recommandent à leurs citoyens de ne plus se rendre en Chine. Plusieurs compagnies aériennes, dont Air France, ne desservent plus le pays. Le représentant permanent la Chine à l'ONU Chen Xu répond au lendemain de l'annonce de l'OMS qu'il n'y a pas de lieu de paniquer et de prendre des mesures excessives. Il vante aussi l'efficacité des mesures du gouvernement chinois et leur capacité à vaincre l'épidémie. L'état d'urgence décrété n'est pas lié selon lui à leur gestion de crise mais est un avertissement pour les systèmes de santé plus vulnérables.

### Février : de crise asiatique à pandémie

A crise sanitaire mondiale, il faut des réponses politiques touchant une large audience. Il faut agir de concert pour être efficace. La France rapatrie puis met en quarantaine 220 de ces ressortissants depuis la Chine. Elle ne suit pas le reste des pays de l'espace Schengen, soit 25 pays, qui suspendent les visas avec la Chine le 01 février.

Le 02 février, premier mort en dehors de Chine, aux Philippines. La Russie annonce expulser tous les étrangers contaminés de son territoire. La pénurie de fournitures guette. Il faut une organisation sanitaire pour l'éviter. Le risque est réel et l'OMS insiste sur l'approvisionnement en matériel médical. La gestion des stocks de fournitures et l'accès du système de soin au public se dévoile au centre des débats.

Le 03 février, le directeur général de la santé adresse une saisine au Président. Il expose la transmission interhumaine par voie respiratoire et des cas secondaires de soignants. Il demande à ce qu'une expertise se mette en place par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) pour émettre les recommandations et conduite à tenir. Une organisation prédéfinie et des moyens matériels de protection en nombre important sont nécessaires.

C'est d'autant plus vrai que les données de la science évoluent. L'existence de cas positifs asymptomatiques est confirmée. La contagiosité s'en retrouve renforcée. La dangerosité, elle, reste floue, avec une mortalité estimée entre 2 et 20 %. Au vu de toutes les données, les experts hésitent entre 2 scénarios. Celui d'une épidémie restreinte à son foyer initial, comme le SRAS de 2003 ou celui plus global d'une pandémie. La seconde hypothèse, la plus terrible, se confirme vite. Des centaines de cas se déclarent dans plusieurs continents les 2 à 3 semaines suivantes.

Le 08 février, apparition du premier cluster français en Haute-Savoie. Les 5 cas confirmés dont un enfant, sont hospitalisés. 6 cas contact sont recensés et 3 écoles sont fermées pendant 2 semaines. Le 11 février, l'épidémie de Covid-19, nouveau nom donné par l'OMS, est déjà responsable de 811 morts en Chine. C'est supérieur à l'épidémie de SRAS qui en avait fait 774. Le plus inquiétant étant que ce chiffre tend à doubler toutes les 48h.

Le 13 février, activation du plan ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles). Il permet l'organisation et l'adaptation des soins au niveau régional en coordonnant l'ambulatoire, l'hospitalier et le médico-social. La réaffectation des ressources de ces 3 secteurs et le renforcement des moyens locaux sont ses piliers d'action principaux. Le lendemain, premier mort en France d'un touriste chinois de 80 ans. Ce décès arrive 2 semaines après le début de la maladie. C'est ce même jour qu'Olivier Véran remplace Agnès Buzyn au ministère de la santé français.

Après 3 semaines dans ce 2e mois de 2020, la Covid-19 est une maladie fortement contagieuse. Elle débute après une moyenne de 3 à 7 jours d'incubation. Les signes cliniques sont peu spécifique, semblable à un syndrome grippal, avec une dominante respiratoire. D'autres peuvent être trompeur comme les vomissements, la diarrhée, des vertiges ou conjonctivite. La dangerosité reste encore à évaluer. Les formes sévères représentent 13 à 17 % des cas chinois, la létalité 2 à 3 %. Aucun traitement ne s'avère pour l'instant efficace. La propagation devient incontrôlable.

Le 21 février, la situation mondiale se dégrade. L'Italie connaît son premier décès pour 6 cas, le Liban et Israël leur premier cas. Le nombre de cas en Corée du Sud double en 24h ce qui en fait le 2e foyer mondial. En Ukraine des habitants protestent contre l'arrivée de ressortissants venant de Chine dans un hôpital militaire et se heurtent aux forces de l'ordre. La panique est proche. L'épidémie est responsable de plus de 2300 morts et 75 000 contaminations en Chine, ainsi que 1100 ailleurs dans le monde. L'OMS affirme pour la première fois que la fenêtre pour enrayer l'épidémie se rétrécit. Le lien épidémiologique n'est pas clair entre la source chinoise et les cas mondiaux, lointains. En Italie, des mesures de confinement se mettent en place dans 11 villes du nord du pays. Les lieux publics, les écoles, les églises et les stades sont fermés.

En France, le ministre de la santé se veut rassurant le 23 février en direct au 20 H de France 2. Il travaille avec son homologue italien pour trouver une solution européenne. Malgré plus d'une centaine de cas en 48h chez nos voisins, il ne parle pas d'épidémie, terme associé à la perte de contrôle de circulation du virus. Il affirme que la cellule de crise de son ministère ne laisse rien au détail et suit la situation heure par heure. Elle peut anticiper, s'adapter et réagir pour la sécurité des français. Le port du masque est décrit comme inutile. Le nombre d'hôpitaux pouvant gérer un patient Covid triplent et chaque département peut faire face. Le partage d'information et la transparence sont brandis. Cela se traduit par le début d'interventions télévisées quotidiennes du ministre ou du directeur général de la santé pour donner les consignes sanitaires et les données épidémiologiques.

Le 25 février, le titre d'un article de Science ne laisse plus de place au scepticisme, « *The coronarivus seems unstoppable. What should the world do now ?* ». Dans le monde deux tiers des cas exportés de Chine ne sont pas encore détecté. La prévalence est donc sous-estimé mais déjà inquiétante. Même si le stade de pandémie n'est pas donné par l'OMS, les experts s'appuient sur les données chinoises, principal foyer, pour anticiper les moyens d' « aplatir les courbes ». Il faut retarder l'inévitable en s'appuyant sur la détection, le soin et la formation des professionnels de santé. Le bon maintien des systèmes de soin tient sur l'achat de respirateurs, le lavage des mains, l'isolement des malades et l'ajout de lit d'hôpitaux. Ces représentants scientifiques plaident aussi pour des mesures mondiales, plus rapides et fortes que le simple contrôle des flux aériens. Ils évoquent la fermeture des écoles, l'arrêt des lieux de loisirs et des rassemblements publics comme solutions. Sans prévention, ils estiment que le nombre de cas réels dans un foyer double tous les 6 jours.

Une mission d'observation de l'OMS conclue que la plupart des pays ne sont pas prêts « ni mentalement, ni sur le plan matériel » à mettre les mesures ayant fait leurs preuves en Chine. La parole du gouvernement français reste rassurante, malgré le 2e décès dans le pays. Le ministère de la santé, par la voix de son ministre, parle d'anticipations depuis des semaines. Un temps d'avance conservé dans le discours officiel. « *L'épidémie est à nos portes* », la préparation du système de santé est en cours. Le cap des 100 personnes infectées dans l'Hexagone est dépassé le 29 février. La France entre dans le stade 2 de l'épidémie. C'est le 2e niveau d'endiguement visant à limiter la propagation d'un virus dont la circulation n'est pas active. Ce niveau correspond à l'apparition de clusters et non plus seulement de cas sporadiques. La limitation des déplacements « non essentiels » est possible. Les manifestations de plus de 5000 personnes sont interdites. L'arrêt des poignées de main est recommandé et le port du masque est inutile pour les personnes asymptomatiques.

#### Mars : des réponses politiques fortes : confinement et mobilisation des soignants

En ce début du mois de mars, l'OMS confirme que la Chine, grâce à des mesures précoces et agressives, réussi à contenir l'épidémie. La diminution de nombre de cas quotidiens et des cas dépistés est réelle, après un pic fin janvier. Le dépistage est massif, ultra-rapide, accompagné d'un isolement immédiat et d'un traçage. Ces méthodes empiètent sur les libertés, comme par l'utilisation des données d'AliPay ou de WeChat. La stratégie proactive avec détection immédiate des clusters et quarantaine fait ses preuves.

Le monde entier à un modèle. Celui d'un système politique unique et critiquable. Calque qui peut sembler impossible mais dont il faut s'inspirer. L'évolution de l'épidémie se dessine. Une équipe de virologue chinois séquence 103 souches de SRAS-CoV-2 et retrouve 2 souches principales, dont la plus virulente proviendrait du type « ancestral ». Les mutations comme danger futur de la circulation massive du virus émergent. La propagation se poursuit. La transmission interhumaine est permise lors de contacts étroits par l'inhalation de gouttelettes lors d'éternuements ou de toux. La survie du virus varie de 3 h sur les surfaces inertes à 6 jours en milieu humide. Le nombre de pays touché double en 1 semaine, passant de 29 à 61. L'OMS au 11 mars requalifie l'épidémie de Covid-19 en pandémie.

Les Etats-Unis commencent à être touchés. Le pays se prépare, et prend des mesures telles que la fermeture des frontières pour les européens pendant 1 mois. Le pays de *l'Entertainment* prive aussi son peuple de spectacle, la saison de NBA (National Basketball Association) est

suspendue. L'Italie ferme tous ses commerces, en dehors de ceux de la santé et l'alimentation. Les écoles sont ensuite fermées, alors que la barre des 1000 morts y est dépassée le 12 mars.

En France, le discours gouvernemental reste optimiste et serein au début du mois. Le 04 mars, il y a 212 cas et 04 morts dans le pays. Le stade 3 de l'épidémie, celui de la circulation du virus sur le territoire n'est pas encore annoncé alors que les autorités allemandes prédisent 70 % de leur population touchée dans le futur. L'incertitude peut mener à la panique. La porte-parole du gouvernement appelle aux bons comportements individuels. Se laver les mains toute les heures et arrêter les bises, tout en insistant sur la préparation étatique face à la crise à venir. Le conseil scientifique Covid-19 est créé le 10 mars. Son rôle est d'épauler le président dans ses prises de décision. Dans les jours suivants, des mesures exceptionnelles se mettent rapidement et graduellement en place. Les visites sont interdites dans les EHPAD. Les rassemblements de plus de 1000 personnes sont interdits le 13 mars. Les championnats nationaux de football et de rugby sont suspendus. Dans la nuit du 14 au 15, à minuit, c'est la fin momentanée des commerces désignés « non-essentiels ». Les terrasses des bars et restaurant se vident Le 16 mars, toutes les écoles, de la crèche à l'université, sont fermés jusqu'à nouvel ordre. 12 millions d'élèves restent chez eux. A 20h, lors d'une allocution télévisée, en s'inspirant de nos voisins espagnols et italiens, le Président, désigne le temps vécu comme un temps de « guerre ». Il décide de mettre en place un confinement. Pour 15 jours au moins, à partir du 17 mars à midi.

Les français ne peuvent sortir de chez eux sans un motif précisé comme le travail, faire ses courses ou se soigner, en se munissant d'une attestation. Les contraventions de non-respect de ce confinement en état d'urgence sanitaire, initialement de 135€, apparaissent.

Au 14 mars, l'Etat français déclare la phase 3 de l'épidémie. L'ensemble du système de soin se mobilise. L'accent se met sur la prise en charge ambulatoire. Alors que jusque-là tous les patients infectés dépendent de structures hospitalières et habilités, seuls les plus graves le sont maintenant. L'augmentation des cas oblige à une organisation ambulatoire spécifique pour ces patients : les centres Covid de premiers recours se mettent en place.

Le 16 mars 2020, l'ISNI, la conférence des PCME (Présidents de Commission Médicale d'Etablissement) de CHU et la conférence des Doyens de médecine, s'associe aux ministres de la Santé et des Solidarités et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Ils lancent un

appel à la mobilisation générale des internes devant l'ampleur de la crise et la charge de travail qu'il reste à accomplir.

Tous les internes en disponibilité, en année de recherche ou en vacances doivent contacter les cellules de crise locale pour participer. Si leur activité est réduite, ils forment un pool, une liste, à partir de laquelle ils peuvent être réaffectés dans les services nécessaires, ou doubler les internes des services prioritaires. La dématérialisation des choix de stage s'acte. Le semestre actuel se prolonge d'un mois. Les étudiants atteints d'une pathologie chronique (dont l'asthme), enceintes ou infectés doivent être en confinement total. Ils participent, si leur état le permet, à la coordination des équipes au sein des cellules de crises déployées. Les seuls internes autorisés à prendre des congés sont ceux à risque d'épuisement professionnel. Les selfs et restauration des internats ferment, les repas sont pris en service. Les internes infectés logés dans les internats sont relogés à l'extérieur de l'hôpital. Tous les événements de vie collective sont annulés et proscrits.

Le même jour, le ministère de la santé dévoile un guide pratique pour la téléconsultation. La prise en charge ambulatoire et en sécurité des cas suspects s'organise. Les patients symptomatiques contactent le médecin traitant. En cas de gravité il faut contacter le 15. Des circuits s'organisent pour anticiper les cas sans médecin traitant ou dont celui-ci est absent.

Le 23 mars, les chiffres font écho de 16 000 cas en France, dont 1700 graves. La barre des 700 décès est atteinte, avec un bond de plus d'une centaine en 24h. Ces chiffres peuvent faire douter de l'utilité des mesures mises en place. Ils s'expliquent par le délai d'incubation du virus, en moyenne de 3 à 5 jours mais qui peut atteindre les 14 jours. Ce décalage, entre une réduction chiffrée de la circulation du virus et l'instant de mise en place des mesures, est une constante de l'épidémie. Les régions les plus touchées sont le Grand Est et l'Île de France. La première victime du virus parmi les médecins hospitalier est un urgentiste de Compiègne, le Dr Razafindranazy. Localement les maisons médicales de garde de Nîmes et Ales ouvrent la journée, en plus des horaires de soirées habituelles, pour décharger les urgences.

Le même jour, la loi d'urgence sanitaire est promulguée. L'état d'urgence sanitaire est déclaré pour un mois minimum. Le gouvernement peut restreindre ou interdire la circulation des citoyens, ordonner des mesures de mise en quarantaine. L'isolement de personnes affectées, la réquisition de tous biens et services nécessaires à la lutte ou le contrôle temporaires des prix de produits nécessaires s'intègrent à la loi. Le second tour des élections municipales est reporté.

Des mesures d'urgence économique sont prises, un sommet extraordinaire du G20 se réunit. Le conseil européen libère 37 milliards d'euros en fonds de cohésion.

Sur le terrain scientifique, on s'organise pour dénouer les zones d'ombres. La recherche un traitement efficace, par l'essai de différentes molécules existantes est en cours. Cela a pu créer de nombreuses polémiques, suites à des études biaisées voire fausses. L'essai européen « Discovery », chapeauté en France par l'Inserm, débute le 22 mars. Il porte sur 3200 patients dont 800 français. L'objectif est la démonstration de l'efficacité de quatre antiviraux : le remdesivir, l'hydroxychloroquine, le lopinavir et l'interféron bêta-1a. Les résultats seront négatifs pour les quatre. Il n'a pas encore été trouvé de traitement spécifique à ce virus.

Localement, l'organisation sanitaire évolue. Il convient de tracer les cas Covid qui ne peuvent sortir de chez eux. Il convient de veiller à cet isolement, pour qu'un patient infecté ne soit pas le début d'un cluster. Ces problématiques amènent au développement d'un outil créé par les services informatiques du CHU de Nîmes. Une plateforme permettant d'inclure des patients contaminés sortant d'hospitalisation. Leur évolution se suit par un système de SMS générés quotidiennement. La durée d'inclusion est de 14 jours après le début de l'infection. Cet outil s'intègre ensuite pour les patients vu en libéral. Le Département de Médecine Générale lance une plateforme physique, téléphonique en intégrant pleinement cet outil le 26 mars. Elle contient aussi une *hotline* d'informations pour les professionnels de santé. Une ouverture officielle dans les locaux de l'hôpital et avec l'apport d'internes en médecine générale, toutes promos confondues.

En avril, la situation française et internationale reste préoccupante. Le 07, on compte plus de 10 000 morts en France, 12 jours après il y en aura le double. 184 pays sont touchés par la pandémie. La barre du million de personnes contaminées dans le monde est franchie, dont plus de la moitié en Europe. Le nouveau centre épidémique devient américain, avec près de 215 000 cas outre-Atlantique. La barre des 50 000 décès est atteinte mondialement, dont plus de 10 000 aux USA.

Au 20 avril, il y a 164.016 décès dans le monde, dont 40 061 aux Etats-Unis. Sur le sol américain, la situation est réellement inquiétante, avec une moyenne dépassant les 2000 morts en 24 heures.

En France, à partir du milieu du mois d'avril, la vague épidémique faiblit. Le temps de doublement du nombre de cas et de décès s'allonge. Les nombres d'hospitalisation et de décès journaliers diminuent. Les espoirs portés au déconfinement promis deviennent de plus en plus palpables

En mai, fera-t-on ce qu'il nous plait ? Retournons en Chine. Les connaissances scientifiques entourant le virus et la lutte contre celui-ci semblent avoir enrayé l'épidémie. Un cardiologue travaillant à Wuhan, le Pr Zhou Ning, explique en ce début de mois, que 4 mesures ont permis de sauver la Chine. La discipline du peuple chinois, le confinement strict pendant 2 mois, les tests PCR de tous cas suspect avec isolement des cas confirmés et le port du masque par tous les chinois. Les zones d'ombres restent présentes sur la gestion chinoise. Le gouvernement Trump, par l'intermédiaire de son secrétaire d'Etat Mike Pompeo, accuse la république populaire de dissimuler l'émergence de l'épidémie. Pour les Etats-Unis, les statistiques sont minimisées. « *Ce n'est pas la première fois* », que la Chine met ainsi « *le monde en danger* » à cause de « *laboratoires ne respectant pas les normes* ». L'origine du virus reste en inconnue. Selon l'OMS, le séquençage génique du virus a un équivalent chez la chauve-souris. L'hôte intermédiaire qui a transmis la maladie à l'homme est inconnu.

Les exemples à l'étranger montrent qu'un traçage efficace des patients et de leurs contacts est nécessaire. Le déconfinement doit être progressif et accompagné. Les tests vont se multiplier et l'isolement des malades à leur domicile est permis. Une campagne se met en place pour faire respecter les consignes sanitaires. Le partage d'informations personnelles médicales est étudié par la CNIL. Les premières polémiques éclosent à ce sujet.

Le déconfinement s'organise. Le 02 mai, le conseil des ministres exception prolonge l'état d'urgence sanitaire de 2 mois, jusqu'au 23 juillet, et pose le cadre légal de l' « après 11 mai ».

Dans un courrier du 30 avril, la CPAM présente le dispositif qui se met en place en ce mois de mai. Le premier maillon de l'organisation est le médecin généraliste. Ils ont la responsabilité d'enclencher le processus d'enquête. Dans les 24h suivant un test positif, ils doivent renseigner les coordonnées du patient, de sa famille et des proches qu'il a pu côtoyer au moins 15 minutes à moins d'un mètre de distance. Une rémunération de 30 € en plus de la consultation habituelle ainsi que quelques euros par cas contact ajouté incitent au suivi. Le directeur de la CPAM n'a aucun doute sur l'engagement des généralistes. Le conseil de l'Ordre et les syndicats professionnels affluent dans ce sens. Les médecins gardois restent prudents. Dans l'échange de



mail confortant l'adhésion au dispositif, ils signifient que le suivi est essentiel. Le traçage seul n'a pas de sens. Ils proposent la création d'un groupe de travail composé de membres du CDOM, de la Coordination des centres dédiés COVID, du DUMG, du CHU, de la CPAM et de l'ARS pour mettre en place une plateforme de suivi des sujets contacts. Cela résonne avec les propos du directeur de la CPAM, Nicolas Revel, qui dit aux Echos que « *C'est tout l'appareil d'Etat qui est mobilisé tant les volets de la crise sont multiples. Tous ces acteurs devront se parler en permanence et rester très coordonnés.* »

Au 2<sup>e</sup> niveau de ce dispositif, des brigades sanitaires, gérés par l'assurance maladie, sont créés. Elles enquêtent par téléphone pour finaliser ce recueil de données. Les laboratoires et médecins libéraux de 1<sup>e</sup> recours en sont les relais. Elles permettent ainsi l'accès aux tests et aux masques sans prescription médicale. Elles délivrent directement les arrêts de travail si nécessaire.

Au 3<sup>e</sup> niveau de tracing, l'on retrouve les Agences Régionales de Santé. Avant la phase épidémique, en mars, elles géraient seules la détection de cas contact, d'après Nicolas Revel. Après ce premier confinement, leur rôle est la coordination globale du dispositif. Elles se chargent aussi de cas complexes. L'identification des chaînes de contaminations dans les structures professionnelles évite des débuts de cluster.

Le 11 mai marque la fin de la régulation de liberté de circulation. C'est la phase 1 du déconfinement qui est annoncé jusqu'au 01 juin. Le gouvernement appelle à faire preuve de prudence. Les lieux publics rouvrent, mais les gestes barrières doivent y être respectés. Le port du masque y est obligatoire, ainsi que dans les transports en commun. Les modalités finales sont dictées le 07 mai par le première ministre Edouard Philippe. Il valide le déconfinement sur tout le territoire. Les principes annoncés sont l'accélération de la réouverture des écoles, le redémarrage de l'économie, la réouverture de la plupart des commerces et la reprise progressive de la vie culturelle et sportive. Le respect des gestes barrière et de la distanciation, le maintien du télétravail et des regroupements de plus de 10 personnes. Une attention est toute particulière sur les populations vulnérables. Ce même jour, l'outil de traçage des contacts, présenté précédemment, est accessible sur Ameli Pro. Les structures pour assurer la suite de l'enquête épidémiologique ouvrent de 8h à 19h, 7 jours sur 7. 4 000 personnes et 2500 collaborateurs, soignants ou administratifs, s'activent et appellent les cas contact. Les résultats biologiques remontent directement à l'Assurance Maladie et à Santé publique France pour s'assurer que tous les cas soient suivis.

Le déconfinement fait aussi que les esprits se libèrent, les gens se déplacent et l'attention portée sur l'épidémie commence à diminuer. Cette période est à risque d'un rebond de l'épidémie dans ce contexte. Une adaptation territoriale s'instaure, au niveau national, entre départements « verts », « orange » et « rouges », selon la circulation active du virus. Les collèges, ainsi que les parcs et jardins des zones rouges sont toujours fermés. Le 18 mai, les collégiens des départements verts peuvent progressivement retourner à l'école. Il est prévu de rouvrir toutes les écoles ainsi que les lieux culturels et sportifs à partir du 02 juin si la situation sanitaire permet un retour en phase 2. L'évolution sur le mois de mai va dans ce sens

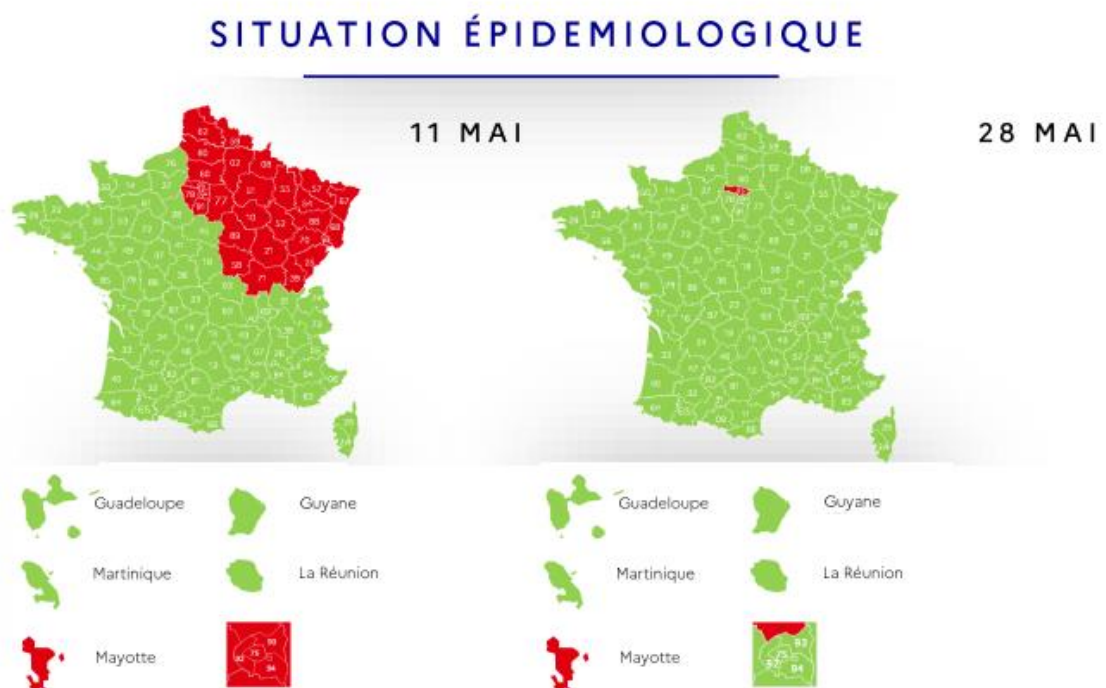


Figure 1. Situation épidémiologique en France post-déconfinement

Au premier juin, l'OMS annonce 6.040.609 cas et 370.657 morts en totalité dans le monde.

## METHODOLOGIE

L'activité de la plateforme téléphonique s'est étendue du 26 mars au 29 mai 2020. Le contexte qui amène à la création de ces structures est présenté en introduction. Les centres Covid ont été actifs sur une période similaire. Pour développer ce contexte, un choix chronologique est apparu plus clair. L'objectif étant une vision globale de la situation du monde, de l'Europe et de la France. Ceci pour mettre en perspective le travail et comprendre les enjeux. Le développement de cette introduction, de cette chronologie se base sur un recueil littéraire d'articles de presses, et de documents scientifiques. Les directives, arrêtés et recommandations de ces mois sont compilés. La provenance pouvant en être les autorités sanitaires, gouvernementales ou universitaire.

La principale intervention suivie dans ce travail est la plateforme téléphonique. Elle implique directement les internes de médecine générale. Je fais partie des internes présents lors de la mise en place et ayant participé par la suite au projet. Une **analyse descriptive du projet type recherche-action** entreprise pendant et après son fonctionnement en décrit les contours. Elle se base sur l'expérience personnelle et les fiches de postes réalisés par les internes. La description de la genèse et du fonctionnement des centres Covid complète l'analyse. Celle-ci est appuyée par un cahier des charges remis à l'ARS pour financement. Les participations aux réunions, ainsi que l'ensemble des documents partagés durant cette période étoffent le propos.

Outre la présentation de ce projet et cette coordination, cette thèse présente la façon dont des acteurs centraux du processus ont vécu cela. Les internes de médecine générale sont au cœur du bon fonctionnement de la plateforme téléphonique. Nous développons à partir de leurs dires les bénéfices ou limites du projet, ainsi que la possibilité d'en faire une base de réflexion. Des entretiens, en présentiel ou en visio-conférence, avec 10 internes ayant participé au projet sont réalisés. Les entretiens se composent de 4 puis de 6 questions, ouvertes, et durent pour chacun entre 10 et 20 minutes. Ils sont réalisés entre mars et mai 2021, soit un an après le fonctionnement de la plateforme téléphonique. Ce délai long peut être vu comme un biais de mémoire à minima. Il s'explique par un manque de temps personnel lié à la fin de l'internat et

le début des remplacements, ainsi que l'inconnue des méthodes d'analyse thématique et de la façon de mener un entretien.

Le guide d'entretien utilisé pour cela est présenté comme illustration ci-après (**figure 2**). Les entretiens sont présentés en annexe sur clé USB. Le guide est modifié après les 4 premiers entretiens qui s'avèrent être trop court. Une question sur l'intérêt pédagogique pour de jeunes praticiens et une sur l'utilité d'une telle plateforme en dehors de cette gestion pandémique sont ajoutée. La réflexion menant à cette modification est de savoir si une telle structure peut avoir un sens encore à l'heure de la 3<sup>e</sup> vague et du début de la vaccination. Après cette dizaine d'entretiens réalisés, nous arrivons à saturation des données. **L'analyse thématique** des réponses apportées est présentée dans les résultats.

Figure 2 : Questionnaire d'entretien

Comment as-tu entendu parler du projet et pourquoi as-tu voulu participer ?
Comment se déroulait une vacation type à la plateforme ?
Quel a été l'ambiance entre les intervenants ?
Quels ont été les points les plus marquants, positifs et négatifs, de cette plateforme ?
<i>Puis a été ajouté :</i>
As-tu pu voir un intérêt pédagogique dans ce dispositif ?
Vois-tu une possible utilité à ce type de structure dans le futur et pour d'autres problèmes médicaux ?

## RESULTATS

### 1) Centres Covid

#### a. Contexte et motivations

Le 03 avril le cap des 1000 hospitalisations est dépassé en Occitanie. Il y a eu 133 décès à l'hôpital dont 13 sur les dernières 24h. Le lendemain, le Gard soutien la région Grand Est frappé de plein fouet par l'épidémie. 6 patients sous assistance respiratoire pour au moins 3 semaines sont transférés en réanimation dans les hôpitaux du département. La région est relativement épargnée. Le CHU de Nîmes ajoute 39 places de réanimation aux 47 habituelles. Le remplissage n'est alors que de 30 patients.

Les capacités hospitalières se modulent mais certains services de réanimation débordent. Seul 29 territoires sur les 95 départements français possèdent ces services. L'adaptation est parfois laborieuse et la tension peut dépasser le seuil maximal. Au 08 avril 30 375 personnes sont hospitalisés dont 7148 en réanimation. La capacité de base française est de 5000 lits de réanimation. Le plan blanc a permis de la doubler et l'objectif est de 14.000. Dans le Grand Est cette capacité d'accueil est triplée. Il y a eu 10 869 décès depuis le premier mars, soit une moyenne de 279 par jour. Le premier pic touche bientôt à sa fin.

L'organisation hospitalière se dépeint ainsi. La tenue du système de soin et de la sécurité nécessaire est aussi dépendante de l'organisation territoriale et libérale. Concernant la capacité de test une organisation territoriale se met en place pour répondre à la demande. France 3 Occitanie dépeint une carte de 22 drive de dépistage dans la région, dont 6 dans le Gard (et 2 à Nîmes). Les tests sont ouverts aux patients symptomatiques ou à risque. Les patients n'ont pas à quitter le véhicule, le prélèvement par écouvillon nasal durant quelques minutes seulement. Il émerge aussi sur le plan sanitaire le besoin de pouvoir examiner dans des conditions sanitaire strictes. Il faut empêcher toute propagation de l'épidémie, mais évaluer les patients suspects. Localement, les médecins, avec le soutien de l'Ordre de l'URPS (union régionale des professionnels de santé) ou du département universitaire crée des structures pour cela. L'ARS Occitanie communique sur ces lieux de consultations, nommés les « centres Covid ».

Ce virus impose une sécurité sanitaire. Il faut un réseau pour que le patient soit testé et ne contamine pas. Une organisation méthodique et une collaboration s'organise dans ce contexte nouveau, à partir de la phase 3, mi-mars. Les praticiens ambulatoires se sont organisés pour

permettre de diagnostiquer et gérer le plus de cas possible. Le parcours de soins des personnes suspectes permet de ne pas engorger les urgences. La concentration des équipements de protections individuels se fait dans des points choisis du territoire. Des médecins universitaires s'allient à des structures et paramédicales pour assurer le flux et la sécurité. Le maillage du département ne fait déplacer aucuns soignants de premiers recours loin de leurs lieux d'exercice. Il éloigne aussi les patients des services d'urgence vers lesquelles l'angoisse et la peur peut les mener. La stratégie est d'ainsi voir tous les patients suspects sans signes de gravité ou comorbidités importantes.

Constatant cette émergence spontanée de centres COVID multiples sur le département du Gard à l'initiative des Médecins Généraliste (pour la majeure partie MSU), le Pr Garcia décide de créer une coordination départemental de ces centres. Le but est d'harmoniser leur organisation, de mutualiser les moyens (collecteurs, ventilations, EPI...) et d'être l'interlocuteur des autorités. L'adhésion à ce projet est immédiate. L'ensemble des acteurs se coordonne sous la dénomination de « **Coordination Départemental des centres COVID** » qui sera basée à la MMG/MMU de Nîmes dont le Pr Garcia est Président.

Le Pr Garcia s'adjoit les services d'une coordinatrice administrative Mme Céline Varraut, ancienne cadre à la CPAM et coordinatrice de 3 MSP. L'animation de cette coordination se fait par des réunions via la plate forme Zoom, réunions hebdomadaires, très suivies, animées et productives. Cette coordination bicéphale, médicale et administrative, montrera toute son efficience tout au long de la crise.

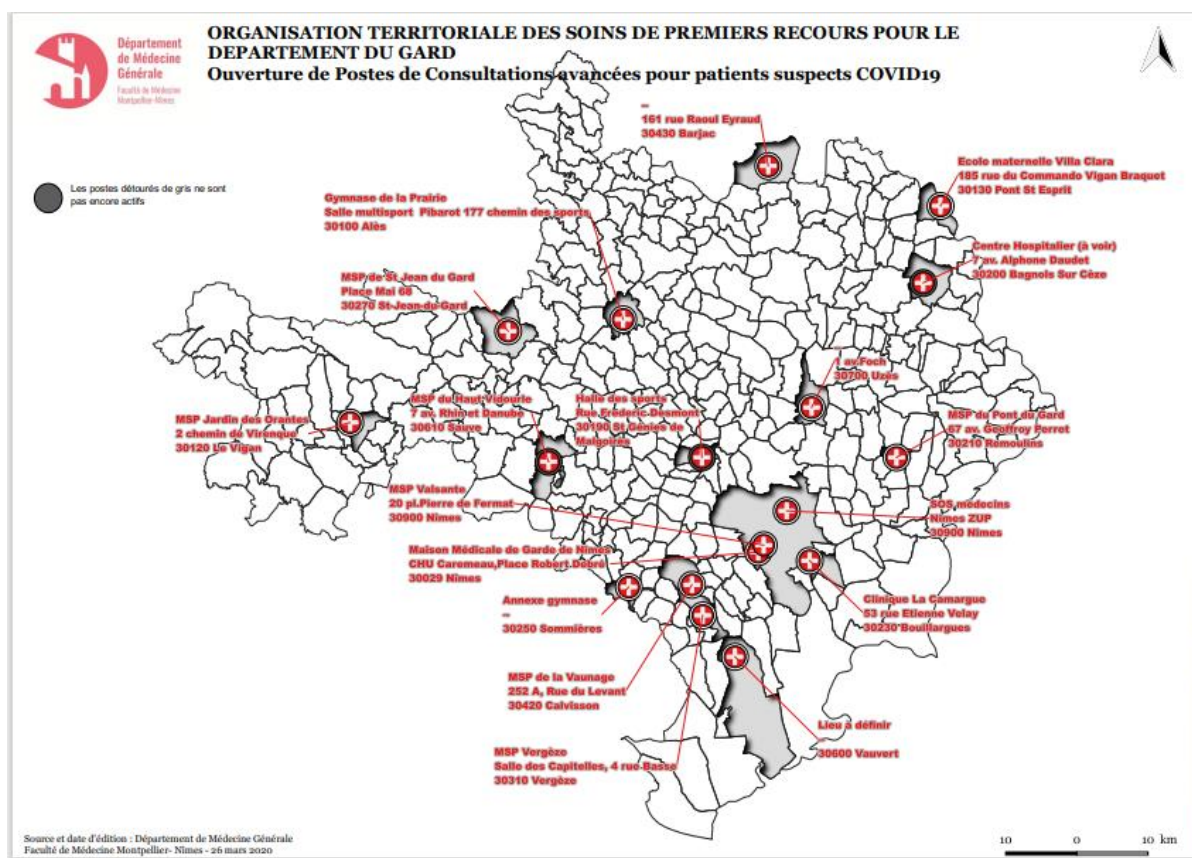


Figure 3. Organisation territoriale des centres Covid

Une vingtaine de centres se crée dans le Gard. Ils s’adaptent aux organisations et installations locales. En urbain, l’organisation se centre sur les MMG et MSP préexistantes. Elles s’ouvrent à tous médecins et infirmiers volontaires. Le tissage développé par les MG et IDE du territoire s’étoffe par la collaboration avec les hôpitaux, le centre 15, l’ARS, la CPAM et le conseil de l’ordre. Les centres Covid fonctionnent grâce à des binômes médecins-infirmiers. Les horaires s’adaptent à la demande. En semi-rural, les MSP et les cliniques privées participent. Il y a des locaux mis à disposition par les collectivités territoriales et mairies : gymnases, salles des fêtes, ou même école maternelle. En rural, les professionnels s’organisent autour de certains cabinets dédiés et réorganisés. L’expertise territoriale permet une meilleure réponse. La part des plus de 70 ans, la prévalence de l’obésité, le diabète et l’HTA dans les zones les plus précaires ou la sous densité médicale de certains secteurs ont été pris en compte. Les lieux choisis doivent permettre l’accès au plus grand nombre. Cela passe aussi par une zone de parking. Un critère est aussi l’aération et la présence d’un point d’eau. La coordination du DUMG a permis une organisation rapide, le partage des informations, du matériel et des expériences.

## b. Critères qualité et fonctionnement

L'accès aux centres Covid est régulé par les médecins traitants et le centre 15. Si le patient suspect doit être examiné, la structure la plus proche lui est indiquée. L'organisation de chaque centre s'adapte aux flux et nécessités. Les EPIs sont centralisés. Les professionnels de santé fournissent initialement les équipements nécessaires, preuve de leur engagement. Les entreprise et collectivités locales apportent leurs aides et moyens au besoin.

Les locaux s'organisent en flux unique. L'entrée et la sortie du patient dans la structure de soin sont distinctes. Le centre distingue aussi des zones « contaminée » et « propre ». Les circuits sont indiqués par signalétiques. Le patient passe par un point d'accueil, une salle d'attente avec point d'eau puis la salle de consultation. La zone propre est réservée au personnel et aux stocks. La zone de stockage des déchets est à l'écart du circuit patient. La régulation de tous les patients reçus dans ces centres est obligatoire. Le médecin traitant reste pivot de l'orientation et adresse les patients suspects. L'organisation préconise la prise de rendez-vous dans les centres selon les demandes et suspicions. Ceci permet de limiter l'afflux et les contacts en salle d'attente. L'attente peut aussi se faire dans les voitures si les locaux n'ont pas assez d'espace.

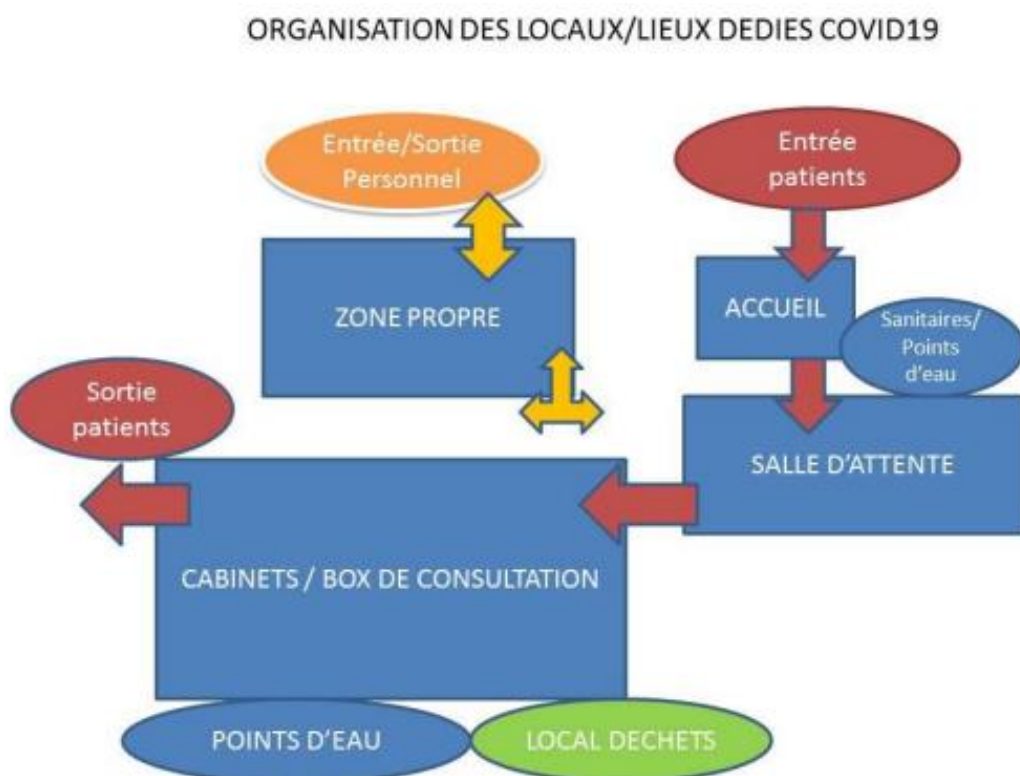


Figure 4. Organisation type des centres Covid



La sécurité sanitaire passe par l'aménagement. Des barrières physiques doivent séparer ces différents espaces. Des cloisons peuvent être ajoutées dans salles ou gymnases. Le personnel d'accueil doit être protégé par plexiglass ou distance d'au moins 1 mètre marqué au sol. Le lavage des mains au savon ou SHA doit être permis à chaque étape. Les salles de consultations s'équipent de conteneurs DASRI (collecteur à aiguilles et carton doublé de plastique ou fût pour DASRI mous) et collecteurs DAOM (déchets assimilés ordures ménagères). Les consignes de désinfection et nettoyage sont transmises par l'ARS. Le nettoyage et l'entretien des surfaces doit être au moins fait deux fois par jour. L'attention se renforce sur les surfaces en contact direct avec le malade. Les locaux s'aèrent à minima 10 minutes 2 fois par jour. Pour le personnel en charge du nettoyage humide, avec gants et blouse, le masque n'est par contre pas nécessaire selon l'ARS.

Lors des consultations, du matériel s'utilise et des précautions se prennent. Le soignant porte masque, lunettes et blouse à usages uniques. Le matériel utilisé nécessite une désinfection entre chaque patient. Il y ajoute des gants s'il y a nécessité de contact. Des représentants des centres Covid-19 ont créé un groupe de réflexions avec la Croix-Rouge et la Ville de Nîmes pour mutualiser les commandes de ces EPI au niveau départemental, via le Directeur de l'Hygiène et de la Santé de la ville de Nîmes. La MMG de Nîmes se mobilise aussi pour centraliser l'achat des appareils médicaux de base selon les besoins et urgences des centres.

L'ARS transmet dès fin mars un document avec des propositions de principe d'organisation pour les centres ou dispositifs Covid. Il convient de leur transmettre le projet. Une obligation de régulation préalable est nécessaire. L'organisation doit détailler les aménagements, horaires, participants, équipements. Pour être accompagné régionalement, un dossier Cerfa de demande de subvention de la part d'une association est transmis et l'ARS en vient au financement des projets. Il est décrit que le temps de travail lié à la logistique du centre, l'accueil, le secrétariat et la coordination pourra être pris en charge à hauteur 35€/heure au maximum. Le caractère exceptionnel de la situation a dépassé ce cadre. La coordination spontanée départementale gardoise s'active par l'adhésion et le dévouement de nombreux professionnels et étudiants. La charte des centres Covid remise en avril à l'ARS demande en ce sens que l'ensemble du système soit reconnue comme une seule entité portée par la MMG de Nîmes. Il est sollicité ainsi une seule convention FIR (fonds d'intervention régionale) pour le financement de l'ensemble des centres. Ceci pour permettre aux organisations initiées sans structures

juridiques d'appui d'être traitées comme les structures d'exercice coordonné. La reconnaissance de la coordination totale et de l'implication de chacun est ainsi demandé, avec une équité de paiement entre les différents intervenants.

Ce financement demande une équivalence de paiement entre infirmiers et médecins des binômes. Un cahier des charges développant plusieurs temps de coordination et de participation à la plateforme est adressé à l'ARS pour faire valoir cette reconnaissance.

5 types de temps de coordination ont été repérés :

- Temps de coordination supplémentaire au sein de structures existantes de type MSP.
- Temps de coordination « exceptionnelle » par des professionnels isolés qui ont porté un projet de centre COVID-19 et qui doivent en assurer le fonctionnement.
- Temps de travail lié à la logistique lors de la création d'un centre temporaire, adossé ou non à une structure existante, ou lors d'une réorganisation d'une structure
- Temps de coordination Parcours Patients assuré par les médecins et les IDE lors des permanences assurées au sein des centres ou lors de tournées spéciales Covid (temps consacré aux soins et aux gardes dans les centres COVID-19)
- Temps de coordination départementale administrative et médicale, pour la mise en réseau et la structuration des centres COVID-19 (incluant les réunions pluri-hebdomadaires par visio entre les référents)

Les autres postes de dépenses répertoriés sont les temps d'accueil et de secrétariat, les prestations hygiènes et ménages, l'approvisionnement en EPI, fournitures et matériel administratif, matériel médical, aménagement des locaux ainsi que le matériel d'information, d'éducation et de communication pour la santé.

Pour quantifier l'activité globale de ces centres Covid, il convient d'intégrer aussi les téléconsultations et les consultations physiques. Ce suivi dénombre qu'entre mi-mars et le 22 avril, les centres accueillent à minima 1860 patients, de façon physique. Ce chiffre double si l'on intègre les téléconsultations de première intention ou de suivi.

Les horaires de fonctionnement s'adaptent à l'évolution de la pandémie. Le 13 avril, le président annonce au 20h un déconfinement progressif à partir du 11 mai prochain. A condition que la dynamique baissière des contaminés et des morts continue. Cette dynamique est visible aussi localement. Le 14 avril il est discuté de modifier les heures d'ouvertures « Centre Covid » de la MMG Carémeau à Nîmes. Devant la baisse du nombre de passage, une réduction semble s'imposer. L'ouverture passe de 12 à 4 h par jour. Cette décision est prise en accord avec le CHU, qui par les urgences, accepte de reprendre une part de ces consultations. Une baisse des hospitalisations et des contaminations est visible dans la région le 18 avril. La dynamique s'affirme et les nouvelles horaires sont effectives le 20 avril.

Au 28 mai 2020, les médecins référents annoncent la fermeture des centres. Les justifications sont le ralentissement de l'épidémie, comme vu précédemment. Il y a aussi un manque de considération et une insuffisante reconnaissance du travail mené dans les centres. Les nouvelles conditions imposées au référencement des centres par l'ARS ne s'adaptent pas à la coordination et au fonctionnement déjà mis en place. Si la situation sanitaire l'exige, la réquisition des centres reste possible, mais le déréférencement des unités COVID-19 comme telles s'acte ce jour.

## **2) Plateforme Covid 30**

### **a. Objectifs et mise en place**

Le 16 mars le CNGE (Conseil National des Généraliste Enseignants) publie un communiqué de presse. Elle insiste sur le rôle contributif et l'apprentissage d'une telle situation. Elle précise aussi que si les moyens de protections sont insuffisants pour les internes, ils ne doivent pas être accueillis. Le matériel pouvant manquer, de nombreux internes ne vont plus en stage.

Localement, le DMG de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes s'adresse aux MSU le 24 mars. L'organisation territoriale est en place. Le maillage territoriale de ces représentants universitaire favorisent le lien entre l'ambulatoire et l'hospitalier. Les recommandations demandent une organisation en files séparés pour l'accueil en cabinet. La désinfection régulière des locaux est nécessaire, ainsi que le port de protections adaptées. Les internes ne peuvent être exposés s'il n'y a pas masque, sur blouse, charlotte, gants et lunettes. La téléconsultation reste possible, mais beaucoup ne vont plus en stage. Les cours universitaires sont aussi annulés ou dématérialisés. Dans un mail du 27 mars, l'ARS Occitanie précisé que le semestre actuel d'internat est prolongé d'un mois. Les stages à l'étranger sont annulés. Ceci laisse beaucoup d'étudiants dans une situation inédite. Un semestre d'été amputé. Les déménagements prévus repoussés.

Si le maitre de stage ne peut accueillir l'interne, ceci laisse beaucoup de temps libre dans un monde bloqué. La mobilisation est nécessaire mais parfois trop nombreux sont les prétendants dans ce contexte. Des renforts sont appelés dans les hôpitaux. La coordination entre CHU, 15, ARS, CPAM, Ordre, collectivités territoriales et membres du DUMG permettent le partage d'outils et d'informations. C'est par ce lien entre le CHU de Nîmes et le DMG que l'outil informatique de la plateforme est mis aux services du plus grand nombre. La participation de volontaires, disponibles à ce moment, est nécessaire au projet.

C'est ainsi que le 20 mars, Juliette Brean, interne en SAPSAS avec le directeur du DMG, Pr Amouyal, poste un message sur les groupes Facebook d'internes en médecine générale, toutes promos confondus. Elle annonce la mise en place d'une plateforme téléphonique avec un numéro en 0800. Ce numéro a 2 fonction, répondre aux professionnels de santé et assurer le suivi téléphoniques des patients. Initialement c'est une évaluation de l'état de santé à J5 des premiers symptômes. Il est fait appel aux internes de médecine générale volontaire. La plateforme se tient à la maison médicale de garde (MMG) de Nîmes. L'organisation est prévue

en 3 créneaux (8-12h/12h-16h/16h-20h) du lundi au vendredi. 3 internes sont nécessaires par créneau. Une formation est donnée avant de débiter et 2 maitres de stage universitaire (MSU) supervisent les internes. La mise en place est prévue pour le 23 mars, en parallèle de l'ouverture des centres Covid. L'organisation est évolutive selon l'avancée de l'épidémie. Le groupe Facebook plateforme Covid 30 est créé le 27 mars. Il regroupe 25 internes. Une réunion explicative en distantiel dévoile les contours du projet le 27 mars. Le temps que les premiers patients soient inclus et que l'organisation se mettent en place, le lancement est le 30 mars. Il est alors décidé d'une organisation 7 jours sur 7, de 8h30 à 18h30. Au vu du nombre d'inclusion, 2 internes sont nécessaires par créneau. Il n'y a plus qu'un roulement sur la journée à 12h, la plupart du suivi étant complété le matin. Il y a initialement 6 codes informatiques pour tous les internes. Le 01 avril 2020, la plateforme gardoise est opérationnelle. L'outil informatique développé par l'hôpital est géré par les internes pour les patients en ville. Des locaux au-dessus de ceux du CAREB (Centre Ambulatoire de gestion du Risque Epidémique et Biologique) sont prêtés par le CHU, avec accès internet et lignes téléphoniques. La proximité des lieux aide à la sécurité sanitaire du réseau. 8 patients positifs, passés par le CAREB ont été inclus la veille par les secrétaires.

La confirmation des adresses mails et la création des codes individuels sera faite le 02 avril. Dr GRAS-AYGON Claudine est le lien entre la plateforme, le DUMG et le CHU. Elle gère la partie informatique et les problèmes pouvant se poser. Le Dr KOMAC Florian est le référent des internes pour toutes les questions médicales. Il est accompagné du Dr DUTILLEUL Patrick et du Pr AMOUYAL Michel pour coordination opérationnelle sur site. Ce dernier gère aussi la coordination générale.

Le 14 mai, la plateforme alors dans les locaux de la municipalité de Nîmes déménage au centre 15 situé au-dessus du service des urgences du CHU. Ceci permet une fusion avec les plateformes de suivi d'Alès et du CHU. La motivation est de garder une activité suffisante pour tous les intervenants, au vu de la diminution du nombre de cas.

La plateforme permet un suivi des patients diagnostiqués dans les différents centres Covid par un SMS quotidien pendant 14 jours. L'algorithme se détaille par la suite.

Le numéro téléphonique de la plateforme a une seconde fonction. Pour répondre aux interrogations des professionnels de santé, les données sont compilées et actualisés. Un document recoupe les infos jugées nécessaires. Il est mis à jour selon les questions posées.

Le suivi chiffré précis de la plateforme se révèle difficile par l'accès aux données informatiques que l'on ne peut avoir rétrospectivement. Un décompte journalier du nombre de patient pendant le premier mois et demi de fonctionnement a permis de créer la courbe suivante. L'évolution de l'activité explique ainsi pourquoi la plateforme arrête son fonctionnement à la fin du mois de mai :

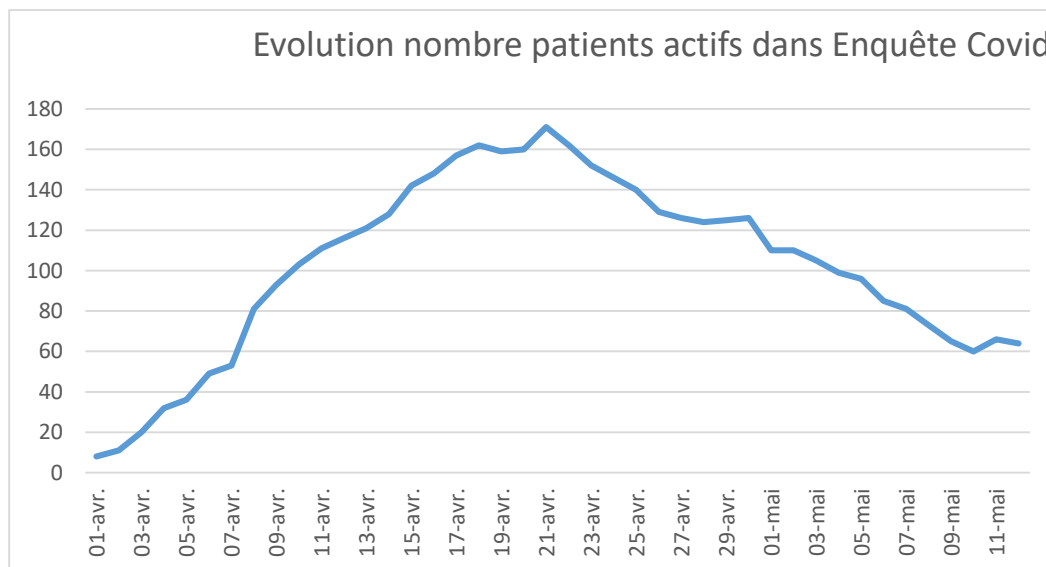



Figure 5. Evolution nombre de patients 01/04 - 11/05

Le 29 mai, après une grande diminution du nombre de patients suivis, la plateforme téléphonique s'arrête. Il devient de plus en plus compliqué de mobiliser les internes et les faire participer, l'envie de revoir sa famille et pouvoir se déplacer librement en France est forte. L'arrêt est donc bienheureux dans ce contexte. La meilleure organisation et compréhension de la pathologie permet au système classique de santé de gérer efficacement les flux de contaminations. Le futur nous prouvera que certains points de gestion et de sécurité continuent à être difficiles à appliquer et accepter

## b. L'apport du CHU et les recommandations :

Les prises en charges et algorithmes mis en place se basent sur les recommandations sanitaires et gouvernementales. Que ce soit sur l'hôpital, initialement, puis la plateforme, les données principales sont résumées dans l'arbre simplifié de prise en charge des patients au domicile édités par le ministère de la Santé. (**Annexe 1**)

Une note interne du CHU de Nîmes permet l'utilisation du logiciel de suivi développé en leur sein par la plateforme développée par le DUMG.

<b>NOTE INTERNE</b>		
	<b>Pôle / Service :</b> SOQCL/DSIH	<b>Projet :</b> SMAC
<b>Sujet</b>		
Objet de la note interne : Procédure d'utilisation de la plateforme de télé-suivi		
Rédacteur : Christian CZESCHAN		Date : 25/03/2020
<b>Liste de diffusion de la note</b>		
Classification du document : Confidentiel externe		

### 1. Objet

Pour permettre le télé-suivi de certains patients durant la crise sanitaire liée au COVID-19, le CHU de Nîmes met à disposition une plateforme permettant de suivre des informations recueillies via SMS.

### 2. Prérequis

L'agent doit satisfaire les prérequis suivants pour utiliser cet accès :

- Un ordinateur sous Windows 7 ou 10 connecté à Internet.
- Un navigateur FireFox (>60)

Figure 6. Note interne CHU Nîmes

L'exercice est nouveau pour les internes de médecine générale. Le processus est déjà lancé au CHU de Nîmes. Selon certains critères, les patients infectés dont l'état le permet sont suivis à domicile. La fiche suivante résume ces informations. Ces critères, validés par les autorités sanitaires, sont reproduits pour la plateforme. Une fiche de consentement résumant les critères est éditée par l'hôpital (**annexe 2**)

Un guide dédié au suivi à domicile des patients Covid en post-hospitalisation est édité le 20 mars. Il se base sur des recommandations sanitaires sur la téléconsultation. La confirmation de l'identité du patient est importante. Elle est confirmée par la date de naissance ou l'adresse. Au début du contact téléphonique, on rappelle au patient qu'il a donné son accord et on confirme son consentement. La confirmation de celui-ci est demandée. Selon les réponses apportés aux SMS, il convient de collecter des informations sur les symptômes, le ressenti et le vécu du patient. Ceci peut créer de l'angoisse chez le patient. La réassurance peut passer par des formules comme « Merci pour vos réponses : ne vous inquiétez pas, nous allons continuer l'entretien ». L'entretien se clôture par la demande de contacter le médecin traitant, si ce n'est déjà fait. Le guide du CHU parle déjà de la satisfaction de pouvoir parler avec un médecin et propose des formules de conclusion.

Au niveau de la plateforme téléphonique, un document résumant les réponses téléphoniques est fourni aux internes. Il est réalisé par les référents, sur la base des recommandations et l'apport hospitalier. **(Annexe 3)**

Une fiche d'information est aussi remise au patient lors de l'inclusion. Elle résume le protocole et les consignes sanitaires essentielles. **(Annexe 4)**



### c. Fonctionnement de la plateforme

La plateforme de télésuivi fonctionne par l'ajout de patients dans la base de données. Elle est accessible sur l'adresse ***telesuivi.chu-nimes.fr***. Lorsqu'ils sont vus à la MMG ou dans les autres centres Covid, leurs informations personnelles sont collectées :

- L'identité
- date de naissance
- adresse complète
- réalisation d'un test
- date des premiers symptômes
- les possibles contacts

Un consentement écrit est demandé, validé par la signature du protocole. La cohorte incluse dans l'ensemble des structures est visible dans l'onglet dédié sur le site internet créée. Les internes ne peuvent directement inclure des patients. L'inclusion est propre à chaque Centre Covid, formé et informé par rapport à la plateforme.

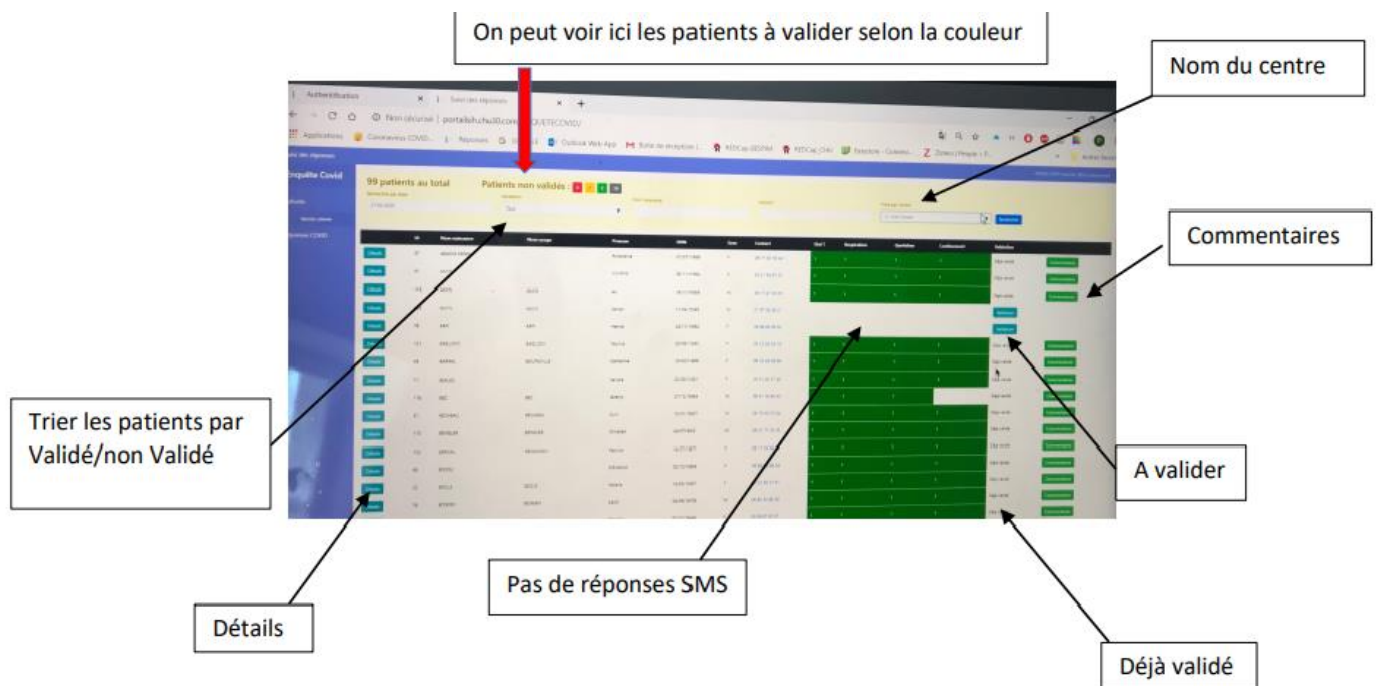
Les patients inclus reçoivent un SMS tous les jours à 8h45 pendant 14 jours. Une relance est envoyée à midi en l'absence de réponse. Ce premier message demande si l'état de santé s'est aggravé depuis la veille. Il y a 3 réponses possibles et le patient n'a qu'à renvoyer un numéro : 1 si pas d'aggravation, 2 si aggravation modérée et 3 si importante aggravation. La réponse déclenche l'envoi d'un second SMS interrogeant sur les difficultés respiratoires. 3 réponses sont aussi possibles. Les 2 autres questions sont plus générales. Elles interrogent sur les difficultés à gérer le quotidien et la capacité à continuer le confinement. Celles-ci n'ont que 2 réponses possibles : Oui ou Non.

En cas de réponse négative à toutes les questions, les 4 cases dédiées au patient deviennent vertes. Si une difficulté modérée est décrite, la case est orange. En cas de réponses positives aux 2 dernières questions ou une difficulté importante sur les 2 premières, la case passe au rouge. Le patient reçoit un message lui indiquant alors de contacter aussi le 15.

Les internes valident le bon suivi du protocole pour tous les patients. Pour chaque patient il y a 4 cases qui se colorent dans la matinée et une case « commentaires ». Si elles sont toutes

vertes, le suivi se poursuit à domicile, le patient est validé. En cas de première réponse verte puis d'absence de réponses ultérieures, il n'y a pas d'appel immédiat. En cas de case rouge c'est une urgence de rappeler le patient. Le référent présent doit en être informé. La présence de case orange amène aussi à appeler le patient. En cas de nécessité d'évaluation médicale, le 15 est averti ou le patient est orienté vers le centre Covid qui l'a inclus. Si le médecin traitant peut les accueillir, c'est une possibilité. Les numéros des centres Covid ne sont pas communiqués. Si la prise de rendez-vous est nécessaire, le médecin traitant est l'intermédiaire. Les commentaires servent à indiquer la décision prise et les informations essentielles. Si le SAMU, l'infectiologue du CHU ou le médecin traitant sont contactés, il faut aussi l'indiquer. Le traçage des avis est fait nominativement. Le nombre de cases selon la couleur est indiqué pour l'ensemble des patients en haut de la page.

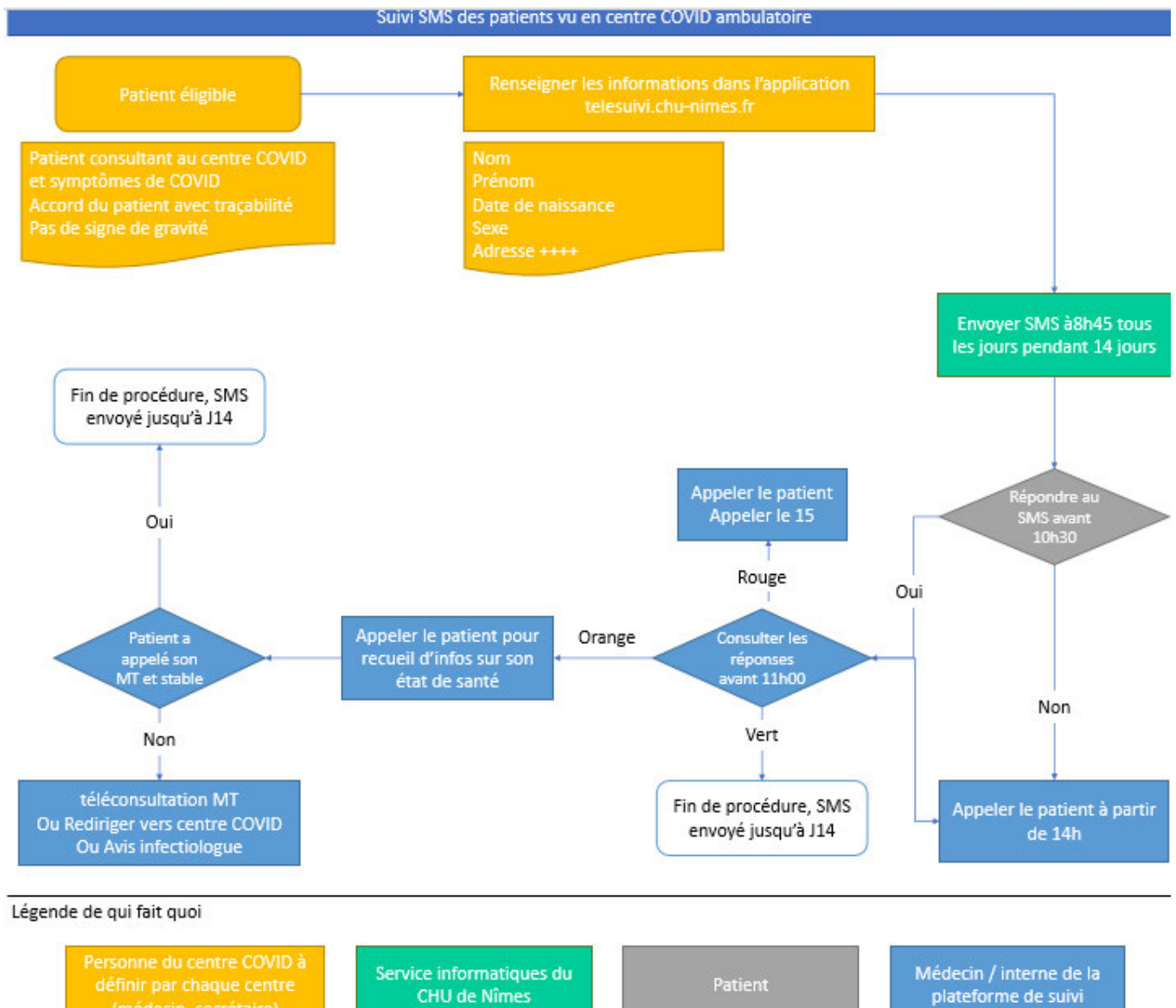
Figure 7 : Présentation du logiciel de suivi :



L'absence de réponses après la relance du midi amène aussi à un appel. Au bout de 4 appels et d'un message laissé, si le patient ne répond pas, le traçage de ce silence se fait une feuille annexe. Le patient est validé à la fin de la journée pour permettre la poursuite du suivi. A la fin des 14 jours de suivi, le patient reçoit un SMS différent. Il lui est demandé s'il accepte de poursuivre le suivi pour 7 jours. Le logiciel propose pour l'interne de choisir entre la poursuite ou l'arrêt du suivi à J14. Si un patient désire quitter la plateforme avant la fin, il convient de faire le point avec lui et d'en informer le médecin référent de la plateforme. L'orientation est

faite vers le médecin traitant. Il est possible ensuite pour l'interne de désactiver le patient de la cohorte. Le protocole est résumé dans l'algorithme suivant :

Figure 8 : Algorithme fonctionnement de la plateforme



En annexe, le fonctionnement de la plateforme est développé dans un cahier des charges qui est remis à l'ARS pour en développer les détails et appeler à un financement de celle-ci (**annexe 5**)

### **3) Ressenti des acteurs, les internes de médecine générale : analyse thématique**

Pour comprendre les enjeux, les bénéfices mais aussi les limites de la plateforme mise en place, les internes de médecine générale passent des entretiens. Les facteurs principaux analysés à travers les réponses sont la motivation, les bénéfices, les limites, le lien entre soignants et le lien avec les patients. Les avis se recoupent, et malgré quelques discordances, le retour global est positif. L'analyse de ces réponses est présentée ci-dessous. Le contexte et les motivations de ces acteurs primordiaux est exposé premièrement. L'analyse du vécu et de l'impact de la plateforme, avec des accents mis sur les forces et les faiblesses potentielles est la seconde partie. Enfin les perspectives et les pistes possibles pour le futur d'un tel genre de dispositif concluent l'analyse

#### **a. Contexte et motivations**

##### **a.1. Le contexte professionnel et universitaire**

L'activité se réduit dans les cabinets. Les maîtres de stages opèrent à distance le plus possible. Un mail du DMG appelle ces derniers à ne pas exposer les internes. Il est préférable qu'ils ne viennent pas en stage. Les directives gouvernementales vont aussi dans ce sens. La distanciation sociale est de mise, ainsi que l'accent fort sur la protection sanitaire. L'ambiance anxiogène diminue la venue des patients au cabinet. Le confinement se met en place, le mot d'ordre est de rester à la maison. Cela sauve des vies, le message se répète en boucle. Certains praticiens se crispent sur la crainte de contamination par la venue de l'interne.

*« Je vivais sur Nîmes et j'étais en stage sur Alès en cabinet, pour le trajet ils ne me disaient de ne pas venir car trop peu de patients »*

Les cours et activités universitaires sont reportés ou s'organisent en distanciel. Le DMG agit aussi pour préserver les internes si des besoins spécifiques à leur formation se mettent en place. Les internes de spécialités prennent la quasi-totalité des places dans les services Covid. Certains internes, toute promotions confondues, se retrouvent donc sans rien à faire. Une volonté d'apporter une aide et de participer à la crise émerge de ce marasme. Ce projet répond à une réelle demande de la part des interrogés. La sécurité et la volonté de ne pas exposer les internes en première ligne peuvent être ainsi respectées. La rapidité et le nombre important d'intéressés par la plateforme confirme ce propos. Le fait que la structure soit inédite aiguise

l'attrait des internes. Cette soif de nouveauté et de sortie du cadre classique de stage est forte en cette période floue d'inactivité relative.

Les retours des collègues mobilisés sur l'hôpital alertent. La pression est forte, le pool de lits augmente et l'organisation se prépare au pire. La volonté d'avoir un rôle qui permet de décharger le poids sur les structures publiques séduit. Ce rôle dédié aux IMG se perçoit comme une aide à l'orientation et la gestion de flux. Par la communication et la meilleure diffusion des informations, il convient d'éviter que la panique amène un afflux massif aux urgences. Le confinement a un rôle bénéfique pour cela finalement. Les soignants, en première ligne face à cette menace, nécessitent sécurité et matériel. L'organisation sanitaire sur la plateforme et dans les centres Covid se pense en ce sens. Le matériel nécessaire se prévoit en avance, s'adaptant aux roulements des soignants et intervenants. Cette proposition inédite de travail s'articule par le corps universitaire gardois. Elle répond à des motivations concrètes des internes ainsi qu'une liberté au niveau de leur planning.

*« Je voulais aider les médecins généralistes et participer, pour faire avancer l'aide médicale pour le Covid »*

La proximité avec les médecins référents du projet est une source supplémentaire de motivation. Le bouche à oreille et la volonté de formation poussent les internes en stage en libéral dans le Gard à s'investir.

## a.2 Le contexte psycho-social

*« Je me suis tout de suite porté volontaire car j'avais du temps libre et du coup je me sentais inutile »*

La période de ce début d'année 2020 est particulière et inquiétante. Le premier confinement généralisé au domicile se met en place en France. Il revient à de nombreuses reprises dans les réponses que la participation au dispositif permet un apaisement psychologique et une majoration du bien être mental. Posons d'abord les chiffres de l'impact psychologique du confinement et de la pandémie. Cet impact est majeur au début de la crise. La chronologie détaille bien la brutalité et rapidité de l'évolution de l'épidémie. Des études dans le monde entier permettent de détailler l'impact psychologique des mesures sanitaires contraignantes mises en place. Le 14 mars, le King's College of London publie une méta-analyse de 24 études portant sur les situations de confinement et quarantaine des épidémies précédente, tel le SARS. Il en ressort qu'un confinement supérieur à dix jours majore le stress post-traumatique, les comportements d'évitement et la colère. Par la perte de routine et la réduction des contacts en situation de quarantaine, de l'ennui, de la frustration et un sentiment d'isolement naissent. Ce stress psychologique s'aggrave s'il y a un manque d'information de la population, un manque de clarté sur les mesures adoptés ou des facteurs socio-économiques défavorables. Les soignants sont décrits comme une population à risque dans l'étude, avec une prévalence majoré de trouble du sommeil et symptômes post-traumatique. L'exposition directe à la maladie et la gestion parfois difficile et mortifère peut expliquer ce point, mais les études divergent à ce sujet.

Une enquête transversale prospective sur plus de 37000 catalans (1) a été réalisée en ligne sur une des régions les plus touché d'Espagne. A la fin du recueil au 20 mai, 12 000 personnes sont décédés de l'épidémie dans la région. L'étude montre que la prévalence de symptômes dépressifs est de 23 %. Elle est de 26% pour les troubles anxieux pendant ce premier confinement. Les questionnaires utilisés sont le PHQ-8 pour la dépression, le GAD-7 pour l'anxiété et le Short-WEMWS pour le bien être mental. 75 % de la population présente un manque de bien être mental d'après l'étude. La figure suivante calquée sur les données de l'étude résume les résultats et l'impact franc du confinement sur la santé mentale :

	Catalogne avant le Covid		Catalogne durant le confinement	
	n	%	N	%
Dépression	3551	<b>7.6%</b>	31,873	<b>22.8%</b>
Anxiété	2621	<b>6.7%</b>	32,185	<b>26.9%</b>
Manque de bien être mental	3536	<b>26.2 %</b>	37,596	<b>74.8 %</b>
Hypnosédatif sur ordonnance	2043	5.9 %	37,820	17.7 %
Hypnosédatif sans ordonnance	2044	0.6 %	37,820	6.5 %
Conso tabac	3557	25.6%	37,820	23.0 %

*Figure 9. Prévalence maladie mentale avant et après confinement*

Ces prévalences collectées au premier semestre 2020 sont trois fois plus importante que la prévalence habituelle, en dehors de toute crise sanitaire. Il y a une souffrance particulière pour les soignants, avec une anxiété supérieure de 27%. Différentes méta-analyses concordent sur ces chiffres. Les premiers recueils concernant principalement le continent asiatique, précocement touché par l'épidémie. Une méta-analyse chinoise compile 62 études sur le sujet. Elle porte au total sur plus de 160 000 patients de 17 pays différents, principalement la Chine. L'impact psychologique s'y définit comme énorme. La prévalence de la dépression est de 28 % et celle de l'anxiété de 33%. Le stress ponctuel mais aigu favorise les manifestations post-traumatiques. Si ce stress se prolonge, même s'il est moins intense, il contribue au dépassement du seuil de la vulnérabilité anxieuse ou dépressive.

L'isolement social et les contraintes liés aux mesures sanitaires affectent le quotidien et le bien-être de la population générale. Les internes décrivent ces angoisses et peurs dans leurs motivations. La plateforme se voit comme une façon utile et sécuritaire de sortir de chez soi. Les amitiés motivent aussi certains. La plateforme est un moyen de retrouver un cadre de travail, de revoir des gens, des collègues mais aussi des amis. Une véritable bulle d'air socio-professionnelle se développe durant cette période trouble et angoissante. La flexibilité du planning, permis par le nombre important de participants, enlève une source de stress. Cette liberté est notée et apprécié, bien que certains regrettent de n'avoir pas pu participer autant que désiré.

## **b. Vécu, forces et faiblesses**

### **b.1. Plateforme créatrice de liens**

La rapidité de la mise de place de toute cette organisation est saluée. Cette coordination s'est bien déroulée par les liens mis en place entre professionnels de différentes structures. L'unité est essentielle en temps de crise. L'organisation se montre rapide et efficace.

*« J'ai trouvé ça très rapide et efficace. C'était bien fait qu'il y ait un dispositif en dehors de l'hôpital, autant utilisé »*

Les internes sont assez nombreux et motivés pour faire tourner la plateforme 7 jours sur 7. Cette coopération est grandement appréciée. Elle est visible à toutes les étapes de la plateforme. L'outil informatique se développe dans le CHU de Nîmes. Il est ensuite adapté et mis à disposition de la plateforme. Les algorithmes de décisions s'inspirent des procédures hospitalières. Le maillage des maîtres de stages universitaire diffuse au plus grand nombre l'information et mobilise les internes. Le centre 15 est joignable directement pour une prise de décision partagée. La plateforme a même élu domicile quelques jours à la fin au centre du SAMU à Nîmes, aidé dans la mise en place par des médecins retraités volontaires. Les liens sont divers, entre nombreux soignants, aux expériences et compétences diverses, mobilisés pour le même but. Parfois il s'avère difficile de savoir les rôles de chaque intervenant croisé. Il peut y avoir un côté fouillis à s'installer dans une structure préexistante. Globalement, l'articulation entre médecine hospitalière et médecine de ville s'avère fluide.

*« Avec les médecins, c'était agréable, on avait un autre type de relation, on n'a pas senti qu'il y avait une certaine hiérarchie »*

La supervision journalière par un médecin référent, qui est le relais vers l'infectiologue, est rassurante. Les cas les plus compliqués sont débriefés. Les décisions se prennent de façon collégiale. Ces liens professionnels se forment et s'améliorent au long de l'expérience. L'information et l'expérience participent à une meilleure gestion de la pandémie. Les liens décrits doivent être clairs et rapides à activer pour assurer le meilleur suivi pour le patient.

La plateforme, outre cette interconnectivité professionnelle, permet un lien unique et rapproché avec le patient. La solidité de l'organisation présentée se pense pour aider au mieux des patients stressés par ce nouvel habitus. La relation médecin-patient, dans ce contexte et



avec les moyens mis en place, est inédite. Le lien avec un patient que pourtant l'on ne voit pas et ne connaît pas, est réel et dépasse les inconnus.

*« Il y avait aussi un vrai lien avec le patient même sans le voir, une interconnexion [...] Le retour que j'ai eu de ces patients était qu'ils étaient satisfait globalement »*

Ce dispositif inédit de crise crée une connexion et un partage important avec le patient, en soutien et en information. La communication avec le médecin traitant permet d'élucider certains dossiers. Il y a aussi le cas de patients inclus directement depuis les lieux de stage des internes. La connaissance du patient et le lien avec celui-ci en est renforcé. Même si cela dépasse d'une façon le rôle de la plateforme et sa méthode d'inclusion basé sur les centres Covid, il est ainsi prouvé l'adaptabilité de celle-ci et l'intérêt des internes.

Le système par SMS relève d'une certaine facilité pour le patient. Un suivi si rapproché et ponctuel s'apprécie fortement dans le contexte. Cette connectivité numérique est ancré dans notre époque, et accessible au plus grand nombre. Le lien est fluide avec les patients. Le feedback direct de ces derniers les pousse à être de véritables acteurs de leur pathologie. Les réponses qu'ils apportent sont la base de fonctionnement. Il y a aussi un confort avec ce support médical personnalisé directement accessible. Les patients se sentent libre de poser toutes leurs questions. Parfois ils abordent des sujets qu'ils n'ont pas eu le temps ou l'idée d'aborder avec leur praticien habituel. Ce lien est d'autant plus important que certains patients n'ont pas forcément de médecin traitant référent, ou que l'accès à ce dernier est limité par la Covid.

Cette plateforme connectée par des lignes de soignants diverses et motivés crée une proximité avec le patient et une facilité d'accès au soin pour ce dernier. Un autre lien essentiel qu'a permis cette plateforme est le lien social. L'apport positif de ces vacances transparaît dans chaque entretien.

*« C'était une bonne ambiance, c'était le petit coup de bonheur de la semaine de revoir des gens »*

L'accueil par la collectivité municipale dans leurs locaux est salué, avec le soutien logistique et alimentaire qu'ils fournissent. Les vacances sont assurées en binôme ou trinôme selon l'avancée dans l'épidémie. Les échanges ne sont pas que sur les patients. Il y a une joie à revoir des camarades de promotion ou rencontrer des internes des autres promotions. La routine

s'installant par le confinement et les réglementations est ainsi cassée. Les contacts et discussions sont bénéfiques pour le moral et le bien être mental. Les vacances sont ressenties sans contraintes. Elles permettent de changer d'environnement, rencontrer de nouvelles personnes et discuter avec des médecins expérimentés. Une bouffée d'oxygène heureuse au milieu de la dyspnée ambiante. L'ambiance est au beau fixe, il y a un plaisir à venir travailler. Cette belle ambiance permet de créer des relations de confiance. Savoir que l'on peut compter sur les collègues pour activer une telle force de travail inspire et rassure, pendant la crise et pour l'avenir.

## b.2. L'apport de la télémédecine

Le moyen de suivi et communication avec les patients est le contact téléphonique. Cet outil, aidé par la visio-conférence, fait partie de la télémédecine. C'est un exercice différent de ce que l'on apprend pendant les études médicales. Les téléconsultations se développent fortement pendant la pandémie. Les aprioris sont que cet outil peut être dangereux ou néfaste. Ce n'est pas forcément de la « vraie » médecine par certains points, pour certains.

*« La consultation par téléphone c'est très particulier, j'ai l'habitude d'avoir toujours un contact physique avec le patient, par regard au moins »*

Un outil basé sur seulement sur l'interrogatoire effraie et rebute les professionnels. La plateforme est le premier contact avec ce type de pratique pour certains. L'apprentissage n'est pas simple. Le manque de contact direct avec le patient augmente le doute chez le soignant. L'habitude d'avoir au moins un contact visuel est remis en cause. Pour tenir aux contraintes sanitaires, il faut s'adapter et cet outil est nécessaire dans ce contexte. Il est loin d'être idéal et est perçu comme un outil temporaire de dépannage. La crainte de se tromper ou de sous-évaluer la gravité de la situation est importante au début. La plateforme prend ce rôle annexe de formation à la téléconsultation. La vision évolue sur ce mode de liaison avec le patient au fur et à mesure. La familiarisation avec l'outil se développe et les interrogatoires se perfectionnent. On cherche plus finement et justement les signes de gravité.

*« On avait toujours un médecin qui était là pour nous aider si on avait des questions, et on a appris des astuces, dans la façon dont les patients parlaient, s'ils coupaient leur phrases pour respirer par exemple »*

Dans ce contexte, c'est une façon adaptée de réaliser le suivi, même s'il faut que le patient soit évalué cliniquement par la suite. Bien qu'essentiel, ce n'est pas suffisant et il ne faut pas en abuser. La suite de la pandémie fait véritablement entrer la téléconsultation dans le quotidien des généralistes. Les téléconsultations ont pendant longtemps été prise en charge directement par la sécurité sociale. A travers la plateforme, c'est aussi une formation à ce moyen moderne de réaliser les consultations.

### b.3. Un outil pédagogique

La qualité pédagogique de la plateforme est saluée par ces entretiens. Il y a cette formation et apprentissage de la téléconsultation. En parallèle, la pertinence de l'interrogatoire s'affine. Pour quantifier une détresse respiratoire par exemple, il est possible de faire compter le patient sans s'arrêter de respirer et de voir s'il arrive à 10. Pour chaque patient, c'est un entretien unique, qui permet d'appréhender l'intérêt d'un bon interrogatoire.

*« Savoir interroger correctement, même si je le faisais déjà en stage praticien et mener un interrogatoire utile, vis-à-vis du Covid ici »*

La difficulté ajoutée est que ces patients ne sont pas connus au départ. Il convient de cibler les informations utiles à la prise en charge dans un temps court et à distance. Cette approche est utile dans les remplacements que les internes effectuent, même si le dossier est alors à disposition. Elle peut aussi l'être pour l'orientation des patients avant les urgences. Un premier tri se fait par le code couleur. L'interne apporte son analyse sur le cas pour affiner l'orientation et mesurer le degré d'urgence. Grâce à certains réflexes acquis et une analyse de plus en plus standardisé et rapide des situations, l'orientation se simplifie. Cette compétence peut effrayer par un certain manque de formation initiale, la collégialité dans les décisions contrebalance et atténue cette complexité. Par la prise en charge de ces patients, ce sont de nouvelles compétences pour leur pratique future qui se greffent au bagage des internes. Dans un logiciel intuitif et facile d'utilisation, il convient de savoir brièvement résumer par écrit les échanges et prises en charge. Les situations sont hétérogènes, de l'angoisse à la détresse respiratoire aiguë. La capacité d'adaptation et d'orientation dans le cadre de médecine de premier recours se retrouve ainsi renforcée.

La qualité de soins est aussi dépendante de l'information et de la réassurance. Face à une nouvelle menace et un quotidien chamboulé, il faut pouvoir amener réponses et éclaircissement. La ligne étant aussi accessibles directement aux professionnels de santé, une véritable organisation de recueil bibliographique participative se met en place. Un Google Doc permet le recensement des questions les plus fréquentes et des recommandations utiles pendant la durée de fonctionnement de la plateforme (**Annexe 6**). Cette situation exceptionnelle demande une rigueur et une recherche constante. Les données de l'épidémie ainsi que les recommandations sanitaires évoluent au jour le jour. L'accès à ces données ainsi

que les échanges d'expérience permettent d'avoir les informations les plus complètes possibles sur le Covid-19.

*« On était vraiment au courant quand il y avait des nouveautés, et ça nous a permis de nous tenir à la pointe de l'actualité »*

Ceci pour informer aussi, en complément, les praticiens chez lesquels les internes sont en stage. La libre circulation des données scientifiques et gouvernementales est facilitée par le groupe Facebook « Plateforme Covid-30 ».

#### b.4. Un soutien psychologique pour tous

Le contexte, les motivations ainsi que la création de liens déjà évoqués explique l'apport et le soutien psychologique ressenti par les internes. En déchargeant le système hospitalier, la plateforme soutient aussi le bien-être mental des soignants en première ligne face au virus.

Cette population est particulièrement à risque, par le risque de contamination, la charge de travail et les choix relevant du laisser vivre ou mourir qu'il peut y avoir. En Chine, 50 % des soignants présentent des signes de dépression, 45% d'anxiété et 34% d'insomnie tandis qu'au Canada près de la moitié ont eu recours à un soutien psychologique (2). Cette ligne de soin supplémentaire diminue l'impact psychologique de la pandémie sur les soignants de premier recours du Gard.

*« Comme tout le monde, envie de participer pour lutter à la crise car on savait que l'hôpital allait prendre sacré charge »*

Le vécu des internes, ainsi que les retours directs qu'ils ont des patients suivi, dépeint le dispositif comme une plateforme de soutien psychologique dans la majorité des cas. Il n'y a pas beaucoup de cas graves au total par rapport au nombre d'appels. Des patients avouent qu'ils cochent au moins une case orange pour avoir l'appel quotidien et la réassurance que cela apporte. La limite entre bénéfice secondaire et abus est parfois fine, mais la reconnaissance est toujours présente. Les retours sont positifs, les patients reconnaissent eux même l'anxiolyse permise par ce lien direct avec le corps médical.

*« Il y avait beaucoup de réassurance par rapport à des angoisses, par rapport à des questions qui n'étaient pas toujours rationnelles »*

Cette reconnaissance est un vrai bonus pour le moral des intervenants. Ce soutien psychologique, bien que non recherché en premier lieu à la création du dispositif, est la pierre angulaire a posteriori.

Les études sur l'impact du confinement sur la santé mentale pointent des facteurs aggravant et des populations à risque (3). Le confinement désœuvrera et inquiète. Le changement brutal de mode de vie est un facteur de stress pouvant mener à une sidération mentale. Une souffrance se développe par la cumulation des restrictions. Les questions de bonne santé mentale

deviennent primordiales dans ce contexte. Cette notion recouvre le sentiment d'utilité, l'espoir, la confiance en soi et la qualité du vécu personnel, entre autres. Le bien-être regroupe deux dimensions : l'hédonisme qui est l'absence de souffrance et le plaisir, ainsi que l'eudémonisme, lié au sens de soi et à l'accomplissement. Dans la population générale, ce sont les femmes, les jeunes adultes et les personnes en invalidité ou sans emploi qui sont les plus à risque. Le score de bien être des étudiants est très inférieur au score moyen des participants dans une étude questionnant la santé mentale durant le 1<sup>e</sup> confinement (*LockUWell*). Le niveau d'instruction, les liens familiaux et l'activité physique sont des facteurs protecteurs par ailleurs. L'impact psychologique de cette période est inquiétant et les conséquences peuvent apparaître tardivement.

L'OMS s'en inquiète mi-mai en appelant au besoin d'un soutien adapté à la période et ses conséquences. Les structures psychosociales ainsi que l'offre de soins psychiatrique se retrouvent freiné voire arrêté à ce moment. La responsabilité d'assurer une continuité des soins et un facile accès à ce soutien est collective. Le cout social et économique à long terme est élevé pour la société en cas de défaillance à cela. Les populations fragiles, précaires et pour lesquels les conditions de confinement sont difficile sont la cible. Par la plateforme, les patients Covid sont ciblés. Cette population est fragile. Les premières études début 2020 dénombrent plus de 90% de symptômes post-traumatiques et près de 50 % de symptômes anxieux ou dépressif chez les personnes contaminés. Une cohorte rétrospective (4), publiée début 2021 aux Etats-Unis, compile 62 354 cas de Covid. Dans ce groupe, comparé à 6 autres problèmes de santé (*grippe-infection respiratoires-lithiases urinaires-problème dermatologique- cholécystite – fracture*), l'incidence d'avoir des symptômes psychiatriques entre 14 et 90 jours après le diagnostic est de 18 %. Près de 6 % des patients positifs déclenche leur premier épisode psychiatrique, contre environ 3 % dans les autres cohortes. On retrouve majoritairement de l'anxiété, de l'insomnie et une surreprésentation de démence. Des enquêtes internationales, comme le COH-FIT (*Collaborative Outcomes Study on Health and Functioning during Infection Times*) sont actuellement en cours pour identifier les facteurs de risque et de protection pour créer des programmes de prévention dans un cadre pandémique. Le confinement est donc un facteur de mal être psychologique clair et les patients touchés par l'épidémie sont plus à risque de développer des troubles psychologiques. Comme conforté par l'OMS, la plateforme s'inscrit donc dans l'ensemble des dispositifs mis en place pour assurer un dépistage psychologique de qualité.

*« Ce côté anxiolyse était très présent, car au début tous les messages étaient « isolez-vous » mais l'isolation est difficile dans une maladie que l'on ne connaît pas, avec dyspnée, qui n'est pas le symptôme le plus simple »*

La France développe, par exemple, des numéros verts de soutien psychologique, accessible 24h sur 24. Au Royaume-Unis, la NHS a développé un site internet compilant des conseils et vidéos sur le bien-être mental lorsque l'on doit rester au domicile. L'impact sur le bien être mental des patients de ce suivi rapproché et quotidien, dans ce contexte, demande à être interrogé. Bien que la majeure partie des retours directs soient positifs, et vu comme apaisant et bienveillant pour le patient, le questionnement de leur avis serait intéressant. Ceci pourrait permettre d'ajuster ce genre de dispositif et la durée de suivi par exemple.



### b.5. Les limites de l'expérience

Les bénéfices, aussi bien pour les soignants que pour les patients participant à l'étude se démontrent dans les chapitres précédents. Intéressons-nous aux limites d'un tel dispositif et aux quelques points négatifs.

La création d'une telle plateforme a pu être mal interprétée ou analysée par certains généralistes gardois. Certains se montrent réticents à ce fonctionnement, malgré leur interne impliqué directement parfois. Le partage d'informations et l'implication d'un nouveau réseau dans la prise en charge de leur patient est parfois difficile. Ces cas sont rares, là où la plupart des soignants ont vu une aide bienvenue, certains pensent que l'on leur volait leur travail d'une certaine façon.

La logistique d'installation a pu être compliquée sur certains points. Initialement les internes participants amènent leur propre matériel informatique. Le stationnement est difficile sur le CHU de Nîmes. Les mises en place et débuts dans les 3 différents lieux sont fastidieux.

*« Il a fallu mettre en place des lignes téléphoniques au SAMU et ça a été laborieux »*

Quelques bugs informatiques ou lors de la réception des SMS entachent le bon déroulement.

L'incertitude pour les soignants est forte sur certains cas. La distance pendant les entretiens majore ce doute. L'absence de réponse peut amener à penser au pire. Certains patients coupent volontairement le lien, car ils se sentent bien, mais ils ne préviennent pas forcément de cela. Il peut y avoir contrainte ressentie pour eux de répondre à 4 SMS par jour pendant 2 semaines. Si le désir d'arrêter le suivi dans ces conditions s'exprime parfois directement, le silence pousse à l'incertitude. Les plages horaires de l'après-midi semblent longues car il faut attendre que le patient rappelle après le message laissé. Ceci laisse aussi une liberté à l'interne de travailler sur d'autres projets. Le sentiment que les créneaux sont trop longs pour la charge de travail ressort des entretiens. Le faible nombre de roulement sur la journée limite le nombre de places sur le planning. Certains participent à un faible nombre de vacations, une frustration grandit aussi sur ce point.

Certains ne voient pas une grande utilité médicale à la plateforme. Le sentiment de ne pas avoir sauvé beaucoup de monde au final transparait.

*« On n'a pas réussi à détecter beaucoup d'aggravation je pense [...] C'était plus du soutien psychologique, que de vraiment détecter des grosses urgences [...] c'est un peu un travail de secrétaire »*

Par rapport à des services Covid, à des services de réanimation et le quotidien des collègues, ne passer que des appels peut sembler dérisoire. L'apport sur l'entretien psychologique est un atout, mais le fait que cet aspect soit très largement majoritaire est une limite dans l'esprit de certains participants. Il n'y a pas forcément assez de somatique. Une part de ce travail aurait pu être réalisée par des acteurs non médicaux, secrétaires ou assistants, formés au préalable.

Enfin il y a le regret de l'absence de dédommagement malgré des informations dans ce sens annoncés pendant les vacances. Le financement dépendait de l'ARS qui n'a pas donné suite pour celui des internes. Ils participent pourtant chaque jour, même les week-ends et jours fériés. Il y a eu des déplacements véhiculés, parfois entre Montpellier et Nîmes pour cela. Au vu du temps passé et du financement d'une structure semblable sur Perpignan, un sentiment d'injustice est présent.

*« On y est allé sur des week-ends et jours fériés, heureusement on a eu la prime de 500, mais au vu de cet engagement, ça aurait pu être un peu plus, je ne sais pas ... »*

### **c. Analyse d'expérience et pistes pour le futur**

Le fonctionnement de la plateforme est idéal en situation de crise. La potentialité d'une augmentation exponentielle des cas et une gravité inconnue nécessite un outil permettant un suivi simultané de nombreux patients. La sécurité s'assure par le lien téléphonique et la supervision de médecins expérimentés. Le lien hôpital-ville est essentiel quand la capacité hospitalière risque d'atteindre son plafond. La complémentarité des soignants et la mise à disposition des informations permettent une meilleure confiance, en soi et dans les autres.

*« Savoir que l'on peut compter sur les collègues c'est important. Ça permet de savoir sur qui on peut compter [...] C'est quelque chose à se souvenir, à l'avenir on a quand même une force professionnelle active à utiliser et qu'on pourrait réutiliser pour autre chose »*

Ce tissu de lien se met amplement et rapidement en place car la situation exceptionnelle demande une réponse à la hauteur. Le cas des covid longs est intéressant pour le futur de ce dispositif. Les patients sont souvent peu suivis, sans alternative thérapeutique vraiment efficace. L'angoisse et les doutes créés par cette situation sont importants. Même si cela dépasse les 2 semaines de suivi, c'est une piste intéressante que l'on aurait pu suivre. Le suivi et le tracing sont aussi assurés par les brigades de la sécurité sociale. Elles sont parfois dépassées par le nombre de cas. Il convient ainsi de s'assurer du bon respect des règles sanitaires. Un risque de doublon sur la prise en charge est présent.

La mise en place d'une structure semblable en dehors d'une situation de crise est complexe. Il y a une nécessité d'importants moyens matériels et humains. La génération des SMS et la gestion de la plateforme nécessite une équipe informatique dédiée à cela. Il convient d'avoir un lieu pour la plateforme. Les intervenants sont nombreux car leur principale activité professionnelle est en pause. En dehors de ce cadre, il paraît difficile de mobiliser autant de personne. Les internes ou les médecins peuvent se trouver frustrés à la longue de ce seul travail, comme vu dans les limites. Il convient alors de réfléchir à dédier ces tâches à d'autres professionnels, comme les assistants médicaux.

*« Il y a des patients où c'est seulement du suivi, de la réassurance, des explications à donner sur un problème qu'ils ont eu et qu'il faut répéter encore, et encore ... Et avec une plateforme comme ça, ça pourrait être une aide »*

En dehors de ces contraintes soulevées, il y a un intérêt pour les populations les plus vulnérables. Les études sur l'impact psychologique du confinement en pose les caractéristiques. Il peut être intéressant pour ces patients lors d'un épisode aigu de santé, en post-hospitalisation par exemple, d'avoir ce type de suivi. Les patients sont demandeurs de ce type de dispositif, et certains patients que l'on dépiste comme difficile à suivre ou peu compliants, pourraient y être inscrit d'emblée. L'apport de l'e-médecine est déjà présent pour certaines pathologies chroniques. Des applications de suivi ou des plateformes dédiées existent pour le diabète par exemple. Si une ligne téléphonique médicalisée est ouverte pour ces patients « à risque », le patient se sent valorisé et se définit comme acteur direct de sa maladie. L'ouverture d'une possibilité de réassurance et d'éclaircissements sur son état de santé pourrait décharger en même temps la médecine générale et les services d'urgences.

## DISCUSSION

### 1) Le soutien psychologique, pierre angulaire de la santé de demain ?

La crise du Covid a un impact sur la santé psychologique des français. Cet impact, ce traumatisme, est toujours présent 3 ans après le début de la pandémie. La santé mentale revêt donc d'une problématique actuelle majeure. L'OMS décrit la santé mentale comme essentielle au bien être générale. Elle comprend les paramètres nécessaires au bien être mental. Cet état psychologique permet d'affronter les sources de stress de la vie, d'apprendre, travailler et contribuer à la vie de la communauté selon l'organisation. Il est nécessaire de l'atteindre pour réaliser son potentiel et développer nos relations. Le modèle socioéconomique tient en partie grâce à cela. Cet état est décrit comme un droit fondamental à tout être humain.

Quid de son penchant la maladie mentale ? Un déséquilibre de ces paramètres s'avère fréquent et multifactoriel. L'OMS estime la maladie mentale comme 3<sup>e</sup> au niveau de la prévalence mondiale, après les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Un quart de la population européenne développe un trouble psychique durant son existence. En France, 3 millions de personnes souffrent de troubles psychiques sévères d'après les données épidémiologiques. Les données du ministère en juin 2018, avant la crise, parle de 7.5 % des français de plus de 15 ans ayant souffert de dépression sur l'année passée. Des chiffres plus actuels sont apportés par les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de 2021. 13 millions de Français, soit un sur cinq, développe un trouble psychique chaque année. Les jeunes sont encore particulièrement à risque. Le besoin de soin est estimé à 15% de la tranche 10-20 ans, soit 1.5 millions de personnes.

L'impact des troubles psychique a un coût. C'est le premier poste de dépense de l'assurance maladie avec plus de 23 milliards d'euros par an. La psyché et le somatique sont liés. Un déséquilibre de l'un peut amener un trouble de l'autre. Les remèdes d'une sphère peuvent être ressentis dans une autre. La 1<sup>e</sup> vague est révélatrice de ce dont l'avenir pourrait être fait. L'idée qu'une maladie émergeant à l'autre bout du monde puisse nous tuer ou bien toucher un proche s'ancre dans les esprits. Les experts s'accordent sur la probabilité croissante de ce genre de crise. Même si les états essaient de s'adapter et se préparer, l'impact psychologique et le traumatisme persistent dans le temps. L'accès aux soins de santé mentale reste difficile et insuffisant. La psychiatrie est un parent pauvre et délaissé de la médecine française. L'enveloppe investit dans ce secteur dépend directement de chaque direction d'hôpital. Ce

financement public évolue 2 fois moins rapidement que l'ONDAM hospitalier global. La bonne santé mentale devient un objectif économique. Les failles coûtent cher, entraînant des complications et une baisse de productivité. A confondre l'objectif de bien-être et la variable que représente le patient pour le système, il émerge des violences structurelles en psychiatrie. Le sous-investissement amène en outre une perte d'attractivité pour une spécialité essentielle. Près de 30 % des postes d'internes ou de chefs ne sont pas pourvus dans les dernières années.

Il convient de repenser la psychiatrie et l'accès aux soins de santé mentale en France, d'autant plus quand on voit l'impact de la crise du Covid-19. La plateforme que nous avons mise en place présente un potentiel pouvant s'adapter à cette problématique. Voyons d'abord les solutions envisagés et les études par rapport à la télémédecine et au parcours de soin en psychiatrie, puis à quel place du système future pourrait s'intégrer la plateforme.

Il faut que le maillage de l'ensemble des structures soit complémentaire et que le respect des valeurs nécessaires au bien être mentale soit le plus complet pour arriver à des résultats nécessaires à une large part de la population. A la suite des Assises de la psychiatrie et au vu de l'impact du Covid, le gouvernement français affiche un plan pour la psychiatrie. Même si pour le moment les moyens mis en œuvres sont décrits comme insuffisants, des lignes directrices se tracent. Celles-ci s'appuient sur l'information et la sensibilisation. La population générale doit être informée sur les symptômes, signes et troubles. L'accent se place sur l'information aux élèves et étudiants, classe la plus vulnérable, avec l'objectif d'une maison des adolescents par département par exemple. Les consultations de psychologie sont remboursées sous certaines conditions sur prescription médicale. Conditions qui n'ont pas fait l'unanimité dans la profession.

Ouvrir l'accès aux patients le plus facilement possible au vu des chiffres actuels est essentiel. Mais une augmentation du flux nécessite des égards envers les soignants. Le gouvernement annonce la revalorisation des consultations de psychiatrie ainsi qu'un changement de paradigme financier pour le secteur. La réforme des modes de financement de la psychiatrie vise plusieurs objectifs :

- Améliorer la qualité des prises en charge
- Redonner du sens et du dynamisme à l'ensemble du secteur en lui permettant de développer de nouvelles activités

-Réduire les inégalités entre les régions pour améliorer l'accès aux soins et réduire les délais d'attente des patients

- Encourager la coopération entre les acteurs grâce à une plus grande cohérence des modes de financement

Cette coopération a pour objectif de permettre un meilleur accès et un meilleur suivi. C'est dans cette optique que le CHU de Montpellier, coordonné par le Pr COURTET, lance en 2018 une étude de faisabilité d'un dispositif de télémédecine multiniveau pour faciliter les recours aux soins psychiatriques à partir de l'attention primaire. C'est l'étude PADMET : Psychiatrie à distance pour les médecins traitants, qui n'a pas encore donné ses résultats.

La télépsychiatrie présente un niveau d'efficacité et de satisfaction comparable aux consultations présentielles et permet ainsi de diminuer les hospitalisation et aggravations des patients. Un dispositif clair et accepté en soins primaires a pour but de permettre un taux d'adressage plus important et adapté aux situations vu en cabinet de médecine générale. Le dispositif présenté dans l'étude comporte 3 niveaux :

- **Téléexpertise** : accès partagé au dossier médical entre généraliste et psychiatre avec discussion en direct ou en différé

- **Téléconsultation** : communication interactive en direct entre psychiatre, patient et médecin généraliste

- **Téléassistance** : régulation des situations d'urgence suicidaire via le dispositif régional de veille *VigilanS*. Ce dispositif regroupe des professionnels formés pour soutenir téléphoniquement les patients et les orienter si besoin vers une consultation urgente ou programmés ou une hospitalisation en psychiatrie.

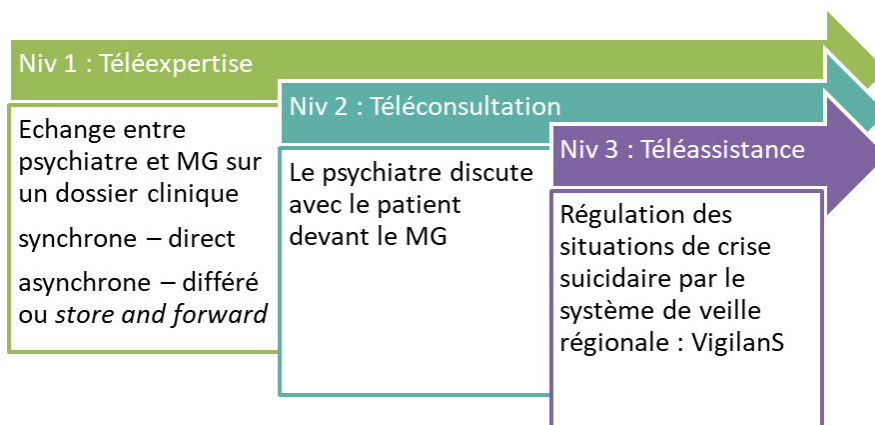


Figure 10.  
Schématisation du dispositif étudié dans l'étude PADMET

La santé mentale des patients s'améliore par la meilleure formation des généralistes, ainsi qu'une satisfaction accrue grâce à ce lien direct et filiarisé.

L'étude PADMET pointe l'intérêt du développement de la télépsychiatrie surtout dans les zones rurales. Les crises sanitaires vont peut-être se succéder mais la crise de la santé mentale est connue et grave en France. En extrapolant le fonctionnement de la plateforme, il apparaît un moyen de faire respirer un système actuel sous tensions. Des plateformes de soutiens aux patients, un lien rassurant et une oreille à l'écoute. Soutiens qui s'applique aussi directement sur les médecins et soignants participant, comme les résultats le montrent. La volonté d'une telle organisation n'est pas d'ajouter de la complexité ou vouloir prendre un pouvoir médical. Il n'est pas question de former des sous-psychologues ou psychiatres. L'approche se veut complémentaire des soins initiaux et peut orienter vers le soignant adapté si nécessaire. La collaboration de chaque secteurs est essentiel, la problématique est réelle, sensible et pousse à vouloir innover

La plateforme mise en place pendant le Covid peut se voir moduler pour répondre à ce défi et s'intégrer au dispositif. Une ligne de télésuivi paraît complémentaire.

Il convient d'imaginer que l'inclusion se fera toujours par un corps médical formé et volontaire. Elle peut concerner des patients évalués par un généraliste, un psychiatre, ou bien les 2 selon les moyens de téléexpertise possible. Ils peuvent venir de ville ou en sortie d'hospitalisation. Ce suivi concerne donc des patients définis à risques par des professionnels de santé formés, incluant le risque suicidaire mais aussi d'autres risques psychosociaux.

Le système de suivi par SMS est intéressant dans cette optique, en intégrant des possibles réponses ouvertes. Par quelques mots en réponse à un SMS, il peut être évalué la détresse du patient. Un algorithme différent selon la pathologie et l'expertise initial permet un suivi adapté et personnalisé. Ce dispositif peut s'incorporer au système *VigilanS* pour l'améliorer localement. La durée de suivi par SMS est définie par le soignant incluant. Selon les réponses, la personne est rappelée par les étudiants qui participent à la plateforme. L'apport de ces appels est bien sur l'orientation si besoin mais aussi et surtout le soutien psychologique, pierre angulaire du soin dans le futur.

L'apport des étudiants en santé dans cette structure ajoute une face pédagogique au projet. Il a nécessité pour notre plateforme des personnes motivés, en poste pendant des heures,



dimanche et fériés inclus. Sur une problématique comme la santé mentale et le soutien psychologique, la demande semble supérieure. Il nécessite pour le bon fonctionnement nombre de volontaires. Les étudiants se tournant vers la psychologie, les métiers de l'aide à la personne, les soins infirmiers ou paramédicaux, et tout secteur pouvant être confronté à ces patients pourrait se voir proposer d'intégrer le processus. La formation et le contact aux patients apporte de la sensibilité, de l'expérience et des informations sur les problématiques de santé mentale. . En appuyant ce message aux personnes qui vont côtoyer et soutenir cette population dans quelques années, il faut espérer transmettre le respect du patient et la bienveillance du discours. La formation de ces étudiants volontaire pourrait être attribuée aux internes de psychiatrie. Il est évident qu'un panel si large de participants nécessite une formation pour écouter, parler et répondre à ces patients. Il est aussi possible d'imaginer une validation universitaire (validation d'une unité d'enseignement) pour les L.A.S ou autres futurs professionnels proche de la santé mentale participant à cette formation et au fonctionnement de la plateforme.

Une séniorisation comme sur notre plateforme semble importante, pour ne pas laisser les étudiants seuls. Il convient bien évidemment d'estimer la charge horaire de travail pour ne pas mettre à mal les psychiatres désirant chapeauter ce système.

Dans le cadre de la santé mentale, l'approche actuelle possède de nombreuses failles et lenteurs pouvant aggraver des situations. Sur la base d'une expertise médicale, une telle approche pourrait permettre de faire diminuer les troubles. Les bénéfices d'un tel projet sont multiples. Il apporte un lien direct, quotidien, accessible et adaptés aux patients psychiatriques le nécessitant. Il apporte une aide au soignant, un apport nécessaire et complémentaire à ses soins. Il pallie un manque d'accès aux structures de soins en santé mentale par la télécommunication. Il offre aux futurs psychiatres des compétences supplémentaires, un attrait il faut espérer, pour l'enseignement. Il forme les futurs professionnels en contact avec les patients psychiatriques et vulnérables, à avoir les clés pour avoir un rapport empathique, motivationnel et bienveillant avec ces derniers. Ce scénario s'appuie sur l'hypothèse d'un ensemble de structure, géré départementalement, en coopération entre les secteurs universitaires, hospitaliers et les professionnels de santé libéral, dédié au soutien psychologique et au maintien du bien être mental. Une ligne directe comme un carrefour de tri, capable de détecter l'urgence et d'accompagner au mieux les patients.

En prenant des risques psychiatriques différents du risque suicidaire, avec l'apport d'un lien quotidien par SMS, la plateforme peut se voir comme une amélioration de cette cellule de veille. La participation d'étudiants motivés et formés par le corps universitaire hospitalier permet une plus large marge de manœuvre, ainsi qu'un réel apport pédagogique, pour les formants et les formés. Si les moyens humains et financiers que nécessite la prévalence actuelle de la maladie mentale sont adjoints, il convient d'imaginer que ce dispositif puisse permettre un télésuivi en plus d'une téléassistance, et qu'il devienne une structure formant et sensibilisant les jeunes générations.

## 2) La coordination départementale des centres Covid, exemple de l'organisation de soin ?

Dans les politiques et nouvelles lois de santé, la notion de CPTS est définie. Ceci correspond aux communautés professionnelles territoriales de santé, soit un regroupement de professionnels d'un même territoire autour d'un projet de santé. Elles sont créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé et se voit comme un dispositif souple et adaptable pour les professionnels motivés. La loi « Ma santé 2022 » qui vise à décloisonner et réorganiser le système de soins visait l'objectif de 1000 CPTS en 2022. L'objectif est d'aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. Il faut pour cela que les professionnels intéressés par le projet se coordonnent, qu'ils soient de premier ou second recours, libéraux, hospitaliers, médico-sociaux, voire sociaux. La seule contrainte est qu'ils doivent appartenir au même territoire et ainsi aider localement le système de soin. Une CPTS doit répondre à un besoin territorial, ce qui la distingue des maisons et centres de santé qui se créent pour mutualiser des patientèles. Les missions des CPTS « de service public » sont reconnues depuis 2019 :

- Faciliter l'accès aux soins, notamment pour les patients n'ayant pas de médecins traitants et pour accompagner au mieux les soins non programmés en ville
- Mettre en place un réel parcours territorial permettant le suivi des patients les plus complexes ou dépendants
- Initier des actions territoriales de prévention, de dépistage, de promotion de la santé en fonction des besoins du territoire
- Contribuer au développement de la qualité et de la pertinence des soins pour favoriser l'échange de bonnes pratiques médicales et soignantes
- Accompagner les professionnels de santé sur leur territoire, par exemple en facilitant l'accueil des stagiaires
- Participer à la réponse aux crises sanitaires par un plan d'action adapté.

La coordination des centres Covid est un exemple, en situation de crise, d'un fonctionnement quasi similaire. La coopération entre les secteurs médicaux et paramédicaux est effective dans les centres Covid. L'attractivité vers ces structures se fait par une localisation avantageuse, et

des moyens matériels partagés et à disposition de tous. Les structures locales aident par leurs moyens au système de santé et à une meilleure prise en charge du patient. La coordination ville-hôpital se voit par les partages logistiques et la discussion des cas sur la plateforme. Les relations entre professionnel de santé et la bonne coordination sont permise par le groupe présidé par le Pr GARCIA. Il n'y a eu aucune contrainte dans l'organisation mise en place durant cette première vague du Covid. La structuration s'est fait naturellement, spontanément et selon le souhait des soignants, pour accompagner au mieux le patient, et c'est une caractéristique des CPTS. Cette inclusion poussée est essentielle dans ce contexte, et peut donc être une base d'organisation pour asseoir le poids de ces communautés. L'adaptation territoriale, et l'expertise des différents acteurs, permettent durant cette période de répondre aux mieux aux besoins locaux. Il n'y a pas de vol de patientèle ou de tentative d'être au-dessus du médecin traitant par ces actions, mais plutôt une coordination plus large et complémentaire.

Si l'on reprend les actions de service public que doivent mener les CPTS, il y a de nombreux points que la coordination mise en place remplit :

- Accès aux soins : les patients qui n'ont pas de médecin traitant peuvent être vu en centres Covid, après un premier tri médical par appel du 15 ou à la MMG, puis ensuite suivi par la plateforme qui les oriente vers un médecin disponible si besoin.
- Parcours de soins : le parcours du patient suspect de Covid est sécurisé par la coordination mise en place et l'adaptation de locaux/cabinets en centre Covid. Le strict respect des règles sanitaires ainsi que l'adaptation des flux mis en place permet aux soignants d'exercer sereinement et au patient d'avoir un parcours standardisé et sécurisé.
- Le dépistage se met en place au niveau territoriale avec l'augmentation des capacités de test de façon progressive dans les centres ambulatoires.
- L'échange des bonnes pratiques médicales et soignantes se voit dans les réunions pluri-hebdomadaires entre les soignants participant au projet, ainsi que l'aide de la plateforme téléphonique comme numéro pour les soignants s'ils ont des doutes sur les recommandations.

La coordination départementale des centres Covid, appuyé par le DUMG de la faculté Montpellier-Nîmes, a permis de répondre à la crise sanitaire par un plan d'action adapté,

inclusive et basé sur la motivation et l'adhésion des soignants. Il paraît donc licite de penser que cette coordination est quasi similaire au projet de CPTS décrit dans les récentes lois.

La bonne marche de ce type de communauté tient aussi à une aide administrative efficace, ainsi qu'à un apport logistique et économique suffisant. L'apport de Céline VARRAULT a été essentiel sur le projet, que ce soit dans la coordination et la mémoire des actions. Une action de cet ampleur, sur l'ensemble du département, demande un temps non-médical, de travail logistique et administratif, aux soignants déjà très occupés. Pour que les CPTS deviennent une réalité efficace, il convient d'avoir une équipe administrative, non médicale, qui pourrait tenir cette tâche. Dans cette aventure des centres Covid, l'apport de Me VARRAULT a été admirable et très efficient. La pérennisation de cette organisation de soin, coordonnée et adaptée au local, nécessite des moyens humains, des acteurs formés à ces organisations, avec des compétences complémentaires, permettant ainsi de dégager les soignants à leur vocation face à des patients mis au cœur de ce projet volontaire et partagé.

## CONCLUSION

La crise sanitaire liée au Covid -19 demande une adaptation rapide du système de santé pour ne pas être dépassé par un ennemi invisible, dont la dangerosité reste à définir. Les systèmes politiques du monde entier créent une angoisse majeure dans ce contexte en ayant l'obligation de mettre en place des restrictions de libertés pour garder une sécurité sanitaire commune. Dans le Gard, sous la supervision du DUMG, une réelle coopération voit le jour entre soignants impliqués.

Des centres de premiers recours dédiés se créent rapidement à partir de structures locales préexistantes et adaptables. Un outil informatique hospitalier se gère par des internes de médecine générale, libérés de leurs obligations habituelles, pour assurer un suivi quotidien des patients contaminés. Il ressort de cette expérience un réel soutien psychologique et la création de liens dans une période qui tend à isoler. L'apport essentiel des maîtres de stages universitaires en médecine générale aide aux transferts d'information et à la coopération. Dans le cadre de cette crise sanitaire mais aussi psychologique, avec un recul drastique de nos libertés, une telle organisation est nécessaire et saluée par les intervenants, bien que partiellement reconnue par l'ARS et le gouvernement.

Pour le maintien de notre système de santé, basé sur un accueil et un soin prodigués à tous les nécessiteux, il convient de poser cette collaboration exceptionnelle et unique comme base de réflexion. L'apport de la télémédecine est une pierre angulaire du futur de la médecine, et semble parfaitement adapté à une problématique qui risque de prendre de plus en plus de place : la maladie mentale. Les liens entre hôpital et libéral s'affinent et s'améliorent à travers ces expériences et structures, et cette collaboration, si bien menée, permet d'envisager un parcours de soin plus complet et adapté au patient. Si les moyens économiques et logistiques sont mis, l'on peut imaginer que des plateformes de suivi ou des structures équivalentes puissent voir localement le jour, sur des problématiques diverses, pour décharger des soignants sous pression, et accompagner au plus proche des patients, demandeurs de mieux connaître et d'être acteur de leur santé. Pour accompagner au mieux ces structures et leur permettre pérennité et efficacité, il faut que des administratifs puissent aider et encadrer, pour laisser les soignants à leur fonction première. Cette crise a nécessité un dépassement, de tâche, de temps et d'engagement, pour tenir face à une menace inédite et d'ampleur internationale.

L'organisation territoriale et la coordination volontaire promue par le gouvernement à travers

les CPTS doit tenir compte de cet exemple. Une coordination sur l'ensemble d'un département est possible, si les médecins séniors et les étudiants travaillent ensemble, encadré par les collectivités locales et une aide administrative efficace, avec des moyens matériels et logistiques créés pour l'occasion. La notion de rester souple, de pouvoir s'adapter aux modifications de flux, pour ainsi ne pas mettre l'ensemble du système sous pression ressort de cette analyse.

D'un meilleur encadrement de la pratique médicale, en laissant les tâches de gestion et d'organisation à des partenaires dédiés, on arrive à une pratique sereine pour les soignants et un parcours de soin proche et adapté aux patients, quasiment de façon individuelle. Ainsi le soignant n'est plus noyé sous l'administratif et la logistique, parfois envahissante en pratique, et le patient se sent plus considéré, et se voit comme véritable acteur de sa santé. Les communautés professionnelles de santé peuvent être un véritable atout pour l'offre de soins française dans les années à venir, si les moyens humains, économiques, matériels et logistiques nécessaires y sont alloués. Si la coordination se fait efficacement, en trouvant appui sur la télémédecine et une aide administrative forte, ce sera un réel bénéfice, pour soignants et soignés.

## BIBLIOGRAPHIE

### Contexte:

\* Kai Kupferschmidt Jon Cohen « *This beast is moving very fast. Will the new coronavirus be contained—or go pandemic?*” Science - 05/02/2020

\* “Jon Cohen, Kai Kupferschmidt « *The coronavirus seems unstoppable. What should the world do now?*” –, Science - 25/02/2020

\* “Kai Kupferschmidt, Jon Cohen “*China’s aggressive measures have slowed the coronavirus. They may not work in other countries*” -, Science - 02/03/2020

### Résultats

1. Jané-Llopis E, Anderson P, Segura L, Zabaleta E, Muñoz R, Ruiz G, et al. Mental ill-health during COVID-19 confinement. *BMC Psychiatry*. déc 2021;21(1):194.
2. Substantial investment needed to avert mental health crisis [Internet]. [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>
3. Franck N, Zante E, Orfeuvre E, Tanguy-Melac A, Rolland B, Haesebaert F. Covid-19 et santé mentale. 2022;7.
4. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*. févr 2021;8(2):130-40.



## ANNEXE 1 :

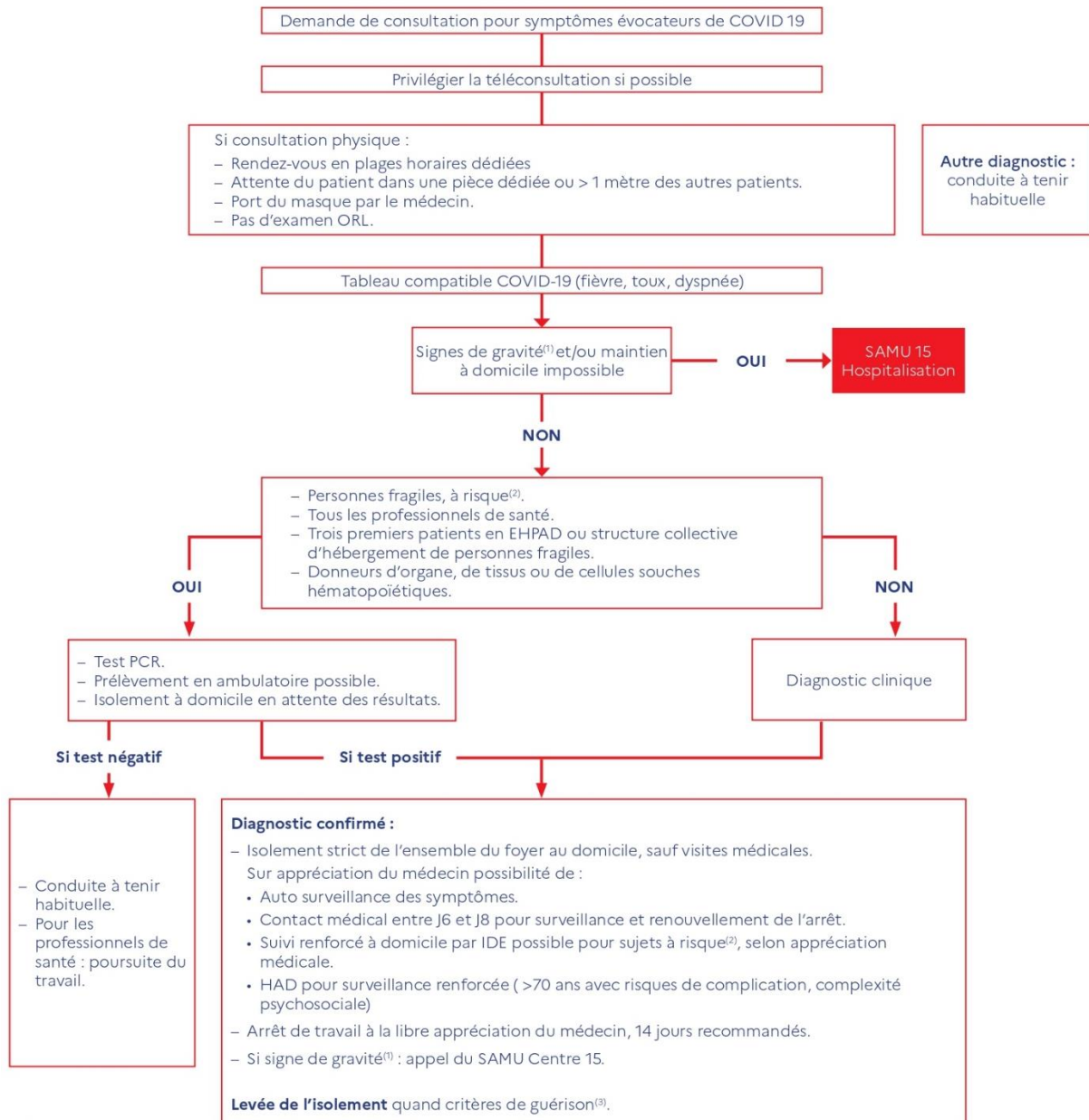


GOVERNEMENT

Liberté  
Égalité  
Fraternité

Coronavirus COVID-19

### PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN MÉDECINE DE VILLE



(1) Critères liés à la gravité :  
Détresse respiratoire nécessitant une hospitalisation en réanimation (SDRA) | Patients avec des symptômes évocateurs de COVID 19 hospitalisés pour une pneumopathie avec signes de gravité (pneumopathie hypoxémiante) | Polygnée (fréquence respiratoire > 22/min) | Oxygénémie de pouls (SpO2) < 90 % en air ambiant | Pression artérielle systolique < 90 mmHG | Altération de la conscience, confusion, somnolence | Déshydratation | Altération de l'état général brutale chez le sujet âgé.

(2) Sujets à risque  
Sujets âgés > 70 ans, patients aux antécédents cardiovasculaires (hypertension artérielle compliquée, antécédent d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV), diabétiques insulinodépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie, personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale, patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée, malades atteints de cancer sous traitement, immunodépression médicamenteuse (chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive), infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 < 200/mm<sup>3</sup>, immunodépression consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, malades atteints d'hépatopathie maligne en cours de traitement, malades atteints de cirrhose au stade B au moins, personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40 kg/m<sup>2</sup>), femmes enceintes à partir du 3<sup>e</sup> semestre.

(3) Critères de guérison  
En population générale : au moins 8 jours à partir du début des symptômes + disparition de la fièvre vérifiée par une température rectale inférieure à 37,8°C (mesurée avec un thermomètre 2 fois par jour et en l'absence de prise d'antipyrétiques dans les 12h précédentes) et au moins 48h après la disparition d'une éventuelle dyspnée (fréquence respiratoire inférieure à 22/min au repos). Pour les personnes immunodéprimées : au moins 10 jours à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale. Port d'un masque chirurgical de type II pendant les 14 jours suivant la levée du confinement lors de la reprise des activités professionnelles. Pour le personnel de santé non sujet à risque : au moins 8 jours à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale. Port d'un masque chirurgical de type II pendant les 7 jours suivant la levée du confinement lors de la reprise des activités professionnelles. Pour le personnel de santé sujet à risque : au moins 10 jours à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale. Port d'un masque chirurgical de type II pendant les 7 jours (14 jours pour les patients immunodéprimés) suivant la levée du confinement lors de la reprise des activités professionnelles. Pour le personnel de santé avec forme grave de COVID-19 : au cas par cas en lien avec le médecin du service de santé au travail.



## CRITERES DE PRISE EN CHARGE A DOMICILE DES CAS COVID-19

Date :	... / ... / 2020	Médecin SMIT :	
NOM :		PRENOM :	
Date naissance :	... / ... / .....	Adresse email :	→
Adresse:			
Tél :		CONFIRME PCR <input type="checkbox"/>	PROBABLE CLUSTER <input type="checkbox"/>
Début des symptômes :	... / ... / 2020	PEC INITIALE DOMICILE <input checked="" type="checkbox"/>	PEC INITIALE HOSPITALISATION <input checked="" type="checkbox"/>

Critères organisationnels logistiques	Oui	Non
Pièce dédiée, bien aérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès aux besoins de base (alimentaire, courses en ligne ou possibilité de recourir à une aide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas de personne fragile à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC dédié ou partagé sous réserve d'une hygiène stricte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'assurer que le système de traitement d'air ne diffuse pas vers des zones connexes du secteur d'isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critère organisationnel suivi santé	Oui	Non
Médecin traitant ou infirmière ou autre personne pour suivi toutes les 48h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom et tél du MT :		
Critères cliniques	Oui	Non
<b>• Critères d'exclusion</b>		
- Pneumopathies hypoxémiantes oxygénorequérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Terrain fragile		
Age > 70 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Co-morbidités respiratoires à risque de décompensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale dialysée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrhose ≥ stade B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète insulino dépendant ou requérant compliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patients immunodéprimés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>• Critères d'inclusion</b>		
Ayant été examiné par un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patients peu symptomatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans diagnostic autre évoqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cas d'hospitalisation préalable, le patient doit être éligible depuis 24h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La recherche de diagnostics différentiels respiratoires en fonction de la présomption clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eléments à apprécier au cours de la prise en charge à domicile	Oui	Non
Stabilité respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
État général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compatibilité psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de température bi quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée du confinement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confinement à domicile doit être poursuivi au moins pendant 14 jours à partir du début des symptômes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ PRISE EN CHARGE A DOMICILE :    Oui     Non

→ COVID-19 SUIVI SMS :            Oui     Non

## ANNEXE 3 :

### Réponses standardisées téléphoniques Plateforme 30 COVID-19

« Bonjour Mr/Mme, je me présente : Je suis le médecin d'une plateforme de suivi médical de Nîmes.

**Vous êtes bien Mr XXX ou Mme XXX ? »**

- ⇒ SI **OUI** : Demander une justification (date de naissance et adresse par exemple)
- ⇒ SI **NON** : Pouvez-vous me passer Mr XXX ou Mme XXX ?

#### ○ Les possibilités de réponses de notre interlocuteur :

- **Oui je vous passe** Mr XXX ou Mme XXX
- **Oui mais c'est pour quoi** : C'est suite à une consultation médicale et j'aimerais lui parler directement si cela est possible.
- **Oui mais il n'est pas là** :
  - Je le rappelle plus tard (dans la journée ou le lendemain—> dans ces cas-là bien noter dans les commentaires sans valider et bien tracer sur la feuille des patients qui ne répondent pas++) // *actuellement d'un point de vu informatique impossible de mettre un commentaire sans valider, on va voir si c'est possible de le changer*
- **Oui mais c'est de la part de qui** : Je suis le médecin d'une plateforme de suivi médical par téléphone, je ne peux pas vous en dire plus, le secret médical m'y empêche (attention si on répond l'hôpital il y a un risque d'inquiétude de la part de l'interlocuteur).
- **La personne raccroche** ou nous dit qu'elle n'a pas le temps : on le note dans le commentaire et on rappelle plus tard.

#### Réponse formalisée lorsque nous avons le patient au téléphone :

Vous avez été vu en consultation dans un centre COVID du Gard pour une suspicion d'infection au COVID-19/coronavirus.

Nous faisons un suivi par téléphone de tous les patients afin de savoir comment vous allez et je vous rappelle que vous avez donné votre accord pour ce suivi.

#### ⇒ Est-ce bien le cas ? :

- **OUI** : on continue l'appel
- **NON** : dans ces cas-là on lui conseille de contacter son médecin traitant pour le suivi et on raccroche.

Vous avez ce matin répondu (ou pas, à un SMS) et c'est pour cela que je vous appelle.  
**Êtes-vous d'accord pour répondre à quelques questions sur VOTRE ETAT DE SANTE ?**

⇒ Vous avez signalé ce jour par SMS :

- **Que votre état s'était un peu aggravé depuis hier**
  - Pouvez-vous me décrire vos symptômes ? (*Noter brièvement dans commentaires*)
  - Est-ce que vous mangez et buvez correctement ? (< 50 % à l'habituel ?)
  - Si **NON = réévaluation médicale clinique ou 15**
- **Ou que vous avez des difficultés à respirer ?**
  - Pouvez-vous me décrire vos symptômes ? (*Noter brièvement dans commentaires*)
  - Est-ce que vous avez remarqué que vous respirez plus vite ?
  - Avez-vous les doigts ou les lèvres qui deviennent bleus ?
  - + NON VERBALE : Ne finit pas ses phrases, fait des pauses pour respirer.
  - Si **OUI = réévaluation médicale clinique ou 15**
- **Ou que vous avez des difficultés à gérer votre quotidien ?**
  - Pouvez-vous me donner un peu plus d'informations sur vos difficultés ? (*Noter brièvement dans commentaires*)
    - Arrivez-vous à vous lever de votre lit ? vous déplacer ? vous faire à manger ? à faire des courses ? à aller aux toilettes ? Et si non à cause de quoi (état de santé ? Social ?)
  - Si **NON pour motif état de santé = réévaluation médicale clinique ou 15**
  - Si **NON pour motif social = contact nécessaire avec le MT**
- **Ou que vous ne vous sentez pas capable de continuer le confinement ?**
  - Pouvez-vous me donner un peu plus d'informations sur vos difficultés ? (*Noter brièvement dans commentaires*)
  - Etat de santé? Social?
  - Avez-vous besoin d'une aide psychologique ?

#### AVANT DE POURSUIVRE

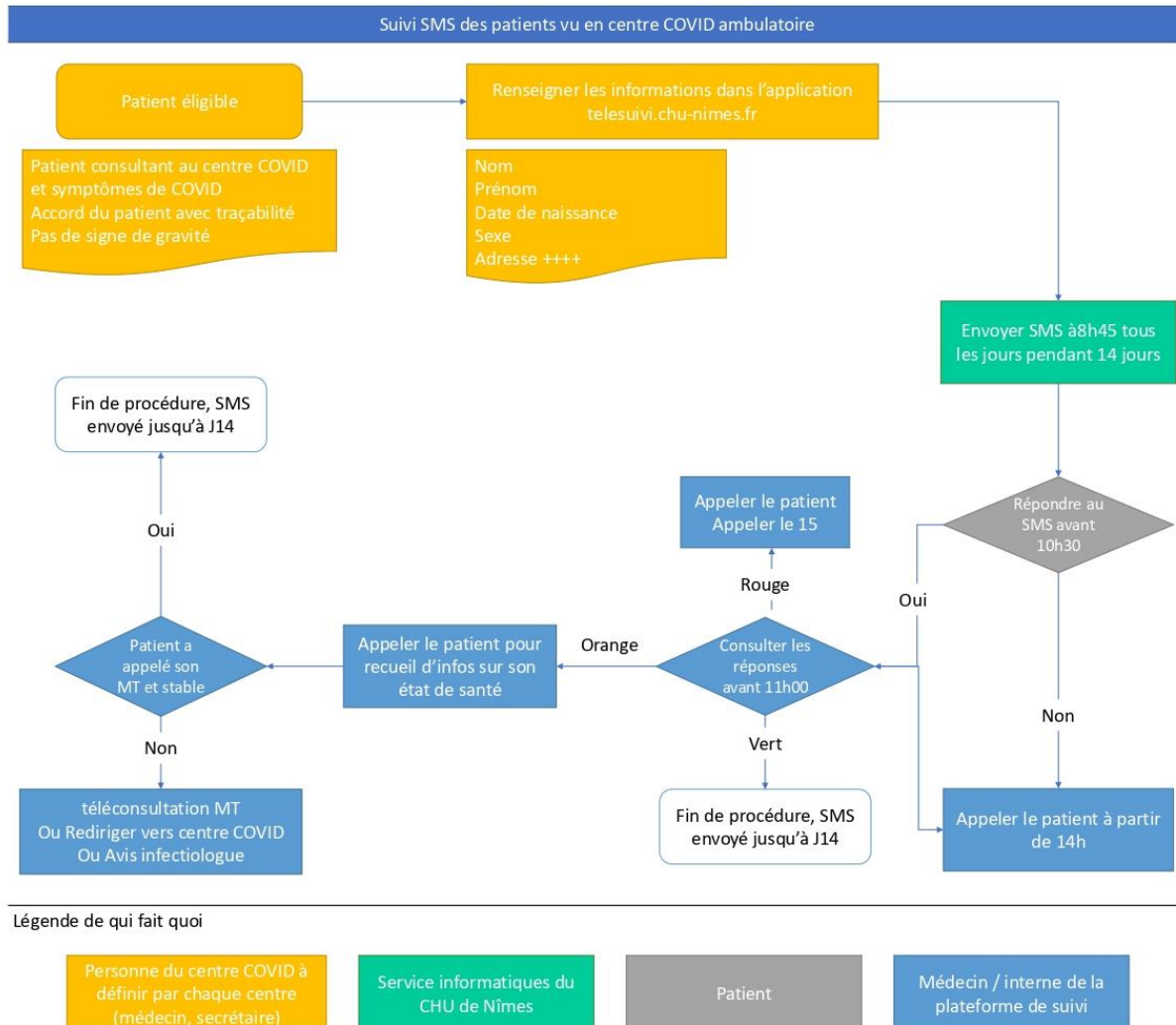
« Merci pour vos réponses, ne vous inquiétez pas, nous allons continuer l'entretien ..." »

#### Poursuite de l'entretien

- ⇒ **1/** Il semble que vous ayez besoin de revoir **un médecin pour être examiner**.  
Avez-vous contacté votre médecin traitant ?
- Si **OUI**, clôturer l'entretien avec une formule du style :

- “Vous avez bien fait. Il va vous (vous a) indiquer la conduite à tenir. Il peut vous revoir au cabinet si cela est possible ou en téléconsultation.  
Vous recevrez un nouveau SMS chaque jour à la même heure jusqu’à 14 jours après vos 1ers symptômes. C’est important que vous y répondiez. Si vous signalez une difficulté, un médecin de la plateforme vous rappellera comme aujourd’hui pour faire le point avec vous.”
    - Si **NON**, → « Il me semble important en l’absence de conseils de votre médecin traitant, que vous soyez réexaminé, par un des médecins du centre COVID dans lequel vous vous êtes rendus initialement. Vous recevrez un nouveau SMS demain jusqu’à 14j après le début de vos symptômes, *formule de politesse*. »
- ⇒ **2/** Il me semble que vous avez besoin d’aide à la maison, il serait bien de contacter votre médecin traitant, vous sentez vous capable de le faire ?
  - Si **NON** : « Nous allons le contacter pour vous, pouvez-vous me rappeler son Nom et lieu d’exercice ? Il vous recontactera après mon appel »
  - Si **NON je n’ai pas de médecin traitant** : « Je vais vous donner le numéro d’un médecin généraliste qui pourra vous accueillir ». ???
  - Si oui **OUI**: « Je vous laisse l’appeler. Je l’appellerai également dans la journée afin de savoir si vous l’avez bien eu au téléphone. »
- ⇒ **3/** Il me semble que vous avez besoin de soutien durant cette période difficile de confinement, il existe un numéro vert été mis en place au niveau national pour venir en aide gratuitement aux personnes, je peux vous donner ce numéro qui est le : **0800 130 000**. Il existe également des téléconsultations organisées par les psychologues dans la région. Votre médecin traitant peut également vous écouter et discuter avec vous en téléconsultation, rapprochez vous de lui.
- ⇒ **4/** Votre état de santé semble stable. Nous allons poursuivre votre suivi à domicile quotidien. Vous recevrez un nouveau SMS demain jusqu’à 14j après le début de vos symptômes .
  - “En cas d’aggravation de vos symptômes, notamment gêne respiratoire, n’hésitez pas à appeler votre médecin traitant ou le 15 si vous présentez une aggravation importante de votre état.
  - *Formule de politesse*”
- ⇒ **5/** Votre état de santé nécessite une hospitalisation en urgences, avez vous appelé le 15?
  - Si **NON** pouvez vous me confirmer que l’adresse que j’ai est bien la bonne « ... » et votre numéro est bien le « ... » , je vais contacter le 15 pour vous.

- Déverrouiller votre porte, restez au calme avec une personne de votre entourage, si vous êtes plusieurs, envoyer quelqu'un pour accueillir les pompiers à l'entrée de votre domicile



## Fiche de consignes pour les patients confirmés covid-19 pris en charge a domicile

Vous avez été confirmé pour une infection COVID-19

Les médecins qui vous ont pris en charge ont estimé que votre état de santé ne nécessitait pas (plus) d'hospitalisation, et que vous pouvez rester à votre domicile. Nous vous rappelons que la majorité des infections à COVID-19 sont sans gravité, et tout particulièrement chez les enfants.

### VOUS DEVEZ TOUTEFOIS RESPECTER LES CONSIGNES SUIVANTES :

- **VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT RESTER A VOTRE DOMICILE POUR UNE DUREE TOTALE DE 14 JOURS A PARTIR DU DEBUT DES SYMPTOMES (avec la durée d'hospitalisation si cas échéant) :**
  - N'allez pas travailler (un arrêt de travail spécifique évitant des pertes financières va être réalisé) ;
  - N'allez pas à vos activités de loisir ou dans des réunions publiques ;
  - N'allez pas faire vos courses vous-même : faites vous livrer à domicile ou par des proches en limitant les contacts et en portant un masque chirurgical lors de la réception de vos livraisons ;
  - Évitez particulièrement tout contact avec des personnes fragiles (personnes âgées, malades...), si vous ne pouvez faire autrement, porter un masque chirurgical, faites leur porter un masque, et limitez les contacts.
  
- **VOUS DEVEZ SURVEILLER VOTRE ETAT DE SANTE PENDANT TOUTE LA DURÉE DES SYMPTOMES :**
  - Surveillez votre température 2 fois par jour, et si vous ressentez des difficultés respiratoires ;
  - Être en contact avec le médecin traitant au cours de visites conventionnelles, d'appels téléphoniques ou de téléconsultations, ou avec une infirmière ou un tiers toutes les 48h afin de s'assurer de la stabilité respiratoire et de l'amélioration de l'état général ;
  - Dans de rares cas, l'infection COVID-19 peut se compliquer par une aggravation, notamment entre 7 et 10 jours après le début des symptômes, donc une attention particulière est nécessaire au-cours de cette période ;
  - En cas d'apparition de difficultés respiratoires, prenez contact directement avec le SAMU (centre 15) ;
  - Ne vous rendez pas directement chez votre médecin traitant ni aux urgences.

- **AU DOMICILE, VOUS DEVEZ :**
  - Rester au maximum dans une pièce dédiée, bien aérée visant à minimiser les contacts entre personnes et limiter la contamination des surfaces dans le logement ;
  - Dormir seul, dans une chambre sans autre personne ;
  - Aérez très régulièrement votre domicile ;
  - Vous laver les mains régulièrement (à l'eau et au savon) ou les frictionner avec une solution hydro-alcoolique, au moins 6 fois par 24h et systématiquement après vous être mouché ;
  - Éviter de porter vos mains au visage ;
  - Tousser ou éternuer dans votre coude ;
  - Utiliser des mouchoirs à usage unique ;
  - Nettoyer attentivement les WC avec un produit javellisé après chaque utilisation ou utiliser des WC séparés.
  - Ne pas utiliser l'aspirateur pour le nettoyage des sols car il génère des aérosols.
  - Nettoyer les sols et les surfaces (chaises, poignées de portes, ...) avec un bandeau de lavage imprégné, rincer à l'eau avec un autre bandeau de lavage, laisser sécher, puis désinfecter les sols avec une solution javellisée.
  - Laver vous-même votre linge et vos draps à une température  $\geq 60$  degrés et au moins 30 minutes. Transporter, sans les secouer, les draps et le linge à laver dans la machine à laver sans dépose intermédiaire dans le logement.
  
- **Porter un masque chirurgical :**
  - Chaque fois que vous êtes en contact avec d'autres personnes afin de réduire la diffusion des particules potentiellement infectieuses et ainsi protéger les personnes qui vous entourent. Le masque doit donc être porté par vous. Il n'y a pas d'intérêt à ce que vos proches non malades et vivant dans le même domicile en portent un ;

**CAS d'aggravation de l'état respiratoire et/ou d'apparition de signes extra-respiratoires (par exemple : diarrhée, confusion),  
appeler le SAMU-Centre 15.**



**ANNEXE 5 :**

# Fonctionnement de la plateforme de suivi des patients ayant consulté dans les centres COVID du Gard

## Table des matières

Objectifs de la plateforme : .....	2
Ressources nécessaires .....	2
1. Ressources humaines : .....	2
2. Ressources matérielles : .....	2
1 <sup>er</sup> objectif : Pour les appels des professionnels .....	2
2 <sup>ème</sup> objectif : le suivi des patients.....	2
1. Procédure suivi patient ayant consulté dans un centre COVID du Gard .....	2
2. Aide à l'utilisation de l'application .....	5
3. Fiche explicative pour le suivi des patients ayant consulté dans un centre COVID .....	11

## Objectifs de la plateforme :

- 1 – Répondre aux questions des professionnels MD et IDE au moyen d'un 0800
- 2 – Assurer un suivi quotidien des patients ayant consulté dans les centres COVID

## Ressources nécessaires

### 1. Ressources humaines :

- Coordination/Supervision : Pr michel AMOUYAL
- Mise en place technique et lien avec le SMIIT : Dr Claudine Gras-Aigon
- Coordination Opérationnelle sur site :
- Dr Forian Komac, Dr Patrick Dutilleul, Pr Michel Amouyal  
Internes de médecine générale

Planning de présence des IMG : de 8h45 à 18h30 par tranche de 5 heures avec la présence de 2 à 3 IMG/tranche, 7jours/7

### 2. Ressources matérielles :

- Dans un premier temps la plateforme a été hébergée dans un bureau de la MMG et transférée dans un lieu dédié prêté par la ville de Nîmes
- Salle dédiée ;
- 1 ordinateur pour chaque personne présente sur le site ;
- Connexion internet
- 1 téléphone pour chaque personne présente sur le site

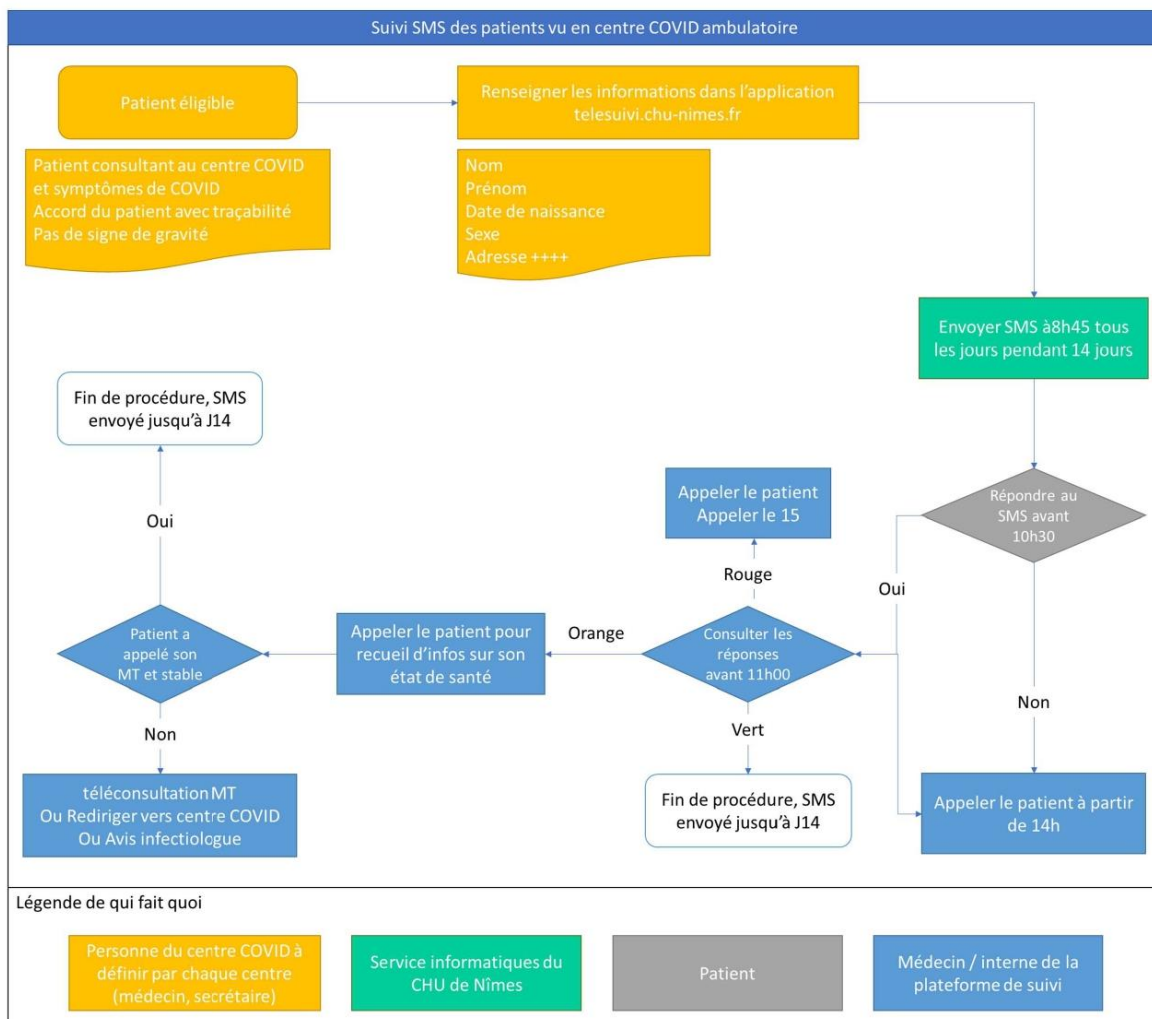
## 1<sup>er</sup> objectif : Pour les appels des professionnels

Numéro 080008335 mis en place par le département du Gard

Les internes répondent sous la supervision du référent et ont été formés pour être en capacité de répondre. Ils ont à disposition des fiches techniques.

## 2<sup>ème</sup> objectif : le suivi des patients

1. Procédure suivi patient ayant consulté dans un centre COVID du Gard



> **Chaque Centre COVID** doit s'organiser pour saisir les informations des patients dans l'application Web.

Il doit désigner un ou plusieurs personnes pour :

- Décider de l'éligibilité du patient à intégrer la plateforme de suivi selon les critères suivants :
  - Patient consultant au centre COVID
  - Confirmation clinique du COVID
  - Le patient ne présente pas de signe de gravité
- Recueillir l'accord du patient (feuille de consentement)
- Remettre une fiche explicative sur le suivi par l'outil SMS.
- Saisir les informations du patient (Nom, Prénom, Date de naissance, sexe, numéro de téléphone, adresse, date des premiers symptômes) dans l'application Web.

> **Le Service Informatique du CHU** déclenche l'envoi SMS à 8h45 tous les jours pendant 14 jours

> Le Patient doit répondre au SMS jusqu'à 10h30. Il doit répondre à 4 questions :

- État s'est-il aggravé depuis hier ? Non (VERT) / Modéré (ORANGE) / Beaucoup (ROUGE)
- Difficulté respiratoire ? Non (VERT) / Modéré (ORANGE) / Beaucoup (ROUGE)
- Difficulté à gérer le quotidien ? (Habillage, manger etc.) : Non (VERT) / Oui (ROUGE)
- Capable de continuer le confinement ? Non (ROUGE) / Oui (VERT)

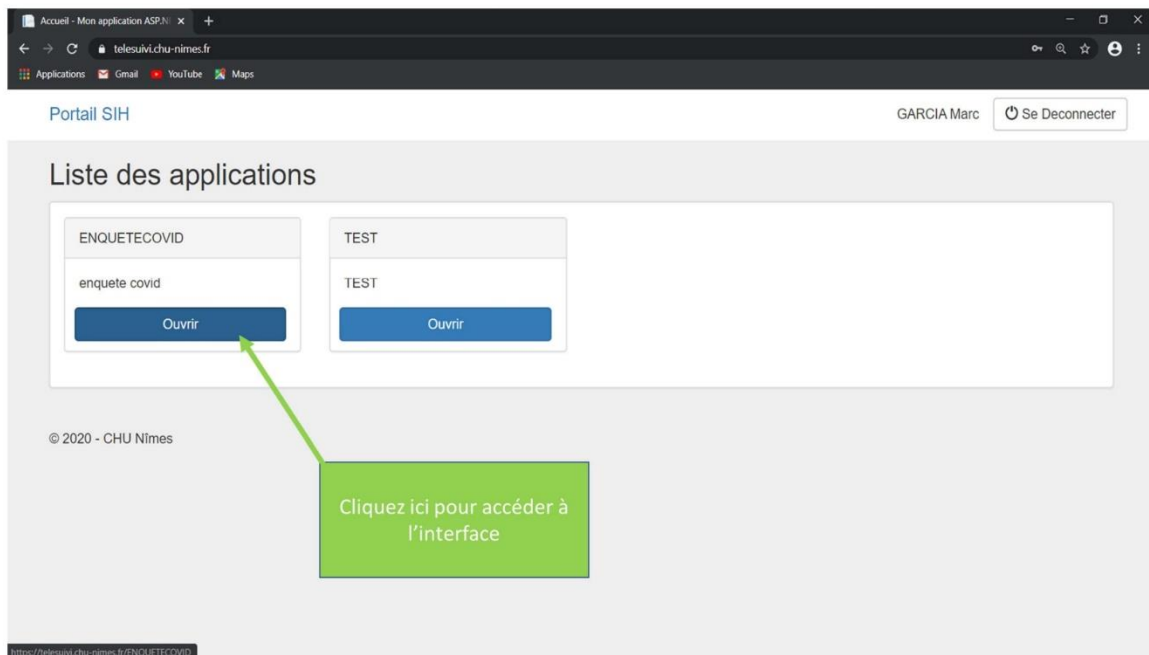
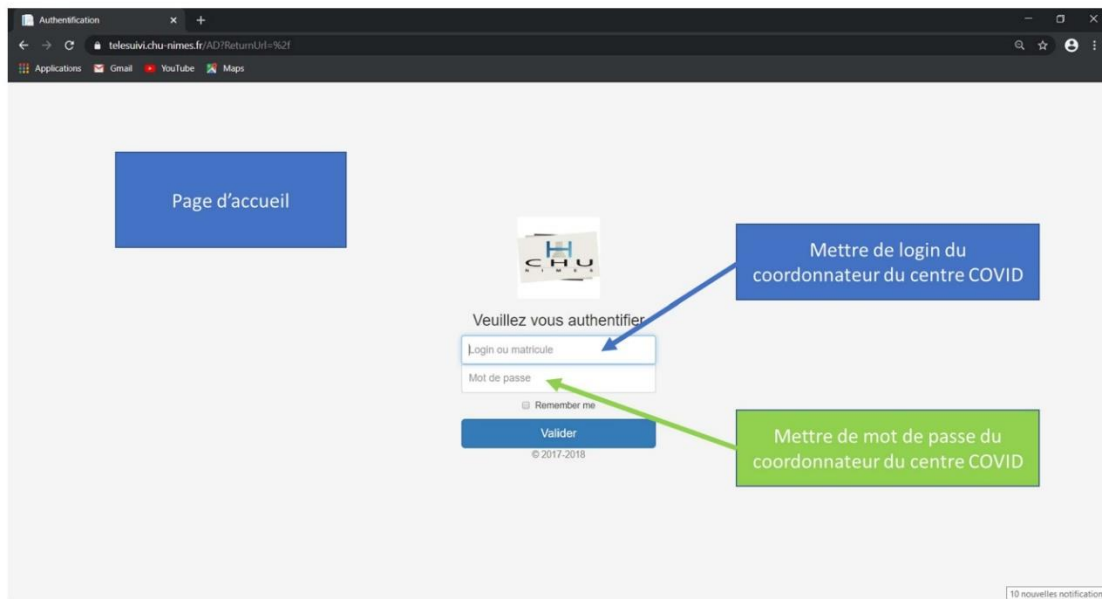
#### > La plateforme de suivi des internes

Après une période de test à partir de la MMG de Nîmes permettant de stabiliser le dispositif, les différents centres covid du Gard ont été inclus progressivement, avec attribution de codes spécifiques.

ID centre	Nom du centre	Nom du coordinateur	Prénom coordinateur	téléphone	email	Etat	Droit acces	date actif
2	MMG Nîmes	Garcia	Marc	[Données anonymisées pour mise en ligne]		identifiants de connexion reçu	2- MMG Nîmes	30/03/2020
4	Vauvert	Cuisier	Michèle			identifiants de connexion reçu	4- Vauvert	06/04/2020
5	Calvisson	Falancher	Mathieu			identifiants de connexion reçu	5- Calvisson	06/04/2020
6	Uzes	Fidry	Julie			identifiants de connexion reçu	6- Uzes	06/04/2020
7	Boullargues	Austard	Marial			identifiants de connexion reçu	7- Boullargues	15/04/2020
8	Remoulins	Serayet	Philippa			identifiants de connexion reçu	8- Remoulins	07/04/2020
9	Gardonnenque	Grau	Manuel			identifiants de connexion reçu	9- Gardonnenque	07/04/2020
11	Vergèze	Badin	Mélanie			identifiants de connexion reçu	11- Vergèze	10/04/2020
15	Roquemaure	Bourdrel	Damien			identifiants de connexion reçu	15- Roquemaure	10/04/2020
14	Sommèrès	Perrin Juif	Sophie			identifiants de connexion reçu	14- Sommèrès	14/04/2020
10	Nîmes ZUP	DEBAKRE	Annabel	identifiants de connexion reçu	10- Nîmes ZUP	NA		

1. Si le patient a répondu et qu'une des réponses est rouge :  
Il est rappelé en priorité par un interne qui évalue la gravité et appelle le 15 si besoin pour hospitalisation
2. Si le patient a répondu et qu'une des réponses est orange  
Il est rappelé par un interne qui évalue les critères de gravité. En fonction de cette évaluation :
  - Le patient est réorienté vers son médecin traitant pour faire une téléconsultation  
ou
  - Le patient est redirigé vers le centre COVID initial pour une réévaluation en consultation physique
3. Si le patient a répondu et que toutes les réponses sont vertes  
Le patient n'est pas rappelé. Il reçoit un SMS le lendemain et la procédure recommence
4. Si le patient n'a pas répondu  
Un nouvel SMS est renvoyé à 12h00. En l'absence de réponse à 14heures, le patient est rappelé systématiquement par les internes

## 2. Aide à l'utilisation de l'application



Page principale

The main screenshot shows a web application interface for COVID-19 patient management. At the top, it displays '11 patients au total' and 'Patients non validés: 2'. Below this is a table with columns: Nom naissance, Sexe, Prénoms, COIN, Etat, Contact, ETAT, RESPIRATION, QUOTIDIEN, CONFINEMENT, and Validation. The table lists 11 patients with their names and various status indicators. A green callout box points to the 'Cohorte' button in the left sidebar, stating: 'Cliquez sur Cohorte : pour accéder l'ensemble des patients saisis dans le centre'. A yellow callout box points to the 'Ajouter cohorte' button, stating: 'Cliquez Ajouter cohorte: pour accéder ajouter un patient dans la base'. A blue callout box points to the 'SMS' button, stating: 'Cliquez ici pour accéder à la liste des patients du jour qui doivent répondre aux SMS'. To the right, there are three smaller inset screenshots: the top one shows a 'Gestion des cohortes - 15 patients' table; the middle one shows a form for adding a new patient; the bottom one shows a 'Patients au total' table with a bar chart below it.

C'est à partir de cette interface que les internes rappellent les patients s'ils sont rouge ou orange.

Pour ajouter un patient dans le suivi il faut cliquer dans AJOUT COHORTE. La fenêtre s'ouvre et permet de saisir un nouveau patient.

## Fenêtre pour ajouter un patient

Connexion x Paramètres - Création d'une cohorte x +

telesuivi.chu-nimes.fr/ENQUETECOVID/Cohorte/Create

Applications Gmail YouTube Maps

Paramètres - Création d'une cohorte GRASAYCON Se Déconnecter

### Enquête Covid

#### Création d'une cohorte

Identifiant externe

Contexte : AMBU car patient vu en centres CVOID

Identifiant externe du patient (ex:IPP)

Contexte\*

AMBU

Nom de naissance\*

Nom d'usage

Prénom\*

Date de naissance\*

jj/mm/aaaa

jj/mm/aaaa

Sexe\*

I

Adresse\*

L'adresse doit être renseignée avec le plus de précisions au cas où besoin de déclencher SMUR

CodePostal

00000

Ville\*

Etude\*

COVID

Centre\*

2 - Maison Médicale de Gardé Nîmes

Date 1er symptôme\*

jj/mm/aaaa

jj/mm/aaaa

Test au Covid\*

Positif

Test au Covid : Positif; Négatif ou non réalisé

Contact\*

06XXXXXXXX ou 07XXXXXXXX

Type de contact\*

GSM

Commentaires

\* Champs obligatoires

Ajouter le patient

Cliquer sur ce bouton pour ajouter le patient dans le suivi. Il faut avoir son accord

© 2020 - CHU Nîmes

Fenêtre de gestion de l'ensemble des patients saisis dans l'outil

**Gestion des cohortes - 15 patients**

Recherche multi-critères: Filtre par état: Actif, Filtre par étude: Tous, Filtre par Centre: Tous. [Rechercher]

ID	NomUsage	Prénom	DateNaissance	Sexe	Contact	Centre	Contexte	Inclusion	Modifier	Désactiver	Historique
169		JULIETTE		F		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	31/03/2020			
185		MONIQUE		F		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	01/04/2020			
188		KARINE		F		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	01/04/2020			
187		PEGY		F		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	01/04/2020			
170		LAURE		F		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	31/03/2020			
174		FADILA		F		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	31/03/2020			
190		YANICE		M		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	01/04/2020			
168		LEA		F		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	31/03/2020			
172		MAGALI	21/07/1980	F		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	31/03/2020			
189		MOURAD	20/03/1963	M		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	01/04/2020			
175		Nicolas	21/04/1999	M		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	31/03/2020			
173		MARGOT	17/06/1985	F		2 - Maison Médicale de Gard Nîmes	AMBU	31/03/2020			

Fenêtre de suivi des réponses des patients

**11 patients au total** Patients non validés : 0, 1, 0, 10

Recherche par date: 02/04/2020, Validation: Tous, Filtre par Centre: 2 - Maison Médicale de Gard Nîmes, Filtre par Etude: COVID. [Rechercher]

ID	Nom naissance	Nom usage	Prénom	DDN	Sexe	Contact	ETAT	RESPIRATION	QUOTIDIEN	CONFINEMENT	Validation
Détails	169		JULIETTE		F						Validation
Détails	185		MONIQUE		F						Validation
Détails	188		KARINE		F						Validation
Détails	187		PEGY		F						Validation
Détails	170		LAURE		F						Validation
Détails	174		FADILA		F						Validation
Détails	168		LEA		F						Validation
Détails	172		MAGALI	21/07/1980	F		1	2	1		Validation
Détails	175		Nicolas		M						Validation
Détails	173		MARGOT	17/06/1985	F						Validation
Détails	171		LEA		F						Validation

<https://telesuivi.chu-nîmes.fr/ENQUETECOVID/Reponses/DetailCovid/170>



### 3. Fiche explicative pour le suivi des patients ayant consulté dans un centre COVID

#### **MODELE DE NOTE D'INFORMATION PATIENT destiné au recueil de son consentement.**

Madame, Monsieur,

Vous avez consulté au centre COVID de .....

Vous présentez les symptômes du coronavirus.

Un suivi pendant 14 jours est nécessaire.

Il faut que vous contactiez votre médecin traitant dès demain pour l'informer de votre passage au centre COVID..... et qu'il puisse suivre votre état de santé.

En parallèle, vous avez accepté d'être suivi par un système de suivi par SMS. Pour cela vous avez donné votre accord pour recevoir pendant 14 jours un SMS et répondre aux questions sur votre état de santé.

Les SMS sont envoyés à 8h45 tous les jours pendant 14 jours.

Ces 4 questions sont le reflet de votre état de santé dans le contexte du coronavirus.

Chaque jour, en fonction de vos réponses, vous pouvez être rappelé par la plateforme. Il se peut que ce soit un numéro masqué nous vous demandons de répondre.

Je soussigné(e), accepte librement de participer au suivi proposé par le centre COVID. J'ai reçu l'information nécessaire au fonctionnement de ce suivi par SMS.

NOM Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

## **ANNEXE 6 : suivi des questions des professionnels de santé**

### **QUESTIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

Chacun peut remplir le formulaire pour chaque ITEM qui ont pu poser des difficultés lors d'appel de professionnel ou si de nouvelles recommandations sont sorties: (Merci de respecter la mise en forme et citer vos sources)

#### **VACCINATION :**

- Poursuite **vaccination** jusqu'à l'âge de 2 ans, reporter si > 2 ans pour éviter le risque de contamination. Poursuite des consultations obligatoires < 2 ans (*Sources: AFPA*)
- Patients nécessitant une injection contre le Pneumocoque doivent être vaccinés (*Sources: Coronaclis*)

#### **ARRÊT DE TRAVAIL :**

- **Si résultat du test positif ou patient suspect :**
  - **Arrêt de travail de 14 jours** depuis le début des symptômes si télétravail impossible.
  - Modalités :
    - Réalisé par le médecin, télédéclaration possible sur ameli.fr sans carte vitale
    - Feuillet employeur : envoi par mail ou récupéré par au cabinet par proche asymptomatique.
- **Si cas contact d'un patient symptomatique :** Si les lignes directrices continuent de mentionner que l'identification des cas contacts à haut risque relève des ARS, il n'y a pas lieu, en phase 3 de l'épidémie, de prescrire un arrêt de travail aux cas contacts asymptomatiques.
  - **NEW 04/04 :** Les personnes « contacts » peuvent être amenées à respecter une **période d'isolement de 14 jours. En l'absence de possibilité de télétravail, elles peuvent bénéficier d'un arrêt de travail. La durée de l'arrêt de travail est de 20 jours au maximum.** Des mesures particulières sont appliquées aux soignants à risque de Covid-19 graves afin d'assurer la continuité du service tout en les protégeant au maximum. Pour les administrations qui travaillent en plan de continuité d'activité (PCA), les personnes « contacts »
  - Définition cas contact étroit de la manière suivante : « Un contact étroit est une personne qui, à partir de 24h précédant l'apparition des symptômes d'un cas confirmé, a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas ou pendant plus de 15 minutes, lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats. ».

- **Si personne présentant des FDR de Covid-19 grave** : arrêt de travail de 21 j
  - Si patient en ALD ou grossesse au 3ème trimestre : **le patient le déclare directement sur [déclaré.ameli.fr](https://declare.ameli.fr)**
  - Le volet 3 à retourner à l'employeur sera adressé dans un délai de 8 jours suivant la déclaration.
- **Si personne nécessitant d'une garde d'enfants < 16 ans et télétravail impossible**
  - L'employeur fait la déclaration sur [declare.ameli.fr](https://declare.ameli.fr)
  - Si professionnels libéraux : 0811707133 ou 09.72.72.21.12 (assurance maladie/ indemnités journalières)
- *Sources:*
  - <https://declare.ameli.fr/assure/conditions>
  - Ministère des solidarités et de la santé. Annexe 6. Délivrance des arrêts de travail et versement des indemnités journalières (page 33) – 18 mars 2020
  - Coronacliv
  - <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2020/03/Infog12ARRET.pdf>

## **DÉCÈS :**

- Noter « COVID+ » si forte suspicion ou test positif sur la partie cachée et découverte du certificat de décès
- **Si le décès survient au domicile :**
  - **Précaution standard + complémentaires gouttelettes + contacts par médecin.**
  - Allo entreprises funéraires
  - Brancard recouvert d'un drap à usage unique est apporté dans la pièce pour y déposer le corps + corps dans une housse mortuaire imperméable avant transfert vers une chambre funéraire ou un IML, avec identification de la personne décédée et l'heure de décès inscrits sur la housse.
  - La housse est fermée, en maintenant une ouverture de 5-10 cm en haut si le corps n'a pu être présenté aux proches et doit l'être en chambre funéraire.
  - Le corps dans sa housse est déposé sur le brancard et la housse est recouverte d'un drap ; cette procédure permet de gérer le risque infectieux en toute sécurité
- *HCSP avis du 24/03/2020*  
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=786>

## **TRAITEMENTS :**

- **PAS** de prescription de Chloroquine et d'azithromycine en l'état actuel des connaissances et en dehors des essais cliniques qui sont en cours. **A réévaluer en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques. Le 30/03 : PTU par ANSM, SEULEMENT A L'HOPITAL**

- **CONTRE-INDICATION** aux **AINS** ou **corticoïdes** (Même cutanée ++)  
notamment en cas d'anosmie (pas de lavage de nez non plus pour éviter la dissémination) (ttt symptomatique), SAUF si traitement de fond M° chronique (Ne pas l'arrêter)
- En cas d'apnées du sommeil : **Arrêter la PPC** dès qu'il y a des symptômes car risque important de dissémination du virus pour l'entourage.
- Pas de modifications PEC Asthme - BPCO (!! nébulisation peut disséminer V : protection soignants et entourage !)
- **Site pour les patients concernant auto médication :**  
<https://www.covid19-medicaments.com>
- *Sources:* Antitiblic / Groupes travail SPLF sur PEC asthmatiques et BPCO.

## **HOSPITALISATION A DOMICILE**

xxx

## **MASQUES :**

- **La Société française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) recommande (au 17/03/2020)**
  - De ne pas dépasser une durée maximale de 4h pour le port d'un même masque chirurgical anti-projection selon la notice d'utilisation du fabricant.
  - De ne pas dépasser une durée maximale de 8h pour le port d'un même appareil de protection respiratoire de type FFP selon la notice d'utilisation du fabricant.
  - De ne pas utiliser d'autres types d'écrans à la place des masques chirurgicaux (ex. masques en tissu, masques en papier, chiffons noués derrière la tête), du fait de données scientifique.
- **Société Française de Médecine du travail recommande (30/03/2020)**
  - D'équiper tous soignants au contact patients de masques chirurgicaux
  - D'accueillir avec FFP2 les COVID si risque d'aérosolisation
  - Si pénurie, possible d'enlever et remettre un FFP2 pendant les 8 h si manipulation prudente
- **Les masques de confection en SMS (feuille d'emballage de stérilisation) peuvent être proposés dans les indications suivantes:**
  - pour du personnel hospitalier présentant des symptômes respiratoires non présent dans les services de soins et non au contact des patients : administratif, logistique...
  - lors de déplacement en dehors des services de soins selon les éventuelles préconisations de l'établissement
  - pour les patients Covid19+ en retour à domicile

Sources

<https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-SF2S-SF2H-Matériaux-alternatifs-pour-la-confection-de-masques-chirurgicaux.pdf>

## DÉPISTAGE

- Pour les professionnels de santé **symptomatiques** :
  - **Sur Nîmes**
    - Hôpital : pour les professionnels qui sont indispensables au service (médecins, policiers etc..) on peut appeler nous le numéro de la plateforme 15 — [Données anonymisées pour mise en ligne] (ne pas donner le numéro) pour savoir s'ils rentrent dans les critères de dépistage de l'hôpital
    - Il existe un drive de prélèvement sur le parking du laboratoire **Labosud de Carré Médical réservé aux professionnels de santé symptomatiques**. Le numéro d'appel de la régulation pour prendre rendez vous est le [Données anonymisées pour mise en ligne] **ou de 8h à 18h**. Adresse : 490 Rue Yves Sigal, 30900 Nîmes.
    - **Les laboratoires bioaxiome vont bientôt ouvrir un centre au Mas Carbonnel réservé lui aussi au professionnel de santé symptomatiques** 04 66 01 74 10. Adresse : 226 Allée de Séville, 30900 Nîmes (dès que j'ai la date de mise en service je vous la communique Claudine)
    - **Labosud** : Les rendez-vous seront pris via notre ligne de régulation accessible au 04.66.04.86.56, ouverte de 8h à 18h.
  - **Sur Alès**
    - Il existe un drive de prélèvement sur le parking de la clinique Bonnefon laboratoire **Labosud Adresse : Parking de la clinique Bonnefon, 45 avenue Carnot - Tél: 04 66 54 98 78**
- Les patients présentant des signes de Covid-19 ne sont plus confirmés par test biologique. Seuls certaines indications font encore l'objet de tests systématiques pour recherche du virus SARS-CoV-2 : (cf infra)
  - Sur Nîmes :
    - **Hôpital**: n° xxx : le médecin traitant doit forcément appeler le 15 pour ensuite pouvoir joindre le CAREB si le 15 retient une indication de PCR, nous n'aurons pas le numéro direct du CAREB (je suis allée leur demander directement)
    - **Labosud**: Pour prise de rendez vous, le **PATIENT** (et non le MT) doit appeler le **04 66 04 86 56**, ouvert de 8 a 18h.

Ils testent les patients symptomatiques avec comorbidités ayant une prescription médicale pour “recherche covid19” (augmentation des dépistages) : noter fdr + signes cliniques sur l’ordonnance

(mail Ordres de Médecins du Gard)

■ **Les laboratoires bioaxiome au centre Mas Carbonnel** de 9h à 13h et de 14h à 17h.

- professionnel de santé symptomatiques
- patients symptomatiques avec comorbidités
- Tél: 04 34039597 . Adresse : 226 Allée de Séville, 30900 Nîmes.

Faire une prescription médicale à envoyer sur le mail:

[rdv.covid@bioaxiome.com](mailto:rdv.covid@bioaxiome.com) + les contacter par téléphone.

● **Indications des tests PCR :**

- Les patients hospitalisés pour un tableau clinique évocateur de Covid-19
- Les trois premiers patients résidant en EHPAD et en structures collectives hébergeant des personnes vulnérables présentant un tableau clinique évocateur de Covid-19
- Tous les professionnels de santé dès l’apparition des symptômes évocateurs de Covid-19 ;
- Les personnes à risque de formes graves et présentant des symptômes évocateurs de Covid- 19
- Les femmes enceintes symptomatiques quel que soit le terme de la grossesse
- Les donneurs d’organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques
- **NEW 04/04:** Les trois premiers patients dans le cadre de l’exploration d’un foyer de cas possibles au sein d’une structure d’hébergement collectif (en particulier collectivités de personnes âgées mais aussi lieu d’accueil pour les personnes avec un handicap, milieu carcéral, caserne, résidence universitaire...). De plus, les personnels symptomatiques des opérateurs d’importance vitale sont également prioritaires pour la réalisation des tests de diagnostic
- **NEW 08/08 : pour les EHPAD / USLD**
  - Si un résident est diagnostiqué positif au Covid-19 dans la structure : réalisation du dépistage de tout le personnel et de tous les résidents de la structure.
  - Si un personnel de la structure est diagnostiqué positif au Covid-19 : réalisation du dépistage de tout le personnel et de tous les résidents de la structure.
  - Mail reçu par les médecins coordonnateurs d’EHPAD / A voir comment cela se passe en pratique (Source : ARS)

### **IMAGERIE :**

- **Pas de place pour la radiographie thoracique.** Si une imagerie est indiquée, réaliser un scanner.
- Indications du scanner : diagnostic suspecté ou confirmé + signes de gravité clinique (dyspnée, désaturation...) relevant d'une prise en charge hospitalière.

### **GUÉRISON :** Levée d'isolement

- **A partir du 8ème jour après les premiers symptômes si:**
  - absence de fièvre pendant 48H
  - ET absence symptômes respiratoire pendant 48H (la toux ne compte pas comme symptôme respiratoire)
- **Immunodéprimés : au moins 10 jours après 1er symptôme**
  - + comme population générale
  - + Port masque chirurgicale pendant 10 jours si reprise professionnelle.
- **Personnels de santé :**
  - Sujet non à risque : idem pop générale + **masque chirurgicale 7 jours** lors reprise professionnelle.
  - Sujet à risque : 10 jours + idem pop générale + masque chirurgical 7 jours (14J si ID) lors reprise professionnelle.

**Dans les 7 jours suivant la levée du confinement, il est recommandé d'éviter les contacts rapprochés avec des personnes à risque de forme grave**

*Souces*

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/covid-19-informations-aux-professionnels-de-sante/article/covid-19-prise-en-charge-en-ambulatoire>

### **GYNÉCOLOGIE :**

- **Allaitement :**
  - Pas de preuve à ce jour d'une transmission par le lait. Le risque semble avant tout lié à une transmission par voie aérienne.

- Si la mère présente des symptômes, pas de contre-indication mais prendre toutes les précautions (dont lavage des mains avant de toucher l'enfant, port du masque pendant l'allaitement).
- Si extraction du lait, envisager que le lait soit donné à l'enfant par un tiers non infecté.
- **Contraception :**
  - Renouvellement : ordonnance ok jusqu'au 31 Mai, pharmaciens autorisés à délivrer la pilule contraceptive si impossibilité à faire renouveler ordonnance.

Sources :

- Antibiocliv
- Gouvernements.fr/info-coronavirus

### **SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE :**

- Un dispositif national grand public de soutien psychologique au bénéfice des personnes qui en auraient besoin est déployé à **partir du numéro vert 0 800 130 000**
- Des psychologues proposent des téléconsultations
- INTER MED propose à tous les médecins : prendre soin du soignant : (dans les maisons médicales de garde du Languedoc Roussillon) : **04 66 40 04 72**
- Site de [pédopsychiatrie de Robert Debré](#) avec beaucoup de ressources (méditation...)
- La Croix Rouge a ouvert une ligne téléphonique : [09 70 28 30 00](#) / 0800 858 858
- L'association Psychologues sans frontières propose un numéro vert : [0 805 383 922](#)
- Conseil National de l'Ordre des Médecins: 0800 288 038
- Ministère : 0800 800 854 (tous professionnels de santé), 0826 000 401 (médecins et internes)

### **COMORBIDITÉS :**

- $\geq 70$  ans
- Insuf Respi Chronique, Rénale dialysée, Cardiaque  $\geq$  NYHA III
- Cirrhose  $\geq$  stade B
- Terrain cardio-vascu / diabète compliqué ou insuliné
- Immunodépression : Med / VIH *CDA* < 200 / Greffé / Cancer sous ttt
- IMC > 40
- Grossesse T3

*Sources : lignes directrices téléconsultation Ministère Santé - 19/03*

### **EXAMEN DE ROUTINE SI COVID**

- Que faire si le patient COVID + a besoin d'une écho -> adresser sur CH / CHU



**Suivi des patients sans Médecin traitant:**

- On dit au patient d'appeler le 3646 c'est le numéro de la sécurité sociale qui se charge de réorienter ce type de patient

**NUMEROS UTILES:**

- 0 805 232 336: écoute psychologique pour le personnel soignant
- 0 805 383 922: écoute psychologique pour la population générale
- 09 72 39 40 50: SOS amitiés, écoutant bénévoles
- 0 800 130 000: urgence médico psychologique
- 119: enfant en danger
- 3919: femmes victimes de violences et leur entourage
- 3646: plateforme assurance maladie

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## Résumé :

Introduction : L'épidémie de Covid-19 bouleverse le paysage sanitaire mondial et français. Des actions locales spontanées se mettent en place comme les centres Covid et la plateforme Covid-30 dans le Gard. Les internes de médecine générale ont été des acteurs essentiels de ces dispositifs et il convient d'interroger leur ressenti.

Méthodologie : Analyse action/recherche sur le fonctionnement de la plateforme et des centres. Analyse qualitative thématiques suite entretiens avec les internes.

Résultats : Les centres Covid dans le Gard sont des lieux de soins dédiés à l'accueil sécurisé du plus grand nombre de patients suspect à partir de la phase 3 de l'épidémie. Ils sont les témoins d'une adaptabilité locale dans diverses structures, de soins ou non. Ils sont le fruit d'une organisation spontanée entre la médecine de ville et l'hospitalière médiée par le DUMG La plateforme Covid-30, initialement créée par le service d'infectiologie du CHU de Nîmes, a permis un télésuivi efficace des patients contaminés. L'offre de soin s'est adaptée à un système de sms et une plateforme téléphonique gérée par des internes de médecine générale séniors. Pour ces derniers, cette organisation rapide et efficace a permis un lien social, un lien professionnel et un soutien psychologique, pour les patients et soignants. Il y a aussi eu un intérêt pédagogique, que ce soit par rapport à une maladie endémique nouvelle comme par rapport à la télémédecine et son intérêt pour le futur.

Discussion : Les retombées positives d'une telle organisation laissent à penser que cette coordination est intéressante dans l'organisation future du système de soin français. Un exemple franc de cela est la mise en place future de l'étude PADMET par les CHU de Montpellier et Nîmes. La télémédecine, comprenant téléexpertise, téléconsultation et téléassistance-télésuivi est un outil essentiel et pratique, facile et peu onéreux, permettant un meilleur maillage et donc un meilleur accès aux soins. L'ouverture de ce système pour permettre un accès facilité aux soins de santé mentale est une échéance à creuser au vu de la prévalence importante de ces troubles et des difficultés structurelles de la psychiatrie.

Conclusion : La structuration spontanée et rapide mise en place dans le Gard durant la 1<sup>e</sup> vague de la Covid-19 est un exemple remarquable et unique de collaboration entre médecine hospitalière et libérale. Remarquable car créatrice de lien, diminuant les angoisses et accompagnant de façon quotidienne les patients dans l'inconnu d'une crise sanitaire. Unique car coordonnée par un département universitaire, soutenue par les collectivités locales et pouvant s'adapter à d'autres problématiques de santé, comme la santé mentale. Dans un objectif de créer des CPTS, ce projet est un exemple à suivre car répondant aux mêmes objectifs, en dehors d'une situation de crise, pour mettre le patient au cœur d'un projet volontaire et impliquant tous les acteurs nécessaires à sa bonne santé.

Mots clés : Covid – télémédecine – médecine générale – Gard – plateforme Covid-30 – centres Covid – internes – analyse thématique