



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (Décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 26 Novembre 2020 à Poitiers
par Mme **GUILLOTEAU Léa**

**Adaptation et perspectives d'avenir d'un pôle de santé
territorial face à l'épidémie de COVID-19**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur François BIRAULT

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Serge DURIVAULT



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 26 Novembre 2020 à Poitiers
par Mme **GUILLOTEAU Léa**

**Adaptation et perspectives d'avenir d'un pôle de santé
territorial face à l'épidémie de COVID-19**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur François BIRAULT

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Serge DURIVAULT



Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie

- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastroentérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier **Monsieur le Professeur Philippe BINDER** qui fait l'honneur de présider ce jury, et **Monsieur le Docteur François BIRAULT** pour avoir accepté d'en être membre.

A **Monsieur le Docteur Serge DURIVault** au côté duquel j'ai pu progresser pendant mon stage de SASPAS et découvrir le fonctionnement d'un pôle de santé. Son enseignement a été plus qu'enrichissant, il m'a appris à travailler en équipe et à avoir une vision moderne de la médecine générale. J'ai eu la chance de participer à l'un de ses nouveaux projets et d'en faire mon travail de thèse. Sa disponibilité, sa positivité et ses conseils en tant que directeur de thèse ont été si rassurants. Mille mercis.

A **Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT** pour ses conseils et son accompagnement pendant les dernières épreuves de mon internat, pour cet amour de l'enseignement, et pour finalement accepter de faire partie des membres de ce jury.

A **toute l'équipe pluriprofessionnelle du pôle de santé de Thouars** et notamment à sa coordinatrice, **Sandrine GEFRIAUD**, sans qui ce travail n'aurait pas pu exister. Merci pour leur accueil, leur implication et leur disponibilité.

A **Madame la Docteure Valérie Reveau** qui me connaît depuis toute petite et qui m'a inspirée son métier de médecin généraliste. Merci pour avoir été ma tutrice pendant mes trois années d'internat et pour m'avoir conseillée et rassurée dans les moments difficiles.

A **Mesdames et Messieurs les Docteurs et Docteurs Sandra Rodriguez, Dominique Paineau, Bénédicte Rembeau, Jean-Louis Jarry et Mathieu Guilbot** pour avoir été mes maîtres de stage et pour m'avoir fait découvrir une médecine générale dynamique et toujours plus entreprenante. Je suis admirative et inspirée par le travail qu'ils fournissent dans un territoire encore déficitaire en médecins.

A **Simon** que je ne remercierai jamais assez. Il a su me soutenir dans les pires comme dans les meilleurs moments et ce depuis le début de mes études. Merci pour sa patience, son humour et sa tendresse. Merci pour les petits plats culinaires toujours plus innovants pour me permettre de travailler dans les meilleures conditions. Tout a été beaucoup plus facile avec lui. Encore une nouvelle étape surmontée à deux et tellement d'autres à partager.

A **mes parents, Florence et Didier** qui sont présents depuis toujours et sur qui je me suis beaucoup appuyée. Merci pour leur patience et leur soutien inconditionnel en toutes circonstances. Merci pour leur temps passé à une relecture assidue de ce travail. Quel bonheur d'avoir pu prolonger mon séjour à la maison avec eux. Je suis si triste de devoir quitter le foyer.

A **ma sœur Adèle** qui me supporte depuis toutes ces années, à qui j'ai fait vivre l'enfer par moment et qui est finalement toujours là pour moi. Merci pour sa douceur, sa patience et ses merveilleux cookies. J'espère pouvoir venir en manger encore pleins à Lyon avec Joffrey.

A **mon frère Elie**, le petit dernier, le chouchou qui a profité de mon temps passé à bosser ma thèse pour se décider à me dépasser. Je suis si contente d'avoir pu passer cette dernière année à ses côtés et d'avoir ainsi pu rattraper le temps perdu. Merci pour sa bienveillance.

A **mes familles Loiseau et Guilloteau**, ces deux grandes familles qui sont si chères à mes yeux. A **mes deux grands-mères, Ginette et Madeleine**, qui m'ont soutenue tout au long de ces années.

A **ma belle-famille** qui a été d'un soutien réconfortant et qui a toujours fait l'effort de suivre mon parcours aussi long qu'il soit. Merci pour m'avoir accueillie pendant ces six mois d'hiver. Merci pour toutes ces petites attentions et ces merveilleux moments qui sont si précieux.

A **mes braves et à mes femmes, Louise, Morgane, Clotilde et Margot** qui sont aujourd'hui, et depuis longtemps maintenant, les amies sur qui je peux compter et avec qui je souhaite continuer mes aventures. Je n'aurais jamais pu survivre aux études de médecine sans elles. Merci d'être des femmes fortes et courageuses qui m'inspirent tous les jours.

A **Charlie** mon ami d'enfance qui m'a aidée dans la relecture de ce travail avec l'aide de **Mateusz**. Merci à eux d'avoir été disponibles de Londres et d'avoir été si patients avec moi.

A **mes Copains Poitevins, Romain, Quentin, Adrien, Guillaume, Alexia, Germain, Louis et Charlotte**, avec qui j'ai partagé mes six premières années d'études et avec qui je garde aujourd'hui un lien fort malgré la distance. A toutes ces soirées, ces week-ends et ces voyages qui nous ont aidés à surmonter les étapes, et à tous les autres à venir.

A **la Bande des Kinés, Rémy, Maximilien, Lucie, Jérémy, Marilou, Adrien, Agathe, Sabrina, Xavier, Chloé, Alexis, Laura, Béranger, Maryse et Charly** pour m'avoir fait une place à vos côtés depuis le début et pour être une si belle famille. A toutes ces soirées bières, vins et fromages (locaux évidemment) et à ces week-ends sport et nature mémorables.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	5
SOMMAIRE	7
ABRÉVIATIONS.....	10
INTRODUCTION	12
I. Situation territoriale du Pays Thouarsais :.....	12
I. A. Pôle de santé territorial Thouarsais :	12
I. B. Définition d'une CPTS :.....	14
I. C. Offre hospitalière :.....	14
II. Les crises sanitaires en France :.....	14
II. A. Définitions :.....	14
II. B. Les principales pandémies :.....	15
II. B. 1. La pandémie de Peste noire :.....	15
II. B. 2. Les pandémies grippales :.....	15
II. B. 3. La pandémie sidéenne :	15
II. C. Les épidémies de coronavirus :	15
II. C. 1. Le SARS-CoV :.....	16
II. C. 2. Le MERS-CoV :	16
II. D. Données sur la prise en charge des épidémies en médecine générale :.....	16
III. Crise sanitaire COVID-19 :.....	17
III. A. SARS-CoV-2 :.....	17
III. A. 1. Physiopathologie :	17
III. A. 2. Définitions des cas :.....	18
III. A. 3. Tests diagnostiques :.....	19
III. A. 4. Stratégie de contrôle de l'épidémie :	20
III. A. 5. Mesures barrières :.....	21
III. B. Evolution de la pandémie au niveau international :	21
III. C. Evolution de la pandémie au niveau national :	23
III. D. Evolution de la pandémie au niveau départemental :.....	25
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	27
I. Protocole COVID-19 de la CPTS du Pays Thouarsais et Val de Thouet :.....	28
I. A. Objectifs :	28
I. B. Logistique :.....	28
I. B. 1. Information des patients :	28
I. B. 2. Accueil des patients :.....	29
I. B. 3. Séparation des locaux :	29
I. B. 4. Ressources matérielles :	29
I. B. 5. Consignes sur le port des masques :	29
I. B. 6. Intensification des mesures d'hygiène :.....	30

I. C.	Consultations en période de crise sanitaire :.....	30
I. C. 1.	Le secrétariat :	30
I. C. 2.	Une IDE ASALEE régulatrice :	30
I. C. 3.	Un médecin régulateur :	31
I. D.	Rôles des autres professionnels :	32
I. D. 1.	Rôles des officines :	32
I. D. 2.	Rôles du coordinateur de pôle :	32
I. D. 3.	Rôle des autres professionnels de santé :	32
I. E.	Communication :	32
I. E. 1.	Cellule de crise COVID-19 :	32
I. E. 2.	Groupe WhatsApp CPTS :	33
I. E. 3.	« Info actualisées » :	33
I. F.	Protocole coordination sorties d'hospitalisation des patients COVID positifs :	33
I. F. 1.	Objectifs :	34
I. F. 2.	Moyens :	34
I. F. 3.	Les référents COVID-19 :	34
I. F. 4.	Cellule Ville-Hôpital COVID-19 :	35
I. G.	Autres protocoles :	35
II.	Evolution du protocole au sein de la MSP de Thouars :	35
II. A.	Accueil des patients pendant le confinement :	35
II. B.	Réorganisation du secrétariat :	36
II. C.	Réorganisation des consultations :	36
II. C. 1.	Le médecin régulateur :	36
II. C. 2.	L'IDE assurant le télé-suivi :	37
II. C. 3.	Le médecin assurant les SNP COVID-19 :	37
II. C. 4.	Le médecin assurant les SNP non COVID-19 :	37
II. C. 5.	La téléconsultation :	38
II. C. 6.	Suivi des patients chroniques :	39
II. D.	Suivi des patients COVID-19 positifs et suspects de COVID-19 :	39
II. E.	Utilisation des masques :	41
II. E. 1.	Stratégie nationale sur le port des masques :	41
II. E. 2.	Utilisation des masques au sein du pôle de santé de Thouars :	41
III.	Frises chronologiques des évènements au sein de la CPTS :	43
RÉSULTATS		45
I.	Caractéristiques de la population suivie :	45
I. A.	Caractéristiques des patients suivis :	45
I. B.	Caractéristiques des patients testés :	45
I. C.	Répartition des patients selon la classification COVID-19 :	46
II.	Évolution du suivi dans le temps :	47
III.	Exploitation de la téléconsultation :	48
DISCUSSION		49
I.	Répercussion du protocole COVID-19 et perspectives d'avenir :	49
I. A.	Les points faibles :	49

I. A. 1.	Protocole Ville-Hôpital, une mise en pratique difficile :	49
I. A. 2.	Suspension du projet PEPS diabète en expérimentation :.....	50
I. A. 3.	Téléconsultation, une initiation peu convaincante :.....	50
I. A. 4.	Communication non optimale avec le secrétariat :.....	51
I. A. 5.	Essoufflement du protocole :	51
I. B.	Les points forts :	52
I. B. 1.	Déploiement de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet :.....	52
I. B. 1. a.	Renforcement du rôle de la coordinatrice de la CPTS :.....	52
I. B. 1. b.	Collaboration avec les pharmaciens de ville :	52
I. B. 1. c.	Mise en place de visioconférences :	53
I. B. 1. d.	Une nouvelle organisation des SNP bien intégrée :.....	53
I. B. 2.	Amélioration de la régulation :	53
I. B. 3.	Renforcement du travail en équipe :.....	54
I. B. 4.	Recensement exhaustif des données :	54
I. B. 5.	Valorisation du poste d'interne en médecine générale :	54
II.	Limites de l'étude et points à améliorer :.....	55
CONCLUSION		56
BIBLIOGRAPHIE.....		57
ANNEXES.....		59
ANNEXE 1 : Information et fléchage autour de la MSP de Thouars :		59
ANNEXE 2 : Détail et répartition des ressources matérielles léguées par le club des entreprises du Pays Thouarsais et autres donateurs :		60
ANNEXE 3 : Extrait de l'arrêté du 14 mars 2020 portant sur les diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus COVID-19 :		60
ANNEXE 4 : Fiche régulation COVID-19 CPTS du Pays Thouarsais et Val de Thoue (page 1) : 61		
ANNEXE 5 : Fiche régulation COVID-19 CPTS du Pays Thouarsais et Val de Thouet (page 2) : 62		
ANNEXE 6 : Patients fragiles à risque d'infection compliquée (sources : recommandations du HCSP du 14 mars 2020) :		63
ANNEXE 7 : Extrait du tableau « Info COVID-19 actualisées » :		64
ANNEXE 8 : Arbre décisionnel relais hôpital-ville des patients COVID-19 :.....		65
ANNEXE 9 : Protocole de soins des infirmières libérales :.....		66
ANNEXE 10 : Protocole de déclenchement de la réserve sanitaire de ville :.....		69
ANNEXE 11 : Protocole de prévention de l'épuisement des professionnels de santé :.....		70
RESUMÉ		71
ABSTRACT		72
SERMENT		73

ABRÉVIATIONS

AFNOR : Association Française de Normalisation

AMAT : Association des professionnels de santé pour le Maintien de l'offre de soins et
l'Amélioration des conditions d'exercice des soignants de premier recours du Thouarsais

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

CDOM : Comité Départemental de l'Ordre des Médecins

CHNDS : Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres

CODAMUS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la permanence des
Soins

COMCOM : Communauté de Communes

COVID-19 : Corona Virus Disease 2019

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FFP2 : Pièce Faciale Filtrante de seconde classe

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IDEL : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État Libéral(e)

INVS : INstitut de Veille Sanitaire

LBM : Laboratoire de Biologie Médicale

MERS-CoV : Middle East Respiratory Syndrom-related Coronavirus

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RO : Taux de reproduction du virus

RSI : Règlement sanitaire international

RT-PCR : Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SARS-CoV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrom-related Coronavirus n°2

SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aigu

SI-DEP : Système d'Informations de DEPistage

SNP : Soins Non Programmés

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

UE : Union Européenne

USPPI : Urgence de Santé Publique de Portée Internationale

INTRODUCTION

Avec l'arrivée de la crise sanitaire à SARS-CoV-2 en France en 2020 la prise en charge des patients atteints de COVID-19 s'est rapidement orientée vers la médecine ambulatoire. L'organisation des soins non programmés (SNP) et du parcours de soin ont été bouleversés.

Ce travail de thèse a été réalisé en pleine crise sanitaire. Il retranscrit l'organisation du pôle de santé de Thouars en période épidémique et analyse la prise en charge des patients en 2020 de la semaine 12 à 26.

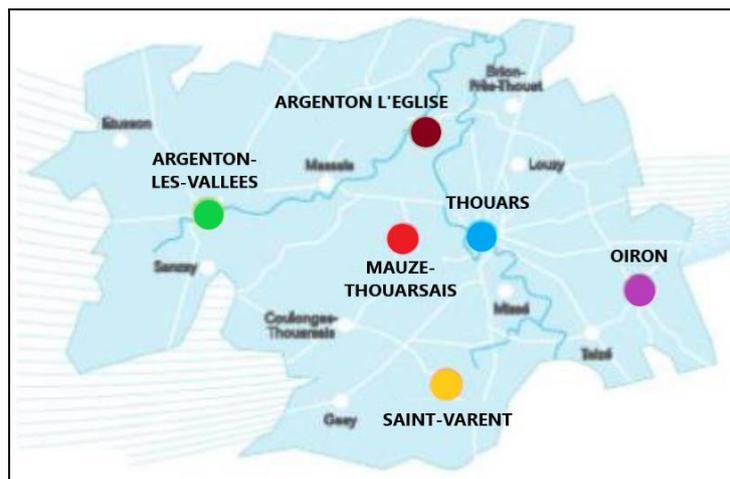
I. Situation territoriale du Pays Thouarsais :

I. A. Pôle de santé territorial Thouarsais :

Les professionnels de santé du Thouarsais et de l'Airvaudais mènent depuis 2009 un projet de santé commun avec pour principal objectif l'amélioration de l'accès aux soins et de la démographie médicale. Ce projet a été créé pour répondre au diagnostic territorial rendu en 2008 par le syndicat du Pays Thouarsais qui pointait les faiblesses de l'offre de soin de premier recours et le risque de désertification médicale.

Le pôle de santé territorial de Thouars regroupe six maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) coordonnées et réparties sur un territoire semi-rural. Sa population représente 43 000 habitants. Le pôle s'est construit autour d'un projet de santé élaboré en 2011 porté par l'association AMAT (Association pour le Maintien de l'offre de soins et l'Amélioration des conditions d'exercice des soignants de premier recours du Thouarsais) et regroupe aujourd'hui environ 70 professionnels de santé.

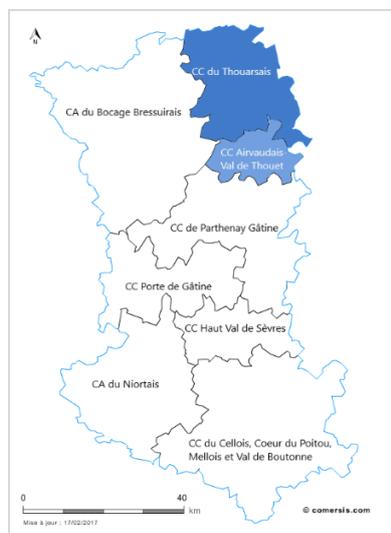
Figure 1 : Les six maisons de santé pluriprofessionnelles du pôle santé du Pays Thouarsais :



Source : projet de santé de l'AMAT 2011

Le projet évolue en 2020 avec la création de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Thouarsais et Val de Thouet impliquant non plus uniquement les acteurs de soins ambulatoires, mais l'ensemble des intervenants du parcours de soin du patient (médico-psychologique, sanitaire et social). Le territoire de cette nouvelle organisation regroupe les 24 communes de la communauté du thouarsais (36 000 habitants) et les 9 communes de la communauté de L'Airvaudais-Val de Thouet (7 000 habitants). Aux professionnels de santé des différentes MSP s'associent aujourd'hui les pharmaciens du territoire. L'objectif étant d'intégrer l'ensemble des professionnels du territoire intervenant dans le parcours de soin.

Figure 2 : Communauté de communes du Thouarsais et Communauté de communes de l'Airvaudais-Val de Thouet :



(Source : Carte des intercommunalités des Deux-Sèvres, france.comersis.com)

I. B. Définition d'une CPTS :

Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé est composée de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. La communauté professionnelle établie un diagnostic territorial en prenant compte les caractéristiques de la population du territoire (offre de soins, flux de patientèle, etc...). Le projet de santé qui en découle doit être validé par l'ARS, et un contrat tripartite est ensuite signé entre l'ARS, l'assurance maladie et la CPTS. (1)

Les différentes missions retenues pour la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet sont :

- Accès aux soins et Soins non programmés
- Soins coordonnés et Parcours
- Santé publique, Prévention et Éducation thérapeutique
- Précarité.

I. C. Offre hospitalière :

Avant 2018, le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres était divisé en trois sites répartis sur Bressuire, Parthenay et Thouars. Ils ont été rassemblés en juin 2018 en un plateau technique unique à Faye l'Abbesse afin de répondre aux problèmes de fonctionnement et d'attractivité. Un Centre de soins non programmés (CSNP) a été maintenu à Thouars et Parthenay pour conserver une porte d'entrée plus accessible aux Urgences.

II. Les crises sanitaires en France :

II. A. Définitions :

Une endémie est limitée dans l'espace et non dans le temps. Elle correspond à une maladie, en générale infectieuse, qui touche une population déterminée ou une région précise avec une incidence stable (périodique ou permanente). (2)

Une épidémie est limitée dans le temps et l'espace. Elle se définit par la croissance rapide de l'incidence d'une maladie infectieuse dans une région donnée et pendant une période donnée.

Une pandémie est illimitée dans l'espace. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) il s'agit d'une maladie infectieuse causée par un agent pathogène nouveau ou qui ne s'est pas manifesté depuis longtemps, qui se propage facilement et de façon soutenue d'un être humain à un autre de telle sorte que la maladie infectieuse atteint un très grand nombre de personnes dans une zone géographique très étendue. (3)

II. B. Les principales pandémies :

II. B. 1. La pandémie de Peste noire :

Au XIV^{ème} siècle, la « Grande peste » a ravagé l'Europe avec un taux de létalité de 100 %. Elle serait responsable de la disparition de presque 50 % de la population européenne de l'époque. Des épidémies de peste surviennent encore aujourd'hui en Afrique, en Asie et en Amérique. (4)

II. B. 2. Les pandémies grippales :

La grippe espagnole de sous-type H1N1 entre 1918 et 1920 a été la plus grande pandémie du XX^{ème} siècle responsable de 20 à 50 millions de décès estimés dans le monde. (5) La pandémie de « grippe asiatique » en 1957, de sous-type H2N2 est survenue par la suite, ainsi que celle de la « grippe de Hong-Kong » en 1968 de sous-type H3N2. La dernière pandémie grippale est celle de 2009 de sous-type H1N1 avec une estimation entre 7,7 et 14,7 millions de personnes infectées en France dont 350 décès. (6)

II. B. 3. La pandémie sidéenne :

Le VIH a été identifié en 1983 et sévit depuis partout dans le monde. Selon Santé Publique France, 173 000 français vivaient avec une infection à VIH en 2016 et 6 200 personnes sont devenues séropositives en France en 2018. (7)

II. C. Les épidémies de coronavirus :

Les coronavirus émergents ont été au cours de ces dernières années responsables de l'épidémie mondiale de SRAS-CoV, du MERS-CoV, et dernièrement la pandémie du SARS-CoV-2 pour lesquels il n'existe pas encore de vaccin connu. (8)

II. C. 1. Le SARS-CoV :

L'épidémie de SARS-CoV (Severe Acute Respiratory Syndrom-related Coronavirus) apparue fin 2002 en Asie a diffusé rapidement dans 30 pays avant de s'interrompre en juin 2003 par la mise en place de mesures sanitaires drastiques dont la fermeture des frontières. En France, tout cas possible était signalé à l'Institut de veille sanitaire (InVS) et mis en isolement strict. Le suivi médical et épidémiologique a permis le classement des cas possibles en cas exclus ou cas probables. Les personnes contacts des cas probables ont été mises en quarantaine pendant 10 jours à domicile et suivies quotidiennement. Au total, 437 cas possibles de SRAS ont été signalés en France entre mars et juillet 2003. 7 cas probables ont été finalement retenus dont 1 décédé, et 77 sujets contacts ont été suivis. (9)

II. C. 2. Le MERS-CoV :

Le MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrom-related Coronavirus) a été identifié en septembre 2012 en Arabie saoudite. Depuis octobre 2012, Santé publique France a reçu 1 410 signalements de cas suspects et a validé le classement en « cas possible » de 433 d'entre eux. Ces derniers ont été testés et seuls 2 ont été confirmés en mai 2013 dont 1 décédé. A ce jour ils subsistent quelques clusters nosocomiaux ou familiaux restreints à la péninsule Arabique. (10)

II. D. Données sur la prise en charge des épidémies en médecine générale :

Chaque année la surveillance épidémiologique de la grippe en population générale repose entre autres sur le réseau sentinelles composé de médecins généralistes et de pédiatres volontaires. Parmi ces médecins certains sont « préleveurs » (332 sur 1450 médecins sentinelles pour la saison 2018-2019) et permettent la surveillance virologique de la grippe selon une procédure standardisée.

Depuis l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international (RSI) en 2005, c'est la sixième fois que l'OMS déclare une USPPI (Urgence de santé publique de portée internationale). Pourtant il n'y a actuellement que très peu de données sur le rôle de la médecine générale dans la prise en charge des épidémies passées. Pendant les épidémies de SARS-CoV et de MERS-CoV, tout patient suspect devait s'orienter vers un service d'accueil des urgences (SAU). En 2020 les politiques de santé publique ont mis en première ligne la médecine de ville pour faire face à l'épidémie de COVID-19.

Du côté des pouvoirs publics, des données rapportent que déjà au XVI^{ème} siècle en France, les parlements obligeaient les municipalités à déclarer la peste dès que celle-ci était connue. Ces déclarations ont eu pour effet de mettre les villes en quarantaine. Les déplacements étaient limités, et les marchands devaient présenter un billet de santé. Les mesures mises en place par nos tutelles face à la pandémie actuelle de COVID-19 au XXI^{ème} siècle semblent donc rester très proches de celles mises en place dans le passé. (11)

III. Crise sanitaire COVID-19 :

III. A. SARS-CoV-2 :

En décembre 2019 des médecins chinois ont alerté sur des cas groupés de pneumonies. Un nouveau virus encore inconnu, qu'ils ont nommé initialement 2019n-CoV, aurait un lien avec un marché d'animaux vivants, le Huanan South China Seafood Market à Wuhan dans la province de Hubei en Chine. Le 31 décembre 2019 la Chine a déclaré officiellement à l'OMS son premier cas de contamination au nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) responsable d'une maladie nommée COVID-19. L'information a été transmise par l'OMS sur les médias sociaux le 4 janvier 2020. Le virus s'est propagé rapidement sur tout le territoire chinois.

III. A. 1. Physiopathologie :

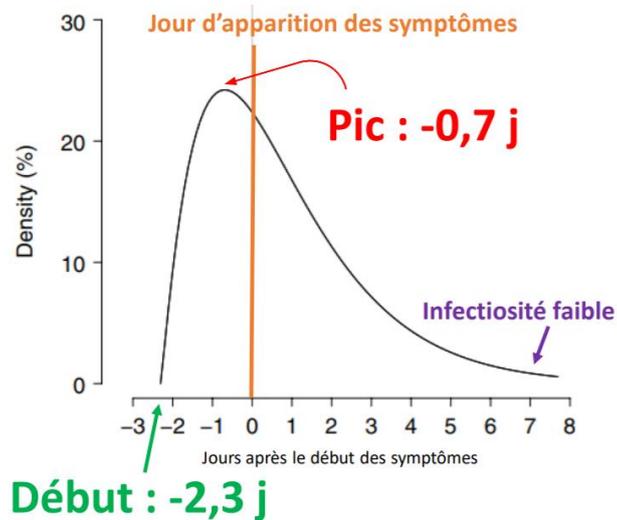
Ce nouveau coronavirus, différent des SARS-CoV est responsable d'une maladie infectieuse respiratoire appelée COVID-19 (Corona Virus Disease 2019).

- Transmission : Il s'agit du septième coronavirus pathogène chez l'Homme, dont le réservoir primaire est probablement la chauve-souris (réservoir zoonique) qui le transmettrait à l'Homme par l'intermédiaire du pangolin (hôte intermédiaire). La transmission interhumaine directe se fait par voie respiratoire et indirecte par contact de surface inerte avec les mains et les muqueuses (R0 estimé à 2,7 en France en mars 2020). (12)

- Incubation : La période d'incubation semble être de 5 jours en moyenne (variabilité de 2 à 14 jours), avec un temps de doublement de l'épidémie de 6,4 à 7,5 jours. (13)

- Contagiosité : Les études montrent que l'excrétion virale persiste plusieurs semaines après la guérison, mais la contagiosité du virus commence 2 jours avant l'apparition des symptômes (phase pré symptomatique) et s'étend sur 7 jours après. (12)

Figure 3 : Infectiosité du SARS-COV-2



(Source : Prise en charge des patients atteints de la maladie COVID 19. Etat des connaissances. COREB.) (14)

-Clinique : La symptomatologie clinique est variable, avec la survenue de formes non graves comme la présence de signes généraux (fièvre, myalgies, céphalées, asthénie), d'infections des voies aériennes supérieures (rhinopharyngite, toux, anosmie et agueusie), ou d'une diarrhée. On observe la présence d'infections respiratoires basses pauci symptomatiques (fièvre, toux, absence de dyspnée mais présence d'images compatibles avec une pneumonie radiologique) et l'expression de forme graves : une pneumonie hypoxémiante ainsi qu'un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA). Des atteintes cliniques plus atypiques sont également décrites comme une confusion chez les sujets âgés, une éruption cutanée, une conjonctivite ou encore une douleur thoracique. Enfin de nombreux cas asymptomatiques sont rapportés.

III. A. 2. Définitions des cas :

-Cas possible : Toute personne ayant été en contact à risque avec un cas confirmé de COVID-19 dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes, et présentant des signes cliniques évocateur de COVID-19.

-Cas contact : Toute personne ayant été en contact avec un cas confirmé de COVID-19, en l'absence de mesure de protection efficace pendant toute la durée du contact (hygiaphone, vitre, masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas ou le contact, masque grand public fabriqué selon la norme AFNOR ou équivalent porté par le cas et le contact).

- Cas contact à risque : Toute personne cas contact ayant :
 - Partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ;
 - Eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque ;
 - Prodigé ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
 - Partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;
 - Etant élève ou enseignant de la même classe scolaire (maternelle, primaire, secondaire, groupe de travaux dirigés à l'université).
- Cas contact à risque négligeable :
 - Toutes les autres situations de contact ;
 - Cas de COVID-19 déjà identifié auparavant, guéri ou encore malade, en tenant compte des instructions s'appliquant aux cas confirmés si le patient est toujours malade.

- Cas probable : Toute personne présentant des signes cliniques et des signes visibles en tomodynamométrie thoracique évocateurs de COVID-19.

- Cas confirmé : Toute personne, symptomatique ou non, présentant un résultat biologique confirmant l'infection au SARS-CoV-2, soit par RT-PCR (Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction) soit par sérologie lors d'un diagnostic de rattrapage. (15)

III. A. 3. Tests diagnostiques :

Le diagnostic spécifique de COVID-19 est réalisé par une RT-PCR spécifique. Les prélèvements se font soit par un prélèvement systématique des voies respiratoires hautes (naso-pharyngé /écouvillons Virocult® ou aspirations), soit par un prélèvement des voies respiratoires basses (crachats, liquide broncho-alvéolaire (LBA), aspiration trachéo-bronchique (ATB)) en cas d'atteinte parenchymateuse.

Les tests antigéniques ont actuellement une sensibilité moindre par rapport à la RT-PCR et sont autorisés par la Haute autorité de santé (HAS) seulement pour les patients symptomatiques jusqu'à J7. (16)

Avant la phase 3, tous les patients suspects d'infection COVID doivent être testés par RT-PCR dans l'optique d'endiguer l'épidémie.

Les anticorps commencent seulement à apparaître durant la deuxième semaine suivant l'apparition des symptômes et décroissent progressivement sur 2 à 3 mois, ce qui montre pour le moment les limites de la sérologie pour le diagnostic. (12)

III. A. 4. Stratégie de contrôle de l'épidémie :

L'épidémie à SARS-CoV-2 se développe progressivement à partir d'un premier cas jusqu'à une diffusion dans l'ensemble de la population. Cette évolution se présente en plusieurs phases exigeant une stratégie de surveillance différente (17) :

- La phase 1 correspond au moment où les tous premiers cas apparaissent dans un pays et sont repérés rapidement. A ce stade, il est encore possible de circonscrire l'épidémie en isolant les personnes malades et leurs contacts proches. Il s'agit d'une stratégie d'endiguement, tous les cas possibles ou contacts doivent être testés.
- La phase 2 intervient lorsqu'apparaît un certain nombre de cas regroupés ou clusters, qui deviennent de plus en plus nombreux. A ce stade, le dispositif initial de surveillance qui repose sur le signalement individuel des cas confirmés, permet d'identifier les chaînes de transmission et de les casser pour retarder la diffusion du virus sur tout le territoire. La stratégie d'endiguement est toujours en place.
- La phase 3 correspond au stade épidémique du virus. Sa circulation est large au sein de la population avec une augmentation rapide du nombre de cas, ne permettant plus un recensement exhaustif. Le changement de système de surveillance est alors indispensable pour observer l'évolution de l'épidémie, mesurer son impact en termes de formes graves et de décès et préconiser les mesures de gestion nécessaires. Il s'agit d'une stratégie d'atténuation. La médecine de ville devient alors un indicateur précoce de l'évolution dynamique de l'épidémie. Santé Publique France s'appuie sur le réseau Sentinelles et SOS Médecins selon la même méthode statistique que celle utilisée pour estimer l'incidence de la grippe.

Le 5 mars 2020 le Haut conseil de santé publique (HCSP) publie un avis relatif à la prise en charge des cas confirmés de COVID-19. En phase épidémique, les patients présentant des signes de COVID-19 ne sont plus systématiquement classés et confirmés par test biologique. Seuls font encore l'objet de tests systématiques pour recherche du virus SARS-CoV-2 : (18)

- Les patients hospitalisés pour un tableau clinique évocateur de COVID-19 afin de valider le diagnostic et éviter la transmission par des mesures d'isolement et d'hygiène appropriées ;
- Les trois premiers patients résidant en EHPAD et en structures collectives hébergeant des personnes vulnérables présentant un tableau clinique évocateur de COVID-19 afin de confirmer le diagnostic dans un contexte d'infection respiratoire aiguë basse d'allure virale ou bactérienne ;
- Tous les professionnels de santé dès l'apparition des symptômes évocateurs de COVID-19 ;
- Les personnes à risque de formes graves et présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ;
- Les femmes enceintes symptomatiques quel que soit le terme de la grossesse.

III. A. 5. Mesures barrières :

Les études observant la transmission du SARS-CoV-2, du MERS-CoV et SARS-CoV rapportent de façon significative l'efficacité de la distanciation sociale à plus d'un mètre et du port du masque par rapport à leur absence (RR respectivement à 0,30 avec CI [0,20 ; 0,44] et avec CI 0,34 [0,26 ; 0,45]). La protection augmente avec la distance. (19)

III. B. Evolution de la pandémie au niveau international :

Début janvier, l'OMS a été alertée par les premiers cas de pneumonie au nouveau coronavirus en Chine. S'en est suivi la mise en place dans les aéroports de contrôles de température frontale des voyageurs en provenance de Chine.

JANVIER :

Le virus s'est propagé au reste de l'Asie. Le premier cas hors Chine a été détecté en Thaïlande le 13 janvier 2020. Les trois premiers cas en France ont été annoncés le 24 janvier 2020 puis le virus s'est répandu en Europe. Le 28 janvier 2020 l'Union européenne a activé son dispositif de crise et l'OMS a déclaré l'état d'USPPI le 30 janvier 2020.

FÉVRIER :

Le taux de croissance journalier du nombre mondial de cas positifs a diminué progressivement jusqu'au 20 février 2020 s'expliquant probablement par la maîtrise de la contagion majoritaire en Chine. Puis le taux a augmenté de nouveau face à une perte de contrôle au niveau mondial accélérant la contagion.

Le premier décès en dehors de l'Asie a été annoncé le 15 février 2020 en France à Paris chez un touriste chinois octogénaire.

Différents rassemblements européens ont accéléré la propagation du virus. Le 17 février 2020, c'est un rassemblement évangélique de 4 jours de 2 500 personnes à Mulhouse en Alsace qui a marqué le départ du grand foyer de contagion dans le Haut-Rhin et les départements frontaliers. Le 19 février 2020 le match de 8^{ème} de finale de la Ligue des champions à Milan en Italie, opposant l'Atalanta de Bergame en Italie au FC Valence en Espagne a rassemblé 40 000 supporters italiens et 2 500 supporters espagnols et a marqué le début de l'épidémie de l'Italie du Nord. Malgré cet événement, le match du 26 février 2020 à Lyon opposant l'Olympique lyonnais à la Juventus de Turin a été maintenu et pourtant contesté par la Fédération des Médecins de France qui avait demandé son report. S'en est suivi une explosion de cas de COVID-19 dans le Rhône.

MARS :

L'Italie a été placée en quarantaine à partir du 9 mars 2020. Les Italiens avaient dès lors l'obligation de rester chez eux, sauf pour des déplacements indispensables (courses, soins de santé, travail) à condition de présenter un justificatif.

La situation sanitaire, qualifiée de « pandémie » par l'OMS à partir du 11 mars 2020, a eu pour épigénome l'Europe à partir du 13 mars 2020. S'en est suivi la mise en place de contrôle des frontières des Etats membres de l'Union-européenne (à partir du 16 mars en France), la fermeture des frontières extérieures à l'Union européenne à partir du 17 mars avec la suspension des règles budgétaires pour les Etats membres, et le début du confinement de la population (à partir du 17 mars 2020 en France).

AVRIL :

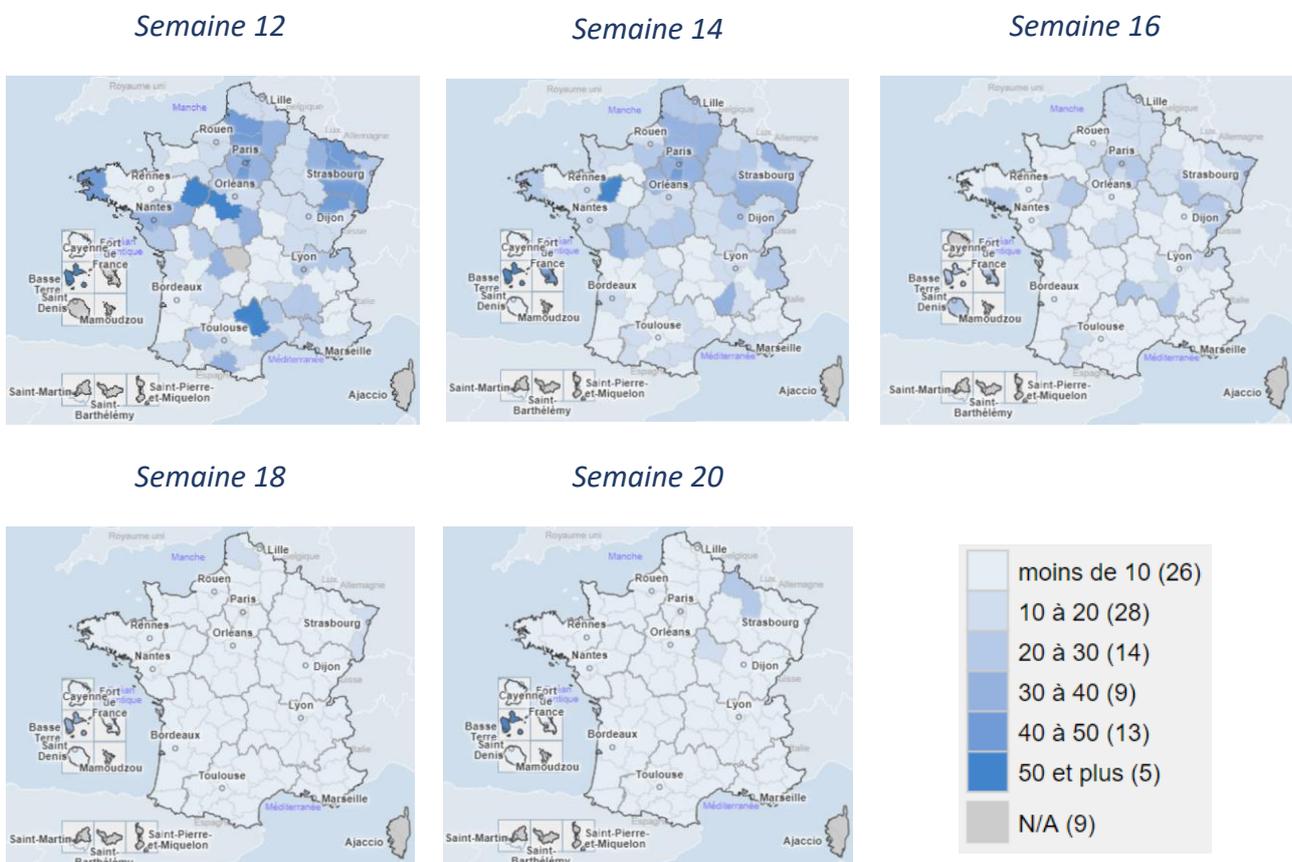
Le nombre de nouveaux cas déclarés chaque jour a commencé à diminuer progressivement à partir d'avril dans plusieurs Etats européens, et le nombre de décès journaliers s'est stabilisé dans les deux pays européens les plus touchés (Espagne et Italie). Le 8 avril 2020 la ville de Wuhan sortait du confinement après 76 jours d'isolement et après une levée progressive des restrictions.

Les Etats-Unis ont fait face à une accélération du nombre de cas quotidiens et sont devenus le 8 avril 2020 avec près d'un tiers des cas mondiaux, un des foyers de la pandémie.

III. C. Evolution de la pandémie au niveau national :

Les trois premiers cas de COVID-19 en France ont été annoncés le 24 janvier 2020. Le nombre de cas déclarés s'est accéléré à partir du 25 février 2020 et 285 cas ont été recensés le 04 mars 2020, dont 60% rattachés à un regroupement de cas (la Haute-Savoie, l'Oise, le Haut-Rhin, le Morbihan et un regroupement de cas au retour d'un voyage organisé en Egypte).

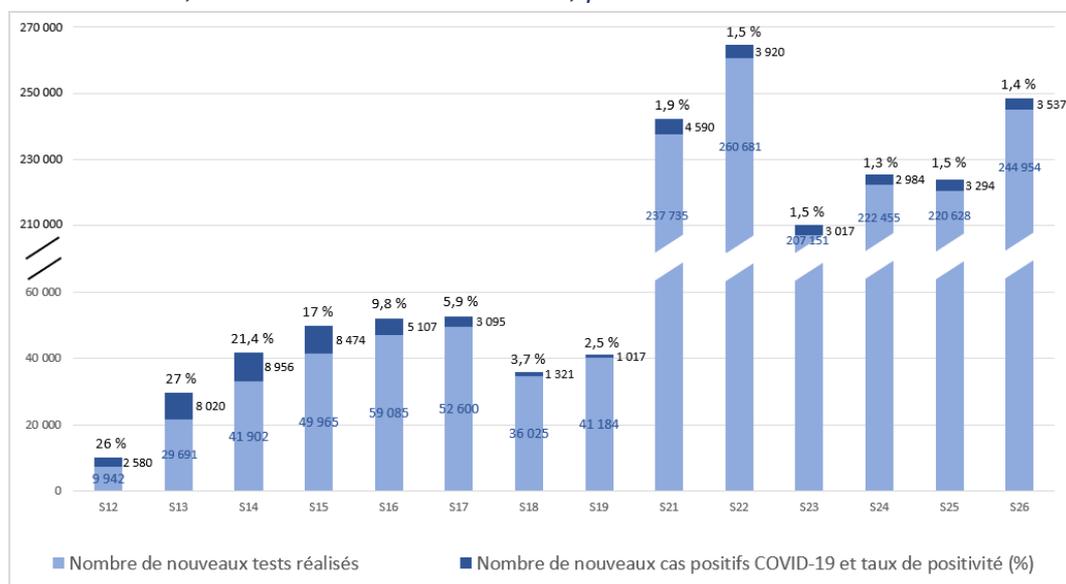
Figure 4 : Taux de RT-PCR positives à SARS-CoV-2 pendant la période de confinement, France 2020 :



(Source : Géodes Santé Publique France - Données de 3Labos (Eurofins, Biomnis, Cerba))

Au cours de la vague épidémique et jusqu'à la levée des mesures de confinement, les patients présentant des signes de COVID-19 n'ont pas systématiquement bénéficié d'un test biologique pour confirmer l'infection (recommandations ministérielles du 13 mars 2020). De plus le recensement du nombre de tests positifs jusqu'à la semaine 20 n'était réalisé que par 3Labos (Eurofins Biomnis et Cerba). Les données SI-DEP ont été opérationnelles à partir du 13 mai 2020. Le nombre réel de cas de COVID-19 en France était donc bien supérieur au nombre estimé avant le mois de mai. La réalisation des tests de dépistages sont devenus plus systématiques à la sortie du confinement (semaine 21) mais le taux de positivité s'est stabilisé.

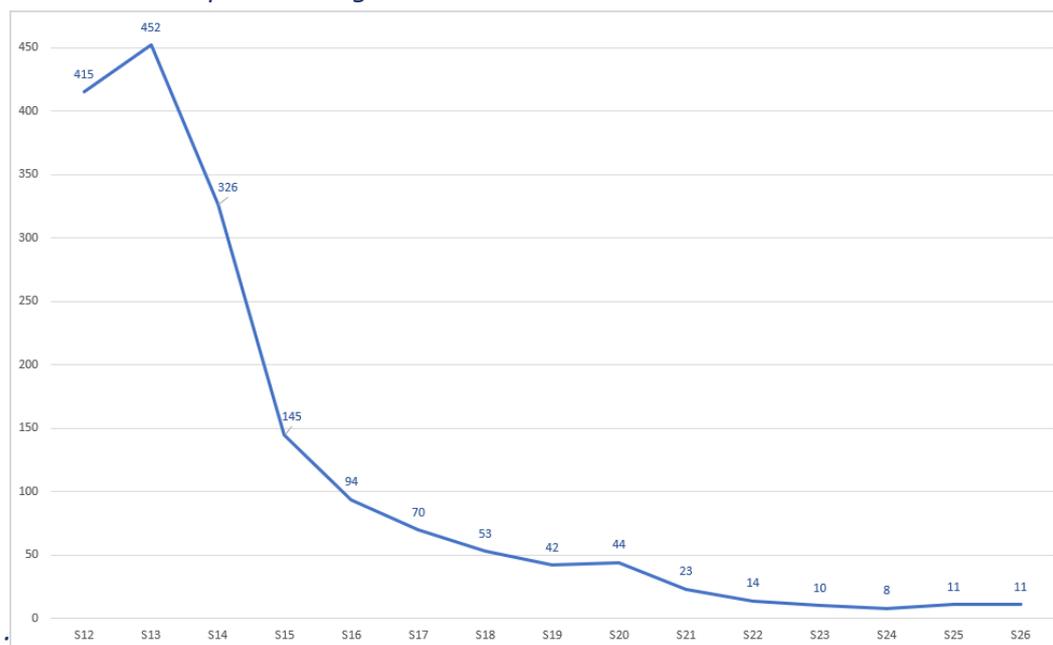
Figure 5 : Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs et taux de positivité au SARS-CoV-2, dans les laboratoires de ville, par semaine en France 2020 :



(Sources : Santé Publique France - S12-S19 : données 3Labos ; S21-S26 : données SI-DEP)

Le nombre de consultations en médecine générale pour une infection respiratoire aiguë a explosé au début de la vague épidémique, puis a progressivement diminué pour être inférieur à 50 pour 100 000 habitants à la sortie de confinement en semaine 21.

Figure 6 : Taux de consultations hebdomadaires en médecine générale pour infection respiratoire aiguë sur 100 000 habitants en France 2020

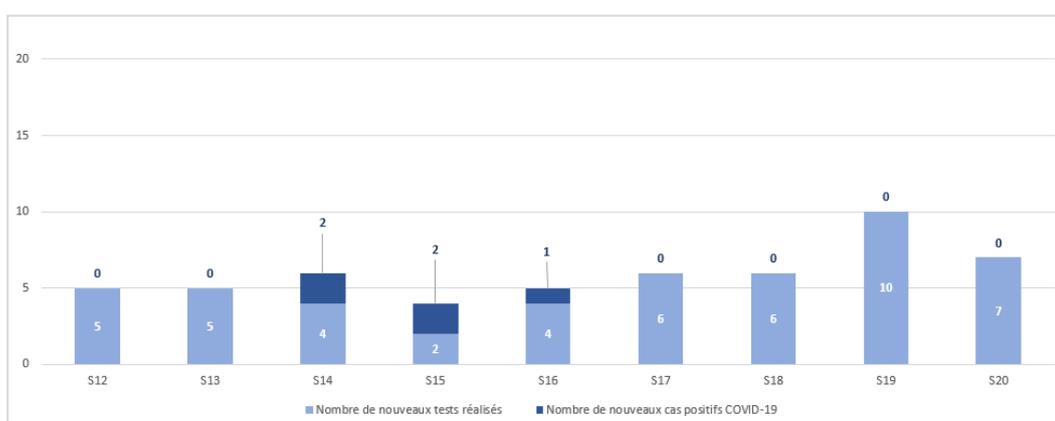


(Source : Santé Publique France - Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université))

III. D. Evolution de la pandémie au niveau départemental :

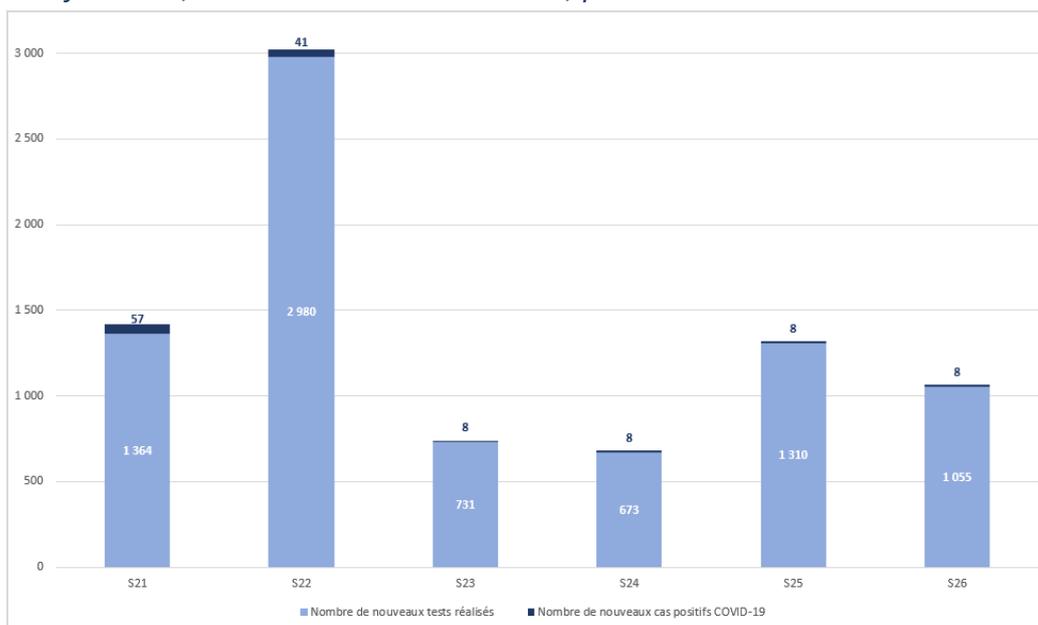
Le faible nombre de tests réalisés dans les Deux-Sèvres pendant la période de confinement ne permet pas d'interpréter les résultats. Mais on peut estimer que la vague épidémique n'a pas atteint le département qui a gardé, malgré la multiplication des tests par RT-PCR à partir de la semaine 21, un nombre de cas positifs très bas.

Figure 7 : Nombre de tests réalisés et nombre de tests positifs au SARS-CoV-2 pendant le confinement, dans les laboratoires de ville, par semaine en Deux-Sèvres 2020 :



(Sources : Santé Publique France - S12-S20 : données 3Labos)

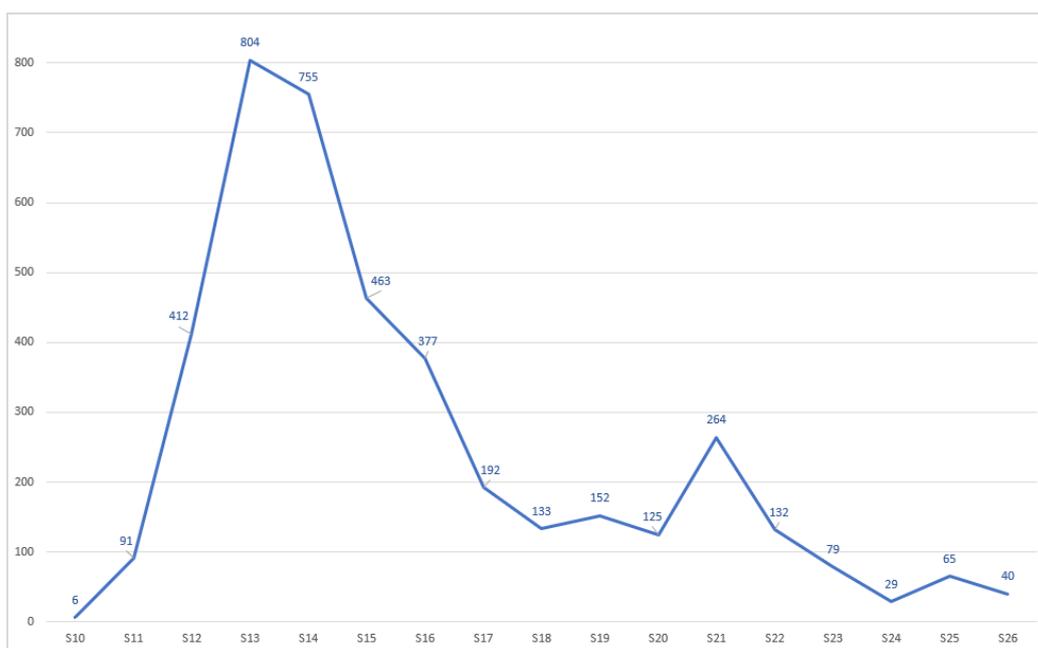
Figure 8 : Nombre de tests réalisés et nombre de tests positifs au SARS-CoV-2 en sortie de confinement, dans les laboratoires de ville, par semaine en Deux-Sèvres 2020 :



(Sources : Santé Publique France - S21-S26 : données SI-DEP)

Le taux de consultations aux Urgences pour suspicion de COVID-19 a explosé en semaine 12 pour rediminuer rapidement à partir de la semaine 15, ce qui semble suivre la tendance nationale.

Figure 9 : Taux de consultations hebdomadaires aux urgences dans les Deux-Sèvres pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages de mars à juin 2020 :



(Source : Santé publique France – réseau OSCOUR®)

MATÉRIEL ET MÉTHODE

La maison de santé de Thouars comprend 6 médecins généralistes, 1 dermatologue, 1 sage-femme, 1 orthophoniste, 4 ergothérapeutes, 2 psychologues, 14 infirmiers(ères) libéraux, 3 infirmières ASALEE (une partageant son temps avec la MSP de Mauzé-Thouarsais et une infirmière de parcours complexes en cancérologie présente sur l'ensemble des sites), 5 kinésithérapeutes, 5 secrétaires médicales et 2 internes de médecine générale. Une coordinatrice pour l'ensemble des six MSP du pôle est présente afin de gérer l'ensemble du pôle de santé. Cette dernière élargit son champ d'action à l'ensemble de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet à partir de 2020.

La problématique de démographie médicale sur le territoire du Pays Thouarsais est très présente. Depuis 2018 les trois sites hospitaliers du CHNDS se sont regroupés en un seul plateau technique à Faye l'Abbesse pour répondre aux problèmes de fonctionnement et d'attractivité des praticiens hospitaliers. Un Centre de soins non programmé (CSNP) s'est maintenu sur l'ancien site hospitalier de Thouars mais le plateau technique est limité et ne répond pas à la demande de la population. De plus ce centre a dû être fermé à partir du 16 mars 2020 pour renforcer les équipes médicales sur le CHNDS pendant la crise sanitaire. De ce fait, l'accessibilité du service d'accueil des urgences s'est complexifiée pour la population du thouarsais, et la nécessité d'améliorer l'offre de soins non programmés en médecine générale s'est renforcée.

Avant l'épidémie de SARS-CoV-2 et devant l'augmentation du recours aux SNP en secteur hospitalier, cinq des médecins de la MSP de Thouars ont décidé d'augmenter le nombre de consultations de SNP dans le but d'améliorer l'accès au soin de premiers recours. Depuis novembre 2019, pour chaque après-midi (de 14H à 20H), un médecin est consacré aux SNP des patients de la MSP (soit en moyenne 20 consultations par demi-journée) tout en maintenant le nombre de créneaux quotidiens par médecin habituellement réservés pour les SNP (soit entre 6 et 8 consultations par jours et par médecin). Cette nouvelle organisation a pu s'intégrer dans les missions de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet en début 2020.

I. Protocole COVID-19 de la CPTS du Pays Thouarsais et Val de Thouet :

A la veille du confinement en France les professionnels de santé du pôle de santé se sont rassemblés pour décider de l'organisation des consultations à venir. Le 15 mars 2020 le protocole « COVID-19 de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet » était validé.

Durant les deux premières semaines de confinement, s'est succédée la rédaction de plusieurs protocoles pour une pratique la plus homogène possible et une coordination optimisée entre les professionnels de santé.

I. A. Objectifs :

- Homogénéiser les prises en charge des patients atteints COVID-19 sur le territoire
- Limiter la propagation de l'épidémie sur le territoire
- Désengorger les SAU et les services de réanimation
- Proposer un accès aux soins pour les patients sans médecin traitant

I. B. Logistique :

I. B. 1. Information des patients :

L'une des parties primordiales a été de favoriser la communication avec la patientèle des différentes MSP, pour une information efficace, actualisée et accessible à tous.

Les moyens mis en place ont été un affichage à l'entrée des MSP ainsi qu'un fléchage adapté pour une circulation fluide (cf [ANNEXE 1](#)).

La communication par téléphone a été priorisée. Les secrétaires sont restées en première ligne et ont maintenu le contact avec les patients uniquement par téléphone. D'autres interlocuteurs, comme les IDEL (Infirmiers(ères) diplômés(es) d'État libéraux(ales)) et les médecins généralistes, ont également assumé un rôle de régulateur.

La communication est aussi passée par les médias. Après le premier mois de confinement, la faible fréquentation des cabinets de médecine générale a inquiété les professionnels de santé quant au suivi des patients fragiles. C'est ainsi que dès le 15 avril 2020, par le biais des journaux locaux Le Courrier de l'Ouest et La Nouvelle République, les médecins ont pu informer la population sur leur organisation et leur capacité à les accueillir en toute sécurité.

I. B. 2. Accueil des patients :

L'accueil des patients a dû être modifié principalement par la fermeture des portes d'entrée dans les MSP dans le but de limiter la circulation au sein des structures. Un poste d'accueil a été mis en place à la MSP de Thouars. Il a été assuré par des masseurs-kinésithérapeutes ne pouvant exercer pendant cette période de confinement. Ils ont eu accès au planning de rendez-vous permettant un tri des patients et ont été soumis au secret médical. Les consultations se sont déroulées sur rendez-vous uniquement pris par téléphone.

A leur arrivée les patients ont été systématiquement tenus de se laver les mains. Faute de matériel, les masques chirurgicaux étaient donnés seulement aux patients présentant des symptômes ORL ou respiratoires.

I. B. 3. Séparation des locaux :

Lorsque les locaux le permettaient, les MSP ont réaménagé leurs espaces en différents secteurs. Un secteur COVID-19 a été réservé à tous patients suspects de COVID-19 après régulation téléphonique par un médecin. Il comprenait une entrée, un chemin d'accès et une sortie dédiés, ainsi qu'une salle d'attente, un bureau de consultation.

Un second secteur a été réservé aux patients ne présentant aucun symptôme suspect de COVID-19. Son entrée et son chemin d'accès étaient différents, assurant l'impossibilité de croiser les patients suspects de COVID.

I. B. 4. Ressources matérielles :

Dès la première semaine de confinement, le matériel de protection légué par des entreprises locales (masques chirurgicaux, masques FFP2, surblouses, lunettes de protection, solution hydroalcoolique, surchaussures, gants) a été redistribué de façon équitable à l'ensemble des professionnels du pôle de santé (cf [ANNEXE 2](#)).

I. B. 5. Consignes sur le port des masques :

Les masques chirurgicaux ont initialement été distribués aux patients présentant des signes ORL ou respiratoires. Ils ont également été réservés aux sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, préparateurs en pharmacie, secrétaires, et à la coordinatrice de la CPTS.

Les masques FFP2 ont été réservés aux médecins, infirmiers et pharmaciens pour couvrir l'amplitude de la journée.

I. B. 6. Intensification des mesures d'hygiène :

Les mesures d'hygiène se sont multipliées selon plusieurs axes :

- Désinfection du matériel médical, du matériel informatique et des poignées de porte entre chaque patient dans le secteur COVID.
- Espacement des créneaux de rendez-vous de 30 minutes pour limiter le nombre de personnes dans une même salle d'attente et permettre la désinfection du matériel.
- Consignes données aux patients de limiter le contact avec le mobilier au sein des MSP et respecter la distanciation sociale d'au moins un mètre.
- Espacement des chaises à plus d'un mètre dans la salle d'attente, et suppression de tous les jouets et magazines habituellement disponibles.
- Suppression des accompagnants en consultation dans la mesure du possible.

I. C. Consultations en période de crise sanitaire :

I. C. 1. Le secrétariat :

Les secrétaires sont restées en première ligne pour répondre aux demandes des patients, mais les contacts n'ont été autorisés que par téléphone notamment pour la prise de rendez-vous. Les secrétaires avaient également pour rôle d'inciter les patients à se présenter seul en consultation et de ne pas arriver trop en avance.

Les patients souhaitant renouveler leur ordonnance ont été initialement orientés vers les pharmaciens selon le décret du 14 mars 2020 portant sur diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus COVID-19 (cf [ANNEXE 3](#)).

Tout appel ayant pour motif un syndrome évoquant une infection à COVID (toux, fièvre, mal de gorge, signes respiratoires...) a été initialement transféré à l'IDE ASALEE.

I. C. 2. Une IDE ASALEE régulatrice :

ASALEE (Actions de santé libérales en équipe) est un dispositif créé en 2004 dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Des infirmiers(ères) interviennent en collaboration d'un ou de plusieurs médecins généralistes

dans l'éducation thérapeutique des patients. Leur champ d'action s'étend sur quatre protocoles : dépistage et prise en charge du diabète, suivi des patients à risque cardiovasculaire, dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive et dépistage des troubles cognitifs.

Les IDE ASALEE ont dû suspendre leurs consultations pendant le confinement. Tout appel régulé par la secrétaire et en rapport avec un syndrome évoquant une infection à COVID-19 a été transféré à l'IDE ASALEE qui régulait selon trois situations :

- En cas de signe de gravité (dyspnée, trouble de la conscience, altération de l'état général) : orientation vers le 15.
- En cas de fragilités constatées sans signe respiratoire : orientation vers le médecin régulateur désigné localement dans chaque MSP.
- En dehors de ces situations : l'IDE préconisait le confinement de 14 jours et un arrêt de travail était dispensé par le médecin traitant. Si la décision était remise en cause par le patient ou que la situation nécessitait un diagnostic médical, une consultation en secteur COVID-19 était proposée.

Tout patient suspect de COVID en prise en charge ambulatoire et nécessitant un suivi rapproché a été rappelé par une IDE à une fréquence plus ou moins rapprochée selon une classification de patients suspects (cf [ANNEXE 4 et 5](#)). En cas d'indisponibilité ou d'absence des IDE ASALEE, cette régulation devait être relayée par les IDEL et/ou les masseurs-kinésithérapeutes afin d'assurer une continuité de soins.

I. C. 3. Un médecin régulateur :

Un poste de médecin régulateur a été mis en place dans chaque MSP afin de suppléer les secrétaires et les IDE ASALEE. Il a assuré initialement la régulation téléphonique des patients fragiles transférés par l'IDE ASALEE selon une classification dédiée.

Chaque patient suspect de COVID-19 a été classé en COVID 1, 2, 3 ou 4, par les IDE ou par le médecin régulateur selon des critères de gravité (dyspnée, comorbidités, environnement fragile) pour adapter le suivi et la prise en charge ([cf ANNEXE 5 et 6](#)).

I. D. Rôles des autres professionnels :

I. D. 1. Rôles des officines :

Les pharmaciens ont initialement assuré les renouvellements des ordonnances selon le décret du 14 mars 2020 (cf [ANNEXE 3](#)) portant sur les diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du SARS-CoV-2.

Si le patient évoquait un motif de consultation secondaire à l'occasion de ce renouvellement, la pharmacie organisait une consultation téléphonique avec le médecin traitant grâce à une liste de diffusion médecins généralistes – pharmaciens, conduisant soit à un complément d'ordonnance soit à la programmation d'une consultation médicale.

Les patients présentant un syndrome pouvant faire évoquer une COVID-19 (toux, fièvre, agueusie...), étaient reconduits chez eux et incités à contacter leur médecin traitant pour rentrer dans le protocole de suivi.

I. D. 2. Rôles du coordinateur de pôle :

La fonction salariée du coordinateur de pôle (Mme Geffriaud) a bénéficié d'un temps dédié à la crise sanitaire afin de se tenir au plus près des différentes étapes du circuit de prise en charge (accueil, suivi à domicile, gestion de la cellule de crise, lien avec les institutions...) et assurer la bonne communication entre les différentes MSP.

I. D. 3. Rôle des autres professionnels de santé :

Les ergothérapeutes, les psychologues, les pédicures-podologues, les orthophonistes, les orthoptistes, les audioprothésistes et les masseurs-kinésithérapeutes ont été incités à reporter les soins non urgents notamment pour les patients fragiles et à se tenir prêts pour suppléer les IDE à la régulation.

I. E. Communication :

I. E. 1. Cellule de crise COVID-19 :

Une réunion de crise quotidienne a été mise en place du lundi au vendredi à 12H45. Elle était organisée dans la MSP de Thouars par la coordinatrice du pôle et ouverte à l'ensemble des professionnels de la CPTS en téléconférence.

Cette cellule de crise avait pour objectifs de faire le point sur :

- Les dernières recommandations, la situation nationale et départementale, ainsi que la situation dans les MSP ;
- L'activité de chaque professionnel, notamment les professionnels paramédicaux susceptibles d'aider à la régulation et au télé-suivi ;
- Le nombre de professionnels susceptibles d'être en quarantaine ;
- Les dysfonctionnements et les difficultés rencontrés afin d'ajuster au mieux l'organisation.

La coordinatrice de la CPTS a fait le lien entre les professionnels de santé, les élus des communes, la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie), l'ARS (Agence régionale de santé) et les partenaires médico-sociaux. Des médecins référents ont été désignés (Dr Durivault et Dr Charpentier) pour être les interlocuteurs du Centre 15 et du CHNDS, dans l'objectif de renforcer la communication ville-hôpital notamment pour les patients hospitalisés.

I. E. 2. Groupe WhatsApp CPTS :

Les réseaux sociaux sont venus renforcer la communication entre les différents intervenants. Un groupe de discussion CPTS a été créé dans le but de maintenir un lien en continu entre les différents professionnels le 17 mars 2020.

I. E. 3. « Info actualisées » :

Un fichier actualisé et partagé en temps réel a été créé pour regrouper les dernières informations et recommandations sur le plan national, régional et départemental. Ce document a été mis à jour régulièrement par les internes en stage dans la MSP de Thouars et a été mis à disposition de l'ensemble des professionnels de santé de la CPTS (cf [ANNEXE 7](#)).

I. F. Protocole coordination sorties d'hospitalisation des patients COVID positifs :

Ce protocole a été mis en place à la suite des premières sorties d'hospitalisation de patients testés COVID-19 positifs et devant la constatation de failles dans la continuité des soins entre le personnel hospitalier et ambulatoire. Il a été rédigé par les professionnels de ville et validé par les équipes hospitalières le 30 mars 2020.

I. F. 1. Objectifs :

- Renforcer les liens Ville Hôpital
- Améliorer la prise en charge des sorties d'hospitalisations des patients testés COVID positifs sur la semaine et sur le week-end.
- Sécuriser le personnel soignant intervenant à domicile (IDEL).

I. F. 2. Moyens :

Il a été décidé de partager l'information des patients hospitalisés et positifs pour le SARS-CoV-2 en temps réel à l'équipe de ville (cf [ANNEXE 8](#)). De cette façon elle a pu être tenue au courant par l'équipe hospitalière de l'admission du patient dans le service hospitalier et des étapes clefs de la prise en charge hospitalière (réalisation du test RT-PCR, résultat du test dès sa réception, complications, transferts, décès...).

Ainsi l'identification du degré de complexité du retour à domicile et la définition de la date prévisionnelle de sortie d'hospitalisation par l'équipe hospitalière devait permis l'anticipation de la suite de la prise en charge en ville. L'équipe hospitalière a dû également délivrer des masques au personnel soignant devant intervenir à domicile pour les 48 premières heures.

Cette organisation a nécessité la création d'un poste de médecin généraliste référent avec un numéro de téléphone unique (06 32 35 29 84) le week-end et les jours fériés. En dehors des jours ouvrés, ce dernier était informé de la sortie d'hospitalisation des patients COVID-19 positifs. Afin de sécuriser les patients et les professionnels de santé intervenant au domicile, il était chargé d'informer le cabinet d'IDEL et la pharmacie de garde des modalités de sortie, ainsi que de prévenir le médecin traitant en jour ouvré.

I. F. 3. Les référents COVID-19 :

Pour une coordination fluide entre la ville et l'hôpital des référents ont été nommés. La CPTS Pays Thouarsais et Val de Thouet avait la coordinatrice du pôle Mme Geffriaud pour référent administratif, ainsi que le médecin référent joignable au 06 32 35 29 84. Au niveau du CHNDS, l'administratif référent était Mme Baudoin et le médecin référent était le Dr Mestassi, infectiologue.

I. F. 4. Cellule Ville-Hôpital COVID-19 :

Une cellule Ville-Hôpital COVID-19 hebdomadaire a été mise en place les vendredis avec la participation de médecins référents de chaque MSP de la CPTS, de la coordinatrice de la CPTS et des référents hospitaliers médicaux et administratifs. Elle se déroulaient en visioconférence et avait pour objectif d'ajuster les procédures selon la chronologie des évènements.

I. G. Autres protocoles :

D'autres protocoles ont été conçus pour guider et soutenir les professionnels de santé de la CPTS pendant cette période crise sanitaire, comme le protocole « Soins infirmiers(ères) libéraux », le protocole « Déclenchement de la réserve sanitaire de ville », ou le protocole « Prévention d'épuisement des professionnels de santé » (cf [ANNEXE 9](#), [10](#) et [11](#)).

II. Evolution du protocole au sein de la MSP de Thouars :

Le protocole COVID-19 de la CPTS du Pays Thouarsais et Val de Thouet a évolué au fil des semaines notamment dans le suivi des patients et dans le rôle de chaque professionnel.

Cette partie met en évidence l'évolution constante de la MSP de Thouars et l'adaptabilité quotidienne des professionnels de santé. L'application du protocole COVID-19 de la CPTS a dû être modifiée en tenant compte des contraintes de la maison de santé et de l'avancement des évènements sanitaires.

II. A. Accueil des patients pendant le confinement :

Deux des masseurs-kinésithérapeutes ne pouvant exercer pendant les premières semaines de confinements se sont relayés pour participer bénévolement à l'orientation des patients à l'accueil et à l'éducation aux règles d'hygiène.

Les portes d'entrée sont restées fermées à clefs. Le professionnel à l'accueil a permis de ne faire entrer que les patients qui avaient un rendez-vous et ainsi limiter le nombre de personnes circulant dans le pôle. Il a été demandé aux patients de n'arriver ni en avance ni en retard pour maîtriser le nombre de personnes en salles d'attente.

Du matériel informatique a été installé à l'accueil avec le logiciel de rendez-vous pour permettre au professionnel d'accueil, soumis au secret médical, de filtrer les allers et venues des patients.

II. B. Réorganisation du secrétariat :

Le secrétariat a été assuré de 8H à 18H par deux secrétaires le matin et une l'après-midi. Les patients avaient pour consignes de prendre rendez-vous uniquement par téléphone et de ne plus se déplacer au pôle de santé sans avoir appelé au préalable.

Selon le protocole COVID-19, tous les appels en rapport avec un SNP ont été d'abord régulés par les secrétaires puis transférés à l'IDE ASALEE si le motif comportait une fièvre, un symptôme ORL ou respiratoire. Rapidement dès la semaine 12, ces appels ont été élargis à tous les motifs infectieux et ont été transférés directement au médecin régulateur désigné.

II. C. Réorganisation des consultations :

Deux postes médicaux ont été conçus, un « médecin COVID-19 » et médecin régulateur, ainsi qu'un poste infirmier de télé-suivi. Le poste médical assurant les SNP a été renforcé et la téléconsultation a été instaurée pour la première fois au sein de la MSP de Thouars. Les consultations se sont faites sur rendez-vous uniquement.

II. C. 1. Le médecin régulateur :

Tout appel régulé par la secrétaire et en rapport avec une plainte infectieuse a été transféré au médecin régulateur du pôle entre 8H et 17H. Le patient était vu si nécessaire en « consultation de SNP non COVID-19 » ou en « consultation de SNP COVID-19 ». Dans la plupart des cas, seul un conseil téléphonique était dispensé et le patient ne se déplaçait pas.

Tous les patients présentant un tableau clinique suspect de COVID-19 ont été classés par le médecin régulateur selon la fiche de « Régulation COVID-19 » ([cf ANNEXE 4 et 5](#)) dans le tableau de « Suivi COVID-19 » ([cf FIGURE 10](#)). En découlait ensuite un suivi plus ou moins rapproché.

Cette fiche de régulation a été créée le 17 mars 2020 et a dû être actualisée à de multiples reprises, tout comme le tableau « Suivi COVID-19 » validé le 22 mars 2020 et qui est devenu par la suite le reflet de l'évolution de l'épidémie au sein de la MSP de Thouars.

Le médecin régulateur a assuré les téléconsultations de réévaluation au septième jour d'évolution des symptômes des patients classés en COVID 2 ou 3 (cf [ANNEXE 5](#)).

II. C. 2. L'IDE assurant le télé-suivi :

Tous patients suspects de COVID-19, en prise en charge ambulatoire et nécessitant un suivi rapproché (COVID 2 ou 3), ont été rappelés par une IDE à une fréquence plus ou moins importante, en se référant au tableau de « Suivi COVID-19 ». L'appel était transféré au médecin régulateur si la situation semblait s'aggraver.

Ce poste a été assuré par l'IDE ASALEE et a permis d'agir rapidement en cas de complication. Une « Formation à la régulation » a été organisée le 25 mars 2020 pour préparer les IDEL du pôle à prendre la relève en cas d'indisponibilité de l'IDE ASALEE afin d'assurer la continuité des soins.

II. C. 3. Le médecin assurant les SNP COVID-19 :

De 8H à 17H, tout patient identifié par le médecin régulateur comme suspect d'infection compliquée à SARS-CoV-2 (dyspnée notamment) a été vu en consultation présente le jour même. Cette consultation avait pour but d'assurer l'absence de signe de gravité. Dans le cas contraire le patient était orienté vers le SAU du CHNDS. Ces consultations ont eu lieu avec un médecin dédié dans le « Secteur COVID-19 », renommé par la suite « Secteur infectieux ».

Si un test diagnostique était indiqué le patient était orienté vers le SAU et à partir du 14 avril 2020 vers les laboratoires de biologie médicale de ville où il pouvait être prélevé.

A la fin du mois d'avril, le nombre de consultations par jour dans ce secteur était très minime. Cela peut s'expliquer par le faible nombre de pathologies infectieuses pendant cette période de l'année et par une faible incidence de la COVID-19 dans les Deux-Sèvres. C'est pourquoi à partir du 04 mai 2020 et pour libérer du temps de travail, le poste médical des « SNP infectieux » se mutualise avec celui de « Régulation », puis à partir du 14 juin 2020 avec celui des « SNP non infectieux ».

II. C. 4. Le médecin assurant les SNP non COVID-19 :

L'arrivée de la crise sanitaire a bousculé l'organisation habituelle de la MSP de Thouars qui était en train d'expérimenter une nouvelle approche des SNP de médecine

générale. Cette initiative a pu être maintenue pendant l'épidémie et a permis d'y calquer l'organisation des autres consultations.

Ces SNP non COVID-19 ont permis d'assurer la permanence des soins de 8H à 20H. Ils concernaient tous patients orientés par le secrétariat ou le médecin régulateur, et présentant une plainte aiguë non suspecte de COVID-19.

Devant l'hétérogénéité des symptômes que peut donner une infection à SARS-CoV-2 (syndrome grippal, tableau de gastroentérite virale, simple conjonctivite, etc...), l'orientation des patients a été modifiée. Pendant les premières semaines seuls les patients suspects d'infection à SARS-CoV-2 avec une dyspnée ont été vus en consultation présenteielle dans le « secteur COVID-19 ». Les autres dont la plainte ne faisait pas évoquer une COVID-19 mais nécessitait une consultation présenteielle en SNP étaient vus dans le second secteur. Il pouvait donc se succéder un patient présentant une odynophagie et un patient présentant une lombalgie aiguë. Cette organisation ne garantissait donc pas une sécurité sanitaire suffisante.

C'est pourquoi à partir du 09 juin 2020 tous les patients nécessitant une consultation en présentiel pour un motif infectieux évoquant ou non une COVID-19 ont été orientés vers le « Secteur COVID-19 » alors renommé « Secteur infectieux ». L'objectif était de diminuer les risques de contamination en créant un « Secteur sale » et un « Secteur propre ».

Si une consultation en présenteielle pour une demande de SNP n'était pas jugée nécessaire, le médecin régulateur réalisait une téléconsultation avec le transfert d'une ordonnance le cas échéant à la pharmacie.

II. C. 5. La téléconsultation :

Le 18 mars 2020 le Ministère des Solidarité et de la Santé publie la fiche médecins « Recours à la téléconsultation dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 ». Cet acte de consultation à distance et entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie est initialement réservé aux primo-consultations de patients suspects de COVID-19 et aux suivis à domicile des patients infectés ou possiblement infectés. Il n'était pas nécessaire d'être équipé d'une solution de téléconsultation, n'importe quelle autre solution d'échange vidéo était autorisée durant la période de crise. Par la suite cette prise en charge a été élargie à l'ensemble des consultations quel que soit le motif.

Les médecins du pôle de santé n'avaient jamais pratiqué la téléconsultation auparavant. Avec la crise sanitaire ils ont dû s'y familiariser rapidement dès la semaine 12.

Les modalités et les solutions numériques de télé médecine disponibles ont été recensées par le Ministère de la Santé. Le logiciel ICT (International Cross Talk) utilisé dans la MSP de Thouars ne permettait pas jusque-là la téléconsultation. Les médecins ont pris le parti de ne pas s'investir collectivement dans une autre plateforme. Les téléconsultations se sont alors déroulées par téléphone uniquement. L'Assurance Maladie a élargi par la suite la dérogation exceptionnelle et a autorisé la cotation TCG pour les consultations téléphoniques lorsque l'utilisation des plateformes de téléconsultation n'était pas possible pour les patients atteints de COVID-19 en ALD, de plus de 70 ans ou vivant en « zone blanche » réseau.

II. C. 6. Suivi des patients chroniques :

Il a été décidé dès la semaine 12 de restreindre le plus possible le nombre de consultations en présentiel. C'est pourquoi la majorité des consultations programmées a été annulée. Chaque médecin a assuré la continuité des soins de sa patientèle notamment pour les soins programmés des patients chroniques sous traitement au long cours. Les secrétaires ont recueilli les demandes des patients par écrit et chaque médecin traitant a décidé au fur et à mesure de la journée et avec la décision médicale partagée par téléphone :

- Soit un renouvellement du traitement de fond à la pharmacie selon le décret du 14 mars 2020 portant sur les diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus du COVID-19 (cf [ANNEXE 3](#)) ;
- Soit une réévaluation du traitement de fond en consultation présenteielle ;
- Soit une réévaluation du traitement de fond par téléconsultation médicale avec édition d'une nouvelle ordonnance transmise directement à la pharmacie.

La téléconsultation a permis de conserver les consultations de réévaluation des patients chroniques et de maintenir un contact avec les patients fragiles.

II. D. Suivi des patients COVID-19 positifs et suspects de COVID-19 :

Le suivi COVID-19 a été assuré pour tous les patients positifs ou suspects, ayant un médecin traitant au sein de la MSP de Thouars. Il a également été étendu aux patients sans médecin traitant et aux patients ne faisant pas partie de la MSP ne pouvant avoir un suivi spécifique COVID-19 par leur médecin traitant. De ce fait et par décision de l'ARS, le pôle de santé de Thouars est devenu un centre COVID multisites du Nord Deux-Sèvres le 9 avril 2020 en lien avec le CHNDS.

Ces patients suspects de COVID-19 en prise en charge ambulatoire ont été recensés dans le tableau de « Suivi COVID-19 » (cf [FIGURE 10](#)). Les informations de suivi ont été renseignées lors de chaque consultation téléphonique (télé-suivi) par l'IDE ASALEE, à J3 et J10 de l'apparition des premiers symptômes pour les patients classés en COVID 2, quotidiennement pour ceux classés en COVID 3, et par téléconsultation avec le médecin régulateur à J7 pour les groupes COVID 2 et 3. Ceci a permis de surveiller l'évolution des patients et d'estimer la progression de l'épidémie au sein du territoire. Le télé-suivi a été poursuivi pour tous les patients classés en COVID 2 et 3 jusqu'à J14, y compris pour ceux testés négatifs en tenant compte de la marge d'erreur possible (VPN RT-PCR SARS-CoV-2 : 88-95%)(20).

A l'inscription du patient dans le tableau de suivi, étaient renseignés :

- La date de la première régulation
- Le nom du régulateur
- Les coordonnées du patient
- La date de début des symptômes
- La classification COVID-19 (cf [ANNEXE 5](#))

Le tableur calculait les dates de réévaluation du patient selon la classification COVID-19. Le jour des téléconsultations de suivi, l'IDE ASALEE ou le médecin régulateur renseignait l'évolution clinique du patient et réactualisait la classification COVID-19 si besoin. Par la suite le statut du test RT-PCR et la mention « décédé » a été rajouté dans le tableau.

Figure 10 : Extraits du tableau « Suivi COVID-19 » :

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X
1	(R)	Date (R)	ID Patient	DDN	(Ag)	Tél.	Début	J3	J7	J10	J14	CLASSE	Date Cs	Stai	DC	R1	J(1)	R2	J(2)	R3	J(3)	R4	J(4)	
41	KAL (Mg)	18/03	Mme M	22/09/96	23	06	17/3/20	102				COVID-1												
42	BB (Mg)	18/03	M. O. G	30/08/10	10	06	17/3/20	102				COVID-1												
43	KG (DDEC)	18/03	Mme D	31/10/99	20	06	17/3/20	102	tij	tij	tij	COVID-3		NC		KG (DDEC)	Stable	KG (DDEC)	Stable		COVID-3	KG (DDEC)	Stab	
44	BR (Mg)	19/03	M. R	11/02/17	3	06	17/3/20	102				COVID-1												
45	BR (Mg)	20/03	Mme F	02/03/81	39	06	17/3/20	102				COVID-1												
46	BR (Mg)	20/03	M. N	28/09/17	2	06	17/3/20	102				COVID-1												
47	BD (Mg)	23/03	Mme H	24/09/56	63	06	17/3/20	102				COVID-1												
48	BB (Mg)	18/03	Mme C	18/05/52	68	06	18/3/20	101	21/03	25/03		COVID-2							KG (DDEC)	Stable				
49	VBP (DDEC)	19/03	Mme G	08/07/18	2	06	18/3/20	101				COVID-1												
50	KG (DDEC)	19/03	Mme R	28/01/19	1	06	18/3/20	101				COVID-1												
51	BB (Mg)	20/03	M. B	03/01/01	19	06	18/3/20	101	21/03	25/03		COVID-2											KG (DDEC)	Stab
52	BB (Mg)	20/03	M. D	31/05/55	65	06	18/3/20	101	21/03	25/03		SAMU/15	20/3/20	(-)									KG (DDEC)	Mie
53	AC (Mg)	24/03	Mme R	27/09/57	62	06	18/3/20	101	21/03	25/03	28/03	01/04	COVID-2											
54	KG (DDEC)	16/03	M. P	03/03/77	43	06	24/3/20	95				COVID-1												
55	SD (Mg)	23/03	M. D	30/11/99	20	06	19/3/20	100				COVID-1												
56	BB (Mg)	30/03	Mme B	12/03/03	17	06	19/3/20	100				COVID-1												
57	BB (Mg)	20/03	M. C	22/10/10	9	06	20/3/20	99	23/03	27/03		COVID-2											KG (DDEC)	KG (DDEC)
58	BB (Mg)	20/03	Mme G	31/05/55	65	06	20/3/20	99	tij	tij	30/03	COVID-3							VBP (DDEC)		KG (DDEC)	Mieux	VBP (DDEC)	Stab
59	BB (Mg)	20/03	M. L. C	31/05/11	9	06	20/3/20	99				COVID-1												
60	KAL (Mg)	25/03	Mme W	26/02/94	26	06	20/3/20	99				COVID-1												
61	AC (Mg)	23/03	Mme B	04/07/95	25	06	19/3/20	100	22/03	26/03	29/03	02/04	COVID-2	28/3/20										
62	AC (Mg)	23/03	Mme G	04/03/68	52	06	17/3/20	96				COVID-1												

	A	B	C	M	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	
1	(R)	Date (R)	ID Patient	CLASSE	R2	J(3)	R4	J(4)	R5	J(5)	R6	J(6)	R7	J(7)	R8	J(8)	R9	J(9)	R10	J(10)	R11	J(11)	R12
41	KAL (Mg)	18/03	Mme M	COVID-1																			
42	BB (Mg)	18/03	M. O. G	COVID-1																			
43	KG (DDEC)	18/03	Mme D	COVID-3		COVID-3	Stable					COVID-3			KAL (Mg)	COVID-3		Stable		VBP (DDEC)	Stable	SD (Mg)	Stable
44	BR (Mg)	19/03	M. R	COVID-1								Mieux											
45	BR (Mg)	20/03	Mme F	COVID-1																			
46	BR (Mg)	20/03	M. N	COVID-1																			
47	BD (Mg)	23/03	Mme H	COVID-1																			
48	BB (Mg)	18/03	Mme C	COVID-2					KG (DDEC)	Mieux		KG (DDEC)	Mieux								BR (Mg)	Mieux	
49	VBP (DDEC)	19/03	Mme G	COVID-1																			
50	KG (DDEC)	19/03	Mme R	COVID-1																			
51	BB (Mg)	20/03	M. B	COVID-2			KG (DDEC)	Stable															
52	BB (Mg)	20/03	M. D	SAMU/15			KG (DDEC)	Mieux															
53	AC (Mg)	24/03	Mme R	COVID-2									AC (Mg)	COVID-2									VBP (DDEC)
54	KG (DDEC)	16/03	M. P	COVID-1																			
55	SD (Mg)	23/03	M. D	COVID-1																			
56	BB (Mg)	30/03	Mme B	COVID-1																			
57	BB (Mg)	20/03	M. C	COVID-2					KG (DDEC)				VBP (DDEC)	Mieux									
58	BB (Mg)	20/03	Mme G	COVID-3	KG (DDEC)	Mieux	VBP (DDEC)	Stable			KG (DDEC)	Stable	VBP (DDEC)	Mieux	BR (Mg)	COVID-2						KG (DDEC)	Mieux
59	BB (Mg)	20/03	M. L. C	COVID-1																			
60	KAL (Mg)	25/03	Mme W	COVID-1																			
61	AC (Mg)	23/03	Mme B	COVID-2					KG (DDEC)				KG (DDEC)	Stable							BR (Mg)	COVID-2	
62	AC (Mg)	23/03	Mme G	COVID-1																			

II. E. Utilisation des masques :

II. E. 1. Stratégie nationale sur le port des masques :

Afin de préserver les ressources en masques de protection dans le cadre de la lutte contre le COVID-19, le Premier ministre a réquisitionné par décret du 3 mars 2020 l'ensemble des stocks et productions de masques sur le territoire national pour pouvoir mettre en place une stratégie de gestion et d'utilisation maîtrisée des masques dans les zones où le virus circulait activement. Cette stratégie a évolué au cours de la crise sanitaire et selon les stocks. Elle devait bénéficier aux professionnels de santé, et n'avait vocation qu'à une délivrance aux professionnels mentionnés selon une dotation hebdomadaire et non à honorer des prescriptions médicales.

II. E. 2. Utilisation des masques au sein du pôle de santé de Thouars :

Au cours des semaines et au vu des stocks de masques insuffisants, les masques FFP2 ont finalement été réservés pour les professionnels en contacts avec des cas positifs ou suspects de COVID et notamment les médecins en consultation « secteur infectieux » et les IDEL intervenant au domicile des patients COVID, ainsi que tout professionnel de santé

(médecins, kiné, dentistes...) qui réalisent des soins invasifs au niveau de la sphère ORL (notamment pour la réalisation de TDR). Dans les autres cas les masques chirurgicaux ont été privilégiés.

Le 15 avril 2020, la volonté de donner un masque chirurgical à tous les patients entrant dans la maison de santé s'est renforcée, mais devant un stock insuffisant cette proposition n'a pas pu être retenue. Le manque de masques a motivé le 17 avril 2020 l'organisation de la première web conférence entre le pôle de santé de Thouars, le Centre socio-culturel et la Communauté de commune de Thouars pour la fabrication de masques en tissu homologués selon la norme AFNOR. Après avoir pu récupérer l'ensemble de la matière première (dons de Gamme Vert et de la blanchisserie Anett) le tissu a été prédécoupé puis distribué le 28 avril 2020 à une trentaine de personnes bénévoles dont le club des couturières pour la confection de masques en tissu destinés à la population de Thouars.

Cette initiative a permis la confection de 12 500 masques en tissu. Leur distribution s'est déroulée dans des lieux différents en plusieurs phases :

- Première phase : à partir du 11 mai 2020 pour toutes personnes de plus de 70 ans, soit environ 30% de la population.
- Deuxième phase : à partir du 18 mai 2020 pour toutes personnes entre 45 et 69 ans.
- Troisième phase : à partir du 25 mai 2020 pour toutes personnes entre 11 et 44 ans.

A partir du 11 mai 2020, le port du masque est devenu obligatoire pour toute personne entrant dans la MSP de Thouars.

III. Frises chronologiques des évènements au sein de la CPTS :

Figure 11 : Frise chronologique 1

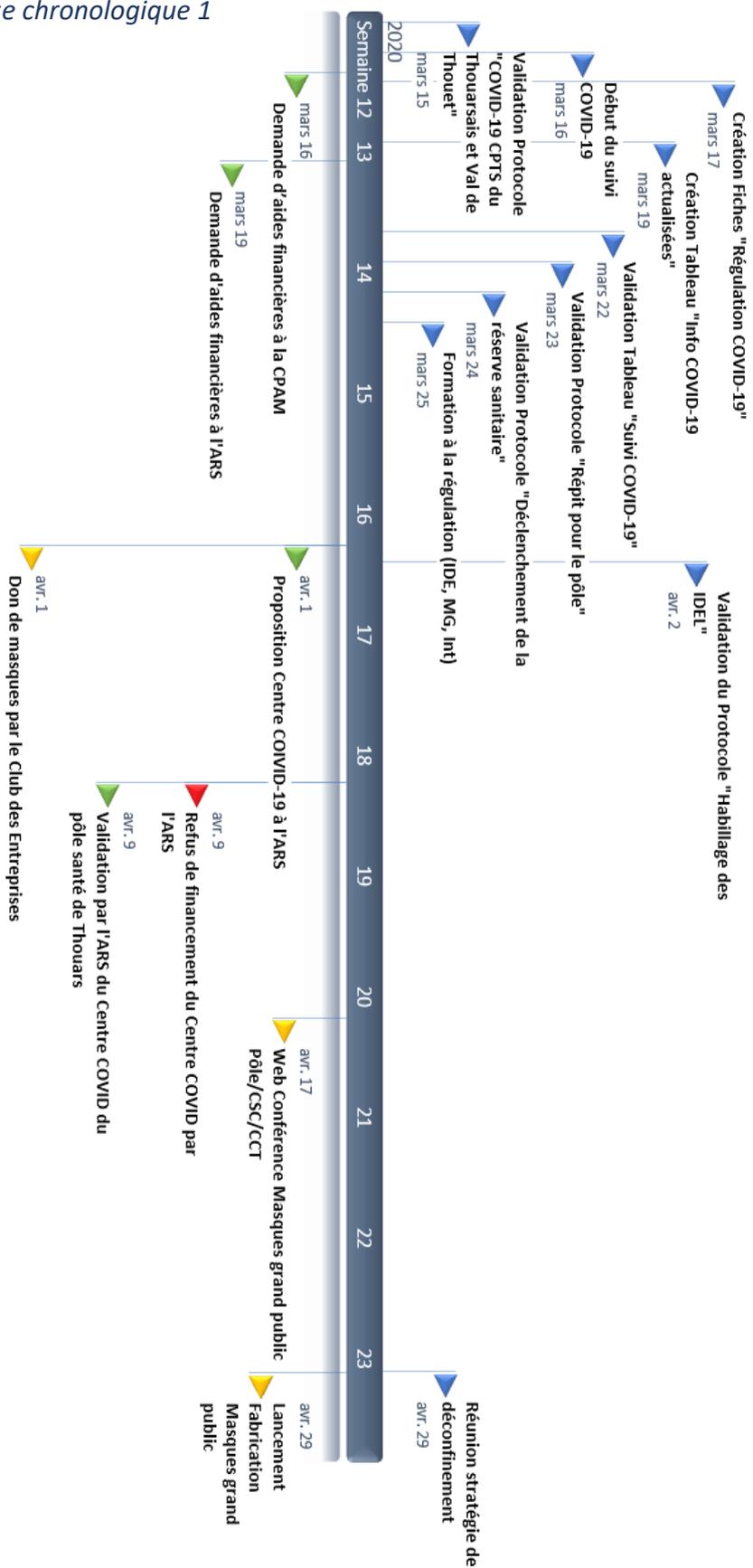
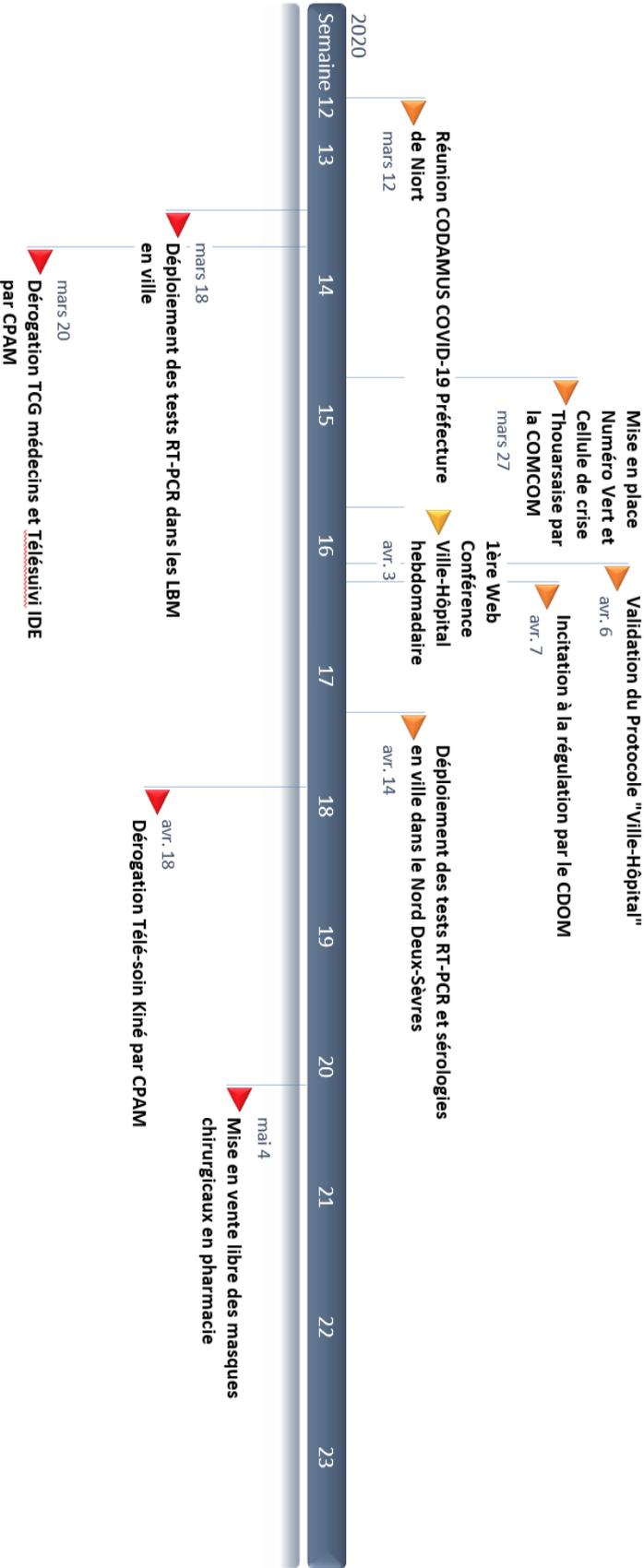


Figure 12 : Frise chronologique 2



RÉSULTATS

L'épidémie de COVID-19 est à ce jour (26 novembre 2020) toujours présente. La période d'étude a volontairement été restreinte dans le temps, et s'étend du 16 mars au 30 juin 2020. Les données exploitées concernent la MSP de Thouars.

I. Caractéristiques de la population suivie :

I. A. Caractéristiques des patients suivis :

Le critère d'inclusion des patients dans le suivi COVID-19 était la présence de symptômes pouvant faire évoquer une infection à SARS-CoV-2 (signes généraux : fièvre, asthénie, courbatures, céphalées ; signes ORL : toux, rhinite, anosmie, agueusie, conjonctivite ; signes digestifs : nausées, vomissements, diarrhée...). Le critère d'exclusion était une plus forte probabilité que les symptômes soient le résultat d'une autre affection (exemple : angine avec Strepto-test positif).

Le nombre de patients inclus dans le suivi est sensiblement le même selon les tranches d'âges. On peut tout de même noter que les sujets de 65 ans et plus ont été moins nombreux à être suivis pour suspicion de COVID-19 que les sujets plus jeunes, avec seulement 20 patients suivis sur 162 pendant la période de confinement (cf [Figure 13](#)).

La répartition homme – femme n'a pas été évaluée, tout comme les caractéristiques des symptômes des patients suivis.

I. B. Caractéristiques des patients testés :

Le nombre de tests réalisés a été très faible pendant la période de confinement puisque leurs indications étaient restreintes aux patients fragiles. On relève 14 tests réalisés entre le 16 mars et le 10 mai 2020, dont 3 tests positifs. Le nombre de patients testés a été multiplié par 3 en sortie de confinement, mais le taux de positivité a diminué. Il était de 8,8% entre le mois de mai et juin contre 21,4% avant le 11 mai 2020.

On relève que la moitié des patients testés pendant le confinement avait entre 18 et 30 ans. Les patients âgés de 65 ans et plus ont été moins testés que les autres et aucun d'entre eux n'a eu de résultats positifs.

I. C. Répartition des patients selon la classification COVID-19 :

Cette classification avait pour but de mettre en place un suivi adapté au degré de gravité des patients suivis. Ceux classés COVID 1 n'ont pas été rappelés et avaient pour consigne de rappeler le secrétariat en cas de mauvaise évolution clinique. Les patients classés en COVID 2 ont été réévalués en télé-suivi à J3 et J10 par les IDE ASALEE et en téléconsultation à J7 par le médecin régulateur. Les patients classés en COVID 3 ont été réévalués tous les jours en télé-suivi par les IDE ASALEE jusqu'à J14 et en téléconsultation à J7 avec le médecin régulateur. Enfin les patients classés en COVID 4 ont été directement orientés vers le SAU du CHNDS. A chacune des téléconsultations médicales, les patients ont pu être reclassés dans un autre groupe selon l'évolution clinique.

Le nombre de patients classés en COVID 2 et 3 était plus élevé pendant la période de confinement, et est resté homogène entre les différentes tranches d'âges. Les quatre patients classés COVID 4 et orientés vers le SAU avaient plus de 45 ans, mais aucun d'eux n'ont été testés positifs.

Figure 13 : Nombre de suivis COVID-19 pendant le confinement de la MSP de Thouars (du 16/03/2020 au 10/05/2020)

Patients	0-17	18-30	31-45	46-65	>65	TOTAL
Suivis	33	37	35	37	20	162
COVID 1	30	26	22	23	9	110
COVID 2	2	6	8	8	7	31
COVID 3	1	5	5	4	3	18
COVID 4 (hospitalisés)	0	0	0	2	1	3
Testés	0	7	1	4	2	14
Positifs	0	1	1	1	0	3
Décédés	0	0	0	0	0	0

Figure 14 : Nombre de suivis COVID-19 à la sortie du confinement de la MSP de Thouars (du 11/05/2020 au 30/06/2020)

Patients	0-17	18-30	31-45	46-65	>65	TOTAL
Suivis	16	17	15	10	11	69
COVID 1	13	17	13	7	6	56
COVID 2	3	0	1	3	4	11
COVID 3	0	0	1	0	0	1
COVID 4 (hospitalisés)	0	0	0	0	1	1
Testés	6	12	11	9	7	45
Positifs	1	1	2	0	0	4
Décédés	0	0	0	0	0	0

II. Évolution du suivi dans le temps :

Le nombre de patients suivis diminue progressivement de mars à juin. On note un rebond du nombre de patients testés en sortie de confinement puis une diminution progressive à partir de juin parallèle à celle du nombre de sujets suivis.

Figure 15 : Evolution mensuelle du suivi des patients suspects de COVID-19 dans la MSP de Thouars :

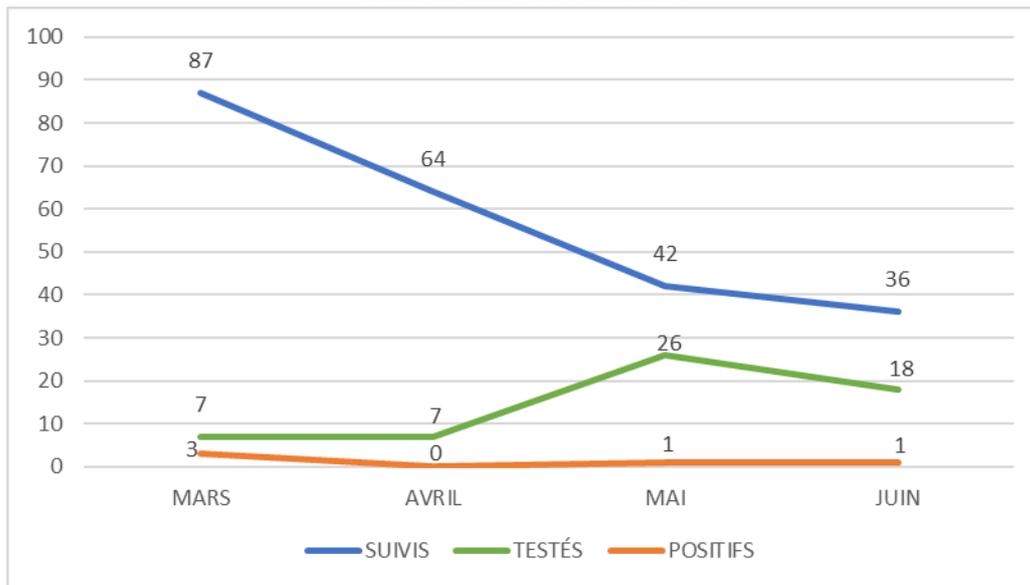
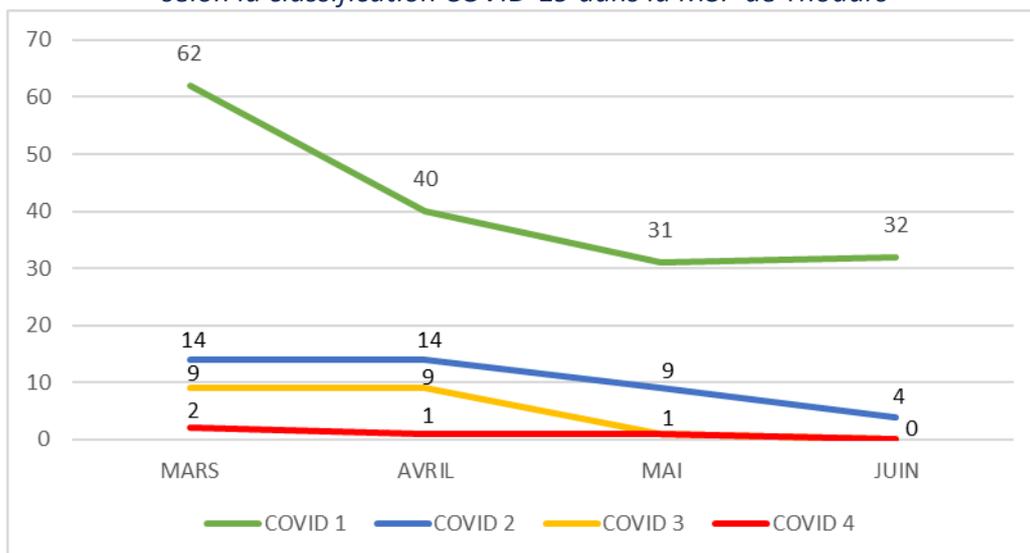


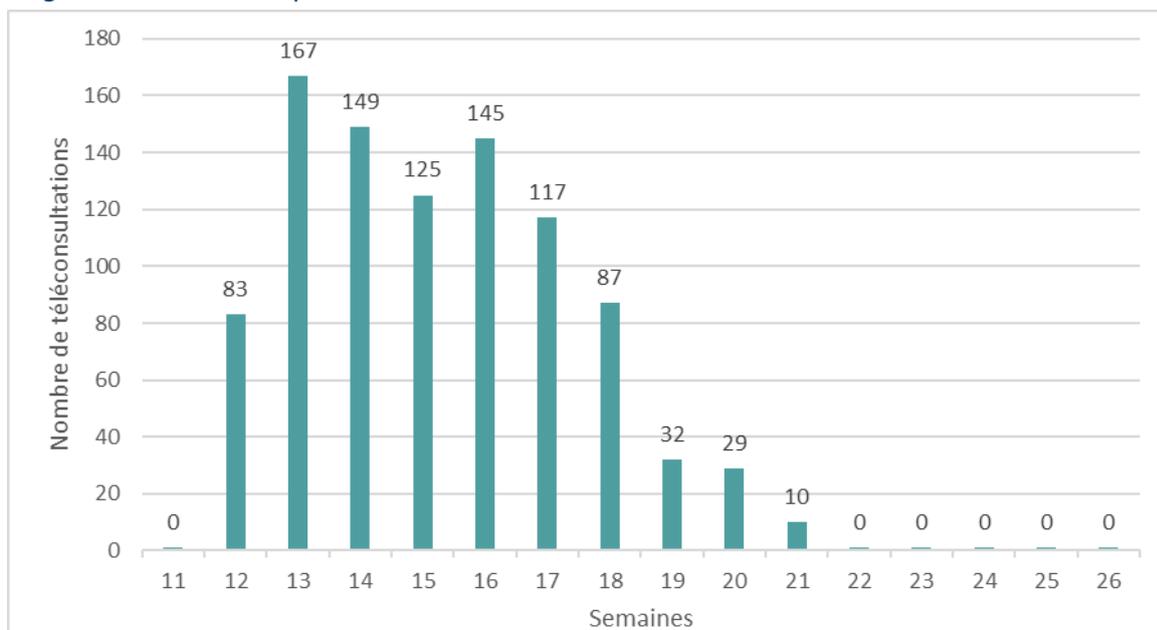
Figure 16 : Evolution mensuelle du nombre de cas suspects d'infection à COVID-19 selon la classification COVID-19 dans la MSP de Thouars



III. Exploitation de la téléconsultation :

Les téléconsultations ont été faites par téléphone et ont été fortement exploitées dès la semaine 12. A la sortie du confinement ces consultations se sont rapidement épuisées pour être nulles à partir de la semaine 22.

Figure 17 : Evolution par semaine du nombre de téléconsultations dans la MSP de Thouars :



DISCUSSION

On observe depuis quelques années un bouleversement de la médecine générale. Le regroupement de différents professionnels de santé au sein de maisons de santé permet de développer une activité pluriprofessionnelle. La formation des internes de médecine générale s'oriente de plus en plus vers une formation en ville et permet ainsi leur intégration aux groupes de travail. On peut témoigner d'une mutation de la médecine générale. Par conséquent son rôle et ses responsabilités face à l'épidémie de COVID-19 ont été inédites.

Le protocole COVID-19 de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet a permis une gestion homogène des patients avec une communication facilitée et une traçabilité des données. Ce travail de thèse fait un état des lieux et montre la réactivité des professionnels de santé du territoire à un moment précis de la crise sanitaire. La question qui s'est révélée au cours de cette étude est : Dans quelle mesure peut-on améliorer cette organisation ?

I. Répercussion du protocole COVID-19 et perspectives d'avenir :

On peut retenir des points faibles et des points forts qui permettront d'enrichir les missions de la CPTS.

I. A. Les points faibles :

I. A. 1. Protocole Ville-Hôpital, une mise en pratique difficile :

Le lien entre les médecins libéraux et hospitaliers du Nord Deux-Sèvres a été détérioré avec la suppression de l'hôpital de Thouars pour une centralisation du CHNDS en 2018 à Faye l'Abbesse.

L'une des principales missions de ce protocole était d'avertir l'équipe médecin traitant la veille de la sortie d'hospitalisation des patients COVID-19 positifs. En pratique cela n'a toujours pas pu être réalisé, et beaucoup de patients sont rentrer à domicile sans que leur médecin en ait été informé.

Cependant cette initiative, étendue à l'ensemble des patients hospitalisés quel que soit le motif, avait déjà été envisagée dans le cadre de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet. La crise sanitaire a permis de soulever les difficultés de sa mise en pratique. L'instauration de réunions hebdomadaires ville-hôpital et la création d'une ligne

téléphonique dédiée ont permis de suivre l'évolution de l'épidémie au sein du territoire Nord Deux-Sèvres. Cette expérience a renforcé les liens entre libéraux et hospitaliers.

I. A. 2. Suspension du projet PEPS diabète en expérimentation :

Le Ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance Maladie ont lancé, le 3 juillet 2019, un appel à candidature national pour la mise en œuvre du cahier des charges de l'expérimentation PEPS (Paiement en équipe de professionnels de santé en ville). Elle repose sur une rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé en ville, substitutive au paiement à l'acte. L'objectif étant d'améliorer le parcours de soin des patients en zone sous-dense en proposant des consultations pluriprofessionnelles, des activités de prévention, etc...

Le pôle de santé de Thouars s'était porté volontaire pour expérimenter le PEPS diabète 1 et 2. Avec la crise sanitaire et la mise en place du protocole COVID, les équipes de santé ont été fortement sollicitées, ne laissant pas de place au projet PEPS diabète. Ce dernier encore très théorique est aujourd'hui suspendu au sein du pôle.

Les actions de santé publique ont néanmoins été maintenues et se sont orientées vers l'éducation des mesures barrières. Deux journées de sensibilisation ont été menées par trois IDE ASALEE, quatre IDEL et une interne de médecine générale au centre commercial E.Leclerc auprès des clients et au sein de l'établissement scolaire Saint Charles auprès des élèves et des enseignants. Ses interventions ont été bien accueillies et pourront être réitérées et élargies à d'autres missions de santé publique dans le cadre de la CPTS.

I. A. 3. Téléconsultation, une initiation peu convaincante :

L'initiation de la téléconsultation a été faite sous contrainte et dans la précipitation au début du confinement. Beaucoup d'espoir se sont portés sur sa mise en pratique ainsi que son extension à la télé médecine dans les EHPAD. Elle a permis effectivement de garder un contact avec les patients pendant la phase de confinement et surtout de limiter leurs déplacements, mais n'a pas apporté les bénéfices espérés sur le long terme.

Les médecins de la CPTS n'ont assuré les téléconsultations que par téléphone. Elles ont permis la dispense d'un conseil minimal qui a été plutôt appréciée, mais l'absence d'examen clinique et de contact visuel ont été un frein non négligeable pour beaucoup de téléconsultations quel que soit l'âge des patients. La téléconsultation avec vidéo transmission

nécessite effectivement une bonne coopération du patient, avec un équipement informatique au domicile, l'installation de la plateforme de téléconsultation dans la plupart des cas et une bonne connexion internet. Ce n'est pas le cas pour l'ensemble du territoire du Thouarsais. Les médecins ont rapidement découvert les limites de cet acte, et ne sont pour le moment pas disposés à le poursuivre.

Par ailleurs, depuis le 30 juillet 2020 il est mis fin à la dérogation permettant la prise en charge de téléconsultations réalisées par téléphone (sans vidéo transmission), et les téléconsultations restent prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie uniquement pour un nombre restreint de patients.

La [Figure 17](#) rend compte d'une forte exploitation de la téléconsultation au pôle de santé de Thouars de la semaine 12 à la semaine 18, correspondant à la période de confinement. Un désintérêt notable est constaté à partir de la semaine 19, c'est-à-dire à la veille du déconfinement. A ce jour, plus aucune téléconsultation n'est pratiquée.

I. A. 4. Communication non optimale avec le secrétariat :

Les secrétaires médicales ont assuré un rôle pilier durant la crise sanitaire. L'importance de leur poste s'est révélée primordiale pour l'orientation, le tri et la réassurance des patients mais quelques faiblesses ont émergé en régulation. Des erreurs ont été rapportées quant à l'orientation des patients entre le « secteurs infectieux » et le « secteur non infectieux ».

La communication a été amplement renforcée entre les différents professionnels de santé par les cellules de crise et les visioconférences. Mais les secrétaires n'ont pas été systématiquement conviées et les décisions prises ne leur ont pas toujours été transmises. De plus leurs avis et leurs ressentis n'ont pas toujours été relevés ce qui aurait pu améliorer la régulation des patients.

I. A. 5. Essoufflement du protocole :

Le protocole COVID-19 de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet a été scrupuleusement suivi par la MSP de Thouars et adapté à ses besoins. Mais dans les mois qui ont suivi la sortie du confinement, les professionnels de santé ont repris leurs consultations habituelles, le tableau de suivi a été mis de côté et certains points du protocole semblent avoir été progressivement abandonnés. On pourrait se demander, alors que la crise

sanitaire est toujours en cours, si cette lassitude des professionnels n'est pas la conséquence d'un protocole trop exigeant ? Il serait intéressant de connaître le point de vue des soignants sur ce qui les en a détournés. De plus l'investissement des IDE ASALEE et la participation bénévole des kinésithérapeutes pendant le confinement a uniquement pu se faire dans la mesure où ils ont dû arrêter leur exercice professionnel. Un même engagement ne peut pas se faire s'ils doivent poursuivre leur propre activité.

I. B. Les points forts :

I. B. 1. Déploiement de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet :

Le territoire du Thouarsais et Val de Thouet était depuis le début de l'année 2020 en pleine élaboration d'une CPTS. Cela restait encore très théorique avec de nombreuses réunions de rencontre et d'écriture du cahier des charges. La crise sanitaire de COVID-19 a accéléré considérablement sa mise en place avec une implication forte des différents professionnels de santé. Le travail d'équipe a sensiblement mûri avec une réflexion non plus à l'échelle d'une patientèle mais à celle d'un territoire.

La CPTS du Thouarsais et Val de Thouet a été validée par l'ARS en mai 2020.

I. B. 1. a. Renforcement du rôle de la coordinatrice de la CPTS :

La coordinatrice du pôle de santé de Thouars a étendu cette année sa mission à l'ensemble de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet. La crise sanitaire et la mise en place du protocole COVID-19 ont permis d'intensifier son implication et sa collaboration avec les différents professionnels du territoire.

I. B. 1. b. Collaboration avec les pharmaciens de ville :

La communication entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine, restait très pauvre jusqu'ici. La création de la CPTS avait permis de mettre en contact pour la première fois les médecins et les pharmaciens du territoire. L'arrivée de la crise sanitaire a fortement renforcé ce lien. La communication des ordonnances par fax a été l'une des actions rapidement indispensables ainsi que la réalisation de quelques téléconsultations par téléphone en présence du pharmacien. Il serait intéressant de maintenir au sein des

missions de la CPTS, une collaboration protocolisée entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine.

I. B. 1. c. Mise en place de visioconférences :

Avec la création de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet, les rassemblements des professionnels impliqués se sont intensifiés et de nombreuses réunions en présentiel ont eu lieu. La crise sanitaire a permis d'expérimenter les visioconférences avec l'utilisation de la plateforme Zoom. Ces visioconférences ont donné naissance à la cellule Ville-Hôpital tous les vendredis. Elles ont permis d'améliorer la gestion des patients en ville et de connaître l'état actuel de l'épidémie dans l'hôpital Nord Deux-Sèvres.

Il faut tout de même noter que cette plateforme de communication tout comme le réseau social Whats'App ne garantit pas une sécurité suffisante si des dossiers médicaux venaient à être échangés, même si elles sont autorisées par les tutelles.

I. B. 1. d. Une nouvelle organisation des SNP bien intégrée :

Les SNP étaient un des nouveaux enjeux depuis novembre 2019 dans la MSP de Thouars. Le nombre de SNP a été augmenté avec un médecin dédié par demi-journée. Cette initiative a été un des piliers sur lequel s'est appuyé le protocole COVID-19 pour régir les différents postes médicaux. La crise sanitaire a révélé l'importance pour les médecins de la MSP de poursuivre ces consultations sur le long terme.

Les « SNP COVID-19 » ont été ouverts à la patientèle de la MSP de Thouars puis élargis aux patients sans médecin traitant. Cette initiative a mis en évidence encore une fois la faiblesse de la démographie médicale sur le territoire. Le nombre de patients sans médecin traitant est important, et c'est l'un des enjeux majeurs de la CPTS.

I. B. 2. Amélioration de la régulation :

La création du poste de médecin régulateur a été une décision très appréciée par l'ensemble des équipes. Il a renforcé la régulation du secrétariat et a permis de limiter le nombre de consultations en présentiel. Il faudrait évaluer si ce poste peut se maintenir sur le long terme puisqu'il peut être responsable de nombreuses interruptions dans les consultations du médecin dédié.

I. B. 3. Renforcement du travail en équipe :

La MSP de Thouars regroupe depuis plusieurs années différents professionnels de santé. Elle rassemble aujourd'hui plus de 30 professionnels de santé et 5 secrétaires. Les IDEL et les kinésithérapeutes étaient jusque-là peu en contact avec le reste de la MSP pour des raisons logistiques. Aujourd'hui la crise sanitaire a modifié son fonctionnement. Les kinésithérapeutes se sont portés volontaires dès la veille du confinement pour l'accueil des patients, et les IDEL ont participé au télé-suivi. Les réunions de crises ont rassemblé et ont permis de créer du lien interprofessionnel mais aussi extraprofessionnel. L'ambiance dans la maison de santé est aujourd'hui plus chaleureuse et plus intime.

I. B. 4. Recensement exhaustif des données :

Le tableau de suivi COVID-19 a été créé très rapidement dès le début du confinement, et même si quelques évolutions ont été faites au cours de la crise, le recensement a pu être efficace. Les données ont été retranscrites par les médecins généralistes, les IDE ASALEE et les IDEL. Tout y était centralisé, et ce fichier est devenu un des éléments centraux du protocole.

L'organisation de ce tableau permet également son maintien dans le temps, et pourrait être utilisé temps que la crise sanitaire persiste. Cependant il s'agit d'un fichier non sécurisé qui ne garantit pas le secret professionnel.

I. B. 5. Valorisation du poste d'interne en médecine générale :

Pendant la période de crise sanitaire deux internes étaient en stage au pôle de santé de Thouars. Très rapidement elles ont trouvé leur place et un rôle à jouer avec toutes les libertés d'initiatives individuelles s'intégrant dans le travail d'équipes. La conception du fichier partagé « Info COVID-19 » (cf [ANNEXE 7](#)) qu'elles ont actualisé régulièrement et mis à disposition des membres de la CPTS en est un exemple. Le lien qu'elles ont créé avec les professionnels médicaux et paramédicaux et la reconnaissance de leur rôle d'interne en ont été encore plus renforcés.

II. Limites de l'étude et points à améliorer :

Cette thèse a été réalisée dans le but d'évaluer le protocole COVID-19 de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet et de retranscrire le travail fourni par l'ensemble des intervenants de la MSP de Thouars.

Ce travail se heurte à plusieurs limites :

- Il s'agit d'une thèse descriptive répondant à des problématiques territoriales en période de crise sanitaire. C'est pourquoi il est difficile d'extrapoler ce travail à d'autres territoires.
- Cette étude ne mesure pas l'efficacité du protocole sur l'évolution de l'épidémie au sein du territoire. Aucune comparaison avec d'autres initiatives territoriales n'a été faite.
- La satisfaction des patients sur leur prise en charge pendant la période de confinement et de post-confinement n'a pas été relevée. Il serait intéressant de l'évaluer pour améliorer les actions au sein de la CPTS. Il en est de même pour le ressenti des professionnels de santé ayant participé au fonctionnement du pôle.
- La téléconsultation n'a été expérimentée que par téléphone pendant la période d'étude. Il existe donc un biais dans son appréciation par les médecins. Un investissement collectif dans une plateforme de téléconsultation avec support visuel aurait permis de mieux se prononcer sur son intérêt et sa poursuite.
- Il n'y a pas encore assez de recul pour juger de ce qui va rester du protocole au sein du pôle et ce qui va marquer la CPTS. Il serait intéressant de faire un second sujet d'étude à distance pour évaluer les répercussions à plus long terme.

CONCLUSION

Ce travail de thèse avait pour but d'évaluer l'organisation de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet en pleine élaboration et plus précisément de la maison de santé de Thouars au début de la crise sanitaire à COVID-19.

Le protocole élaboré pour faire face à la crise sanitaire a permis d'apporter une base solide aux professionnels de santé pour anticiper la vague épidémique sur le territoire du Thouarsais. Par chance, au 30 juin 2020, cette vague n'a pas atteint les Deux-Sèvres, mais les différentes initiatives entreprises ont permis de réorganiser l'offre de soin au sein des MSP, de redynamiser la coordination ville-hôpital, de moderniser la communication et de créer du lien entre les différents professionnels de santé, notamment avec les pharmaciens d'officine.

Les limites de ce protocole se situent principalement dans la forte évolutivité de la crise sanitaire et dans sa durée. Il a dû être modifié à de nombreuses reprises, les professionnels de santé s'en sont progressivement écartés et il n'est aujourd'hui (au 26 novembre 2020) plus adapté à la situation sanitaire actuelle.

Si les bénéfices sur l'évolution du nombre de cas COVID-19 au sein du territoire n'ont pas été évalués, ce travail a permis de mettre en évidence les points positifs et négatifs du protocole COVID-19 de la CPTS. Il apporte un retour sur les efforts fournis par l'ensemble des professionnels de santé qui se sont investis au début de la crise sanitaire, et renforce l'importance de cette CPTS.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé. Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles de santé. Journal officiel de la République française; 20 juin 2019.
2. Association des professionnels de la réassurance en France. Pandémie. Paris (F) APREF; juin 2016. Disponible : https://www.apref.org/sites/default/files/espacedocumentaire/note_apref_pandemie_.pdf
3. Organisation mondiale de la santé. Qu'est-ce qu'une pandémie ?. Genève (CH) : OMS, Alerte et action au niveau national; 24 fév. 2010. Disponible : https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/fr/
4. Virgili A. Rapide et fatale : comment la Peste Noire a dévasté l'Europe au 14e siècle ?. National Geographic; 24 avr. 2020. Disponible : <https://www.nationalgeographic.fr/histoire/2020/04/rapide-et-fatale-comment-la-peste-noire-devaste-leurope-au-14e-siecle>
5. Organisation mondiale de la santé. L'énigme de la grippe. Genève (CH) : OMS, Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé; 2012;90:245-320. Disponible : <https://www.who.int/bulletin/volumes/90/4/12-020412/fr/>
6. Institut de veille sanitaire. Épidémie de grippe A(H1N1)2009 : premiers éléments de bilan en France. Saint-Maurice (F) : InVS, Bulletin épidémiologique hebdomadaire ; 29 juin 2010. Rapports n° 24, 25, 26. Disponible : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2010/24_25_26/beh_24_25_26_2010.pdf
7. Santé publique France. Découverte de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA, France 2018. Saint-Maurice (F) : Bulletin de santé publique ; 9 oct. 2019. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/195446/2354669>
8. Kin N, Vabret A. Les infections à coronavirus humains. Revue francophone des laboratoires. 1 déc. 2016;2016(487):25-33. Disponible : [https://doi.org/10.1016/S1773-035X\(16\)30369-0](https://doi.org/10.1016/S1773-035X(16)30369-0)
9. Bitar D, Emmanuelli J. Rapport sur la gestion épidémiologique du Sras en 2003 en France par l'InVS. Saint-Maurice (F) : InVS ; 1 nov. 2004. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/185904/2317336>
10. Institut Pasteur. MERS-CoV. Paris (F) : Institut Pasteur ; 6 oct. 2015. Disponible : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/mers-cov>
11. Vialla F. Approche historique de la lutte contre les épidémies et les pandémies par les « pouvoirs publics ». Médecine & droit. 30 avr. 2020;2020(163):81-87. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2020.04.002>

12. Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *Journal of Travel Medicine*. 13 mars 2020;27(2): taaa021. Disponible : <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021>
13. Lacarra B, Lescure F-X, Mellon G, Ortega Perez I, D'Ortenzio E. Scientific update on COVID-19. COREB. REACTing. 13 oct. 2020. Disponible : <https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/coreb-reacting-13102020-vf.pdf>
14. Chapplain J, Chatel F, Coignard H, Lescure X, Mellon G, Van Der Werf S, et al. Alerte épidémique Prise en charge des patients atteints de la maladie COVID 19. Etat des connaissances. 14 sept. 2020. Disponible : https://www.sfed.org/files/files/covid19endo_prischarg.pdf
15. Santé Public France. Définition de cas d'infection au SARS-CoV-2 (COVID-19). Saint-Maurice (F) : Agence nationale de santé publique ; 7 mai 2020. Disponible : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/228073/file/COVID-19_definition_cas_20200403.pdf
16. Haute Autorité de Santé. Avis relatif à l'inscription sur la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, de la détection antigénique du virus SARS-CoV-2 sur prélèvement nasopharyngé. Saint-Denis La Plaine (F) : HAS ; 24 sept. 2020. Avis n° : 2020.0050/AC/SEAP. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3203126/fr/avis-n-2020-0050/ac/seap-du-24-septembre-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-a-l-inscription-sur-la-liste-des-actes-et-prestations-mentionnee-a-l-article-l-162-1-7-du-code-de-la-securite-sociale-de-la-detection-antigenique-du-virus-sars-cov-2-sur-prelevement-nasopharynge
17. Ministère des solidarités et de la santé. Préparation au risque épidémique COVID-19, Guide méthodologique. Paris (F) ; 20 févr. 2020. Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf
18. Haut conseil de santé publique. Avis relatif à la prise en charge des cas d'infection confirmées au virus SARS-CoV-2. HCSP ; 5 mars 2020. Disponible : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspace20200305_coviprisenchardescasconf.pdf
19. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 27 juin 2020;395(10242):1973-87.
20. Kokkinakis I, Selby K, Favrat B, Genton B, Cornuz J. Performance du frottis nasopharyngé-PCR pour le diagnostic du Covid-19. Recommandations pratiques sur la base des premières données scientifiques. *Revue Médicale Suisse*. 8 avr 2020;2020(16):699-701.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Information et fléchage autour de la MSP de Thouars :



ANNEXE 2 : Détail et répartition des ressources matérielles léguées par le club des entreprises du Pays Thouarsais et autres donateurs :

Matériel de protection	Quantité disponible	Quantité distribuée par personne	Quantité totale distribuée	Stock restant
BLOUSES	104	1	89	15
GEL HYDRO-ALCOOLIQUE 75 ML	288	2	178	110
PAIRES DE LUNETTES DE PROTECTION	54	0 à 1	54	0
MASQUES CHIRURGICAUX	1 000	8	712	288
MASQUES FFP2	220	2	178	42
SUR-CHAUSSURES	120	1	89	31
CHARLOTTES	300	3	267	33
TABLIERS JETABLES	900	9	801	99
GENTS TAILLE S	900	8	712	188
GENTS TAILLE M	300	2	178	122
GENTS TAILLE L	800	6	534	266
GENTS TAILLE XL	1 000	8	712	288
Total	5 986	50	4 504	1 482

ANNEXE 3 : Extrait de l'arrêté du 14 mars 2020 portant sur les diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus COVID-19 :

Article 6

Eu égard à la situation sanitaire, dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, les pharmacies d'officine peuvent dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue, un nombre de boîtes par ligne d'ordonnance garantissant la poursuite du traitement jusqu'au 31 mai 2020. Le pharmacien en informe le médecin. Sont exclus du champ d'application du présent article les médicaments stupéfiants ou auxquels la réglementation des stupéfiants est appliquée en tout ou partie conformément à l'arrêté du 5 février 2008 susvisé.

Les médicaments dispensés en application des dispositions du présent article sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, dans les conditions du droit commun, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

ANNEXE 4 : Fiche régulation COVID-19 CPTS du Pays Thouarsais et Val de Thoue (page 1) :

ARRÊTS DE TRAVAIL ET COVID : FICHE PRATIQUE

ABSENCE DE SYMPTÔMES

PERSONNES À RISQUES

- Femmes enceintes
- Maladies respiratoires chroniques
- Insuffisance cardiaque
- Coronariopathie
- Antécédents d'AVC
- HTA
- Insuffisance rénale chronique
- Diabète de type 1 et 2
- Immunodépression, cancers en cours et transplantés
- Maladies inflammatoires et/ou autoimmunes sous traitement
- VII
- Maladie hépatique chronique avec IMC>40

CONTACTS À HAUT RISQUE

Identités comme tels par l'ARS Ils font l'objet d'une mesure de confinement.
Si pas de télétravail possible, l'ARS communique les coordonnées de l'assuré, quel que soit son régime à la CNAM qui prescrit un arrêt, 20 jours maximum

Proches de personnes à risque

Ils doivent éviter les contacts. Si impossible, porter un masque. Une attestation certifiant la délivrance. Une attestation des pathologies de la personne à risque peut être établie (à la demande de l'intéressé etc.)

Garde d'enfants

Pas d'arrêts de travail pour les parents dans le cadre de la fermeture des écoles*

ALD

ARRÊT PAR LE PATIENT: Via le site declare.ameli.fr pour 21 jours, sans intervention de l'employeur ou du médecin traitant

PAS D'ALD

ARRÊT PAR LE MÉDECIN TRAITANT

PATIENTS SYMPTOMATIQUES

A L'APPRÉCIATION DU PRATICIEN : 14 JOURS SI FORTE SUSPICION

PROFESSIONNELS DE SANTÉ SYMPTOMATIQUES :
Les professionnels de santé symptomatiques sont tenus d'arrêter leur activité (ou non) leur infection au COVID-19. Si sans symptômes, ils peuvent poursuivre leur travail.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ ASYMPTOMATIQUES MAIS CONTACTS :
Les professionnels de santé asymptomatiques mais contacts d'un cas COVID-19 en l'absence de mesures de protection appropriées, doivent auto-surveiller leurs symptômes, appliquer les gestes barrières, porter un masque sur le lieu de travail et avec les malades. En cas de premiers symptômes, ils s'isolent immédiatement et contactent un médecin.

*Veuillez adresser le formulaire de santé des professionnels de santé libéraux qui doivent porter leurs enfants chez eux, doivent contacter l'assurance maladie au 0811 131 133 ou en direct au 115, sans attendre, si vous êtes libéral de santé.

- Situations particulières pour Arrêt de travail :
- Chez la Femme enceinte : les renouvellements d'arrêt de travail via Ameli possible uniquement si 3ème trimestre.
 - Personnel soignant hospitalier : arrêt de travail doit être fait par la médecine du travail uniquement. (Normalement...)

Questions suivi infirmier COVID 2 ou COVID 3 :

Comment allez-vous ?
Sur le plan respiratoire surtout :
Comment respirez-vous ? Est-ce que vous sentez essoufflé ?

- Moins bien /plus gêné → réévaluation par le médecin pour une téléconsultation et éventuellement reclassement COVID
- Stable → poursuite de la procédure
- Mieux /moins gêné → poursuite de la procédure

Demander l'évolution des signes généraux (toux céphalées et fièvre) mais pas d'inquiétude sur la persistance de ces symptômes

Est-ce que vous avez des questions ?

Téléconsultation médicale J7

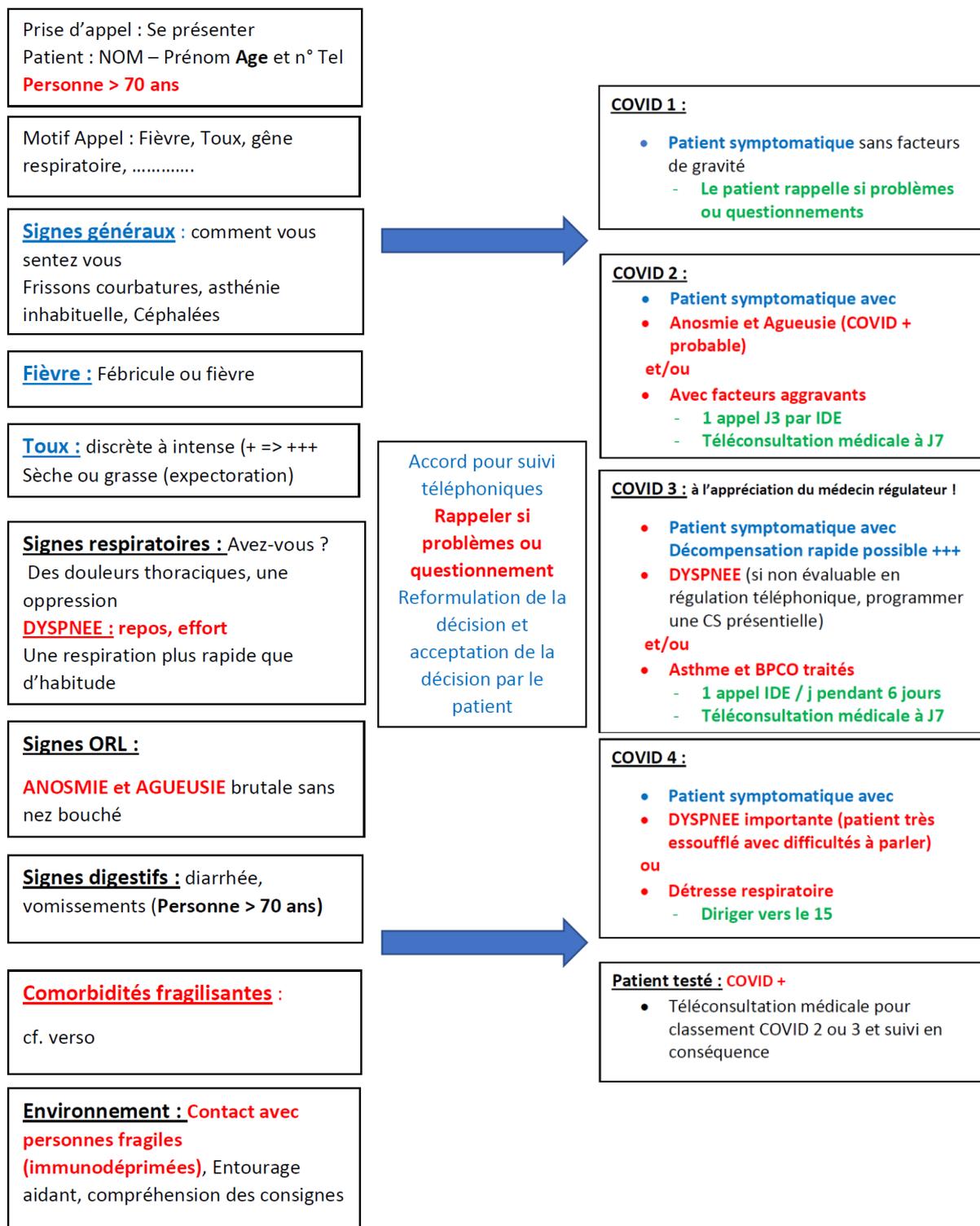
Reclasser le patient suivant la classification COVID en fonction de ses symptômes :

Patient COVID 1 à J7 : fin du suivi téléphonique

Patient COVID 2 à J7 : appel par IDE à 72h et téléconsultation médicale à J14

Patient COVID 3 à J7 : poursuite des appels journaliers par IDE avec téléconsultation médicale à J14.

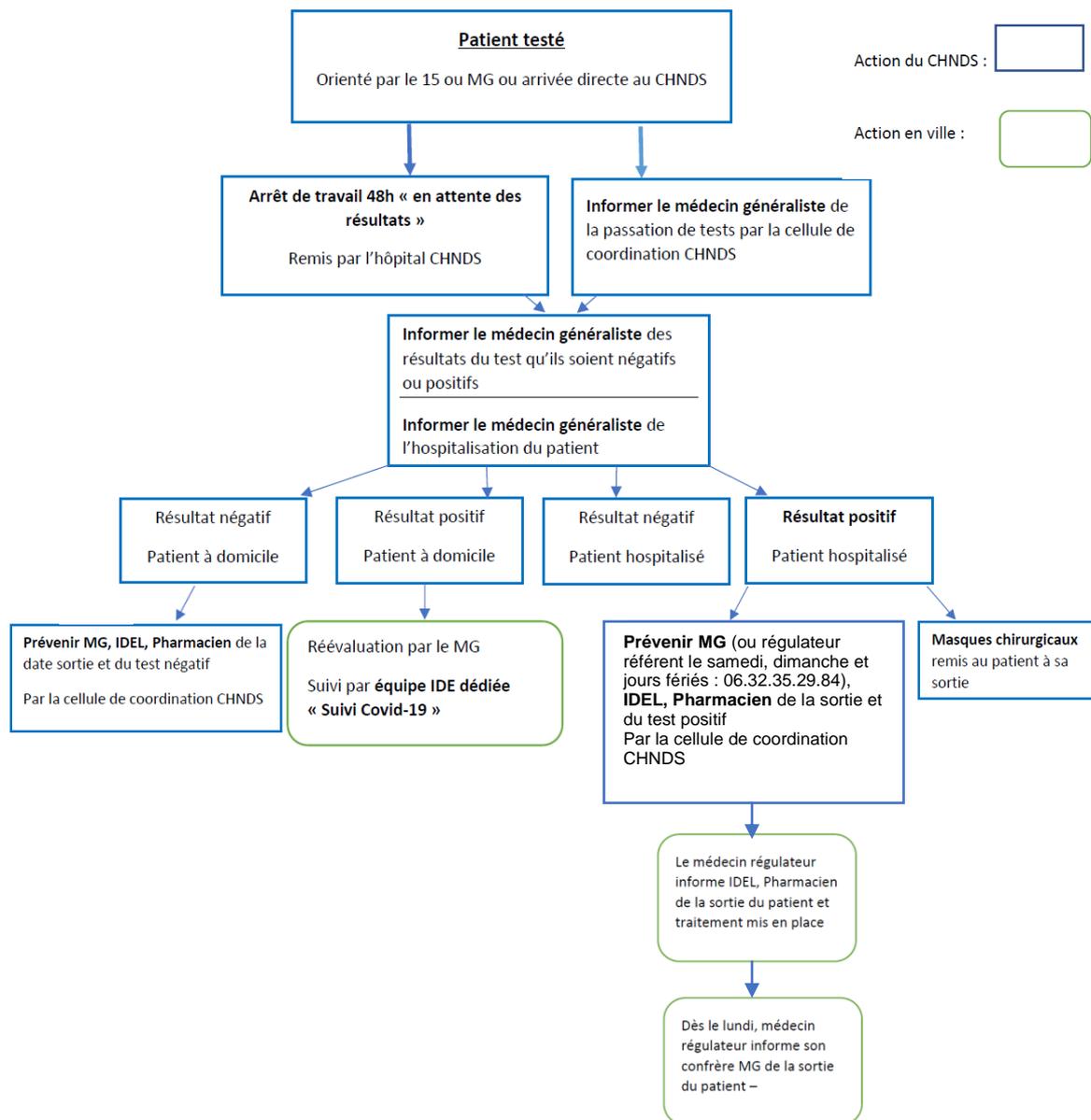
ANNEXE 5 : Fiche régulation COVID-19 CPTS du Pays Thouarsais et Val de Thouet (page 2) :



ANNEXE 6 : Patients fragiles à risque d'infection compliquée (sources : recommandations du HCSP du 14 mars 2020) :

- Personnes de plus de 70 ans ;
- Maladies respiratoires chroniques (asthme, bronchite chronique...);
- Insuffisances respiratoires chroniques ;
- Mucoviscidose ;
- Insuffisances cardiaques toutes causes ;
- Maladies des coronaires ;
- Antécédents d'accident vasculaire cérébral ;
- Hypertension artérielle ;
- Insuffisance rénale chronique dialysée ;
- Diabètes de type 1 et diabète de type 2
- Immunodépression :
 - Cancer métastasé
 - Médicamenteuse (chimio anticancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie, corticothérapie à dose immunosuppressive)
 - Infection VIH non contrôlée ou avec des CDA < 200/mm³
 - Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques
 - Maladie hépatique chronique avec cirrhose ;
- Obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 40.
- Femme enceinte 3ème trimestre

ANNEXE 8 : Arbre décisionnel relais hôpital-ville des patients COVID-19 :



ANNEXE 9 : Protocole de soins des infirmières libérales :

Protocole de soins des Infirmières libérales pour la période COVID-19

Mise en place d'un protocole afin d'assurer leur sécurité et la sécurité des patients en cette période de pandémie virale covid-19, lors des visites à domicile.

Avant toute intervention chez un nouveau patient

Lors de la prise de rendez-vous, il faudra l'interroger :

- Demander qui est le prescripteur.
- La date du rdv avec le prescripteur (ordonnance récente, ordonnances anciennes 3,6 mois ou suivi ex : rhumato, diabète).
- Si le rdv est récent, demander la raison et les symptômes lors du rdv avec le médecin, pour se renseigner s'il y a suspicion ou pas.
- Si c'est un nouveau patient, afin de connaître sa prise en charge, savoir s'il a déjà eu besoin d'IDEL.

Plusieurs questions ont été mises en ligne par le COREB (1) et sont à poser afin de se faire une opinion sur l'équipement utile lors de l'intervention. Celles-ci seront :

- Température : fébricule, hypothermie ou hyperthermie
- Frissons, courbatures
- Toux depuis plusieurs jours avec douleurs
- Crachats
- Rhinorrhée, conjonctivite
- Infection respiratoire
- Diarrhée

Rappel des signes de gravité :

- Respiratoire : Polypnée (fréquence respiratoire > 22/min), Oxymétrie de pouls SpO2 < 90% (selon cor-morbidités)
- Hémodynamique : Pression artérielle systolique < 90 mmHg ou pression artérielle moyenne > 70 mmHg, sueurs, marbrures,
- Neurologique : altération de la conscience : confusion, somnolence
- Généraux (en particulier chez le sujet âgé) : Déshydratation, oligurie, altération de l'état général brutale, confusion

Selon leurs réponses, les patients seront placés dans 2 groupes distincts pour leur prise en charge :

- Les patients simples en période de covid-19
- Les patients suspects ou avérés.

Groupe 1 : Les patients simples

La pandémie actuelle nécessite les précautions recommandées pour éviter la transmission du virus.

- **Port d'un masque chirurgical** à changer toutes les 4 heures, dont il est rappelé qu'il ne faut pas le toucher.
- **Désinfection des mains** à la solution hydroalcoolique (SHA), cet acte se fait à l'entrée et à la sortie du domicile du patient.
- **Port de gants en fonction des soins**
- **Désinfection des surfaces**
- **Suspension des PTH prise de tension artérielle** pour les patients au suivi régulier, ceci a estimer en fonction de leur état, et hormis les patients à risques.
- **Prises de sang** : Préparation en amont, chez l'IDEL de kits dans des poches plastiques type congélation du matériel nécessaire aux prises de sang, de manière à avoir le moins de manipulations sur place.
- **Avant nettoyage et désinfection** : Prévoir une poche séparée où stocker garrots en caoutchouc, tensiomètre et autres instruments possiblement contaminés en vue de la future désinfection.
- **Lecteur LTA** : ce sont les patients qui passent la carte vitale dans la mesure du possible ou il faut faire une facturation en mode dégradé.
- **Privilégier les règlements par chèque**, limiter les règlements en espèces.

Groupe 2 : Maintien à domicile du patient suspect CoVID-19

Précautions identiques que pour les patients du groupe 1, plus ce qui suit :

Pour le patient : Le retour se fait pour des patients ayant compris la maladie et ses enjeux, avec compliance attendue aux consignes prescrites, notamment l'appel au médecin (ou Centre 15) si aggravation des symptômes

Conditions de vie avec moyens de communication possible (téléphone, ordinateur ...), pour appel au système de santé si besoin, mais aussi pour assurer la logistique du quotidien (courses en ligne...) et comprenant dans la mesure du possible une pièce dédiée et aérée où le patient pourra rester isolé.

Mesures d'hygiène prescrites : port de masque chirurgical uniquement lors du contact avec un professionnel de santé ou s'il y a des personnes à risque dans le foyer, hygiène des mains fréquente avec SHA, utilisation de mouchoirs à usage unique. Pas de fréquentation de personnes de façon rapprochée (< 1m) et/ou prolongée (face à face).

Pour l'infirmière :

- **Port d'un masque FFP2** à ôter dès la sortie et à placer dans une poche dédiée.
- **Port d'une blouse et surblouse** dès qu'elles seront disponibles. La surblouse une fois ôtée est gérée par le patient.
- **Port d'une charlotte ou calot**, dès qu'elles seront disponibles
- **Port de surchaussures**, dès qu'elles seront disponibles
- **Port de gants et de lunettes de protection** lors de la prise de sang ou de soins rapprochés
- **Laisser la mallette** dans la voiture et prendre avec soi le kit prise de sang préparé en amont
- **Laisser le blouson et enfiler la surblouse** avant d'entrer au domicile du patient.
- **Prévoir 2 sacs plastiques**, l'un pour mettre les analyses en indiquant « Suspicion Covid-19 » dessus avant de l'envoyer au labo. L'autre pour mettre les garrots ou autre en vue d'être désinfectés.

Tout problème peut être remonté à la régulation chez Séverine FRONTZACK ou Brigitte GUEBELS, qui en feront part au médecin traitant ou médecin Généraliste du Pôle Santé.

Matériel et équipement à prévoir pour les 11 infirmières IDEL du secteur :

- Masques chirurgicaux et FFP2 sont gérés par les pharmacies DINAIIS et HERBOUILLER
- SHA : il faudrait 2 litres 500 **par semaine**. 500 ml chacune pour l'équipe des Céline et Luché et 1.500 ml pour l'équipe des pansées.
- Blouses : elles sont manquantes pour certaines, nous recherchons des possibilités d'en trouver. (Manquante)
- Surblouses : pour les 3 équipes confondues, il leur en faudrait une centaine. (Manquante)
- Surchaussures : pour les 3 équipes, environ 100 paires (manquante)
- Charlottes : environ une centaine (manquante)

A noter donc, qu'elles ne sont équipées que de blouses et de masques !

ANNEXE 10 : Protocole de déclenchement de la réserve sanitaire de ville :

Fiche d'identité – Protocole de « Déclenchement de la réserve sanitaire de ville » dans le cadre de l'épidémie Covid-19)

Date de création	Mars 2020
Porteur du protocole	
Titre du protocole	Protocole « Déclenchement de la réserve sanitaire de ville »
Référent	Dr Charpentier Dr Durivault Sandrine Geffriaud, coordinatrice
Liste des professions impliqués dans la prise en charge	MG IDEL IDE ASALEE Masseurs-kinésithérapeute Orthophoniste
Objectif général	Mise en place d'une réserve sanitaire de ville
Objectifs secondaires	1) Mise en place réserve sanitaire en cas de maladie ou quatorzaine d'un PS 2) Mise en place réserve sanitaire en cas du nombre de suivis patients Covid-19 >20 patients 3) Mise en place réserve sanitaire pour le suivi des patients « Covid-19 » le week-end
Population cible	Professionnels de santé du territoire de la CPTS
Modalités	- Tableau des ressources disponibles - Procédure du déclenchement de la réserve
Liste des professionnels informés du protocole	Tous PS concernés Sandrine Geffriaud (coordinatrice)
Groupe de travail	Dr Charpentier Dr Durivault Dr Rodriguez Dr Ledoux IDEL : L.Naud, C.Cornuault, G.Roux IDE ASALEE : V.Boyer-Primault, G.Trit, K.Gerbier
Validation	24 mars 2020

ANNEXE 11 : Protocole de prévention de l'épuisement des professionnels de santé :

Fiche d'identité – Protocole de prévention d'épuisement des professionnels de santé de la CPTS Pays Thouarsais – Val de Thouet (dans le cadre de l'épidémie Covid-19)

Date de création	Mars 2020
Porteur du protocole	Pôle santé du Pays Thouarsais
Titre du protocole	Protocole de prévention d'épuisement des professionnels de santé de la CPTS
Référent	Céline LEROUX
Liste des professions ou services et structures impliqués dans la prise en charge	Psychologues installés en libéral sur le territoire du pays thouarsais- val de thouet
Objectif général	Mise en place d'une cellule d'écoute et de soutien psychologique pour les professionnels de santé
Objectifs secondaires	Ecoute psychologique liée aux conditions de travail. Apaiser les effets psychologiques, stress, angoisse etc
Population cible	Professionnels de santé du territoire de la CPTS
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoute téléphonique ou en visio (whatsapp) - Amplitude horaires : 9h – 18h - Journées de permanence pour chaque psychologue : Isabelle Tonnaire : lundi et mardi après midi (13h30-18h) Céline Leroux : mardi matin (9h – 13h30) et vendredi Virginie Azarias : mercredi Sophie Boudaud : jeudi - Forfait jour de permanence : 200 euros par jour
Liste des professionnels informés du protocole	Sandrine Geffriaud (coordinatrice)
Groupe de travail	Virginie Azarias (psychologue Thouars) Sophie Boudaud (psychologue St Loup Lamairé) Céline Leroux (psychologue Thouars) Isabelle Tonnaire (psychologue Thouars)
Validation	

RESUMÉ

INTRODUCTION : La crise sanitaire de COVID-19 en France a bouleversé la prise en charge des patients en médecine générale. Pour la première fois les politiques de santé publique ont mis en première ligne cette médecine de ville pour faire face à l'épidémie. Les professionnels du pôle de santé de Thouars ont élaboré le protocole COVID-19 de la Communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé (CPTS) du Thouarsais et Val de Thouet afin de les guider dans leur nouvelle organisation.

MÉTHODE : Ce travail est une étude descriptive du protocole COVID-19 de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet s'étendant de mars à juin 2020. Les consultations se sont déroulées sous différentes modalités. Les Soins non programmés (SNP) se sont répartis en un secteur dédié COVID-19 et un secteur non COVID-19 avec séparation des locaux. Les consultations de suivi programmées se sont orientées préférentiellement vers la téléconsultation. Les patients suspects de COVID-19 confirmés ou non par un test RT-PCR spécifique ont été répertoriés et classés dans un tableau de suivi en fonction du degré de gravité du tableau clinique afin d'adapter la surveillance.

RÉSULTATS : 231 patients suspects ou testés positifs à la COVID-19 ont été suivis dans la maison de santé pluriprofessionnelle de Thouars (MSP) entre le 16 mars et le 30 juin 2020. Parmi eux 59 ont eu une RT-PCR positive au SARS-CoV-2, 23 patients ont été évalués à risque de décompensation respiratoire rapide, et 4 ont été hospitalisés et testés négatifs. Il n'a été comptabilisé aucun décès. Le nombre de patients suivis a diminué progressivement malgré un rebond du nombre de patients testés en sortie de confinement. Les téléconsultations ont été pour la première fois expérimentées dans la MSP et ont été fortement exploitées jusqu'à la sortie du confinement.

CONCLUSION : Si les bénéfices sur l'évolution du nombre de cas COVID-19 au sein du territoire n'ont pas été évalués, ce travail permet de mettre en évidence les points positifs et négatifs de l'organisation du pôle de santé de Thouars au début de crise sanitaire et renforce l'importance de la création d'une CPTS sur le territoire.

MOTS CLEFS : **Coronavirus ; COVID-19 ; Médecine générale ; Maison de santé pluriprofessionnelle ; Pôle de santé ; Communautés professionnelles territoriales de santé ; Téléconsultation.**

ABSTRACT

INTRODUCTION: Patient care in general medicine has been affected by the COVID-19 health crisis, and for the first-time public health policies put it on the forefront to cope with the epidemic. To guide health professionals in their new organization, the Thouars medical hub developed the COVID-19 protocol of the Territorial professional health communities (CPTS) du Thouarsais et Val de Thouet.

METHOD: This work is a descriptive study of COVID-19 protocol of the CPTS du Thouarsais et Val de Thouet evaluated from March to June 2020. The consultations were carried out following different modalities. The unscheduled cares were split into COVID-19 and non-COVID-19 and separated into different areas. Scheduled care consultations were preferentially redirected to teleconsultation. Patients with suspected COVID-19, confirmed or not by a specific RT-PCR test, were listed on a follow-up board and sorted according to the severity of clinical picture to adapt the monitoring.

RESULTS: 231 patients followed up in the pluri-professional medical centre of Thouars with suspected or confirmed COVID-19 between the 16th March and the 30th June 2020 were included in this study. 59/231 patients had a positive RT-PC, 23/231 patients with suspected COVID-19 have been considered at risk of respiratory decompensation, included 4/23 of patients who were admitted to the hospital and were tested negative. No death was recorded. At the end of the lockdown, the number of patients with a follow-up care gradually decreased, despite the increase in the number of patients tested. Teleconsultation were tested for the first-time in the pluri-professional medical centre of Thouars and were used until the end of the lockdown.

CONCLUSION: Although the benefits on the number of COVID-19 cases on the territory were not assessed, this work demonstrates positive and negative aspects of the organization of health professionals of medical hub of Thouars at the start of health crisis. This work motivated the creation of the CPTS on the territory.

KEYWORDS: Coronavirus ; COVID-19 ; General medicine ; General practice, pluri-professional medical centre ; medical hub ; Territorial professional health communities ; Teleconsultation.



UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Adaptation et perspectives d'avenir d'un pôle de santé territorial face à l'épidémie de COVID-19

INTRODUCTION : La crise sanitaire de COVID-19 en France a bouleversé la prise en charge des patients en médecine générale. Pour la première fois les politiques de santé publique ont mis en première ligne cette médecine de ville pour faire face à l'épidémie. Les professionnels du pôle de santé de Thouars ont élaboré le protocole COVID-19 de la Communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé (CPTS) du Thouarsais et Val de Thouet afin de les guider dans leur nouvelle organisation.

MÉTHODE : Ce travail est une étude descriptive du protocole COVID-19 de la CPTS du Thouarsais et Val de Thouet s'étendant de mars à juin 2020. Les consultations se sont déroulées sous différentes modalités. Les Soins non programmés (SNP) se sont répartis en un secteur dédié COVID-19 et un secteur non COVID-19 avec séparation des locaux. Les consultations de suivi programmées se sont orientées préférentiellement vers la téléconsultation. Les patients suspects de COVID-19 confirmés ou non par un test RT-PCR spécifique ont été répertoriés et classés dans un tableau de suivi en fonction du degré de gravité du tableau clinique afin d'adapter la surveillance.

RÉSULTATS : 231 patients suspects ou testés positifs à la COVID-19 ont été suivis dans la maison de santé pluriprofessionnelle de Thouars (MSP) entre le 16 mars et le 30 juin 2020. Parmi eux 59 ont eu une RT-PCR positive au SARS-CoV-2, 23 patients ont été évalués à risque de décompensation respiratoire rapide, et 4 ont été hospitalisés et testés négatifs. Il n'a été comptabilisé aucun décès. Le nombre de patients suivis a diminué progressivement malgré un rebond du nombre de patients testés en sortie de confinement. Les téléconsultations ont été pour la première fois expérimentées dans la MSP et ont été fortement exploitées jusqu'à la sortie du confinement.

CONCLUSION : Si les bénéfices sur l'évolution du nombre de cas COVID-19 au sein du territoire n'ont pas été évalués, ce travail permet de mettre en évidence les points positifs et négatifs de l'organisation du pôle de santé de Thouars au début de crise sanitaire et renforce l'importance de la création d'une CPTS sur le territoire.

MOTS CLEFS : **Coronavirus ; COVID-19 ; Médecine générale ; Maison de santé pluriprofessionnelle ; Pôle de santé ; Communautés professionnelles territoriales de santé ; Téléconsultation.**