



HAL
open science

Réorganisation des soins lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19 : étude historique d'un dispositif innovant de mobilisation de ressources humaines médicales à La Réunion

Frédéric Monin

► **To cite this version:**

Frédéric Monin. Réorganisation des soins lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19 : étude historique d'un dispositif innovant de mobilisation de ressources humaines médicales à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03951277

HAL Id: dumas-03951277

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03951277>

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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2022

N° : 2022LARE086M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Réorganisation des soins lors de la première vague de l'épidémie
de Covid-19 : étude historique d'un dispositif innovant de
mobilisation de ressources humaines médicales à La Réunion**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 13 octobre 2022 à 19h
à La Réunion

Par Frédérick Monin

JURY

Président :

Madame la Professeure Frédérique Sauvat

Rapporteur :

Monsieur le Docteur Hector Simon

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Sébastien Leruste

Madame la Docteure Elodie Huot

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco

Table des matières

Liste des abréviations :	4
I. Introduction	6
A. Contexte	6
B. Définitions	8
1. L'organisation des soins à La Réunion	8
2. Le plan ORSAN-REB	9
3. Les internes et leurs terrains de stage	10
4. La structure représentative des internes en Océan Indien	11
5. Justification de la thèse	11
II. Matériel et méthode	12
A. Choix de la méthode historique	12
B. Description de l'étude	13
1. Constitution du corpus d'étude	13
2. Analyse historique	15
III. Résultats	16
A. Résultats qualitatifs de l'étude	16
1. Prise de conscience des besoins en ressources humaines	16
2. Définition collégiale des critères de mobilisation dans la réserve sanitaire	18
3. Constitution du pool de médecins volontaires	19
4. Définition des règles de mobilisation	20
5. Amendement et consolidation du dispositif en fonctionnement	22
B. Modélisation du protocole	28
1. Texte du protocole de mobilisation des internes volontaires	28
2. Diagramme	33
C. Résultats quantitatifs de l'étude	35
1. Précisions sur la constitution du pool de réserve sanitaire	35
2. Description des répondants au questionnaire	36
3. Description des internes mobilisés	40
IV. Analyse et Discussion	41
A. Principaux résultats	41
B. Discussion de la méthode	47
1. Forces et choix de l'étude	47
2. Limites de l'étude	48

C. Comparaison avec les initiatives ailleurs en France	49
D. Les perspectives	51
V. Conclusion	52
VI. Références bibliographiques	53
VII. Annexes.....	55
1. Communiqué n°1 du SIOI, le 17/03/2020	55
2. Communiqué n°2 SIOI-UFR-CGEOI du 18/03/2020.....	57
3. Protocole du dispositif de mobilisation des internes	59

Table des figures :

Figure 1 : Chronologie de la mise en place du dispositif de mobilisation et des événements contextuels du 11 mars au 04 avril 2020.....	24
Figure 2 : Diagramme des interactions lors de la construction du protocole de mobilisation de la réserve sanitaire	27
Figure 3 : Fonctionnement de la procédure de mobilisation des internes à La Réunion	34

Table des tableaux :

Tableau 1 : Description des répondants au questionnaire de mobilisation.....	39
Tableau 2 : Description du secteur de provenance des internes réaffectés	40
Tableau 3 : Nombre d'internes mobilisés par lieux de réaffectation.....	41

Liste des abréviations :

ARS : Agence Régionale de Santé

CGEOI : Collège des Généralistes Enseignants de l'Océan Indien

CHOR : Centre Hospitalier Ouest Réunion

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CHM : Centre Hospitalier de Mayotte

CME : Commission Médicale d'Etablissement

DAM : Direction des Affaires Médicales

DES et DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées et Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

DGARS : Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

GHER : Groupe Hospitalier Est Réunion

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSAN : Organisation de la Réponse du système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles

ORSAN-REB : Organisation de la Réponse du système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du Risque Epidémique et Biologique connu ou émergent

PCR : Polymerase Chain Reaction

PDS : Permanence Des Soins

PRS : Projet Régional de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SIOI : Syndicat des Internes de l'Océan Indien

SSE : Situations Sanitaires Exceptionnelles

UFR : Unité de Formation et de Recherche

*« Le fléau n'est pas à la mesure de l'homme, on se dit donc que le fléau est irréel,
c'est un mauvais rêve qui va passer »*

La Peste, Camus 1947

I. Introduction

A. Contexte

Lorsque les premiers cas de « pneumonie virale de cause inconnue » en Chine sont reportés à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le 31 décembre 2019, rien ne laisse augurer l'ampleur de la pandémie qui s'annonce et de ses conséquences sur les systèmes de soins des Etats du monde entier (1).

Le virus, identifié le 05 janvier 2020, est nommé « COVID-19 » par l'OMS le 11 février 2020. Un mois plus tard, le 11 mars, l'OMS qualifie l'épidémie de pandémie. Elle touche tous les continents, et l'Europe en devient l'épicentre.

En France, les premiers cas sont identifiés le 24 janvier 2020. Puis la situation évolue très rapidement jusqu'à constituer une vague épidémique qui s'abat d'abord sur les établissements hospitaliers de la région Grand-Est avec une « brutalité [...] à laquelle [ils] n'étaient pas préparés » (2). Ainsi le 15 mars, les services des Urgences du Haut-Rhin témoignent de leurs difficultés et alertent leurs collègues ailleurs en France sur la situation qui se profile et qui nécessite de se préparer.

« Depuis trois jours, nous sommes submergés aux urgences par un flux incessant de patients avec critères d'hospitalisation, AEG [Altération de l'Etat Général], hypoxémie importante, pneumopathies bilatérales... le taux d'hospitalisation après passage aux urgences est de 40 %. »

« Les lits de réanimation de la région sont saturés, et impossible de trouver des respirateurs pour ouvrir de nouveaux postes de réa[nimation]. »

« Durant ces 15 derniers jours, toutes les mesures que nous avons prises ont été dépassées et donc insuffisantes dans la journée même, tant la cinétique est rapide. »

« Préparez-vous, ainsi que vos personnels, à cette vague majeure. Il y avait un avant-Covid-19, il y aura un après-Covid-19 avec de très lourdes cicatrices » (3)

Au plus haut sommet de l'Etat et des institutions sanitaires, la question se pose : comment absorber la vague épidémique de Covid-19 ?

D'une part, le gouvernement décide progressivement des mesures visant à circonscrire le risque infectieux. Le Président de la République fait des annonces

télévisées les 12 et 16 mars où il décrète une période de confinement qui sera progressivement allongée jusqu'au 11 mai 2020. D'autres mesures sont également mises en place comme la fermeture des écoles ou encore la protection des personnes fragiles hospitalisées en Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)... (4-5)

D'autre part, les systèmes de soins à l'échelle de chaque région doivent s'organiser pour faire face à l'afflux de malades. Le volet Risque Epidémique et Biologique Emergeant du plan d'Organisation de la Réponse du système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN-REB) donne un cadre à cette réorganisation nationale et régionale (6). Au sein des établissements de première ligne, des services entiers doivent être réaffectés à d'autres missions, les soins non urgents doivent être déprogrammés, il faut anticiper les pénuries de personnels ayant les compétences dans certains services, de lits et de matériel (7-8). La question des besoins de personnels est centrale. A titre d'exemple, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Strasbourg, presque 500 personnels soignants et 120 personnels médicaux auront été déployés en renfort lors de la première vague de l'épidémie de covid-19 (2). Au sujet des renforts de personnels médicaux, la période est marquée par des initiatives de syndicats d'internes qui naissent partout en France pour organiser une mobilisation dans les services en tension (2 ; 9-11).

A La Réunion le premier cas survient le 11 mars 2020 chez un patient ayant séjourné aux Etats-Unis. Dans ce contexte de tensions en métropole et d'annonces présidentielles, le nombre d'appels au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) – centre 15 est multiplié jusqu'à 4 fois le nombre usuel d'appels quotidiens (12). L'urgence est à la réorganisation du CHU où seront concentrés les malades dans un premier temps. Un renfort des effectifs médicaux semble indispensable. A ce moment-là, l'une des hypothèses pour honorer ces renforts hospitaliers est de solliciter les internes en stage ambulatoire.

B. Définitions

1. L'organisation des soins à La Réunion

L'organisation des soins à La Réunion est accessible dans le Projet Régional de Santé (PRS) mis à jour en 2018. Elle repose sur un zonage qui permet de réguler l'offre de soins selon trois niveaux (13) :

- la zone de proximité qui est déployée autour d'un premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique. Elle doit offrir une réponse immédiate aux principaux besoins de soins médicaux, chirurgicaux ou de maternité, de soins de suite, de santé mentale. Quatre zones de proximité existent à la Réunion :
 - Zone Réunion Nord déployée autour du CHU Nord localisé à Saint-Denis
 - Zone Réunion Est déployée autour du Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER) à Saint-Benoît
 - Zone Réunion Sud déployée autour du CHU Sud à Saint-Pierre
 - Zone Réunion Ouest déployée autour du Centre Hospitalier Ouest Réunion (CHOR)
- La zone de recours concerne l'ensemble des activités hautement spécialisées (CHU Nord ET Sud)
- La zone de référence correspond à des activités ultraspecialisées justifiant leur concentration sur un plateau technique spécifique (CHU Nord OU Sud).

Les établissements de santé décrits ci-dessus constituent Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)¹. Lors d'une Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE), le guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des SSE de 2019 prévoit que l'organisation des soins se fasse au niveau du GHT, sous la direction de l'Agence Régionale de Santé (ARS), afin d'optimiser la préparation de la réponse des établissements et la gestion des SSE (14).

¹ Avec les établissements privés de l'île de La Réunion.

En pratique, au niveau du CHU, la crise était pilotée par la cellule de crise qui se composait de :

- Le Directeur Général du CHU, pilote de la cellule de crise
- La présidente de la Commission Médicale d'Établissement (CME), pilote de la cellule de crise médicale
- La vice-présidente de la CME
- Les directeurs des soins
- Les directeurs du site Nord et du site Sud
- Le responsable des Urgences et du SAMU
- La directrice de la stratégie et des coopérations
- Le secrétaire général du CHU
- La responsable du service de gestion du risque infectieux.

Au niveau du GHT, à la Réunion, la présidence de la CME du CHU avait un rôle-clé pendant la première vague de l'épidémie de Covid-19 (12).

2. Le plan ORSAN-REB

Le plan ORSAN-REB organise la stratégie d'organisation des soins face au Covid-19 et s'articule sur l'offre de soins existante à la Réunion. Il repose sur trois stades gradatifs permettant d'adapter le niveau de prise en charge à la situation épidémique. Les stades 1 et 2 correspondent à une situation épidémique de cas sporadiques. Les objectifs sont de freiner l'introduction (stade 1) ou la propagation (stade 2) du virus sur le territoire national. La prise en charge des patients classés « cas possibles » se fait au sein d'établissements de santé habilités Covid-19 dits « de première ligne ». Ce sont des établissements opérationnels 24/7 adossés à un plateau technique hautement spécialisé disposant d'un recours permanent à un infectiologue. Compte-tenu des capacités initiales limitées de tests spécialisés, c'est le CHU en zone de recours qui se classe établissement de première ligne habilité Covid-19. C'est donc initialement au sein du CHU que sont organisés le dépistage et l'hospitalisation des cas suspects et des cas avérés « covid+ ». Lors des stades 1 et 2, les professionnels de santé de ville participent à l'identification des cas suspects sans en assurer la prise en charge ambulatoire.

Le stade 3 correspond au stade où le virus circule activement au sein de la population. La stratégie est dite « d'atténuation ». La logique change et passe d'une prise en charge individuelle des cas à une logique d'action collective reposant sur trois principaux axes : Assurer la prise en charge des patients sans gravité en ambulatoire ; Assurer la prise en charge des patients avec signes de gravité en établissements de santé ; protéger les populations fragiles notamment en collectivité (6).

A la Réunion, le stade 2 est activé le 24 mars 2020, presque un mois après la métropole où il est activé le 29 février 2020. Cependant, des mesures de stade 3 s'y appliquent déjà alors que le stade 3 n'a pas été activé comme la prise en charge ambulatoire des patients et la protection des personnes fragiles par le confinement... (15).

3. Les internes et leurs terrains de stage

Les internes sont des praticiens en formation spécialisée et sont des agents publics. « *A l'issue de la procédure nationale de choix, les internes sont affectés par arrêté du directeur général du Centre National de Gestion publié au Journal Officiel de la République Française [...] Les affectations semestrielles sont prononcées par le directeur général de l'ARS.* » (16).

Chaque semestre, les internes sont affectés dans différentes unités pédagogiques (hospitalières ou ambulatoires) en fonction de leur parcours pédagogique que l'on appelle une « maquette pédagogique » propre à chaque Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES).

A la Réunion, les internes sont affectés principalement dans les quatre établissements des zones de proximité et auprès de Maîtres de Stage Universitaire (MSU) accueillant les internes dans leur cabinet en médecine de ville. Il existe une convention entre les établissements qui fixe les modalités de gestion des internes. Chaque établissement est responsable de la gestion et notamment de la rémunération des internes qu'il accueille. Chaque établissement perçoit de l'ARS l'enveloppe correspondant au nombre d'internes affectés en son sein. Les internes en stage ambulatoire sont pris en charge par le CHU. Ainsi, pour des raisons organisationnelles et de gestion, la réglementation ne prévoit pas qu'un interne affecté au sein d'une unité

pédagogique puisse exercer ailleurs que dans celle-ci et encore moins au sein d'un autre établissement.

4. La structure représentative des internes en Océan Indien

Le Code de la Santé Publique prévoit que des représentants des internes siègent aux principales instances qui régissent l'organisation de l'hôpital et de l'internat de façon générale comme la CME et les commissions préparatoires à la procédure d'affectation semestrielle des internes. Comme ailleurs en France, les représentants des internes à La Réunion existent sous la forme d'un syndicat professionnel nommé Syndicat des Internes de l'Océan Indien (SIOI). Son conseil d'administration se compose d'internes de toutes spécialités, et il est adhérent à deux inter-syndicales d'internes que sont l'InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI) et InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale (ISNAR-IMG). Ces inter-syndicales organisent des canaux d'échanges d'informations. Au moment de la première vague de l'épidémie de Covid-19, c'est par ce biais que les représentants des internes de la Réunion ont eu accès aux informations préoccupantes de leurs homologues en métropole.

5. Justification de la thèse.

Au vu de l'évolution de la situation épidémique en métropole et de l'augmentation du nombre d'appels en régulation centre 15, la question du redéploiement des effectifs médicaux fait l'unanimité parmi les acteurs du système de soins réunionnais. Dans l'urgence, les internes ont été les premiers renforts médicaux mobilisés, alors que le cadre réglementaire ne le permettait pas *a priori*. Cela a été rendu possible d'une part par l'évolution de ce cadre réglementaire (17), et d'autre part grâce à l'initiative des représentants des internes de La Réunion dans le cadre d'une concertation des acteurs du système de soins.

Dans les faits, les représentants des internes de la subdivision Océan Indien ont joué un rôle important dans la réorganisation du service de soins et ont assumé les besoins de renforts médicaux formulés à l'occasion de la première vague de Covid-19. Pour ce faire, ils ont été à l'initiative d'un dispositif de renfort humain auquel s'intéresse ce travail de thèse.

Comment a été mis en place le dispositif de réponse aux besoins de renforts humains d'étudiants de 3^e cycle des études de médecine de toutes spécialités et de jeunes médecins remplaçants volontaires dans le cadre de la première vague de l'épidémie de Covid-19 à La Réunion ?

L'objectif principal de ce travail est de décrire la mise en place du dispositif de réponse aux besoins de renforts humains d'étudiants de 3^e cycle des études de médecine de toutes spécialités et de jeunes médecins remplaçants volontaires dans le cadre de la première vague de l'épidémie de Covid-19 à La Réunion. Cela permettra d'analyser la place de cette initiative dans l'organisation de la réponse stratégique lors de la crise Covid-19.

II. Matériel et méthode

A. Choix de la méthode historique

Afin de retracer la mise en place de cette procédure et de la contextualiser dans son époque, le choix a été fait d'utiliser les informations disponibles au moment de la prise de décisions. Afin de limiter l'impact du biais de mémorisation, et le risque de relire l'histoire de façon téléologique, nous avons fait le choix de ne pas mener d'entretiens deux ans après la mise en place de la procédure. Durant ces deux années, d'autres événements ont amené les acteurs de la mise en place de la procédure de mobilisation des internes à travailler ensemble, et six vagues d'épidémie de Covid-19 se sont succédé. Par ailleurs, l'important n'était pas de placer le vécu au centre de l'étude mais plutôt les faits. Dans ce contexte, les réflexions successives échangées notamment par messages électroniques apparaissaient plus contributives, car elles étaient les traces de la construction pas à pas du protocole étudié.

La méthode choisie pour ce travail est inspirée de la méthode historique (18-19). Cette méthode semblait la plus adaptée car elle permettait d'analyser plus facilement l'ensemble des sources utilisées et leur variété de supports : discours, messages électroniques, articles de presse, tableaux de suivi de l'épidémie, bulletins d'information, protocoles de soins... Cette diversité des sources compliquait l'utilisation de méthode d'analyse thématique dans la mesure où le contenu informatif

était très hétérogène. En reprenant les codes de la méthode historique classique, nous pourrions dire que les sources utilisées constituaient des éléments de représentations de l'histoire que nous avons voulu interpréter. Cela nous permet de rappeler que les éléments à partir desquels nous avons fait l'analyse ne sont pas « l'histoire » en elle-même mais qu'elles en sont des représentations, et que notre analyse est interprétative, et donc subjective.

B. Description de l'étude

L'étude s'est donc déroulée principalement en deux phases. La première a été la constitution du corpus d'étude. La seconde phase a été l'interprétation des données et la mise en relation des faits historiques de façon à décrire la construction du protocole et à le modéliser.

1. Constitution du corpus d'étude

i. Le cadre temporel

Dans la première étape de constitution du corpus, il s'est agi de définir un cadre temporel. Le cadre temporel retenu débute le 11 mars 2020, date à laquelle le premier cas de Covid-19 est détecté à La Réunion. A partir de cette date, l'ensemble des acteurs de la procédure mise en place ont entretenu des échanges régulièrement, par voie électronique et par appels téléphoniques. C'est également à partir de là que sont formulés les besoins prévisibles de personnels médicaux. Ce cadre temporel s'achève le 10 mai 2020 lorsque la procédure de mobilisation des internes n'est plus en mesure de déployer de nouveaux renforts.

ii. Modalités de recueil des sources

Dans la constitution du corpus, la deuxième étape a consisté à recueillir les sources directes et indirectes permettant de répondre à la question posée. On appelle sources directes tous les éléments du corpus dont le sujet principal concerne la procédure de mobilisation des internes. On appelle sources indirectes tous les éléments du corpus qui sont connexes, c'est-à-dire dont l'objet principal n'est pas la procédure, mais qui représentent des éléments de contexte importants. Il s'agit par

exemple du tableau de suivi du nombre de cas, comportant les cas hospitalisés, les décès et le nombre de tests, et qui a été suivi jour après jour pendant la période d'intérêt.

Pour le recueil des sources, plusieurs canaux ont été utilisés :

- La collecte systématique des centaines de messages électroniques échangés via les adresses de la cellule de crise du SIOI et du secrétaire général du SIOI qui était le référent pour ce protocole au sein du SIOI. 231 conversations électroniques ont ainsi été identifiées
- La collecte systématique de toutes les pièces jointes attachées à ces messages électroniques : il s'agissait de diaporamas de mise à jour des connaissances théoriques au sujet de la Covid-19, de dizaines de protocoles
- La collecte des références citées dans les échanges électroniques (renvoi aux discours, aux textes réglementaires essentiellement)
- Les retours d'expérience diffusés
- Recherche bibliographique standard

La collecte a débuté après accord de la faculté de médecine de l'université de La Réunion et la déclaration CNIL le 14/04/2022.

iii. Critères d'exclusion des sources non utilisées

La troisième étape pour constituer le corpus définitif a consisté à exclure selon des critères de validité intrinsèque et extrinsèque. La critique extrinsèque portant sur la forme des documents du corpus a conduit à exclure les contenus dont les auteurs n'étaient pas identifiés ou reconnus, comme les foires à questions ou encore les documents de travail non finalisés parmi les sources indirectes. La critique intrinsèque porte sur le fond du document. Parmi les documents reçus et notamment les protocoles de soins, nous avons retiré du corpus les protocoles concernant l'organisation des soins dans les filières de pédiatrie et de gynécologie, ainsi que les accès en services de soins critiques. Ces protocoles n'avaient pas pour objet la mobilisation des internes. Contrairement aux protocoles pratiqués pour les adultes, ils n'apportaient pas d'information sur le stade du plan ORSAN auquel les mesures pouvaient se rattacher. En effet, à partir du moment où la prise en charge ambulatoire des patients est organisée, les stade 1 et 2 du plan ORSAN-REB sont déjà dépassés.

Ont ainsi été écartés :

- Les mails qui n'avaient pas de contenus informatifs, introduisant des pièces jointes uniquement
- Les mails redondants, et les mails transférés lorsqu'ils étaient en doublons
- Les mails contenant des documents de travail provisoires concernant des protocoles différents de celui étudié
- Les mails contenant des informations qui étaient déjà colligées sous forme de tableur de suivi
- Les mails préformatés qui étaient adressés à titre systématique pour recueillir les autorisations de mobilisation des internes
- Les accords pour la mobilisation, les décisions de réaffectation, les fiches de postes

Au total, le corpus documentant la mise en place de la procédure de mobilisation des internes s'est constitué de :

- 57 conversations électroniques
- 12 communiqués locaux ou nationaux
- 14 protocoles en usage à La Réunion lors du cadre temporel défini
- 11 tableurs de suivi de l'épidémie et de la mobilisation des internes
- Les différentes versions mises à jour du texte de la procédure de mobilisation.

2. Analyse historique

Puis la deuxième phase de l'étude a été l'interprétation des données et la mise en relation des faits historiques de façon à décrire la construction du protocole et à le modéliser, puis de l'analyser comme fait social.

Pour l'identification des séquences de construction du dispositif et la description quantitative de la mobilisation, seules les sources directes ont été utilisées. Il s'agit pour l'essentiel d'échanges par courrier électronique, ainsi que les différentes versions du texte écrit de la procédure, les communiqués du SIOI, des comptes-rendus de réunion, et des outils numériques utilisés dans le cadre de la procédure (tableurs, questionnaires).

L'analyse du dispositif comme fait social est restituée dans la partie Discussion. La discussion d'un fait historique est en soi un résultat d'une étude historique. Dans cette partie, il s'est agi de comparer le dispositif réunionnais aux autres de métropole, et plus globalement, d'interroger ce que révèle cette initiative de l'organisation des soins en SSE. Pour cette analyse, d'autres sources bibliographiques ont été utilisées pour mettre en relief la description du protocole réunionnais et son inscription dans le cadre plus général des plans nationaux d'organisation des soins en temps de crise.

III. Résultats

A. Résultats qualitatifs de l'étude

Les étapes de la construction du dispositif peuvent être décrites de la façon suivante :

1. Prise de conscience des besoins en ressources humaines
2. Définition collégiale des critères de mobilisation dans la réserve sanitaire
3. Constitution du pool de médecins volontaires
4. Définition des règles de mobilisation des internes
5. Amendement du dispositif en fonctionnement.

Ces étapes sont individualisées par thème et se sont déroulées dans l'ordre chronologique.

1. Prise de conscience des besoins en ressources humaines

Cette étape correspond à la période qui s'étend du début de l'épidémie jusqu'à la publication d'un premier communiqué du SIOI le 17/03/2020. Les événements se sont précipités la semaine du 9 au 15 mars 2020.

Plusieurs éléments ont contribué à cette prise de conscience :

- Les récits d'internes et de médecins, que ce soit via les médias, ou par le biais des intersyndicales auxquelles le SIOI est adhérent, faisaient état d'une

situation dramatique de la première vague dans les régions les plus frappées par le virus et les perspectives d'évolution de l'épidémie faisaient craindre un scénario similaire à la Réunion (3). Dans les régions les plus touchées, les internes se sont organisés pour venir en aide où cela était nécessaire. Ainsi l'ISNI a lancé un appel à la mobilisation générale le 16/03/2020.

- Le premier cas positif à la Réunion s'est déclaré le 11/03/2020.
- La première annonce du Président de la République a eu lieu le jeudi 12 mars 2020 et concernait la fermeture des écoles, des crèches et des universités. La seconde allocution a eu lieu le lundi 16 mars 2020 et annonçait le premier confinement national. Ces annonces présidentielles ont participé à la prise de conscience que l'épidémie gagnait du terrain.
- Lors de cette semaine, plusieurs échanges ont eu lieu entre la direction des affaires médicales (DAM) du CHU, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) et le SIOI. Le SIOI a été sollicité par la DAM du CHU pour un premier état des lieux concernant un éventuel renfort des internes à l'hôpital. A ce stade, un projet de réquisition des internes affectés en stage ambulatoire est envisagé par l'ARS pour renforcer le CHU.

Pour ces différentes raisons, le SIOI a revendiqué de mettre en œuvre l'organisation d'un pool d'internes volontaires mobilisables qui concorderait plus finement aux différentes réalités de terrain, sans tenir compte uniquement du type de stage ambulatoire ou hospitalier. Le but était d'éviter le principe de la réquisition, perçu comme contraignant dans un contexte déjà fragilisé par la vague épidémique.

Cette initiative du SIOI a rejoint les préoccupations du DUMG. En effet, pour le DUMG, il était important de sauvegarder la qualité pédagogique des lieux de stage où les internes seraient réaffectés. Il fallait également valoriser le volontariat des internes pour leur réaffectation. Enfin, il fallait optimiser la répartition de l'effort entre les différents secteurs d'activité ambulatoire et hospitalier afin de ne pas mettre un secteur en difficulté au profit de l'autre. Le DUMG a donc accueilli très favorablement la démarche du SIOI qu'il a accompagnée et aidé à structurer.

La cellule de crise du CHU, pilotée par la présidence de la CME, n'avait pas de projet défini pour la mobilisation des internes lors de sa réunion du 8 mars 2020 précédant la survenue du premier cas réunionnais le 11 mars 2020. Pour la présidence de la CME, la mobilisation des internes n'était envisageable que dans un second

temps, après que les médecins seniors eurent été mis à contribution. Par conséquent, même si la mobilisation des internes lui apparaissait incontournable, rien n'était programmé à ce stade. Dès qu'elle a pris connaissance de l'initiative des internes coconstruite avec les référents pédagogiques, la CME a donc accueilli favorablement la démarche et a joué un rôle très important de définition des règles et de diffusion du protocole.

2. Définition collégiale des critères de mobilisation dans la réserve sanitaire.

Cette étape est temporellement la plus courte. Elle a eu lieu entre le 17/03/2020 et le 18/03/2020 où plusieurs échanges téléphoniques et électroniques ont eu lieu entre les représentants des internes et leurs responsables pédagogiques. L'idée portée par le SIOI était de proposer des critères consensuels permettant de définir ce qu'est un interne dit « mobilisable ».

Afin de réaffecter des internes dans d'autres lieux de stage, il a été considéré impératif d'avoir l'accord des coordinateurs pédagogiques de spécialité qui sont les garants de la formation. Ainsi, le coordinateur pédagogique de Médecine Générale, le coordinateur pédagogique régional de spécialités médicales et chirurgicales et le président du Collège des Généralistes Enseignants en Océan Indien (CGEOI) représentant l'ensemble des MSU accueillant des internes dans leurs cabinets se sont mis d'accord sur 7 critères définissant ce qu'est un interne « mobilisable » et ont cosigné avec les représentants du SIOI un communiqué le 18/03/2020.

Ces 7 critères sont les suivants :

1/ Les internes en stage ambulatoire n'ayant pas la possibilité de consulter seuls (supervision directe permanente).

2/ Les internes dans les services non sous tension (tout en préservant l'activité minimale de soins urgents dans ceux-ci). Les services non sous tension étant à définir par la cellule de crise de chaque établissement après avis des différents chefs de service.

3/ Les internes en disponibilité, année recherche, congés, stages hors filières présents sur le territoire ou après respect des mesures de confinement en vigueur si retour de zones à risque.

4/ Les internes ayant des compétences particulières non utilisées dans leur stage ou poste de garde (ex : compétences en réanimation).

5/ Les internes dont les stages sont fermés ou à activité réduite (HDJ, consultations, activités de recherche non indispensables, bloc opératoire, etc)

6/ Les internes non thésés avec licence de remplacement ou médecins thésés non encore installés et se portant volontaires.

7/ Tous les internes volontaires dans la limite de l'absence d'impact sur leur service d'affectation et du respect des mesures de confinement en vigueur si retour de zones à risque.

Il est à noter que le même jour a été diffusée l'instruction ministérielle relative aux aménagements des modalités de formation pour les étudiants en santé qui donne un cadre réglementaire à la réaffectation des internes. Le texte prévoit qu'en premier lieu, la mobilisation des internes se fasse au sein d'un même établissement en réaffectant les effectifs des services dont l'activité est réduite vers les services en tension. En second lieu, il prévoit la possibilité, en concertation avec l'ARS et l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de l'Université, de réaffecter les internes venant d'un autre établissement ou du secteur extrahospitalier (17).

En recensant les internes dont l'activité baissait au sein du CHU, la proposition formulée collégialement s'inscrivait dans le cadre prévu par le texte réglementaire avant sa publication.

3. Constitution du pool de médecins volontaires

Pour constituer le pool de médecins volontaires, le SIOI a utilisé une souche de questionnaire Google Form créée et mise à disposition par l'ISNI et a façonné le

questionnaire de façon à y inclure les critères sur lesquels les référents pédagogiques et les représentants des internes s'étaient mis d'accord.

Le questionnaire poursuivait un triple objectif :

- Identifier les internes dits « mobilisables »
- Identifier les internes ayant des compétences non utilisées dans leur service actuel. Il s'agissait essentiellement des internes ayant des compétences en réanimation et qui n'étaient pas en stage en réanimation au début de l'épidémie.
- Identifier les internes qui présentaient des facteurs de risque de contracter une forme grave de la maladie selon les critères donnés par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) et qui étaient exposés dans leur stage initial. Ils nécessitaient d'être réaffectés vers un autre stage.

Le questionnaire a ensuite été diffusé sur les réseaux sociaux utilisés par le SIOI et par voie électronique aux listings d'adresses à disposition de l'université. Cela a permis d'obtenir 99 réponses au questionnaire en l'espace de 24h. Au total, ce sont 217 personnes qui ont répondu au questionnaire. Le détail sera vu dans le tableau 1 ultérieurement.

En utilisant un questionnaire Google Form, il a été possible d'inclure directement les résultats dans la réserve sous forme d'un tableur facile d'utilisation. Pour la gérer, deux équipes ont été constituées. D'une part, une équipe de pilotage de la procédure constituée de deux internes à temps partiel faisait l'interface avec les institutions pour les demandes de renfort et pour l'amendement de la procédure. D'autre part, une équipe opérationnelle de quatre internes à temps partiel effectuait le process de mobilisation proprement dit.

4. Définition des règles de mobilisation

Après que la réserve mobilisable a été constituée, il s'agissait d'établir les règles pour mobiliser les volontaires. En premier lieu, l'enjeu a été de faire connaître le pool et d'identifier les acteurs hospitaliers pouvant émettre un besoin de renfort. Au CHU de la Réunion et pour l'ensemble du GHT, c'était la présidence de la CME du CHU qui était en charge d'évaluer les besoins au sein des établissements. L'une des difficultés

a été de faire connaître les modalités de demandes de renfort. La présidence de la CME a joué un rôle-clé pour centraliser les demandes et expliquer tout le mécanisme.

Pour rappel, lors de la décision des règles de mobilisation, la Réunion se trouvait au stade 1 du plan ORSAN-REB. L'enjeu était de limiter l'introduction de l'épidémie. Selon le plan ORSAN, l'organisation des soins repose essentiellement sur le centre de référence qui centralise les tests et les patients suspects et atteints. Tous les patients suspects dans l'île étaient, à ce moment-là, réorientés via la Régulation Centre 15 et étaient testés en fonction de la définition des sujets à risque et des indications de tests Polymerase Chain Reaction (PCR). Le contexte était une capacité de test limitée. C'est donc en premier lieu le CHU qui s'est réorganisé pour affecter des lits pour la prise en charge des patients et qui a préparé les différentes filières de prise en charge, et de test. Il résulte de cette organisation que c'est le CHU qui avait besoin de renforts.

Une fois connues les différentes parties prenantes, l'enjeu était de mettre en place des règles consensuelles en priorisant l'objectif de souplesse et de rapidité de déploiement des internes (objectif affiché de 48-72h entre le moment d'émission du besoin de renfort et le renfort effectif). Chaque partie prenante a pu exprimer ses attentes vis-à-vis de la procédure et faire ressortir les points importants. Les règles ont été en partie décidées au fur et à mesure de la mise en place du dispositif. Les règles et les rôles de chaque partie sont résumés dans la modélisation de la procédure ci-après. Les référents pédagogiques, et le DUMG en particulier, ainsi que la présidence de la CME ont assumé une part conséquente de la structuration du dispositif, à travers l'établissement des règles et la promotion du protocole. A ce moment-là, le protocole existe par bribes de texte dans des corps de mail, il n'y a pas de formalisation définitive de la procédure.

C'est dans cet état que le protocole a été présenté à l'ARS par la CME le 21/03/2020. En effet, l'ARS devait donner les autorisations nécessaires aux réaffectations depuis le secteur ambulatoire et depuis les autres centres hospitaliers. Il a été validé par la direction générale de l'ARS (DGARS) sur la base d'une description mail uniquement. Les premiers internes ont été déployés le 24/03/20.

5. Amendement et consolidation du dispositif en fonctionnement

Plusieurs éléments du protocole ont été revus après que les premiers internes ont été mobilisés. La possibilité d'être réaffecté à Mayotte a été ajoutée au protocole, avec un interne réunionnais qui est parti en renfort du service de Réanimation du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) et un interne sur place qui a été réaffecté en coordination ville-hôpital.

Certains éléments fonctionnaient mal dans la procédure. Ils ont induit la mise en place de nouveaux outils et la formalisation consolidée de la procédure.

a) Garantir la qualité pédagogique du stage au coordinateur de spécialité.

Afin d'assurer le suivi de l'interne mobilisé et de vérifier le type de mission pour lequel il a été mobilisé, une fiche de poste plus ou moins détaillée a été demandée afin de pouvoir donner suite à la demande de renfort.

b) Vérifier l'obtention des autorisations des référents pédagogiques pour la mobilisation des internes dont ils avaient la charge

Des internes avaient été mobilisés dans l'urgence, avant que toutes les autorisations n'aient été obtenues, mettant parfois les référents pédagogiques devant le fait accompli. L'une des difficultés venait du nombre de messages électroniques reçus dans cette période extrêmement dense. Dans le cas des internes en stage en ambulatoire, deux voire trois autorisations correspondant au nombre de MSU étaient parfois nécessaires, et il n'y avait pas d'outil de suivi initialement.

c) Protéger les internes réaffectés par la production d'arrêtés de réaffectation de la part de l'ARS

Conformément à l'instruction ministérielle relative aux aménagements des études de santé, l'autorisation de l'ARS était nécessaire pour les réaffectations des internes venant du secteur ambulatoire et des autres centres hospitaliers. Le souci était essentiellement de protéger l'interne qui exerçait ailleurs que sur son lieu d'affectation. Là encore, la quantité de mails reçus par l'ARS ne permettait pas un suivi adéquat, suffisamment rapide pour être adapté aux objectifs de déploiement en 48-72h.

Pour amender le dispositif, le SIOI a proposé d'utiliser un outil de travail partagé sous la forme d'un tableur Google sheets avec droits d'entrée et de modification du document par l'ensemble des parties prenantes, y compris l'ARS. L'objectif de cet outil était de suivre les noms des internes dont chacun disposait d'une ligne. En colonne figuraient leur lieu d'affectation courant, les services de réaffectation, la période de réaffectation, et le recueil de toutes les autorisations nécessaires pour la réaffectation de chaque interne, à savoir celles du coordinateur de DES, des responsables pédagogiques des stages de départ (chef de service ou du/des MSU ambulatoires) et de l'établissement de départ et d'accueil. Ces autorisations étaient demandées par retour de message électronique et elles étaient colligées sur un serveur électronique. Chaque autorisation était accessible au moyen d'un lien hypertexte dans chaque case correspondante du tableur partagé. Lorsque les autorisations nécessaires étaient remplies, l'interne pouvait être mobilisé et l'ARS pouvait éditer un arrêté de réaffectation par interne.

Tous les co-acteurs, incluant les personnels administratifs de l'ARS ont accepté l'utilisation de ce tableur partagé. C'est à ce moment-là que le texte formalisé de la procédure a été écrit et soumis à la DGARS qui l'a validé définitivement le 03/04/2020.

Les étapes de construction du dispositif sont reproduites sur la figure 1 selon un axe chronologique en intégrant les événements qui se sont déroulés de façon contemporaine.

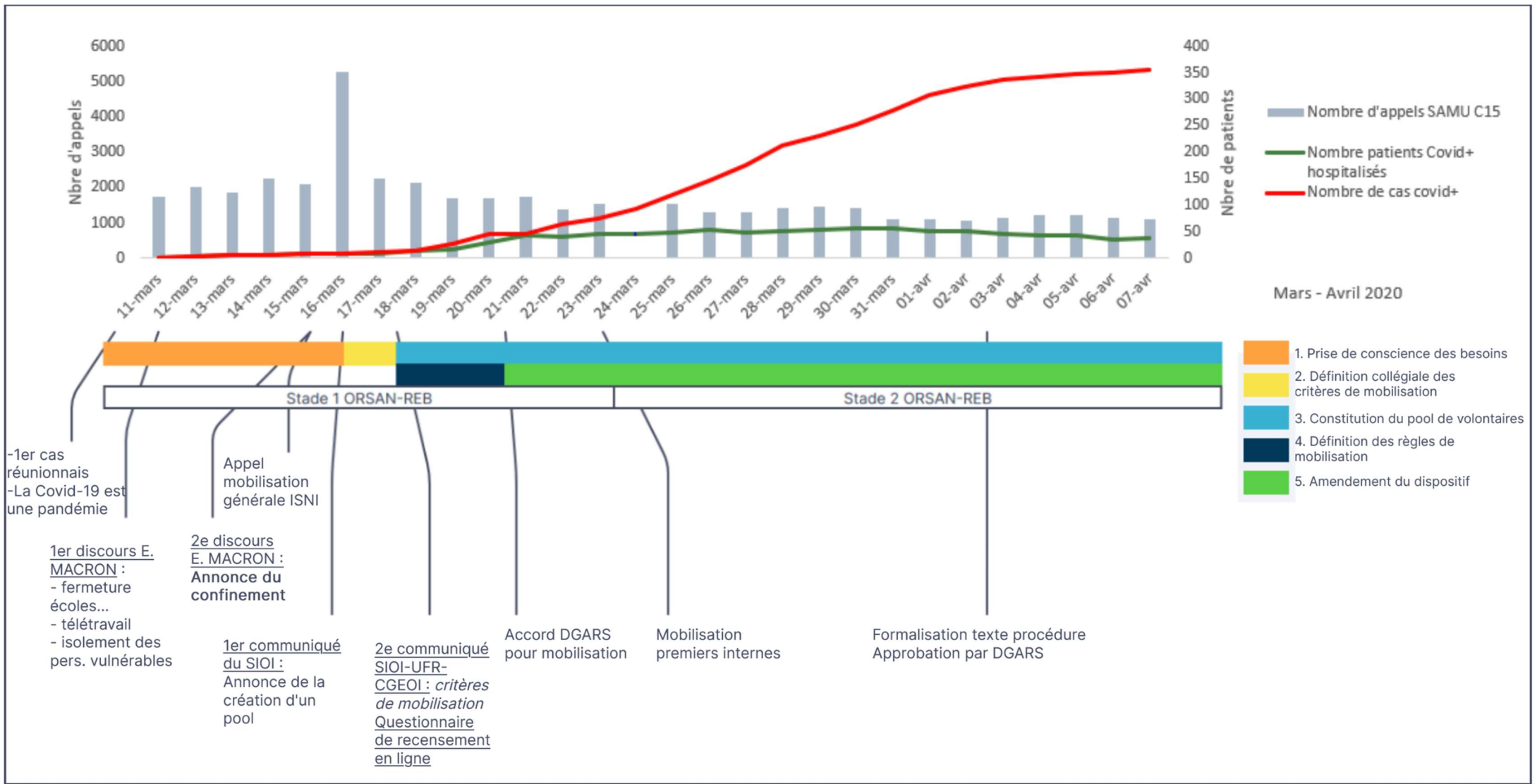


Figure 1 : Chronologie de la mise en place du dispositif de mobilisation et des événements contextuels du 11 mars au 04 avril 2020

Les étapes de construction du dispositif sont reproduites sur l'axe temporel en figure 1. Par souci d'échelle, nous ne prolongeons pas l'étude de cette chronologie jusqu'au mois de mai. De plus, il n'y a plus de modification de la procédure à partir du 4 avril 2020.

Lors de la première phase (orange), on remarque une densité des événements jusqu'au 16 mars 2020 : les premiers cas de Covid-19 sont diagnostiqués à La Réunion, l'épidémie est qualifiée de pandémie par l'OMS, le nombre d'appels au SAMU augmente jusqu'au point culminant du 16 mars 2020. Le Président de la République s'adresse aux Français à la télévision les 12 et 16 mars 2020 pour annoncer le confinement de la population. Ces éléments participent à la prise de conscience que la situation très incertaine va probablement évoluer comme en métropole et qu'il va falloir organiser la mobilisation pour répondre aux besoins de renfort qui vont être formulés. La 2^e phase (jaune) correspond à la définition des critères de mobilisation. Elle est temporellement la plus courte. La constitution du pool de volontaires débute en même temps que la définition des règles de mobilisation. Ce sont les phases 3 et 4.

Nous avons fixé la date du 21 mars 2020 comme la fin de la phase de définition des règles de mobilisation (bleu nuit). A cette période-là, les acteurs sont d'accord pour débiter la mobilisation et expérimenter le dispositif. C'est la date à laquelle la DGARS a validé la version initiale du dispositif.

Dès le 22 mars, on remarque que le nombre total de cas de Covid-19 augmente alors que le nombre de patients hospitalisés ne suit pas. C'est le signe que les patients atteints par la maladie sont pris en charge en ambulatoire et non plus seulement au CHU. Dans les faits, cela traduit l'application de mesures de stade 3 du plan ORSAN alors que La Réunion est encore officiellement au stade 1.

On remarque que le nombre de patients hospitalisés est contenu pendant la période. Le maximum de patients hospitalisés est atteint le 31 mars 2020 avec 52 patients en hospitalisation conventionnelle et 5 patients hospitalisés en réanimation. Par la suite, le nombre de patients hospitalisés diminue. A aucun moment de la première vague, les capacités d'hospitalisation n'ont été saturées à La Réunion. La première vague n'a pas eu l'impact attendu et pour laquelle le système s'est réorganisé.

La figure 2 illustre les interactions lors de la création du dispositif. Le code couleur est le même que celui de la figure 1. Dans un premier temps, la pluie arrose les acteurs avec les nouvelles inquiétantes au sujet du développement de la pandémie. Il s'agit de la phase de prise de conscience des besoins. Par la suite, le SIOI interagit avec un premier cercle d'interlocuteurs constitué des référents pédagogiques des internes. Ensemble, ces acteurs se mettent d'accord sur une définition des critères de mobilisation des internes (ovale jaune). Le SIOI (bleu ciel) se charge de constituer le pool de volontaires.

Ensuite, les interlocuteurs interagissent avec la CME du CHU pour définir collectivement les règles de la mobilisation (ovale bleu foncé). Ils présentent ensemble la version du protocole à l'ARS qui valide le schéma intégrant l'ensemble des secteurs où se trouvent des internes, c'est-à-dire les hôpitaux périphériques et les terrains de stages ambulatoires.

La figure traduit l'agrégation des acteurs en noyaux concentriques au fur et à mesure des décisions prises pour le fonctionnement de la procédure jusqu'à ce qu'elle soit validée par l'ARS et serve de modèle à l'échelle du territoire.

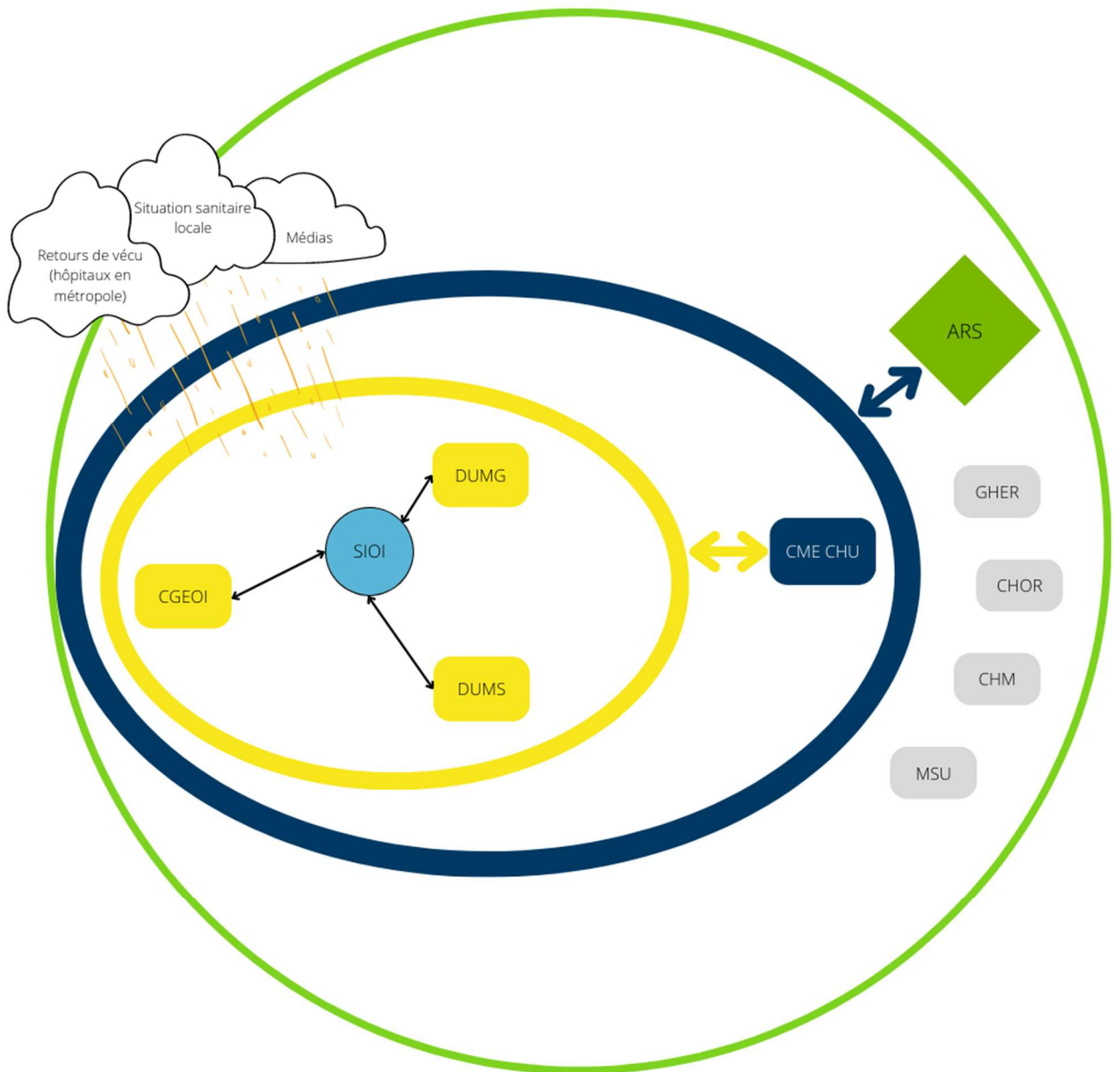


Figure 2 : Diagramme des interactions lors de la construction du protocole de mobilisation de la réserve sanitaire
 DUMS : Département Universitaire de Médecine Spécialisée

B. Modélisation du protocole

Le protocole de mobilisation est modélisé en version écrite et sur un diagramme schématisant son fonctionnement sur la figure 3.

1. Texte du protocole de mobilisation des internes volontaires

La partie opérationnelle du protocole est reproduite ici. Le texte complet, incluant la description du questionnaire en ligne, et les normes en vigueur à l'époque sur les retours de zone de forte circulation du virus, se situe en annexe.

1) *Présentation générale du protocole*

Le présent protocole de mobilisation des internes et de jeunes médecins de la région Océan Indien a été élaboré par le SIOI en collaboration avec le DUMG, le Département de médecines spécialisées, le CGEOI et la CME du CHU pour faire face à la crise sanitaire actuelle liée à l'épidémie de Covid-19. Il a pour objectif de constituer un pool d'internes et de médecins volontaires et mobilisables pour répondre aux besoins créés par cette crise sanitaire. Pour ce faire, un formulaire a été créé et est disponible sur le site internet du SIOI, sur les réseaux sociaux des internes et des médecins remplaçants, et a été envoyé par mail à tous les internes de la région Océan Indien quel que soit leur DES d'origine. Il permet à tout interne et tout médecin qui le souhaite de se porter volontaire via un canal unique dédié.

Ce formulaire a également pour vocation d'identifier les internes à risque au sens du HCSP qui seraient dans des terrains de stage exposés au risque viral et à réaffecter dans une filière plus sûre.

Il recense également les compétences réanimatoires des internes.

2) *Définition*

Nous avons défini les internes mobilisables comme suit :

- 1/ Les internes en stage ambulatoire n'ayant pas la possibilité de consulter seuls (supervision directe permanente).
- 2/ Les internes dans les services non sous tension (tout en préservant l'activité minimale de soins urgents dans ceux-ci). Les services non sous tension étant à définir par la cellule de crise de chaque établissement après avis des différents chefs de

service.

3/ Les internes en disponibilité, année recherche, congés, stages hors filières présents sur le territoire ou après respect des mesures de confinement en vigueur si retour de zones à risque.

4/ Les internes ayant des compétences particulières non utilisées dans leur stage ou poste de garde (ex : compétences en réanimation).

5/ Les internes dont les stages sont fermés ou à activité réduite (HDJ, consultations, activités de recherche non indispensables, bloc opératoire, etc)

6/ Les internes non thésés avec licence de remplacement ou médecins thésés non encore installés et se portant volontaires.

7/ Tous les internes volontaires dans la limite de l'absence d'impact sur leur service d'affectation et du respect des mesures de confinement en vigueur si retour de zones à risque.

3) Description des étapes du protocole

3.1) Acte de volontariat

Les internes se portent volontaires pour une possible réaffectation temporaire :

- Ils doivent dans un premier temps expliquer à leur chef de service/MSU qu'ils se sont portés volontaire pour faire partie du pool des internes mobilisables et qu'à ce titre, une demande peut leur être adressée pour autoriser ou non l'interne à répondre à une mission de renfort.

- Ils remplissent le formulaire de mobilisation

3.2) Expression d'une demande de renfort

Pour justifier d'une demande de renfort, un service/une unité ambulatoire doit être en situation de tension ou faire l'objet d'une anticipation des besoins concertée à l'échelle du département via le GHT.

- Pour l'hospitalier, les demandes de renfort sont formulées par les présidents de CME de leur établissement à l'adresse unique dédiée covid19@sioi.fr (adresse mail de la cellule de crise du SIOI). La demande est également adressée au DUMG qui prend connaissance de la fiche de poste.

- Pour le secteur ambulatoire, les demandes sont recueillies et redirigées vers le DUMG qui valide les objectifs pédagogiques des terrains demandeurs.

Le mail de demande doit comporter une fiche de poste décrivant les missions qu'auront les internes venant en renfort, les horaires prévisibles de travail, si le poste est à temps plein ou partiel, s'il est exposé ou non au risque viral, s'il faut prévoir une participation à la permanence des soins dans l'établissement d'accueil, la date souhaitée de prise de poste ainsi que toute autre information jugée utile concernant le besoin formulé.

3.3) Traitement et étapes de la réponse à la demande de renfort

La durée minimale pour mettre en œuvre ce protocole et mobiliser un interne est estimée à 48-72h.

1- La cellule de crise du SIOI identifie des volontaires parmi le pool d'internes et de médecins volontaires et mobilisables.

2- Elle présente aux candidats potentiels la fiche de poste par téléphone.

3- L'interne qui accepte la mission contacte son chef de service/MSU pour obtenir son accord oral.

4- Une fois que la cellule de crise du syndicat est en mesure d'honorer la demande de renfort exprimée, elle adresse un premier mail de demande d'autorisation écrite (par retour de mail) à destination :

- des internes volontaires,
- de la CME de l'établissement demandeur,
- de la CME de l'établissement d'origine,
- des coordonnateurs pédagogiques de DES des internes volontaires²,
- du CGEOI lorsque la demande d'autorisation doit suivre auprès d'un MSU,
- de l'ARS La Réunion (et l'ARS Mayotte le cas échéant pour information puisque les internes dépendent tous de l'ARS de la Réunion).

5- La CME de l'établissement d'origine si l'interne est en stage hospitalier, ou le CGEOI si l'interne est en stage ambulatoire, émet une demande d'autorisation auprès du responsable pédagogique du terrain de stage de l'interne (chef de service ou MSU).

² Les coordinateurs pédagogiques reçoivent en outre la fiche de poste et valident ou non la possibilité pour les internes de leur spécialité de participer à cette mission.

6- L'autorisation du responsable pédagogique du terrain de stage est transférée au SIOI pour lui permettre d'assurer la tenue du tableau récapitulatif de l'ensemble des autorisations (obtenues, refusées, en attente) et de suivi des internes.

7- La CME d'origine informe la DAM de son établissement de la réaffectation des internes. La DAM de l'établissement d'origine assure le paiement des émoluments de l'interne mobilisé tout au long de sa mission. La CME d'accueil informe la DAM de son établissement de la réaffectation de l'interne pour le paiement des gardes, astreintes et indemnités.

8- Pour assurer le suivi de l'ensemble des autorisations (obtenues, refusées, en attente) et le suivi des internes, le SIOI tient à jour un document partagé (Google Sheet) consultable et modifiable par tous les interlocuteurs en co-working³.

9- L'ARS, par l'intermédiaire d'une personne qu'elle désigne, a une visibilité sur l'ensemble des autorisations obtenues, refusées ou en attente via le document de suivi en ligne. Elle formule une autorisation provisoire appelant à être régularisée par la production d'un arrêté ultérieurement.

10- Une fois l'ensemble des autorisations écrites obtenues, la cellule de crise du SIOI adresse un second mail de mise en relation des volontaires avec l'acteur de santé demandeur de renfort. Ils définissent ensemble les modalités d'accueil des internes dans le terrain sous tension.

3.4) Aspects réglementaires

Dans la circulaire du 17/03/2020 relative aux aménagements des modalités de formation pour les étudiants en santé, l'autorisation de l'ARS est nécessaire pour les réaffectations des internes qui sont en stage dans un autre établissement.

Les autorisations attendues dans le cadre de cette procédure de concertation régionale sont celles de :

- Chef de service ou MSU
- CME de l'établissement de départ
- Coordonnateur pédagogique de DES

³ Le document de suivi de mobilisation des internes se compose des noms des internes mobilisés associés aux colonnes comportant les différentes autorisations demandées. Pour chaque interne et chaque autorisation, on met en place un lien hypertexte vers le mail qui a donné l'autorisation à l'interne. Ce travail est synchronisé en temps réel.

- ARS pour l'affectation au sein d'un autre établissement que celui d'origine.

Les émoluments de l'interne mobilisé sont assurés par l'établissement d'origine. Les gardes (permanence des soins / soirs, samedi après-midi et dimanche), astreintes (disponibilité téléphonique) et indemnités (notamment de transport) sont prises en charge par l'établissement d'accueil. Pour ce faire la DAM de l'établissement d'accueil, informée de la mobilisation de l'interne ainsi que de la fiche de poste pour laquelle il est mobilisé, communique dès la prise de poste à l'interne ainsi qu'au SIOI les documents nécessaires à sa mise en paie.

4) *Points de vigilance*

La fiche de poste de l'interne ne peut pas être modifiée *a posteriori*. Toute nouvelle expression d'un besoin repasse par la procédure.

La réaffectation de l'interne se fait pour une durée de 15 jours reconductible tacitement en l'absence de directive contraire (ci-dessous).

A tout moment, l'interne volontaire/le chef de service/le MSU/le coordonnateur de DES peut mettre un terme à la mobilisation de l'interne en écrivant un mail à l'adresse covid19@sioi.fr. La demande est traitée rapidement mais nécessite un délai de 48-72h le temps d'organiser un roulement si nécessaire pour le service en tension.

Les internes doivent pouvoir bénéficier des avantages prévus : garde d'enfants si nécessaire, paiement de la permanence des soins, y compris en régulation lorsqu'ils sont en poste le week-end ; indemnité de transport lorsqu'ils sont affectés en renfort dans un autre établissement que celui d'origine aux conditions prévues.

2. Diagramme schématisant le fonctionnement de la procédure

La CME du CHU ou le GHT filtre les demandes de renfort émanant des services en tension. Seules les personnes habilitées par la CME ou le GHT peuvent adresser les demandes à la cellule de crise du SIOI. Celle-ci consulte le pool d'internes mobilisables et recherche les volontaires disponibles et mobilisables pour répondre à la demande de renfort. Puis les volontaires, la cellule de crise du SIOI et la CME sollicitent les autorisations nécessaires pour la réaffectation des internes. Elles sont colligées dans un tableur ouvert en travail partagé. *In fine*, l'ARS émet les arrêtés de réaffectation des volontaires vers les services en tension.

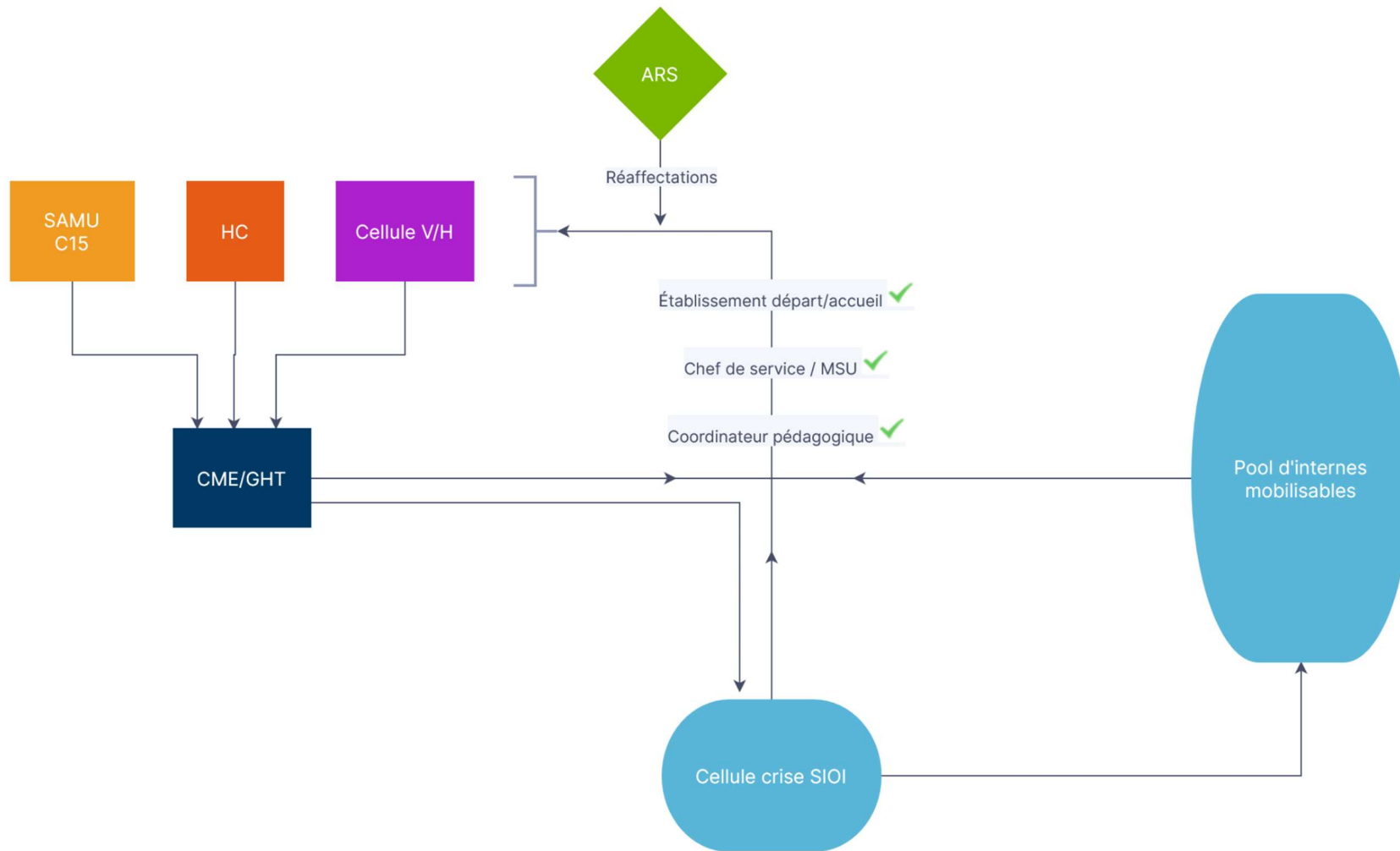


Figure 3 : Fonctionnement de la procédure de mobilisation des internes à La Réunion
 HC : Hospitalisation Complète ; Cellule V/H : cellule de coordination ville-hôpital

C. Résultats quantitatifs de l'étude

1. Précisions sur la constitution du pool de réserve sanitaire

L'étape de constitution du pool de réserve sanitaire a débuté aussitôt après la mise en ligne du questionnaire de mobilisation. Les volontaires étaient invités à y participer quelle que soit leur situation afin de savoir s'ils étaient mobilisables. La trame du questionnaire se situe en annexe. Le questionnaire avait plusieurs objectifs distincts :

- Identifier les médecins volontaires et mobilisables (internes et médecins remplaçants) selon les critères de mobilisation concertés
- Identifier parmi les internes, ceux à risque de développer une forme grave de la maladie au sens du HCSP
- Identifier les compétences réanimatoires des répondants
- Faciliter le traitement des données

Dans le questionnaire, il n'a pas été possible d'aligner strictement les critères de mobilisation définis dans le communiqué SIOI-UFR-CGEOI. En effet, il était important que les catégories soumises au choix soient exclusives les unes des autres car il fallait pouvoir établir une priorisation de la mobilisation. Ainsi, un interne ayant une compétence en réanimation et qui était dans un stage dont l'activité avait diminué devait être identifié par le critère de la baisse d'activité de son stage, et non par sa compétence en réanimation. Cela permettait de faire la différence avec un interne ayant une compétence de réanimation mais se trouvant en maladies infectieuses ou en pneumologie par exemple. L'un pouvait être mobilisé plus rapidement que l'autre.

Afin de récupérer les compétences en réanimation, lorsque le répondant ne pouvait cocher aucun des critères, il était orienté vers une autre partie du questionnaire l'interrogeant sur son expérience de réanimation. S'il en avait une, le répondant pouvait finir de remplir le questionnaire comme les autres. Cela avait une importance dans l'hypothèse d'une montée en charge du dispositif avec des besoins importants en réanimation.

Le critère « tous les internes volontaires dont la mobilisation n'a pas d'impact sur le lieu de stage » était redondant avec les autres critères. Une telle situation ne

pouvait se produire que si d'autres critères comme la baisse d'activité, ou le fait d'être en congés ou en disponibilité, étaient également présent. Comme ce critère générait de la confusion, il n'a pas été proposé au choix.

2. Description des répondants au questionnaire

Deux-cent dix-sept personnes ont répondu au questionnaire de mobilisation diffusé via les réseaux sociaux et les adresses électroniques à disposition de l'UFR santé. La description des répondants au questionnaire est détaillée en tableau 1. De façon attendue, le plus gros contingent de répondants étaient médecins généralistes, ce qui correspond à la distribution des effectifs médicaux. La catégorie la plus représentée est « internes en stage non sous-tension » sur la base de la déclaration de l'interne. Le questionnaire annonçait dans ce cas que le SIOI ferait la démarche de vérifier l'accord des responsables du lieu de stage. Lors de la construction du questionnaire, il n'était pas attendu que cette catégorie soit la plus représentée. Nous formulons l'hypothèse qu'elle était plus rassurante pour les répondants qui n'avaient pas à statuer sur la réduction d'activité du lieu de stage où ils étaient affectés.

i. Les internes mobilisables

En rassemblant les critères définissant un interne « mobilisable », 130 internes ont ainsi constitué la base immédiatement mobilisable de la réserve sanitaire. Il n'est pas possible d'identifier à partir des choix définissant le caractère mobilisable de l'interne s'il est en stage ambulatoire ou hospitalier. Cela est cohérent avec l'objectif initial de catégoriser les internes en fonction de l'activité dans leur lieu de stage initial.

Nous avons exclu les médecins remplaçants de la réserve sanitaire des internes proprement dite puisqu'ils ne pouvaient pas être mobilisés de la même façon : ils n'avaient pas besoin d'autorisation, et surtout ils devaient être embauchés par le CHU avec signature d'un contrat de travail. La gestion des ressources humaines est une mission de la DAM.

ii. Les médecins remplaçants

Le contingent de médecins remplaçants est très important. On note qu'il s'agit essentiellement de médecins généralistes. Certains ont des compétences en réanimation. Il s'agit d'internes ou de jeunes médecins qui ont poursuivi leur DES dit « ancien régime » où il était possible de compléter le DES de médecine générale par un DES Complémentaire (DESC) comme le DESC d'Urgences. Ce DESC nécessitait un semestre effectué en réanimation.

iii. Les internes à risque de contracter une forme grave de la maladie

Cinq internes étaient à risque de contracter une forme grave de la maladie au sens du HCSP. Parmi eux, 2 internes ont demandé explicitement à être réaffectés dans un service jugé non à risque de contracter la Covid-19. L'un des 2 était en stage ambulatoire chez des médecins généralistes et a été réaffecté. L'autre n'était ni en réanimation, ni en stage ambulatoire, ni aux urgences, ni en unité covid, ni en pneumologie, ni en maladies infectieuses⁴. Lors de la construction du questionnaire, il n'avait pas été envisagé d'autre hypothèse. Or, tous les services de premiers recours, incluant la pédiatrie et la gynécologie, pouvaient être considérés comme lieu à risque de contracter la Covid-19. Il s'agit d'un défaut du questionnaire. Cet interne a été contacté en vue d'une mobilisation mais n'a pas été réaffecté. Les 3 autres internes estimaient qu'ils n'avaient pas de risques de contracter la Covid-19 et ne voulaient pas être réaffectés ailleurs. Ils offraient de leur temps pour suppléer à d'autres missions comme le soutien des co-internes sur le plan psychologique, ou pour des recherches bibliographiques ou pour la participation à l'organisation de la mobilisation.

iv. Les compétences en Réanimation

Au total, 41 répondants avaient des compétences en réanimation. Seize d'entre eux n'étaient pas mobilisables dans l'immédiat. Ces internes constituaient une réserve secondaire. Nous aurions pu réfléchir à une mobilisation pour les remplacer dans le service dans lequel ils étaient affectés afin de pouvoir les mobiliser en réanimation en cas d'aggravation de la situation sanitaire.

⁴ Les répondants au questionnaire devaient sélectionner parmi ces options lorsqu'ils se déclaraient à risque de contracter une forme grave de la maladie (cf annexe texte de la procédure).

Parmi les autres répondants, 18 internes étaient mobilisables. Peu d'entre eux l'ont été afin de garder cette réserve secondaire la plus intacte possible.

		Dont nb compétences réanimatoires	Dont nb médecins généralistes	Dont nb médecins spécialités autres
Nombre de répondants au questionnaire	217	41	121	96
Nombre d'internes mobilisables	130	18	68	62
<i>Internes en libéral : supervision directe, une seule salle d'examen au cabinet</i>	15	0	14	1
<i>Internes en disponibilité/congés/année recherche</i>	22	3	9	13
<i>Internes en lieu de stage d'activité réduite ou fermée</i>	39	5	20	19
<i>Internes en service non sous-tension selon eux</i>	54	10	25	29
Nombre d'internes à risque de forme grave	5	0	2	3
Nombre de médecins remplaçants	42	7	41	1
Nombre de répondants non mobilisables	40	16	10	30

Tableau 1 : Description des répondants au questionnaire de mobilisation

3. Description des internes mobilisés

Au total, 47 internes ont été mobilisés par le biais de la procédure de mobilisation. Le tableau 2 décrit le secteur de provenance et d'accueil des internes.

i. Provenance des internes

Provenance :	CHU		Ambulatoire		Autre CH		Dispo	
	MG	Spé	MG	Spé	MG	Spé	MG	Spé
Nb internes mobilisés vers CHU	1	11	19	2	5 ¹	2 ²	1	1
Nb internes mobilisés ailleurs		1 ³	4 ⁴					
Effort total par secteur	13		25		7		2	

Tableau 2 : Description du secteur de provenance des internes réaffectés

¹ 2 en provenance du GHER ; 3 en provenance du CHOR

² 2 internes en provenance du CHOR

³ 1 interne mobilisé depuis le CHU vers la Réanimation du CHM

⁴ 3 internes mobilisés pour la gestion de la procédure de mobilisation, 1 interne mobilisé auprès de l'ARS Mayotte en coordination ville-hôpital

On remarque que c'est le CHU qui a le plus profité de la mobilisation des internes, ce qui est conforme à la volonté de centraliser la détection des cas et du soin des patients au niveau du CHU. Sur les 47 internes mobilisés, 42 l'ont été pour le CHU, 2 pour Mayotte, 3 pour la coordination locale de la procédure de mobilisation des internes.

On note que 25 internes ont été mobilisés depuis le secteur ambulatoire dont 23 médecins généralistes. Il s'agit du principal contingent. Le secteur hospitalier a permis la mobilisation de 20 internes, dont 13 réaffectés directement au sein du CHU. Au sein du secteur hospitalier, 14 internes sur les 20 mobilisés sont d'une spécialité autre que la médecine générale.

ii. Destination des internes

Les internes ont été mobilisés vers les services récapitulés dans le tableau 3. Sans surprise, c'est la Régulation centre 15 qui mobilise le plus d'internes

correspondant à la demande émise lors du pic d'appels quotidiens au SAMU visible sur la figure 1. La première vague à La Réunion n'a pas été aussi importante qu'en métropole puisque moins de patients ont été hospitalisés. Il y a donc eu peu de mobilisation vers les unités Covid et pas du tout en réanimation à La Réunion.

Le tableur partagé de la procédure était incomplet car il ne permettait pas de savoir si les internes étaient mobilisés à temps plein ou seulement à temps partiel. La plupart des internes ont été mobilisés à temps partiel. Certains d'entre eux conservaient une activité dans leur lieu de stage initial.

<i>Lieu de réaffectation</i>	<i>Nb d'internes</i>
<i>Régulation centre 15</i>	17
<i>Cellule de coordination Ville-Hôpital</i>	9
<i>Services Covid +</i>	8
<i>Unités précovid</i>	5
<i>Unité de dépistage</i>	3
<i>Cellule de crise du SIOI</i>	3
<i>Service de Réanimation du CHM</i>	1
<i>ARS Mayotte (équivalent cellule coordination Ville-hôpital)</i>	1
	47

Tableau 3 : Nombre d'internes mobilisés par lieux de réaffectation

IV. Analyse et Discussion

A. Principaux résultats

Nous avons décrit la construction de la procédure de mobilisation des internes dans le cadre de la première vague de l'épidémie de Covid-19 à La Réunion. L'origine de cette construction est une initiative menée par les représentants des internes dans la subdivision Océan Indien. Elle rejoint celles d'autres syndicats locaux en France métropolitaine. La mobilisation des internes a été saluée. Elle a été qualifiée de « *remarquable, considérable et essentielle* » (11) ou encore de « *mobilisation sans précédent* » (2).

En mars 2020, dans le contexte oppressant de la montée en puissance de l'épidémie, chaque centre devait organiser la réponse à l'épidémie et la stratégie de prise en charge des cas possibles et des cas avérés. A La Réunion, les raisons qui ont précipité la parution du premier communiqué du SIOI comme premier jalon de la construction du dispositif étaient les demandes répétées de la DAM du CHU et du chef de service des Urgences de l'époque adressées au SIOI pour connaître l'état des lieux de volontaires ou d'internes disponibles pour venir en renfort de la Régulation Centre 15. L'information circulait dans les échanges avec les acteurs institutionnels que l'ARS envisageait de recourir aux internes de médecine générale en stage ambulatoire par la voie de réquisition, mais n'avait encore rien mis en œuvre dans ce sens. Or, les représentants du SIOI partageaient l'avis exprimé dans le communiqué du Collège National des Généralistes Enseignants « *Sauf mesure réglementaire ultérieure, les étudiants en stage ambulatoire de médecine générale restent à leur poste dont chacun mesure l'importance ; ils ont beaucoup à apprendre de la situation actuelle et beaucoup à y contribuer en tant que soignants* » (20). Non seulement l'apprentissage de la gestion d'un cabinet en temps de crise revêt un intérêt pédagogique majeur, mais l'activité ambulatoire elle-même, dans un contexte de prise en charge ambulatoire des patients covid+ les moins graves, nécessitait qu'elle conserve ses moyens humains.

Au moment où l'activité « non urgente » des centres hospitaliers était déprogrammée, il apparaissait plus pertinent pour les représentants du SIOI que la mobilisation des internes se fasse sur des critères de disponibilité et de volontariat, et non sur des réquisitions arbitraires en fonction du lieu de stage. En proposant cela, le SIOI trouvait le soutien de l'UFR et du CGEOI et ce fût la base de toute la procédure qui a suivi. Par la suite, le dispositif a tiré sa force de la démarche consensuelle de tous les acteurs intégrés jusqu'à l'ARS qui validait les réaffectations à partir du tableur de travail partagé. De nombreuses techniques de consensus ont été utilisées, mettant en lumière l'efficacité du travail coconstruit avec les tutelles à partir d'une initiative de terrain.

Le SIOI a proposé et mis en place des outils innovants en matière de résolution de problématiques d'organisation des soins pour répondre au besoin urgent de constitution d'une réserve mobilisable. Ainsi, l'utilisation des réseaux sociaux était pertinente dans la mesure où les jeunes générations les utilisent quotidiennement. Le questionnaire dématérialisé Google Form mettait à jour instantanément et sans

traitement le tableur d'internes mobilisables. Le tableur de suivi des internes mobilisés ouvert en travail partagé permettait à chaque partie prenante de suivre chaque interne mobilisé. Ces choix, qui peuvent paraître aujourd'hui naturels, n'étaient pas une évidence en mars 2020. A titre d'exemple, le formulaire de constitution de la réserve sanitaire du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins était un fichier PDF à imprimer, remplir, et à retourner scanné. Il était ensuite traité par un gestionnaire administratif. Ces outils ont permis une mobilisation très rapide des internes : les premières demandes d'état des lieux des volontaires ont été formulées le 16 mars 2020. Les premiers internes ont été intégrés au pool de volontaires le 18 mars 2020. La première version du protocole a été validée par la DG ARS le samedi 21 mars 2020 et les premiers internes ont été mobilisés le mardi 24 mars (ils étaient disponibles dès le lundi 23). Néanmoins, l'usage des outils numériques pose la question de la sécurisation des données à caractère personnel. L'urgence a pris le pas sur l'utilisation d'outils plus sécurisés mais qui n'étaient pas connus à l'époque. Tous les acteurs, incluant les personnels administratifs de l'ARS ont consenti à utiliser les outils proposés, ce qui témoigne d'une volonté d'action collective et solidaire.

La procédure était fonctionnelle pour une montée en charge des besoins puisque 47 internes ont été mobilisés sur 172 mobilisables. Il restait donc 125 personnes dont 42 médecins remplaçants. Cependant, la première vague à La Réunion n'a pas été aussi forte qu'en métropole. Au plus fort du premier pic épidémique, c'est-à-dire autour du 31/03/2020, 57 patients covid + étaient hospitalisés dont 5 en Réanimation. Les besoins n'ont pas été aussi importants qu'attendus. Avec la reprise de l'activité de soins, concomitante avec la fin du confinement, il n'a plus été possible de mobiliser de nouveaux internes à partir du 10 mai 2020. Les internes n'étaient plus disponibles à partir de ce moment-là. Nous n'avons pas de retour concernant la mobilisation des 42 médecins remplaçants par le biais de cette procédure. Les noms ont été donnés à la CME et la DAM du CHU mais la gestion des contrats de travail relevait de la DAM. Par ailleurs, il faut souligner que malgré l'apport des outils numériques, la gestion de la procédure était lourde car elle nécessitait d'obtenir et de produire de nombreuses autorisations pour chaque interne.

Le rôle assumé par le SIOI dans l'organisation de la réponse au besoin de renfort pose des questions de façon plus globale sur l'organisation du système régional de soins. En effet, les médecins juniors ne sont pas attendus, et ne sont pas identifiés

comme acteurs dans l'organisation du système de soins à l'échelle régionale. Pourtant, à La Réunion, c'est sous leur impulsion que s'est organisée une partie de la réponse stratégique. La lecture du guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des SSE de 2019 nous apprend que « *le pilotage du système de santé en SSE incombe exclusivement à l'ARS. Toutefois, l'établissement support ou celui désigné comme pilote, peut jouer un rôle pivot pour canaliser la remontée et la descente d'informations en SSE et pour tous les aspects logistiques et de fonctionnement en réseau* » (14). Sur un mode d'organisation très centralisé, les différents guides méthodologiques laissent penser que l'organisation en SSE doit se faire sur un mode descendant. Les plans prévoient que les administratifs décident et pilotent le système et ses exécutants. L'expérience apportée par la création de ce dispositif est différente. L'ARS a été satisfaite de l'initiative concertée venant du terrain, sans avoir porté le projet en premier lieu. Elle a validé le protocole et a assuré le rôle de suivi et d'émission des ordres de réaffectation.

Ce hiatus pourrait s'expliquer de la façon suivante. Lorsque les plans donnent des directives générales de centralisation des décisions et les attribuent aux organes administratifs, ils n'anticipent pas la masse de problématiques et d'arbitrages. L'ARS, comme la direction générale du CHU étaient saturées par les problèmes divers à administrer. La question de la mobilisation des internes n'est qu'une seule problématique au regard de toutes celles à gérer (comme le nombre de lits, les directives de déprogrammation, l'information de la population, le suivi des cas...) Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant que la réquisition des internes en stage ambulatoire ait été envisagée. Il s'agissait d'une solution simple, qui permettait de résoudre la problématique du manque de personnel médical au CHU. Mais la problématique n'était considérée que du point de vue du CHU, sans prendre en considération les aspects pédagogiques, les besoins du secteur ambulatoire, et les conséquences de décisions qui auraient pu être jugées autoritaires. A l'inverse, le dispositif qui a eu cours à La Réunion prenait en compte l'ensemble de ces problématiques, mais sa construction était plus longue que d'organiser des réquisitions. L'ARS a d'ailleurs finalement préféré ce plan coconstruit aux réquisitions. On peut donc se demander si les plans d'organisation en temps de crise ne devraient pas prévoir plusieurs niveaux décisionnels pour l'organisation des soins en intégrant les acteurs, y compris les médecins juniors.

De plus, la préoccupation de répondre à la problématique du manque prévisible de personnel médical du CHU par le biais de réquisitions au détriment du secteur ambulatoire illustre ce que nous pouvons appeler « l'hospitalocentrisme ». Cela tend à reléguer la médecine de ville en retrait. C'est une conséquence de l'application des guides méthodologiques qui centrent l'organisation des soins au niveau du CHU, considéré comme l'établissement de première ligne. D'après le plan ORSAN-REB, afin de circonscrire le risque de transmission du virus, il s'agit d'identifier et d'isoler les cas suspects au niveau du centre de première ligne. Les tests diagnostiques en stade 1 et 2 ne sont accessibles qu'au sein de ce centre et les indications sont revues par le SAMU ou l'infectiologue référent, même lorsque c'est un médecin de ville qui adresse un patient pour testing. Cette organisation marginalise la médecine libérale et interroge sur la place de la médecine de ville dans la gestion de crise. Or, l'enseignement venant de métropole montrait que les stades du plan ORSAN ont été très rapidement dépassés et que leurs limites sont devenues floues. Il a très rapidement fallu prendre en charge les patients en ambulatoire par la médecine de ville faute de place à l'hôpital. A La Réunion, des mesures de stade 3 s'appliquent (comme la gestion ambulatoire des patients, la protection des personnes vivant en EHPAD, les mesures de confinement...) alors que le stade 3 n'a jamais été activé durant la première vague de l'épidémie. Ainsi, le plan d'organisation stratégique peut conduire à un mode de pensée « hospitalocentriste » quitte à négliger la complexité d'une situation épidémique qui dépasse le cadre de la prise en charge hospitalière.

A cet égard, il est frappant de constater qu'il n'existe pas de méthode dans le plan ORSAN-REB pour organiser l'articulation entre la prise en charge hospitalière et la prise en charge ambulatoire des patients. Or, à La Réunion, certains internes ont été mobilisés dans des unités de coordination ville-hôpital dans le cadre de la procédure de mobilisation des internes. Il s'agissait d'unités pédagogiques totalement nouvelles, adossées aux services d'infectiologie sur le plan pédagogique, qui ont permis d'optimiser le relai entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire des patients. Ces unités ont été créées grâce à une action concertée des acteurs représentant la médecine de ville et les médecins hospitaliers. Elles ont permis d'alléger le système de soins hospitalier et avaient pour but de sécuriser le parcours patient une fois sorti de l'hôpital. Un retour d'expérience de ces cellules de coordination ville-hôpital aiderait à repenser la gestion des crises sanitaires exceptionnelles. Il pourrait permettre

d'intégrer des outils méthodologiques pour une meilleure articulation ville-hôpital dans les plans de préparation de la réponse stratégique.

Qu'il s'agisse de la mise en place de la procédure de mobilisation des internes ou de la création des cellules de coordination ville-hôpital, nous avons deux exemples qui sont des contributions directes au travail de Henri Bergeron, Olivier Borraz, Patrick Castel et François Dedieu dont nous reproduisons ici un passage :

« Nous formulons l'hypothèse [...] que la coopération et la coordination demeurent le maillon faible – le 'peu-pensé' – des dispositifs organisationnels, en particulier de ceux en charge de la préparation et de la gestion des situations de crise. [...] L'action collective s'est le plus souvent déployée en dehors de tout ce qui avait été programmé, prévu, anticipé.

[...] Bien que le pays soit déjà doté d'un arsenal [...] d'instruments organisationnels (Plans blancs, plan ORSAN, Organisation de la réponse de sécurité civile [ORSEC], etc.), on assiste, à partir du mois de mars et jusqu'au mois de juin, à la constitution d'un nouvel ensemble de structures, de process et de proto-organisations qui viennent s'ajouter aux organisations existantes, parfois même en en supplantant certaines ayant pourtant explicitement pour mission la gestion des crises. » (21)

La procédure de mobilisation des renforts médicaux à La Réunion est un exemple de ces process qui sont venus s'ajouter et compléter la stratégie régionale de la gestion de crise. Il s'agissait d'un process dont la construction s'est faite de façon coordonnée entre les acteurs de terrain, pour répondre aux besoins du terrain. Si ce process a pu s'imposer, c'est qu'il donnait satisfaction à l'ensemble des acteurs investis dans la gestion de crise, hospitaliers comme de la médecine de ville, référents pédagogiques, administratifs dont l'ARS, et médecins volontaires.

De la même façon, la création des cellules de coordination ville-hôpital, qui avaient le rôle essentiel de favoriser le relai de prise en charge des patients les moins graves à leur sortie de l'hôpital par la médecine de ville, est une initiative de coordination qui n'est pas prévue à la base par le plan ORSAN. Elle illustre « *le peu pensé* » de la coordination.

Dans l'ouvrage dont nous avons reproduit un extrait, plusieurs hypothèses tentent d'expliquer comment la répartition de la gouvernance dans le pilotage de gestion de

crise a pu aboutir à une situation d'inorganisation selon eux. Leur objectif est de proposer des pistes d'amélioration des process.

B. Discussion de la méthode

1. Forces et choix de l'étude

Il s'agit d'une étude originale qui porte sur la place des médecins juniors au sein du système de santé et de son organisation. Elle décrit un dispositif innovant avec un angle d'approche centré sur l'action des internes. Nous n'avons pas trouvé d'études comparables.

L'approche historique a été choisie dans cette étude pour plusieurs raisons. L'objectif était de restituer la mise en place et la consolidation d'un dispositif innovant en temps de crise venant « du bas », c'est-à-dire du terrain. Le choix a été fait d'étudier pierre après pierre la construction du dispositif en lien avec les éléments contextuels et les connaissances du moment. Les éléments qui se prêtaient le plus à ce type d'étude étaient les échanges électroniques, les communiqués, les protocoles, les tableaux qui ont servi pour le suivi de la situation épidémique, les articles de presse... Pour étudier ce matériel hétérogène, l'approche historique nous semblait plus adaptée.

La question de recherche cherchait à mettre en lumière l'action des médecins juniors dans la réorganisation du système de soins par la mise en place du dispositif. Il illustre non seulement le leadership qu'ont assumé les représentants des internes mais il constitue également un fait social à part entière qui dit quelque chose de l'organisation générale du système de soins et de sa gouvernance. Il pose aussi la question de la place des médecins juniors dans celle-ci. Là encore, l'approche historique nous semblait plus adaptée pour interpréter la mise en place du dispositif comme fait social.

Nous avons décidé de ne pas mener d'entretien deux ans après les faits. Nous avons ainsi limité l'impact du biais de mémorisation et de confusion. Pendant ces deux ans, les échanges entre les acteurs de cette procédure ont été nombreux et il y a eu d'autres travaux collaboratifs qui s'approchent de cette mobilisation, notamment concernant la participation des internes à la campagne de vaccination.

2. Limites de l'étude

Cette étude historique s'est attachée à reconstruire pas à pas le dispositif de mobilisation des internes. L'essentiel du matériel d'étude est constitué par un corpus d'échanges électroniques et de documents publics ou officiels. Il existe un biais de recueil. Les nombreux échanges téléphoniques qui ont servi à la mise en place du dispositif n'ont pas pu être retranscrits et sont manquants pour mieux comprendre comment se joue la construction du dispositif. Tous les échanges informels qui lissent le déroulement des faits sont également manquants. Ce biais de recueil pourrait avoir un impact sur la reproductibilité de la méthode de consensus utilisée pour avancer pas à pas dans la construction du dispositif. En effet, l'étude ne rend pas compte d'éléments essentiels comme la qualité des relations préexistantes entre les représentants du SIOI, l'UFR santé et le CGEOI par exemple. Or, les relations de confiance et de travail commun, qui auraient été mises en évidence dans la retranscription des échanges informels et directs qui ont eu lieu, ont pesé dans la rapidité de la mise en place du dispositif. Le fait que les acteurs se connaissaient a créé les conditions pour un travail solidaire et rapide.

Un autre biais de recueil vient du fait que l'étude ne dispose pas de l'intégralité des points de vue de tous les acteurs en jeu. Le point de vue de l'ARS La Réunion est notamment indirect et incomplet. De façon générale, les motivations de chaque partie dans sa participation à la construction du protocole pourraient ne pas apparaître à travers le matériel étudié. Cela diminue la portée de l'interprétation en analyse des résultats.

Il existe également un biais d'investigation puisque le chercheur de cette étude est également un acteur de la mise en place du dispositif en tant que secrétaire général du SIOI au moment des faits. Ce biais d'investigation est à nuancer car le chercheur était également un témoin du déroulement de ces événements.

Le risque est le manque d'objectivité dans l'analyse du matériel et ce biais d'investigation pourrait ainsi remettre en cause la validité du travail d'interprétation. Mais, l'interprétation des faits historiques est subjective par nature. Afin de limiter ce biais, nous avons décrit le plus objectivement possible les faits tels qu'ils se sont

déroulés dans la partie résultats en gardant à l'esprit l'intention de vérité décrite dans le travail de Charles Seignobos. Pour ce dernier, l'important est de faire l'histoire avec « sincérité ». Et nous avons réservé la partie plus interprétative pour la discussion.

Pour limiter davantage ce biais, nous aurions pu compléter le matériel par l'organisation de « focus group ». Cette technique permet d'apporter plus d'objectivité en croisant les regards des différents acteurs de la procédure et elle réduit le biais de mémorisation. Mais cette technique présente le risque de gommer les aspérités qui intéressent l'analyse historique comme la différence entre le rôle attendu des médecins juniors dans l'organisation des soins et le rôle qu'ils ont joué. Or ces aspérités sont contributives.

La construction du dispositif de mobilisation des internes répondait à un besoin de santé. La méthode en recherche-action aurait été une alternative intéressante mais elle supposait que la méthode soit mise en place avant de débiter la construction du dispositif, ce qui n'a pas été le cas. Elle aurait intégré et limité le biais d'investigation en donnant un cadre méthodologique selon un modèle constructiviste plus moderne que l'approche historique classique utilisée dans cette étude.

C. Comparaison avec les initiatives ailleurs en France

Peu de publications décrivent explicitement le fonctionnement des dispositifs de mobilisation des internes pendant la première vague de l'épidémie de Covid-19. Le dispositif en vigueur à Paris a fait l'objet d'un article publié dans le *Postgraduate Medical Journal* (10). Certains autres dispositifs sont présentés dans la revue de l'ISNI (9) ou brièvement dans les retours d'expérience (2 ; 11). De façon commune, ce qui ressort de la comparaison est la perception à l'époque des faits que le système de santé est submergé par la vague épidémique. Cette vague pose des problèmes qui n'avaient pas été anticipés et nombreux sont ceux qui déclarent qu'ils n'étaient pas prêts à faire face à cette situation (2 ; 10-11).

Partout aussi, il ressort que ce sont les internes qui ont recensé les volontaires disponibles en utilisant des questionnaires informatiques diffusés via les réseaux sociaux. Ces questionnaires diffèrent par les informations demandées mais globalement, ils identifient tous les compétences des internes. Il en ressort que le but

de la mobilisation a été de prioriser les besoins pour les services hautement qualifiés comme la réanimation et les soins intensifs.

En revanche, la mobilisation des volontaires diffère en fonction des centres. A Paris, le système mis en place par l'équipe de gestion de crise constituée d'internes est complètement autonome et reçoit de l'ARS Ile de France une délégation pour cette mission. Ce sont des relais d'internes dans les services sous tension de plus de 90 établissements accueillant des internes qui évaluent les besoins et les transmettent à l'équipe de gestion de crise. C'est grâce à l'exemple parisien que paraît l'instruction ministérielle relative à l'aménagement des études de santé (16). A Strasbourg, les internes sont en contact avec les chefs de service en tension pour faire remonter les besoins. Les besoins sont concertés au niveau du terrain.

Les initiatives des représentants des internes ont su capter les volontariats des internes dans plusieurs subdivisions (Strasbourg, Besançon, Lyon, Paris, Rouen, Nice parmi celles pour lesquelles il existe une description). Pourtant, les appels à la mobilisation et les demandes de volontaires ont été nombreux pendant la période. Nous pouvons nous demander quels sont les ressorts qui ont permis à ces initiatives de s'imposer plus que d'autres. Nous formulons plusieurs hypothèses :

- La concertation à l'échelle du territoire. Dans toutes les villes citées, comme à La Réunion, les dispositifs sont soutenus par les institutions locales comme l'ARS, l'UFR et les CHU. A un moment de leur construction, ces dispositifs ont été présentés et ont pu se greffer sur le fonctionnement de crise du système de soins local.
- La force du réseau des représentants des internes. Les canaux d'information mis à disposition par l'ISNI ont été décisifs. Les initiatives des subdivisions où la situation épidémique était plus avancée étaient communiquées en temps réel.
- L'utilisation des outils informatiques, tel que les questionnaires informatiques, ont joué un rôle important. Simples, faciles d'accès, et rapides d'utilisation, ce sont les outils qui ont permis d'avoir une action adaptée à la rapidité de la montée en puissance de l'épidémie en métropole. Cette raison explique aussi pourquoi ce sont les médecins juniors qui ont été en mesure de proposer ces solutions alors que leurs aînés ne l'ont pas pu.

Le processus de collection des autorisations nécessaires à la réaffectation des internes n'est pas décrit dans les subdivisions citées. Les dispositifs semblent avoir été plus ou moins intégrés par les cellules de crise des grands centres, ce qui explique peut-être les différences avec le dispositif réunionnais. L'autre explication pourrait être la brutalité de la situation hospitalière avec des services de réanimation qui se remplissent en 24 heures, ou des services d'accueil des Urgences saturés. Dans ce contexte, la prise en charge des patients doit prendre le pas sur la collecte systématique d'autorisations préalables.

D. Les perspectives

Cette étude présente un protocole de redéploiement de renforts médicaux en contexte d'urgence en modélisant des étapes de construction d'une réserve sanitaire constituée d'internes de toutes spécialités et de jeunes médecins remplaçants. Elle est reproductible dans l'hypothèse de la survenue d'une nouvelle crise sanitaire en utilisant des techniques de consensus avec les acteurs institutionnels et les outils numériques décrits. De plus, le cadre réglementaire existe désormais.

Cette étude montre l'implication des internes et de leurs représentants dans la gestion d'une crise sans précédent. Les représentants des internes ont montré du leadership en proposant les solutions adaptées car rapides, simples, et efficaces, basées sur une approche de terrain. Les futurs médecins ont ainsi pu développer des compétences comme l'organisation et la coordination des soins, la décision dans l'urgence, la santé communautaire, le professionnalisme et l'échange institutionnel.

Elle pose la question de la place des médecins juniors dans l'organisation du système de soins et des opportunités apportées par un usage inné des nouvelles technologies et de leur apport en santé. Enfin, elle interroge sur l'organisation du système de soins elle-même en SSE et l'articulation entre la ville et l'hôpital.

V. Conclusion

Cette étude historique de la mise en place de la procédure de mobilisation des internes et jeunes médecins volontaires dans le cadre de la première vague de l'épidémie de Covid-19 à La Réunion nous a permis d'identifier des phases de construction du dispositif. Ce dispositif innovant s'est mis en place rapidement, répondant à l'urgence des besoins formulés et attendus de personnels médicaux dans les services en tension. Ce dispositif était prêt pour une montée en charge de l'épidémie mais cela n'a pas été nécessaire car la première vague n'a pas eu de conséquences aussi impactantes que dans les centres de métropole. Il a fédéré autour de lui l'ensemble des acteurs du système de soins réunionnais : volontaires, médecins, universitaires, et administratifs jusqu'à l'ARS. Il illustre par là les possibilités d'un travail venant du bas coconstruit avec les tutelles dans une recherche active de consensus.

L'étude met en lumière l'action des médecins juniors et leur usage des outils numériques qui ont été décisifs dans la réorganisation du système de soins réunionnais en proposant une réponse adaptée à la problématique du manque de renforts médicaux. Cette réponse a conduit à recenser et mobiliser les internes rapidement, en assurant les conditions de suivi de chaque interne acceptables sur le plan pédagogique, et dans le respect du cadre réglementaire. Les acteurs institutionnels à La Réunion ont demandé à plusieurs reprises dans la suite des événements que ce type de dispositif puisse être remis en place.

Partout en France les initiatives de terrain, que le dispositif de mobilisation des internes à La Réunion rejoint, interrogent ce que prévoient les plans nationaux d'organisation des soins en temps de crise et notamment la répartition de la gouvernance entre les ARS pilotes et les effecteurs comme le GHT à l'échelle du territoire, plus proches des soins, ainsi que des acteurs de la médecine de ville.

En faisant état du nouveau risque biologique émergent que représente la variole du singe – Monkeypox, l'actualité ouvre des perspectives à cette étude et à la possibilité de réutiliser le type de dispositif ici décrit.

VI. Références bibliographiques

- (1) Organisation Mondiale de la Santé. Rapport du comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement Sanitaire International (2005) pendant la riposte à la COVID-19. Genève : OMS ; avril 2021.
- (2) Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. 2020 – 2022 FACE AU DEFI, Retour sur deux années de crise Covid aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Strasbourg ; fév 2022.
- (3) Noizet M, Gottwalles Y, Nguyen S, et al. Retour d'expérience de deux structures d'urgences de centres hospitaliers généraux pendant la crise Covid-19. *Ann Fr Med Urgence*. Mars 2020 ; 10 : 243-50.
- (4) Macron E. Adresse aux français, 12 mars 2020 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/12/adresse-aux-francais>. Consulté le 28 juillet 2022.
- (5) Macron E. Adresse aux français, 16 mars 2020 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/16/adresse-aux-francais-covid19>. Consulté le 28 juillet 2022.
- (6) Ministère des Solidarités et de la Santé. Préparation au risque épidémique Covid-19, Etablissements de santé, médecine de ville, établissements médico-sociaux. Guide méthodologique. Paris ; 20 fév 2020.
- (7) Vallet B. En pleine crise sanitaire, ce qu'il faut retenir de l'expérience du Grand Est : le Pr Benoît Vallet témoigne [en ligne]. Disponible sur : <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2020/04/03/en-pleine-crise-sanitaire-ce-quil-faut-retenir-de-l'experience-du-grand-est-le-pr-benoit-vallet-temoigne/> . Consulté le 28 juillet 2022.
- (8) Haug C. French Pandemic Resistance. *N Engl J Med*. 7 mai 2020;382(19):e51.
- (9) Pageot V, Corti L, et al. Tour de France des cellules de crise. *ISNI*. 2020 ; 24, 10-14.
- (10) Ashton E, Skayem C, Ouazana-Vedrine C, Hamann P. Junior doctors: when fresh blood fast-tracks the fight against COVID-19. *Postgrad Med J*. 1 mars 2021;97(1145):185-7.
- (11) Riou B, Cariou A, Duranteau J, Langeron O, Crestani B, Adnet F, et al. Retour d'expérience sur la direction médicale de crise à l'Assistance publique–Hôpitaux de Paris pendant la crise Covid-19. *Ann Fr Med Urgence*. sept 2020;10(4-5):340-9.

- (12) Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion. Numéro spécial COVID-19. Convergence. 2020 ; 46, 4-11.
- (13) Agence Régionale de Santé Océan Indien. Projet de santé 2018-2028 Réunion – Mayotte. Saint-Denis ; 2018
- (14) Direction Générale de la Santé. Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. Paris ; 2019
- (15) ARS La Réunion. Coronavirus-COVID 19 à La Réunion : Passage au stade 2 de la gestion de la pandémie. Communiqué de presse [en ligne]. Disponible sur : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-la-reunion-passage-au-stade-2-de-la-gestion-de-la-pandemie>. Consulté le 28 juillet 2022.
- (16) Code de la Santé Publique, Article R6153-2 et suivants
- (17) Ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Instruction relative aux aménagements des modalités de formation pour les étudiants en santé du 18 mars 2020.
- (18) Prost A. Préface. In : Seignobos C. La méthode historique appliquée aux sciences sociales. Lyon : ENS Editions, 2014
- (19) Grimoult C. Histoire de l'histoire des sciences : Historiographie de l'évolutionnisme dans le monde francophone. Genève : Librairie Droz, 2003
- (20) CNGE. CORONAVIRUS – Epidémie, étudiants et MSU. Communiqué de presse du 16 mars 2020 [en ligne]. Disponible sur https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/coronavirus_epidemie_etudiants_et_msu/. Consulté le 01 août 2022.
- (21) Bergeron H, Borraz O, Castel P, Dedieu F. Covid-19 : Une crise organisationnelle. Paris, Presses de Sciences Po, « Essai », 2020, p 56-57

VII. Annexes

1. Communiqué n°1 du SIOI, le 17/03/2020



A Saint-Denis, le 17 mars 2020

Communiqué du Syndicat des Internes de l'Océan Indien concernant la mobilisation des internes face au COVID-19 en Océan Indien

Devant l'ampleur de la crise sanitaire liée à la pandémie Covid19, le SIOI appelle l'ensemble des autorités sanitaires de l'île, les médecins responsables de la gestion hospitalière et libérale de l'épidémie, les directions des hôpitaux à se concerter pour organiser un plan d'action coordonné dans lequel l'engagement des internes pourrait s'inscrire.

Les internes en stage en libéral ont actuellement un rôle essentiel d'éducation thérapeutique auprès de la population sur l'évolution de l'épidémie et les mesures barrière si peu suivies. Ils participent depuis la ville au désengorgement des urgences et à l'annulation des soins non urgents pesant sur le personnel médical hospitalier. Par la suite, Ils assureront le suivi parfois téléphonique des patients atteints par le virus qui seront pris en charge en ambulatoire lorsque seuls les cas les plus graves seront hospitalisés. Les internes en stage hospitalier font déjà face et sont mobilisés dans les services hospitaliers notamment aux Urgences, et en Réanimation. Il est à prévoir un surcroît de leur mobilisation avec l'afflux des malades.

Ainsi, chaque interne, qu'il soit en ambulatoire ou à l'hôpital, répond à un besoin de santé.

Le SIOI attend un plan d'action régional coordonné et prend sa part en organisant pour celui-ci un pool d'internes mobilisables. Les objectifs pédagogiques des internes doivent être respectés si ces derniers sont mobilisés.

Nous demandons que le travail des internes soit sécurisé avec les mesures de protection mises à disposition. Nous demandons entre autre que les internes enceintes ou ayant des pathologies chroniques ne soient pas affectés dans les services des Urgences, de réanimation, de maladies infectieuses et de pneumologie. Nous demandons que chaque interne affecté à un renforcement des lignes de garde ait à disposition une chambre de garde et que le repos de sécurité soit strictement respecté. Les dispositifs de garde d'enfants doivent pouvoir bénéficier aux internes comme à tout autre soignant. Aussi nous vous demandons de nous en transmettre les modalités pratiques.

En tant qu'acteurs de première ligne du système de soins, nous demandons à être destinataires des informations relatives à l'épidémie dans notre région.



En espérant que notre sollicitation retiendra votre attention, nous exprimons une nouvelle fois l'engagement des internes dans la lutte contre l'épidémie à la Réunion et à Mayotte.

2. Communiqué n°2 SIOI-UFR-CGEOI du 18/03/2020



A Saint-Denis, le 18 mars 2020

Communiqué (2) du Syndicat des Internes de l'Océan Indien concernant la mobilisation des internes face au COVID-19 en Océan Indien

Dans un souci d'anticipation des demandes de mobilisation des internes au sein des services sous tension, le SIOI, en commun avec le Département universitaire de médecine générale, le Département de médecine spécialisée et le Collège des généralistes enseignants, organise, sous la forme d'un Google Form, le recensement des internes mobilisables sur l'île de la Réunion.

Ainsi, nous définissons les internes mobilisables comme :

- 1/ Les internes en stage ambulatoire n'ayant pas la possibilité de consulter seuls (supervision directe permanente)
- 2/ Les internes dans les services non sous tension (tout en préservant l'activité minimale de soins urgents dans ceux-ci). Les services non sous tension étant à définir par la cellule de crise après avis des différents chefs d'établissement et chefs de service.
- 3/ Les internes en disponibilité, année recherche, congés, stages hors filières présents sur le territoire ou après respect des mesures de confinement en vigueur si retour de zones à risque.
- 4/ Les internes ayant des compétences particulières non utilisées dans leur stage ou poste de garde (ex : compétences en réanimation).
- 5/ Les internes dont les stages sont fermés ou à activité réduite (HDJ, consultations, activités de recherche non indispensables, bloc opératoire, etc)
- 6/ Les internes non thésés avec licence de remplacement ou médecins thésés non encore installés et se portant volontaires.
- 7/ Tous les internes volontaires dans la limite de l'absence d'impact sur leur service d'affectation et du respect des mesures de confinement en vigueur si retour de zones à risque.

Par ailleurs, les internes définis comme "à haut risque" par le Haut Conseil de la Santé Publique (les femmes enceintes, les personnes atteintes de maladies ou insuffisances respiratoires chroniques, immunodéprimé...) exposés en 1ère ligne sont à ré-affecter sur un poste non exposé au risque de contamination par le coronavirus.



Notre objectif est de mettre en place dans les plus brefs délais un pool d'internes rapidement mobilisables pour les besoins de santé sur l'ensemble de l'île de la Réunion.

Concrètement, au moment où le besoin de renfort lui est communiqué, le SIOI vérifie que l'interne est toujours mobilisable en prenant contact avec lui et son chef de service ou maître de stage. Puis le SIOI met en relation les demandes avec les possibilités de réponse.

L'objectif est de permettre une action rapide, efficace, concertée et coordonnée.

3. Protocole du dispositif de mobilisation des internes



Protocole
Mobilisation des internes et médecins volontaires - épidémie de COVID19

MAJ 03/04/2020

Table des matières

1- Présentation générale du protocole	2
2- Définition	2
3- Description des étapes du protocole	3
3.1) Acte de volontariat	3
3.2) Expression d'une demande de renfort	3
3.3) Traitement et étapes de la réponse à la demande de renfort	3
3.4) Aspects réglementaires et autorisations nécessaires	4
4- Implications concrètes de la mise à disposition de l'interne	5
4.1) Permanence des soins	5
4.2) Émoluments, gardes, astreintes et indemnités	5
4.3) Retour dans le service d'origine	6
5 - Points de vigilance	6
6- Conclusion	7
ANNEXE	7
1- Description du formulaire	7



1- Présentation générale du protocole

Le présent protocole de mobilisation des internes et médecins de la région Océan Indien a été élaboré par le Syndicat des internes de l'Océan Indien en collaboration avec le Département de médecine générale, le Département de médecines spécialisées, le Collège des généralistes enseignants de l'Océan Indien pour faire face à la crise sanitaire actuelle liée à l'épidémie de Coronavirus. Il a pour objectif de **constituer un pool d'internes et de médecins volontaires et mobilisables** pour répondre aux besoins créés par cette crise sanitaire.

Pour ce faire, un formulaire a été créé et est disponible sur le site internet du SIOI (www.sioi.fr), sur les réseaux sociaux des internes et des médecins remplaçants, envoyé par mail à tous les internes de la région Océan Indien quel que soit leur DES d'origine. Il permet à tous internes et tous médecins qui le souhaitent de se porter volontaires via un canal unique dédié.

Ce formulaire a également pour vocation d'identifier les internes à risque au sens du Haut comité de santé publique qui seraient dans des terrains de stage exposés au risque viral et à réaffecter dans une filière plus sûre.

Il recense également les compétences réanimatoires des internes.

Il peut enfin permettre à l'interne de manifester son refus d'être mobilisé.

2- Définition

Nous avons défini les **internes mobilisables** comme suit :

1/ Les internes en stage ambulatoire n'ayant pas la possibilité de consulter seuls (supervision directe permanente).

2/ Les internes dans les services non sous tension (tout en préservant l'activité minimale de soins urgents dans ceux-ci). Les services non sous tension étant à définir par la cellule de crise de chaque établissement après avis des différents chefs de service.

3/ Les internes en disponibilité, année recherche, congés, stages hors filières présents sur le territoire ou après respect des mesures de confinement en vigueur si retour de zones à risque.

4/ Les internes ayant des compétences particulières non utilisées dans leur stage ou poste de garde (ex : compétences en réanimation).

5/ Les internes dont les stages sont fermés ou à activité réduite (HDJ, consultations, activités de recherche non indispensables, bloc opératoire, etc)

6/ Les internes non thésés avec licence de remplacement ou médecins thésés non encore installés et se portant volontaires.

7/ Tous les internes volontaires dans la limite de l'absence d'impact sur leur service d'affectation et du respect des mesures de confinement en vigueur si retour de zones à risque.



3- Description des étapes du protocole

3.1) Acte de volontariat

Les internes se portent volontaires pour une possible réaffectation temporaire :

- Ils doivent dans un premier temps expliquer à leur chef de service/MSU qu'ils se sont portés volontaire pour faire partie du pool des internes mobilisables et qu'à ce titre, une demande peut leur être adressée pour autoriser ou non l'interne à répondre à une mission de renfort.
- Ils remplissent dans un second temps le formulaire de mobilisation décrit en §3 (lien disponible sur le site du SIOI ainsi que sur les réseaux sociaux et envoyé par mail).

3.2) Expression d'une demande de renfort

Pour justifier d'une demande de renfort, un service/une unité ambulatoire doit être en situation de tension ou faire l'objet d'une anticipation des besoins **concertée** à l'échelle du département via le GHT ou via la cellule de crise de l'ARS.

Pour l'hospitalier, les demandes de renfort sont formulées par les présidents de CME de leur établissement à l'adresse unique dédiée covid19@sioi.fr (adresse mail de la cellule de crise du SIOI). La demande est également adressée au DUMG qui prend connaissance de la fiche de poste.

Pour le secteur ambulatoire, les demandes sont recueillies et redirigées vers le DUMG qui valide les objectifs pédagogiques des terrains demandeurs.

Le mail de demande doit comporter une **fiche de poste** décrivant les missions qu'auront les internes venant en renfort, les horaires prévisibles de travail, si le poste est à temps plein ou partiel, s'il est exposé ou non au risque viral, s'il faut prévoir une participation à la permanence des soins dans l'établissement d'accueil, la date souhaitée de prise de poste ainsi que toute autre information jugée utile concernant le besoin formulé.

3.3) Traitement et étapes de la réponse à la demande de renfort

La durée minimale pour mettre en oeuvre ce protocole et mobiliser un interne est estimée à 48-72h.

- 1- La cellule de crise du SIOI identifie des volontaires parmi le pool d'internes et de médecins volontaires et mobilisables.
- 2- Elle présente aux candidats potentiels la fiche de poste par téléphone.
- 3- L'interne qui accepte la mission contacte son chef de service/MSU pour obtenir son accord oral.
- 4- Une fois que la cellule de crise du syndicat est en mesure d'honorer la demande de renfort exprimée, elle adresse un premier mail de demande d'autorisation écrite (par retour de mail) à destination :



- *des internes volontaires,
- *de la CME de l'établissement demandeur,
- *de la CME de l'établissement d'origine,
- *des coordonnateurs pédagogiques de DES des internes volontaires²,
- *du Collège des généralistes enseignants de l'Océan Indien (CGEOI) lorsque la demande d'autorisation doit suivre auprès d'un MSU,
- *de l'ARS Réunion (et ARS Mayotte le cas échéant pour information puisque les internes dépendent tous de l'ARS de la Réunion).

²Les coordonnateurs pédagogiques reçoivent en outre la fiche de poste et valident ou non la possibilité pour les internes de leur spécialité de participer à cette mission.

5- La CME de l'établissement d'origine si l'interne est en stage hospitalier, ou le CGEOI si l'interne est en stage ambulatoire, émet une demande d'autorisation auprès du responsable pédagogique du terrain de stage de l'interne (chef de service ou MSU).

6- L'autorisation du responsable pédagogique du terrain de stage est transférée au SIOI pour lui permettre d'assurer la tenue du tableau récapitulatif de l'ensemble des autorisations (obtenues, refusées, en attente) et de suivi des internes.

7- La CME d'origine informe la DAM de son établissement de la réaffectation des internes. La DAM de l'établissement d'origine assure le paiement des émoluments de l'interne mobilisé tout au long de sa mission. La CME d'accueil informe la DAM de son établissement de la réaffectation de l'interne pour le paiement des gardes, astreintes et indemnités.

8- Pour assurer le suivi de l'ensemble des autorisations (obtenues, refusées, en attente) et le suivi des internes, le SIOI tient à jour un document partagé (Google Sheet) consultable et modifiable par tous les interlocuteurs en co-working³.

³*Le document de suivi de mobilisation des internes se compose des noms des internes mobilisés associés aux colonnes comportant les différentes autorisations demandées. Pour chaque interne et chaque autorisation, on met en place un lien hypertexte vers le mail qui a donné l'autorisation à l'interne. Ce travail est synchronisé en temps réel.*

9- L'ARS, par l'intermédiaire d'une personne qu'elle désigne, a une visibilité sur l'ensemble des autorisations obtenues, refusées ou en attente via le document de suivi en ligne. Elle formule une autorisation provisoire appelant à être régularisée par la production d'un arrêté ultérieurement.

10- Une fois l'ensemble des autorisations écrites obtenues, la cellule de crise du syndicat adresse un second mail de mise en relation des volontaires avec l'acteur de santé demandeur de renfort. Ils définissent ensemble les modalités d'accueil des internes dans le terrain sous tension.

3.4) Aspects réglementaires et autorisations nécessaires

Aspects réglementaires :

Dans la circulaire du 17/03/2020 relative aux aménagements des modalités de formation pour les étudiants en santé, l'autorisation de l'ARS est nécessaire pour les réaffectations des internes qui sont en stage dans un autre établissement.



Autorisations attendues dans le cadre de cette procédure de concertation régionale :

- *Chef de service
- *CME de départ
- *Coordonnateur pédagogique de DES
- *ARS pour l'affectation au sein d'un autre établissement que celui d'origine

L'ARS, le DUMG, le département du 3ème cycle des études de médecine spécialisées, ont une visibilité permanente et mise à jour en temps réel sur l'ensemble des autorisations nécessaires, qu'elles soient obtenues, refusées ou en attente.

4- Implications concrètes de la mise à disposition de l'interne

4.1) Permanence des soins

Lorsque l'interne mobilisé est habituellement affecté en stage hospitalier, il participe à la permanence des soins de son établissement d'origine (urgences adultes, urgences pédiatriques, urgences gynéco-obstétriques, urgences cardiologiques, etc). Sa réaffectation à un poste où il est amené à être en contact avec des patients COVID+, malgré toutes les précautions et protections mises en oeuvre, peut **remettre en question sa participation à la PDS de son établissement d'origine**. Il pourrait en effet constituer un vecteur de la maladie.

Dans un souci de limitation de la propagation du virus et de réassurance des équipes de soins, la participation de l'interne mobilisé à la PDS à laquelle il est habituellement posté est suspendue jusqu'à (selon les recommandations en vigueur au moment de la rédaction de ce protocole) :

- 15 jours après la fin de son service au poste en contact avec des patients COVID+ s'il n'a pas développé des symptômes de la maladie sur cette période.
- 5 jours après la fin de son service au poste en contact avec des patients COVID+ s'il a bénéficié d'un test de dépistage qui s'avère négatif et qu'il n'a pas développé les symptômes de la maladie sur cette période.

La participation à la PDS en unité COVID+ ou en secteur d'accueil dédié aux patients symptomatiques est elle toujours possible.

4.2) Émoluments, gardes, astreintes et indemnités

Les émoluments de l'interne mobilisé sont assurés par l'établissement d'origine.

Les gardes (permanence des soins / soirs, samedi après-midi et dimanche), **astreintes** (disponibilité téléphonique) et **indemnités** (notamment de transport) sont prises en charge par l'établissement d'accueil. Pour ce faire la DAM de l'établissement d'accueil, informée de la mobilisation de l'interne ainsi que de la fiche de poste pour laquelle il est mobilisé,



communiqué dès la prise de poste à l'interne ainsi qu'au SIOI les documents nécessaires à sa mise en paie.

4.3) Retour dans le service d'origine

L'interne mobilisé sur un poste en contact avec des patients COVID+, malgré toutes les précautions et protections mises en oeuvre, peut constituer un vecteur de la maladie.

Dans un souci de limitation de la propagation du virus et de réassurance des équipes de soins, le retour de l'interne mobilisé à son service d'origine ne pourra se faire qu'après le respect d'un délai (selon les recommandations en vigueur au moment de la rédaction de ce protocole) :

- de 14 jours après la fin de son service au poste en contact avec des patients COVID+ s'il n'a pas développé des symptômes de la maladie sur cette période.
- de 5 jours après la fin de son service au poste en contact avec des patients COVID+ s'il a bénéficié d'un test de dépistage qui s'avère négatif et qu'il n'a pas développé les symptômes de la maladie sur cette période.

5 - Points de vigilance

!! La fiche de poste de l'interne ne peut pas être modifiée a posteriori. Toute nouvelle expression d'un besoin repasse par la procédure.

!! La réaffectation de l'interne se fait pour une durée de 15 jours reconductibles tacitement en l'absence de directive contraire (ci-dessous).

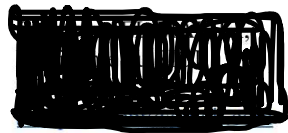
!! A tout moment l'interne volontaire/le chef de service/le MSU/le coordonnateur de DES peut mettre un terme à la mobilisation de l'interne en écrivant un mail à l'adresse covid19@sioi.fr . La demande est traitée rapidement mais nécessite un délai de 48-72h le temps d'organiser un roulement si nécessaire pour le service en tension.

!! Les internes doivent pouvoir bénéficier des avantages prévus : garde d'enfants si nécessaire, paiement de la permanence des soins, y compris en régulation lorsqu'ils sont en poste le week-end ; indemnité de transport lorsqu'ils sont affectés en renfort dans un autre établissement que celui d'origine aux conditions prévues.



6- Conclusion

Ce protocole est bien entendu évolutif et est le reflet de la procédure à la date de sa mise à jour qui figure en sous-titre. Merci d'en tenir compte. Pour toute demande ou remarque : covid19@sioi.fr



ANNEXE

1- Description du formulaire

Le formulaire se présente avec une description initiale et se déroule ensuite en 6 rubriques :

“Le syndicat des internes de l'Océan Indien recense l'ensemble des forces vives (internes et médecins) mobilisables pour la gestion de l'épidémie actuelle et identifie ceux qui sont en situation de risque par leur état de santé et appelés à changer de terrain de soin. Il identifie également les compétences de chacun pour une utilisation ultérieure (notamment compétence réa).

Ce questionnaire est déclaratif et se base sur le volontariat. Les réponses à ce questionnaire ne seront pas diffusées en dehors du SIOI.

Nous constituons un pool d'individus dits mobilisables. A chaque besoin de renfort formulé par l'hôpital ou les acteurs ambulatoires, nous réévaluerons si chacun se trouve toujours dans un état "mobilisable". Puis nous assurerons le lien entre les besoins et les volontariats.

Le volontariat dans cette situation dépend des compétences et est à la fois une participation possible:

- en renfort des services de réanimation, d'urgences et en ambulatoire
- à la coordination locale des efforts
- au soutien des pros de santé sur le plan psychologique
- à la collecte, vérification et publication des informations à destination des pros de santé et du grand public”

Facebook : [SIOI](#) | Web : sioi.fr

p7/11



Les questions suivantes sont ensuite présentées. Selon les réponses apportées à la Rubrique 1, le questionnaire évolue vers la situation qui correspond spécifiquement au répondant :

Rubrique 1/6

- 1) Quelle est votre adresse mail ?
- 2) Quel est votre nom ? Prénom ?
- 3) Numéro de téléphone ?
- 4) Vous êtes : interne ? Docteur en médecine ?

Rubrique 2/6

Vous êtes interne :

- 4a) Nombre de semestre validés ?
- 4b) Promo ECN ?
- 4c) Êtes-vous thésé ?
- 4d) Spécialité ?
- 5) À l'heure actuelle vous êtes (tout ou partie de la semaine) :

*Interne ou médecin en situation de fragilité définie exclusivement ci-dessous¹ :

¹Grossesse ; atcd CV : sd métabolique, HTA, AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque ; obésité IMC > 30 ; Ice respiratoire chronique ; Ice rénale (sujet dialysé) ; Ice cardiaque (NYHA III ou IV) ; cirrhose > ou = CHILD B ; Diabète insulino-dépendant ou compliqué ; immuno-dépression ; cancer ou hémopathie en cours de traitement

*En libéral : vous êtes en supervision directe permanente, ou vous ne consultez pas seul ou il n'y a qu'une seule salle d'examen dans le cabinet.

*Internes en disponibilité, en congés, en année recherche, hors filière.

*Interne en lieux de stage qui ferment ou ont une activité réduite, ou sont libérés par chefs.

*Médecin remplaçant, thésé ou non, mais volontaire (avec licence).

*Interne dans un service non sous tension selon vous (nous prendrons contact avec la cellule de crise hospitalière qui notifiera ou pas le détachement possible des internes)

*Aucune de ces situations

Rubrique 3/6

Vous êtes médecin/interne en situation de fragilité :

Grossesse ; atcd CV : sd métabolique, HTA, AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque ; obésité IMC > 30 ; Ice respiratoire chronique ; Ice rénale (sujet dialysé) ; Ice cardiaque (NYHA III ou IV) ; cirrhose > ou = CHILD B ; Diabète insulino-dépendant ou compliqué ; immuno-dépression ; cancer ou hémopathie en cours de traitement

5a) Vous êtes actuellement :

*en stage de Réanimation

*en stage des Urgences

*en stage ambulatoire MG (prenez contact avec moi pour décrire mon terrain)

*en stage de Maladies Infectieuses

*en stage de Pneumologie

*en unité COVID



*Autre

5b) Souhaitez-vous être mobilisé vers un autre terrain ?

*oui, prenez contact avec moi

*non, je suis bien dans ce que je fais

Rubrique 4/6

Vous n'êtes dans aucune de ces situations.

6) Avez-vous une expérience en réanimation ?

*non, je ne suis pas mobilisable actuellement

*oui

Rubrique 5/6

Vous êtes mobilisable. Peut être pas immédiatement.

7) Votre lieu de résidence :

*Nord Réunion

*Ouest Réunion

*Sud Réunion

*Est Réunion

*Mayotte

*Hors département, j'y reste

*Hors département, je compte rentrer

7a) Si hors département et que vous comptez rentrer, quelle date de retour ?

8) Expérience (au moins 1 semestre) dans les services suivants (non / oui 1 seul semestre / oui > 1 semestre) :

*Réanimation

*Maladies infectieuses

*Pneumologie

*Urgences adultes

*Urgences pédiatriques

*SAMU-SMUR

*Psychiatrie

8a) En cas d'expérience aux urgences, dans quel service (stage ou gardes régulières) ?

*CHU Felix Guyon

*CHU Sud

*GHER

*CHOR

*CH Mayotte

9) Je suis mobilisable :

*Dans un terrain potentiellement au contact du CORONAVIRUS

*Dans un terrain médical mais sans contact physique avec le CORONAVIRUS

*Pour la coordination des efforts régionaux si le syndicat a besoin

*Au soutien des professionnels sur le plan psychologique

*A la collecte, vérification et publication des informations à destination des professionnels de santé et/ou du grand public



*Je suis intéressé(e) par des missions précises au sein du SIOI, contactez-moi

*Je ne souhaite pas être mobilisé

*Je ne suis pas mobilisable pour le moment (expérience en réa mais déjà mobilisé en ce moment)

10) Jours de disponibilité. L'objectif est d'harmoniser les besoins et de partager les efforts. Renseignez les jours disponibles, vous ne serez pas sollicités au-delà du temps réglementaire de travail sauf si la situation devait l'exiger.

*Lundi

*Mardi

*Mercredi

*Jeudi

*Vendredi

*Samedi

*Dimanche

*Aucun

11) Question, remarque ?

Rubrique 6/6 (réponses réorientées vers le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins)

Vous êtes Docteur en médecine

12) Spécialité ?

13) Quelle est votre année de naissance ?

14) Quelle est votre statut ?

*Actif

*Retraité actif

*Retraité

15) Si vous êtes retraité, depuis quand ?

16) Votre lieu de résidence ?

*Nord Réunion

*Ouest Réunion

*Sud Réunion

*Est Réunion

*Mayotte

17) Pouvez-vous décrire vos compétences spécifiques ?

18) Pour quelle mission êtes-vous disponible ?

*Mission hospitalière

*Remplacement / Adjuvat (en ambulatoire)

*Coordination régionale (ville-hôpital, projets de communication...)

*La régulation

*La réserve sanitaire

19) A partir de quelle date seriez-vous disponible ?

20) Jours de disponibilité. L'objectif est d'harmoniser les besoins et de partager les efforts. Renseignez les jours disponibles, vous ne serez pas sollicités au-delà du temps réglementaire de travail sauf si la situation devait l'exiger.

*Lundi



- *Mardi
- *Mercredi
- *Jeudi
- *Vendredi
- *Samedi
- *Dimanche
- *Aucun

Facebook : [SIOI](#) | Web : sioi.fr

p11/11

Réorganisation des soins lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19 : étude historique d'un dispositif innovant de mobilisation de ressources humaines médicales à La Réunion

Résumé

Introduction : Pour permettre aux services sous tension de faire face à la première vague de l'épidémie de Covid-19, les représentants d'internes ont lancé des initiatives de mobilisation de renfort partout en France. A La Réunion, un dispositif de mobilisation de réserve sanitaire constituée d'internes et de jeunes médecins a ainsi été créé. L'objectif de l'étude était de décrire la construction de ce dispositif.

Méthode : L'étude s'intéresse à des données de sources diverses accessibles lors de la construction du dispositif dans le cadre d'une approche historique.

Résultats : L'étude identifie les séquences de mise en place du dispositif. Elle met en lumière le leadership des médecins juniors pour apporter des solutions novatrices grâce aux outils numériques à une problématique d'organisation des soins en temps de crise. Elle décrit également de façon quantitative la mobilisation des internes à La Réunion pendant cette période.

Discussion : La méthode est adaptée à l'analyse des données issues d'un matériel hétérogène. Elle présente une approche historique et sociologique. Néanmoins, il existe un biais de recueil (absence de recueil des échanges téléphoniques), un biais d'investigation et d'interprétation inhérent à la méthode. Le rôle joué par les représentants des internes à La Réunion et en France dans la réorganisation du système de soins interroge la gouvernance centralisée du système de santé.

Conclusion : Le dispositif modélisé est reproductible en cas de nouvelle crise sanitaire.

Discipline Médecine générale

Mots-Clés Covid-19, organisation système de soins, gestion de crise sanitaire, médecins juniors, réserve sanitaire

Health Care Reorganization during the first epidemic wave of COVID-19 : an historical approach of an innovative medical human resources mobilization plan in Réunion island.

Abstract

Background : In order to permit understaffed units to face the first wave of Covid-19 pandemic, resident's representatives made reinforcement initiatives in France. Thus, a medical human resources mobilization plan composed by residents and junior doctors In Réunion island was created. The aim of this study was to describe its construction.

Method : This study is an historical approach of varies sources available during the plan elaboration.

Results : Sequences of the construction are presented. The study brings to light the resident's leadership who proposed innovative solutions using digital tools during a time of crisis. It gives figures about the resident mobilization itself.

Discussion : The methodology is adapted to the study of datas from various sources. Besides, it has an historical and sociological approach. Collection bias (telephone conversation script are lacking), Investigation bias and inherent interpretative bias remain. The role played by the resident's representatives, supported by ground actors, in the health Care reorganization questions the distribution of centralized governance of the Health care system.

Conclusion :. If need be, the proposed plan would be replicable.

Discipline General practice

Keywords Covid-19, Health Care system organization, sanitary crisis management, residents, sanitary reserve