



RAISONS DE SANTE 324 – LAUSANNE

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique
Département de médecine de famille (DMF)
Secteur Recherche – Organisation des services de santé en médecine
de famille

Étude COVID CAB

Gestion de la crise liée à l'épidémie de COVID-19 en médecine de premier recours dans le canton de Vaud

Christine Cohidon, Fatima El Hakmaoui, Nicolas Senn

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Raisons de santé 324

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté regroupe, depuis le 1er janvier 2019, les compétences de la Policlinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de Promotion Santé Vaud. Il a pour missions :

- les prestations de la première ligne de soins (en particulier l'accès aux soins et l'orientation au sein du système de santé) ;
- les prestations en lien avec les populations vulnérables ou à besoins particuliers ;
- les interventions de promotion de la santé et de prévention (I et II) ;
- les expertises et recherches sur l'organisation et le financement des systèmes de santé ;
- les activités de recherche, d'évaluation et d'enseignement universitaire en médecine générale et communautaire, en santé publique et en santé au travail.

Dans le cadre de cette dernière mission, Unisanté publie les résultats de travaux de recherche scientifique financés par des fonds de soutien à la recherche et des mandats de service en lien avec la santé publique. Il établit à cet égard différents types de rapports, au nombre desquels ceux de **la collection « Raisons de santé »** qui s'adressent autant à la communauté scientifique qu'à un public averti, mais sans connaissances scientifiques fines des thèmes abordés. Les mandats de service sont réalisés pour le compte d'administrations fédérales ou cantonales, ou encore d'instances non gouvernementales (associations, fondations, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé et/ou du social.

Étude financée par : Direction générale de la santé du canton de Vaud

Citation suggérée :

Cohidon C, El Hakmaoui F, Senn N. Gestion de la crise liée à l'épidémie de Covid-19 en médecine de premier recours dans le canton de Vaud. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2021 (Raisons de santé 324). <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/324>

Date d'édition :

Novembre 2021

Table des matières

1	Contexte	5
2	Objectifs	7
3	Méthodes	8
3.1	Design	8
3.2	Population	8
3.3	Données recueillies	9
3.4	Circuit des données	10
3.5	Analyse statistique	10
3.6	Confidentialité et éthique	10
4	Résultats	12
4.1	Etude quantitative	12
4.1.1	Population	12
4.1.2	Organisation générale des cabinets pour répondre à la crise sanitaire et prise en charge des patient·e·s suspect·e·s de CoViD-19	12
4.1.3	Prise en charge des patient·e·s suspect·e·s de CoViD-19	14
4.1.4	Prise en charge des autres patient·e·s	15
4.1.5	Impacts sur le cabinet et les professionnel·le·s	16
4.1.6	Opinions face à la crise (il s'agit de l'opinion du·de la médecin remplissant le questionnaire)	17
4.2	Etude qualitative	18
4.2.1	Intégration de la MPR dans la gestion de la crise	19
4.2.2	Un choix légitime et naturel pour celles et ceux qui ont choisi de s'impliquer mais qui a pu s'effriter	20
4.2.3	Communication avec la santé publique	21
4.2.4	Accès au matériel	22
4.2.5	Le cas particulier des CAR	22
4.2.6	Position des faïtières	24
4.2.7	Faire mieux ? Refaire différemment ?	25
4.2.8	Apport de l'infirmier·ère de médecine de famille, le cas particulier des cabinets Mocca	27
5	Discussion	29
6	Conclusion	32
7	Références	33
8	Annexes	34
8.1	Annexe 1a - Questionnaire de l'enquête quantitative	34
8.2	Annexe 1b – Grille d'entretien de l'étude qualitative	43
8.3	Annexe 2 – Circuit des données	44

Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques des cabinets ayant participé à l'enquête quantitative	12
Tableau 2	Organisation générale des cabinets pour la prise en charge des patient·e·s suspect·e·s et avéré·e·s de CoViD-19 et évolution (% de cabinets)	14
Tableau 3	Indicateurs relatifs à la prise en charge des patient·e·s suspect·e·s et avéré·e·s de CoViD-19 (% de cabinets)	15
Tableau 4	Indicateurs relatifs à la prise en charge des autres patient·e·s (% de cabinets)	16
Tableau 5	Indicateurs caractérisant les répercussions sur le cabinet durant la première vague (% des cabinets)	17
Tableau 6	Opinions des médecins sur la réponse à la crise (% de cabinets)	18

Liste des figures

Figure 1	Evolution de la pandémie en Suisse et mesures mises en place pouvant impacter la MPR	6
Figure 2	Organisation relative aux patient·e·s suspect·e·s de CoViD-19	13

1 Contexte

Depuis le début de l'année 2020, la Suisse, comme la totalité de la planète, vit une crise sanitaire sans précédent. Les premiers cas de CoVID-19 dus au coronavirus SARS-CoV-2 sont apparus en Suisse à la fin du mois de février. Depuis, le pays fait face à une succession de vagues épidémiques. Cette situation extraordinaire nécessite une mobilisation de l'ensemble des acteur-trice-s du système sanitaire. Les médecins de famille et pédiatres, en tant que médecins de premiers recours (MPR), représentent un potentiel majeur dans la réponse à cette crise (1).

Au début de la première vague, l'ordonnance fédérale 2 du 13 mars 2020 (2) sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus SARS-CoV-2 permettait le maintien des activités ambulatoires des cabinets médicaux, et la contribution des cabinets à la prise en charge de patient-e-s suspect-e-s de CoVID-19, pour autant que ceux-ci disposaient d'un plan de protection. Cependant, devant l'augmentation rapide des cas, la modification de l'Ordonnance en date du 16 mars invitait « les cabinets médicaux et dentaires [à] renoncer à tous les traitements et interventions médicaux non urgents » et ce, jusqu'au 27 avril. A cette date, dans la perspective du déconfinement progressif de la population et de la reprise des activités, les cabinets médicaux étaient invités à reprendre une activité normale (3).

Par ailleurs, au niveau cantonal, l'arrêté du 1er avril 2020 sur l'organisation du système de soins pendant la phase de lutte contre le coronavirus SARS-CoV-2 (4) précisait que les professionnel-le-s de santé devaient « assurer le suivi usuel de leurs patient-e-s [y compris atteint-e-s de la CoVID-19], afin d'éviter de surcharger le système de santé, en particulier les urgences des hôpitaux ». Les médecins de premiers recours étaient donc invité-e-s, à ce moment-là, à prendre une part active dans la gestion de cette crise.

En parallèle, un dispositif de renfort communautaire, sous la responsabilité des mandataires régionaux de la réponse à l'urgence, comportait notamment des centres ambulatoires renforcés (CAR). Il s'agissait de cabinets médicaux, permanences ou policliniques existants qui ont pu bénéficier de renforts en termes logistique, matériel et humain pour assurer le diagnostic, l'orientation et la prise en charge de patient-e-s atteint-e-s ou non du CoVID. Ainsi, 13 CAR ont été mis en place par la mobilisation des médecins installé-e-s, dès le début de l'état de nécessité, dans les quatre régions sanitaires du canton.

La figure 1 ci-dessous résume l'évolution de la pandémie en Suisse et les principales mesures pouvant impacter le fonctionnement de la médecine de premier recours (5).

En l'absence de données systématiques disponibles sur les activités ambulatoires, l'implication des cabinets de médecine de famille (MF) et de pédiatrie du canton dans la réponse à cette crise demeure à ce jour non documentée. En premier lieu, le nombre de cabinets n'ayant pas pris en charge de patient-e-s suspect-e-s de CoVID-19 est inconnu. De même les répercussions sur l'activité des cabinets aussi bien pour ce qui concerne la CoVID-19 que pour la prise en charge des autres patient-e-s sont incertaines. Les répercussions sur les professionnel-le-s des cabinets sont importantes à connaître.

Par ailleurs, la perception des professionnel-le-s quant au déroulement de la crise serait intéressante à considérer dans une perspective d'anticipation d'une nouvelle crise sanitaire.

Enfin, de façon plus globale, il est utile d'objectiver dans quelle mesure les cabinets de MPR peuvent et souhaitent participer aux stratégies et dispositifs de santé publique, notamment en situation de crise sanitaire.

Figure 1 Evolution de la pandémie en Suisse et mesures mises en place pouvant impacter la MPR



2 Objectifs

L'**objectif général** de cette étude était de décrire a posteriori le fonctionnement et l'organisation des cabinets de médecine de famille et de pédiatrie du canton de Vaud durant la première vague de la pandémie CoVID-19 (début mars 2020 à fin juin 2020). Il s'agissait d'une part, de connaître et de comprendre les choix faits par les cabinets pour aborder la première vague de CoVID-19, et, d'autre part, de recueillir l'opinion des médecins et leurs besoins dans le cadre d'autres vagues et/ou pandémies.

Les **objectifs spécifiques** étaient les suivants :

1. Décrire l'implication des cabinets de MPR dans la prise en charge des patient·e·s suspect·e·s de CoVID-19 (pour un test diagnostic) ainsi que les modes organisationnels adoptés par ces derniers
2. Estimer les volumes d'activité des cabinets, selon les modes d'organisation, pendant la période aigüe de la pandémie, relatifs :
 - aux patient·e·s CoVID-19 (pour les cabinets les prenant en charge)
 - aux autres patient·e·s
3. Estimer l'impact de la phase aigüe de la pandémie sur les professionnel·le·s du cabinet en termes de :
 - professionnel·le·s exposé·e·s et atteint·e·s
 - professionnel·le·s mis en chômage partiel
 - organisation et réorganisation des activités des professionnel·le·s au sein des cabinets (professionnel·le·s à risques, plans de protection, ...)
4. Connaître l'attitude des médecins vis-à-vis de :
 - leur implication dans cette gestion
 - le positionnement plus général des médecins par rapport à leur implication dans les réponses de santé publique/communautaires, partenariat avec les autorités locales/cantoniales
 - l'utilité des directives mises à disposition (OFSP, HPCi, canton, Unisanté/DMF)
 - l'organisation à l'issue de cette phase aigüe pour la prise en charge des cas sporadiques
 - les besoins en cas de nouvelle vague et/ou pandémie

3 Méthodes

3.1 Design

Un design d'étude mixte (quantitatif et qualitatif) a été mis en place incluant :

- une enquête par questionnaire afin de répondre à l'objectif global de l'étude et aux objectifs spécifiques 1 à 4,
- un volet qualitatif complémentaire comprenant des entretiens individuels avec des acteurs de MPR et leur faitière afin de répondre préférentiellement à l'objectif spécifique 4.

3.2 Population

La population cible de **l'enquête quantitative** était l'ensemble des cabinets de médecine de famille (N=539) et de pédiatrie (N=95) du canton de Vaud. L'unité était le cabinet, ce qui signifiait qu'un-e médecin répondait à l'enquête pour l'ensemble du cabinet.

La base de données des cabinets a été constituée à l'aide de plusieurs sources. La DGS du canton de Vaud a fourni deux bases de données des médecins du canton sur la base des droits de pratique et de la participation à la garde d'urgence. Outre les noms et prénoms des médecins, ces bases contenaient également les titres de spécialité, les adresses postales des médecins ainsi que les adresses email pour certain-e-s d'entre eux-elles. A partir de ces deux bases, nous avons créé une troisième base incluant exclusivement les médecins de premier recours (sur les spécialités de pédiatrie, médecine interne générale et médecine générale). Cette base, dont l'unité était le-la professionnel-le, a secondairement été transformée en une base dont l'unité était le cabinet et cela sur la base d'adresses postales communes.

Une des limites de cet exercice était relative au fait que des professionnel-le-s peuvent occuper une même adresse postale sans pour autant fonctionner en cabinet de groupe. Nous avons donc ensuite essayé de valider les informations de cette base « cabinet » via des ressources disponibles au DMF (liste du réseau de médecins de famille partenaires (enseignant-e-s) du DMF, liste des médecins du réseau de recherche SPAM), et par des informations trouvées via Internet (site FMH, OFS et autres). Ainsi, chaque cabinet a été recherché sur Internet voire parfois appelé, dans l'objectif d'établir une population cible (dénominateur, ou N) la plus juste possible. Certains cabinets nous ont également contacté après le premier envoi des questionnaires ce qui nous a permis à nouveau d'affiner ce dénominateur. Malgré ces précisions, il persiste une possible imprécision concernant la valeur exacte de la population cible (N).

Enfin, pour ce qui concerne les cabinets de pédiatrie, une collaboration avec le groupement des pédiatres vaudois, l'association faitière cantonale, a permis quelques corrections dans la base de données initiale.

Pour ce qui concerne le **volet qualitatif**, des entretiens ont été menés avec :

- des cabinets de médecine de famille et de pédiatrie (N=12) ayant pris en charge des patient·e·s suspect·e·s CoVID-19 au moment de la première vague. L'ensemble des cabinets du projet pilote Mocca (n=8) (6) actuellement en cours au Département de médecine de famille a été inclus dans cette partie qualitative. Ce projet consiste principalement en l'intégration d'un·e infirmier·ière au sein de cabinets de médecine de famille. Un entretien individuel avec le·la médecin référent·e du projet (deux médecins dans un cas) dans chacun des cabinets a été effectué.
- des cabinets transformés en CAR (N=4) durant cette période (il s'agissait de cabinets Mocca qui, de fait, représentaient un tiers des cabinets CAR du canton)
- un·e représentant·e de Médecin de famille Vaud (MF Vaud), un·e représentant·e du groupement des pédiatres vaudois.

Ils et elles ont été sélectionné·e·s sur la base du volontariat. Les cabinets avaient la possibilité d'exprimer cette volonté via le questionnaire de l'enquête quantitative. Cependant, seul un cabinet a effectivement été recruté par ce biais.

Il est à noter que d'autres entretiens étaient prévus impliquant

- des cabinets qui ont fait le choix de fermer ou de ne pas prendre en charge de patient·e·s suspect·e·s de CoVID-19. Nous n'avons finalement pas pu mener d'entretien avec ce type de cabinet. En revanche, nous avons eu un entretien avec un cabinet qui a pris en charge des patient·e·s suspect·e·s durant la première vague puis qui y a renoncé pour les vagues suivantes.
- des représentant·e·s de la Société Vaudoise de Médecine (SVM). Malgré plusieurs relances, la SVM n'a pas donné suite à nos sollicitations.
- des représentant·e·s de la santé publique (Médecin cantonal adjoint et DGS). Compte-tenu de la situation sanitaire toujours très aigue, il a été difficile de réaliser ces entretiens. Nous avons donc pris le parti, par ailleurs méthodologiquement acceptable, de focaliser ce rapport sur l'expérience des professionnel·le·s de terrain puis dans un second temps de soumettre les résultats, pour discussion, aux autorités sanitaires.

3.3 Données recueillies

Le **questionnaire de l'enquête quantitative** est présenté en annexe 1a. Il contenait les grandes sections suivantes : données générales sur le cabinet, organisation d'une filière CoVID-19, activités CoVID-19, activités relatives aux autres patient·e·s, professionnel·le·s du cabinet, attitude des médecins autour de la crise pandémique.

La **grille d'entretien de l'étude qualitative** est présentée en annexe 1b. Elle incluait les thèmes suivants : les motifs du choix d'organisation des cabinets pour faire face à la pandémie, les

possibilités de changement si c'était à refaire, l'intégration de la médecine de premier recours par la santé publique, les souhaits et besoins en cas de nouvelle vague ou pandémie.

3.4 Circuit des données

Les données de l'enquête quantitative étaient recueillies par auto-questionnaire ; le recueil par voie électronique était privilégié. Néanmoins, un mode de passation par papier était possible si préféré. Ainsi, un courrier de présentation de l'étude (annexe 2) était envoyé par voie postale à chacun des cabinets (adressé à l'ensemble des médecins du cabinet). En plus de présenter l'étude, il contenait un lien Internet pour le remplissage du questionnaire (via l'outil RedCap), l'identifiant du cabinet (ID) à reporter au moment du remplissage, ainsi que le questionnaire en format papier. Enfin le courrier proposait également la participation aux entretiens avec une adresse email pour informer de cette volonté le cas échéant. Dans le cas où le cabinet renvoyait le questionnaire en papier, les données étaient saisies sous RedCap® par l'équipe de recherche.

Le recueil des données s'est déroulé aux mois d'octobre et novembre 2020. Deux relances par voie postale à deux semaines d'intervalle et une relance par email quand celui-ci était disponible ont été effectuées.

Les entretiens qualitatifs ont été conduits en parallèle sur les six derniers mois de l'année 2020 en présentiel ou à distance via le logiciel Zoom, compte tenu de la situation sanitaire.

3.5 Analyse statistique

Les données de l'enquête quantitative ont été transférées pour être analysées à l'aide du logiciel Stata, version 16. Pour chacune des variables de l'enquête, des statistiques en termes de fréquence ou de moyenne de distribution ont été produites.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sous Word. Ces données qualitatives ont ensuite été codées et analysées via le logiciel MAXQDA afin d'en proposer une synthèse thématique.

3.6 Confidentialité et éthique

Un identifiant unique (ID) a été attribué à chaque cabinet. Cet identifiant a été généré aléatoirement via le logiciel RedCap®. La table de correspondance entre les ID et les noms des cabinets était conservée au DMF indépendamment des données recueillies. Elle a servi aux deux relances ciblées prévues. Elle a été détruite à l'issue de la collecte des données. Par ailleurs, les relances ont été effectuées par le·la professionnel·le en charge de la gestion logistique des données de l'étude (pas les investigateur·trice·s). A aucun moment il n'a été possible d'identifier les cabinets au sein de la base de données de l'enquête. Les données ont été traitées sous la forme de statistiques globales et non individuelles.

Pour ce qui est des données qualitatives, les mêmes règles de confidentialité des données ont été appliquées. Dans la base de données, les interlocuteur·trice·s des entretiens apparaissent sous forme codée, l'identification de l'interlocuteur·trice dans la présentation des résultats n'est pas possible.

L'étude a obtenu l'accord de la Commission d'éthique du canton de Vaud sous le numéro 2020-02003.

4 Résultats

4.1 Etude quantitative

4.1.1 Population

Après deux relances postales et une relance individuelle par email (uniquement pour 400 des cabinets de médecine de famille et de pédiatrie dont l'adresse était disponible), 218 cabinets de médecine de famille (ou mixte c'est-à-dire incluant au moins un médecin de famille) et 51 cabinets de pédiatrie ont renseigné le questionnaire. Le taux de participation à l'enquête se situerait (cf. limites de l'étude) autour de 42% avec respectivement 41% pour les médecins généralistes et 54% pour les pédiatres. Ces cabinets sont préférentiellement solo pour les médecins de famille et de groupe pour les pédiatres (tableau 1).

Dans la suite des analyses, les résultats sont présentés pour l'ensemble des MPR. La distinction entre les médecins de famille et les pédiatres pourra être faite si celle-ci présente un intérêt particulier.

Tableau 1 Caractéristiques des cabinets ayant participé à l'enquête quantitative

Professionnel-le-s par cabinet	Type de cabinet			Ensemble
	Médecine de famille (N=204)	Pédiatrie (N=47)	Mixte* (N=18)	
Médecins				
Nombre médian [min-max]	1.0 [1-9]	2.0 [1-4]	3.0 [1-15]	1
ETP médian	1.0	1.4	2.0	1
Assistant-e-s médicales				
Nombre médian [min-max]	1.0 [0-14]	2.0 [0-4]	3.0 [0-8]	2
ETP médian	1.0	1.3	2.7	1
Autres professionnel-le-s				
Nombre médian [min-max]	0 [0-6]	0 [0-1]	1.0 [0-40]	0

* Cabinet incluant au moins un médecin de famille ou un pédiatre

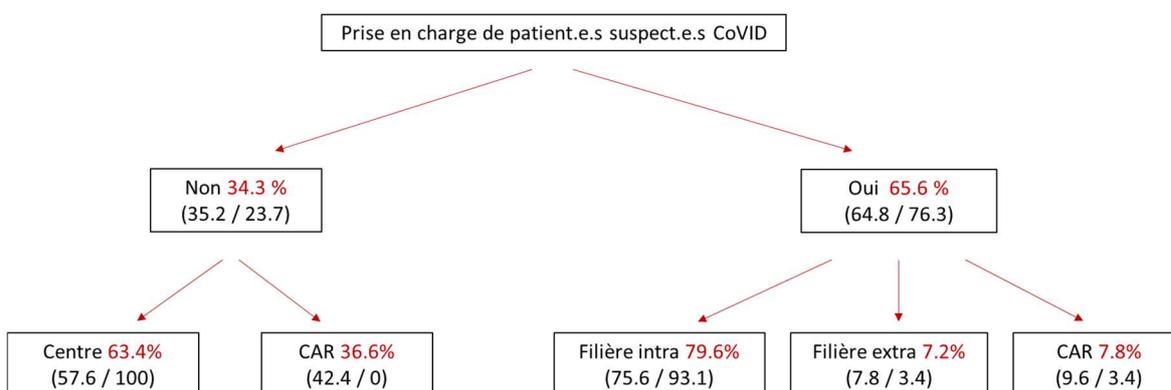
4.1.2 Organisation générale des cabinets pour répondre à la crise sanitaire et prise en charge des patient-e-s suspect-e-s de CoViD-19

Durant la période de restriction aux activités urgentes (en mars-avril), les cabinets de MPR ont continué de fonctionner dans leur immense majorité (98%). Par ailleurs, environ deux tiers d'entre eux ont pris en charge des patient-e-s suspect-e-s de CoViD-19 (65% en MF et 76% en pédiatrie), en

mettant en place une filière dédiée (en particulier pour l'organisation des tests) au sein même de leur cabinet (80%).

Les cabinets qui n'ont pas pu ou pas souhaité accueillir des patient·e·s suspect·e·s de CoVID-19 ont adressé ces patient·e·s majoritairement dans un centre de test (63%) mais aussi dans des CAR (37%). Les cabinets de pédiatrie (lorsqu'ils ne prenaient pas eux-mêmes en charge les patient·e·s suspect·e·s) ont systématiquement adressé les patient·e·s à un centre (100%) alors que les médecins de famille ont référé vers un centre pour 58% d'entre eux·elles. (Figure 2)

Figure 2 Organisation relative aux patient·e·s suspect·e·s de CoVID-19



NB : (Répartition selon cabinet MF /pédiatrie/mixte) / Pour les « Oui » Modalité «Autre» 5%

La possibilité de mettre en place une filière rapide à la fin du mois de mai a suscité l'adhésion de 15% des cabinets (17% pour les cabinets de MF et 3% pour ceux de pédiatrie). A la fin du mois de juin, avec la prise en charge de l'ensemble des tests par la Confédération et la possibilité de consultation médico-déléguée, 26% des cabinets ont choisi de mettre en place une filière rapide (31% en MF et 13% en pédiatrie) (Tableau 2).

Six mois après la première vague, 45% des cabinets continuaient leur prise en charge des patient·e·s suspect·e·s comme durant la première vague (41% des cabinets de MF et 67% des cabinets de pédiatrie) et 40% préféraient les référer à un centre de test (45% des cabinets de MF et 17% des cabinets de pédiatrie) (Tableau 2).

Par ailleurs, 78% des cabinets déclarent avoir modifié leur organisation de travail pour répondre aux besoins de leurs patient·e·s non suspect·e·s de CoVID-19. Ainsi, les téléconsultations (surtout par téléphone, 63%, et très peu en visioconférence, 10%) ont été développées lors de la période de restriction aux activités urgentes ; cette démarche s'est cependant estompée (complètement abandonnée par 49% des cabinets, 48% en MF et 55% en pédiatrie) avec la reprise des activités. Enfin, 19% des cabinets ont déclaré avoir dû se réorganiser du fait de la vulnérabilité de certain·e·s de leurs professionnel·le·s ou de leur volonté de ne pas être exposé·e·s au virus. (Tableau 2)

4.1.3 Prise en charge des patient·e·s suspect·e·s de CoViD-19

Les cabinets qui ont pris en charge des patient·e·s suspect·e·s ont mis en place une filière dédiée au sein du cabinet dans 80% des cas ; 7% ont créé une filière à l'extérieur du cabinet et 8% sont devenus des CAR (Figure 2).

Les sollicitations de la part des patient·e·s pour l'établissement de certificat de vulnérabilité ont représenté une charge administrative considérée comme trop lourde pour environ 28% des cabinets (31% en MF et 12% en pédiatrie). Ils étaient par ailleurs parfois difficiles à établir d'après 33% des cabinets (33% en MF et 43% en pédiatrie) (Tableau 3).

Dans l'immense majorité des cas, ce sont les médecins qui ont réalisé les frottis (94%), que ce soit en médecine de famille ou en pédiatrie (Tableau 3).

Le suivi des patient·e·s CoViD-19 positif·ve·s, en isolement à domicile, a été assuré quasi exclusivement par téléphone et majoritairement par les médecins (82%). Cependant, dans près de la moitié des cabinets de pédiatrie, ce suivi était aussi effectué par l'assistant·e médical·e (45%). Ces appels ont été facturés la plupart du temps (83% en MF mais 50% pour les cabinets de pédiatrie). (Tableau 3)

Tableau 2 Organisation générale des cabinets pour la prise en charge des patient·e·s suspect·e·s et avéré·e·s de CoViD-19 et évolution (% de cabinets)

Professionnel·le·s par cabinet	Type de cabinet			Ensemble
	Médecine de famille	Pédiatrie	Mixte*	
Mise en place d'une filière rapide de test au 20 mai	16.9	2.6	23.5	15.1
Mise en place d'une filière rapide de test au 25 juin	30.8	12.8	16.7	26.5
Prise en charge des patients suspects de CoViD automne 20				
Comme durant la première vague	40.6	67.4	33.3	44.8
Je réfère à un centre	44.7	17.4	55.6	40.6
Comme n'importe quel·le autre patient·e	8.1	8.7	0	7.7
Modification de l'organisation travail pour la prise en charge des autres patient·e·s	76.9	81.6	23.5	22.4
A l'automne, devenir des téléconsultations				
Complètement abandonnées	47.9	55.3	47.1	49.1
Un peu plus fréquentes qu'avant	44.8	44.7	52.9	45.4
Adoptées	7.3	0	0	5.4

Tableau 3 Indicateurs relatifs à la prise en charge des patient·e·s suspect·e·s et avéré·e·s de CoViD-19 (% de cabinets)

Professionnel-le·s par cabinet	Type de cabinet			Ensemble
	Médecine de famille	Pédiatrie	Mixte*	
Opinions sur l'établissement de certificats de vulnérabilité				
Trop grosse charge de travail	31.0	12.2	33.3	28.0
Difficiles à établir	33.0	43.2	5.6	32.8
Réalisation des frottis- Qui ? *				
Le-La médecin préférentiellement	93.9	96.5	85.7	94
L'AM préférentiellement	0.9	0	0	0.7
Les deux globalement	2.6	0	14.3	2.7
Suivi des patients positifs- Comment ? *				
Exclusivement par téléphone	40.3	40.0	37.5	40.1
Par téléphone en grande partie	57.0	50.0	62.5	56.3
Majorité en présentiel	2.6	10.0	0.0	3.5
Suivi des patients positifs- Qui ? *				
Préférentiellement par le médecin	86.1	55.0	87.5	81.8
Préférentiellement par l'AM	4.3	10.0	0.0	4.9
Par le médecin et l'AM	7.8	35.0	12.5	11.9

* Existence d'une catégorie « autre professionnel »

4.1.4 Prise en charge des autres patient·e·s

Pendant la période de restriction aux activités urgentes, les cabinets ont contacté pour 67% d'entre eux leurs patient·e·s vulnérables (72% des cabinets de MF et 39% des cabinets de pédiatrie). Dans 65% des cas c'est exclusivement le·la médecin qui contactait ces patient·e·s. Ces appels ont été facturés la plupart du temps par 62% des cabinets (40 % des cabinets de pédiatrie).

Les décompensations de maladies chroniques physiques ou psychiques concernent surtout les cabinets de MF. Ainsi, au sortir de la première vague, des décompensations de maladies chroniques préexistantes sont rapportées comme fréquentes (très et assez) par 20% des cabinets (absente par 32%). L'apparition de troubles psychiques est rapportée comme étant observée fréquemment par plus de la moitié des cabinets (54%) (Tableau 4).

Tableau 4 Indicateurs relatifs à la prise en charge des autres patient·e·s (% de cabinets)

Professionnel·le·s par cabinet	Type de cabinet			Ensemble
	Médecine de famille	Pédiatrie	Mixte*	
Organisation d'appels téléphoniques aux patients vulnérables	72.0	39.5	82.3	67.5
Appels aux patients vulnérables –qui*				
Préférentiellement par le médecin	63.4	66.7	78.6	65.0
Préférentiellement par l'AM	9.2	20.0	7.1	10.0
Par le médecin et l'AM	23.7	13.3	14.3	21.9
Décompensations observées				
Maladie chronique pré-existante (très ou assez fréquent)	23.3	6.8	16.7	20.1
Santé mentale (très ou assez fréquent)	53.8	29.5	55.5	49.8

* Existence d'une catégorie « autre professionnel »

4.1.5 Impacts sur le cabinet et les professionnel·le·s

Pendant la phase de restrictions aux activités urgentes, le volume d'activité des cabinets a considérablement diminué (44% des cabinets déclarent une diminution de plus de 50%). Cette baisse d'activité a résulté, d'une part, de l'annulation de consultations considérées comme non urgentes de la part des médecins et, d'autre part, d'une baisse importante de la demande de la part des patient·e·s (55% des cabinets déclarent une baisse de la demande des patient·e·s de plus de 50%).

Afin de faire face aux modifications des activités, certains cabinets ont dû mettre en place un chômage partiel, plus particulièrement dans la phase de restrictions aux activités urgentes. En moyenne, durant cette période, un EPT par cabinet (deux pour les cabinets de pédiatrie) a été mis en chômage partiel avec une médiane à 0 ce qui indique une variabilité entre cabinets.

Enfin, du fait de la baisse d'activité, des pertes financières sont déclarées par plus de neuf cabinets sur dix (100% pour les cabinets de pédiatrie), sur l'ensemble de la première vague (mi-mars à fin mai). Parmi eux, près d'un tiers des cabinets déclarent une perte de plus de 50% sur cette période.

Tableau 5 Indicateurs caractérisant les répercussions sur le cabinet durant la première vague (% des cabinets)

Professionnel-le-s par cabinet	Type de cabinet			Ensemble
	Médecine de famille	Pédiatrie	Mixte*	
Modification volume d'activité				
Diminution >=50%	44.0	43.2	47.1	44.1
Diminution 20-50 %	43.4	54.0	47.1	45.3
Diminution 0-20%	8.8	2.7	0	7.2
Pas de changement	1.6	0	5.6	1.7
Augmentation	2.2	0	0	1.7
Modification demandes des patients				
Diminution >=50%	56.3	51.3	52.9	55.3
Diminution 20-50 %	29.3	35.1	41.2	31.1
Diminution 0-20%	11.0	10.8	5.9	10.6
Pas de changement	2.2	2.7	0	2.1
Augmentation	1.1	0	0	0.9
Pertes financières*				
Diminution >=50%	29.1	25.5	26.7	28.3
Diminution 20-50 %	49.4	48.9	60.0	50.0
Diminution 0-20%	19.8	21.3	6.7	19.3
Impossible de préciser	4.6	4.3	6.7	2.5

* Parmi les cabinets ayant déclaré une perte financière

4.1.6 Opinions face à la crise (il s'agit de l'opinion du/de la médecin remplissant le questionnaire)

Les cabinets estiment que les professionnel-le-s ont été globalement très bien ou bien protégé-e-s dans 72% des cas. Les pédiatres se sont sentis mieux protégé-e-s que les médecins de famille. Cependant, l'accès au matériel de protection est considéré comme ayant été très difficile ou difficile par 76% des cabinets pour les blouses, 69% pour les lunettes, 46% des cabinets pour les masques et 44% pour les solutions hydro-alcooliques.

Pour ce qui concerne les informations reçues par les cabinets, environ deux tiers des médecins les ont trouvées trop abondantes (62% au total et 73% pour les pédiatres), pas claires (66% et 79% pour les pédiatres) et trop changeantes (71% au total et 89% pour les pédiatres). Cependant, un tiers d'entre eux-elles seulement considèrent qu'il n'y avait pas assez de réactivité. Sur la gestion de la pandémie, 76% des médecins font confiance à la gestion par la Confédération et 64% à la gestion de la pandémie par le canton.

Les médecins sont hésitant·e·s face à l'idée d'une plus grande implication de la médecine de premier recours dans la pandémie avec une plus grande implication souhaitée par 34% des médecins (absence d'opinion pour 23% d'entre eux·elles, 29 % pour les pédiatres).

Dans une perspective de nouvelle vague ou pandémie, les médecins qui ne pourraient recevoir des patient·e·s suspect·e·s leur cabinet (faute d'aménagement adéquat, 34%) ne souhaiteraient pas procéder à de nouveaux aménagements (75%) et plébiscitent les CAR à 86%. (Tableau 6)

Tableau 6 Opinions des médecins sur la réponse à la crise (% de cabinets)

Professionnel·le·s par cabinet	Type de cabinet			Ensemble
	Médecine de famille	Pédiatrie	Mixte*	
Opinion sur la protection des professionnel·le·s du cabinet				
Très bien ou bien protégés	71.3	63.8	88.9	71.2
Accès au matériel test				
Facile ou très facile	70.4	76.7	62.5	71.0
Accès facile ou très facile au matériel de protection				
masque	51.2	58.7	61.1	53.2
lunettes	27.2	34.1	40	29.3
blouses	21.6	24.4	26.7	23.4
Solution hydro-alcoolique	53.8	60.8	66.7	55.9
Confiance en la gestion par les autorités fédérales				
Oui	75.2	76.1	83.3	75.9
Ne sait pas	11.6	8.7	11.1	11.1
Confiance en la gestion par les autorités cantonales				
Oui	61.9	66.0	88.9	64.5
Ne sait pas	15.2	10.6	11.1	14.1
Volonté d'une plus grande implication				
Oui	34.8	33.3	22.2	33.7
Ne sait pas	23.2	28.9	11.1	23.4

4.2 Etude qualitative

Douze entretiens ont été réalisés avec des médecins de premier recours (MF et pédiatrie), dont quatre étaient aussi des CAR. Les résultats de l'étude qualitative sont présentés par grands thèmes et sous-thèmes, ceux-ci issus de la combinaison de la grille d'entretien et de l'analyse de données.

4.2.1 Intégration de la MPR dans la gestion de la crise

Les entretiens menés auprès des médecins de famille ne mettent pas particulièrement en avant le sentiment de manque d'intégration des médecins de premier recours dans la stratégie de gestion de la crise, ce qui constituait une des hypothèses initiales de notre recherche. C'est, en revanche, plutôt un sentiment d'indifférence et d'abandon des médecins de famille qui prédomine. « *On s'est sentis du coup des fois un peu aussi abandonnés* » ; « *Je me suis sentie seule mais pas exclue, [aussi parce qu'avec Unisanté on voyait qu'on faisait de la médecine générale et puis] parce que j'ai eu le feed-back de mes patient-e-s* » ; « *J'ai senti qu'on était tout seuls, isolés [alors] qu'on avait vraiment envie de bien faire les choses [et] qu'on s'est investis au maximum* » ; « *On prenait, nous, des décisions. Personne ne nous a aidés* ». *C'était compliqué mais jamais il y a eu plus de rapprochement entre ce que nous on pouvait apporter et ce que la santé publique pouvait souhaiter mettre en place finalement* ».

De plus, un désintérêt des autorités de santé publique quant à la manière dont la crise était gérée et surtout vécue dans les cabinets est souligné par les médecins de famille. [Il y a eu] « *peu de préoccupation des cabinets, savoir comment ça se passait et connaître les besoins* ». « *Nous, on a vraiment le sentiment d'avoir été inexistantes pour eux. Qu'on ait été là ou pas là, ça ne changeait rien en fait. Donc une espèce d'indifférence* ». Cette perception est aussi mise en avant par les professionnel-le-s des CAR, qui avaient une relation de partenariat plus clairement établie avec les autorités de santé publique. Dans un domaine proche, le manque de reconnaissance lorsqu'il y a eu une implication importante du cabinet, par exemple sous la forme de la participation à un CAR est regretté « *Un manque de reconnaissance aussi* ». « *On s'est portés volontaires auprès du médecin cantonal qui avait ouvert une adresse mail dédiée pour les ressources qui étaient disponibles, on a écrit, on a même pas eu un accusé de réception* » La reconnaissance n'est pas revendiquée comme obligatoirement et/ou exclusivement monétaire. « *Un merci je pense que ça serait [aurait été] bien* ». « *C'est le manque de reconnaissance, encore une fois pas qu'une reconnaissance financière* ».

Des tentatives d'explication sont formulées : « *Je pense qu'ils n'avaient pas confiance ou [qu'] ils ignoraient ce que les cabinets pouvaient apporter* » ; « *Moi, ce que j'ai senti c'est que la santé publique, petit à petit, a demandé de moins en moins aux médecins ; pourquoi ? Parce que les médecins, de plus en plus, ont opposé une levée de bouclier. Et que la santé publique s'est dit : bon ben si les médecins ils ne veulent pas, ils ne peuvent pas, et ben on va demander à d'autres acteurs* ». La difficulté du partenariat est en même temps soulignée : « *C'est clair [que] c'est difficile : on est cabinet indépendant mais maintenant, c'est de la médecine générale donc justement ça fait partie de la santé publique* ».

La position des pédiatres peut être sensiblement différente dans la mesure où les enfants sont moins concernés par cette pandémie et ont initialement été très peu testés (situation qui a néanmoins évolué dans le temps). « *Je dirai globalement dans cette crise Covid, que la pédiatrie a été quand même largement mise de côté vu qu'on a vu assez vite que les enfants étaient très peu malades* ».

En parallèle, la latitude dans le degré d'implication des cabinets, permise par le fonctionnement libéral de la MPR en Suisse, a aussi été appréciée. « *J'avais vraiment l'impression qu'on avait notre rôle à jouer, et puis, je me suis dit bon, il y a un avantage d'être seul c'est qu'on peut aussi décider,*

nous, comment on veut faire les choses ». Au final, cette réflexion synthétise ces premiers éléments qualitatifs : « *C'était un peu comme deux choses parallèles finalement ; nous, on pouvait le faire voilà parce que on ne pouvait pas nous l'interdire mais finalement c'était pas à nous ; c'était à la santé publique, les hôpitaux et leur réseau qui allaient mettre en place ; ça ne pouvait pas nous appartenir, à nous* ».

Cette liberté des médecins dans leurs choix d'organisation et de fonctionnement s'exprime aussi à travers l'exemple de l'interprétation des restrictions aux activités urgentes. Bien que cette demande des autorités de santé publique ait pu être perçue comme liberticide « *on n'était pas très contents* », les médecins ont néanmoins considéré que c'était finalement bien à eux-elles de définir l'urgence épidémiologique et n'ont pas été gêné-e-s par cette directive. « *Au fond ce qu'on vous demande c'est d'être capable de rester un peu disponible à cette crise, en renonçant à certaines choses électives ; pour le reste vous savez très bien ce qui est urgent et ce qui n'est pas urgent chacun dans votre discipline* » ; « *Là je me [suis] dit, c'est moi qui interprète l'urgence. Je suis experte de mon urgence. Je continue de bosser de mon côté ; si jamais, personne va venir me reprocher d'avoir vu ce patient* » ; « *Pas de souci avec les restrictions aux activités urgentes, on décidait quand même qui on voulait voir* ». « *Je ne me suis pas sentie coupée dans ma pratique.* ». En revanche, la répercussion négative de la directive sur le recours aux soins des patients est évoquée. « *Les patients hésitaient à venir au cabinet. Ils avaient peur de se contaminer, etc... ils avaient entendus les recommandations peut-être qu'ils les ont pris un peu trop à la lettre, dans certains cas* ». Ainsi, un certain devoir de réponse par rapport aux sollicitations des patient-e-s est mis aussi en avant « *Puis j'ai l'impression [que] les gens, ils étaient tellement apeurés qu'ils ont pas...voilà ..c'était assez clair, ceux qui appelaient, il fallait les voir..* ». « *Ca a donné un mauvais message à la population, soi-disant qu'on ne pouvait être malade que du Covid et puis que tout le reste c'était pas important* ». « *Les gens ne venaient plus tôt et ne venaient [finalement] plus du tout pour des consultations urgentes ou graves pour certains* ».

4.2.2 Un choix légitime et naturel pour celles et ceux qui ont choisi de s'impliquer mais qui a pu s'effriter

Enfin, du point de vue des professionne-le-s des cabinets qui ont choisi de participer en recevant les patient-e-s suspect-e-s de CoViD-19, ce choix apparaît comme naturel et légitime. « *Pour la population on existe et on est déjà déployé sur place ; on draine quand même pas mal de patients et je pense qu'au lieu de créer de nouveaux centres, euh peut-être il fallait déjà voir ce que la médecine de famille, qui et comment [pouvait] apporter une réponse [...]* ». « *Dans les faits on est déjà un centre de référence naturel pour le patient , les gens nous ont appelés* ». « *Ce qui était aussi beaucoup apprécié [par les patients] c'est qu'on était toujours là, on était là 7 jours sur 7* ». « *Le fait qu'à travers cette crise les cabinets soient d'une certaine manière, [] obligés de suivre le mouvement, à se renseigner, à rester dans le coup et à comprendre quelque chose, leur permet tout simplement de continuer à fonctionner* ».

D'ailleurs, pour les cabinets ayant participé à cette première vague en prenant en charge des patient-e-s suspect-e-s, un sentiment de satisfaction se dégage. « *Moi je suis content. Je suis content, euh, je suis même assez fier, pour dire. Si on n'avait pas pu jouer un rôle nous là-dedans, je*

me serai senti complètement volé ; je me serais senti comme si on m'avait empêché de jouer mon rôle, ma mission ».

En revanche, le manque d'adhésion aux filières dites rapides (test sans consultation) pourrait être expliquée par des craintes d'ordre médical. « *Nous, on était mal à l'aise de juste faire un peu à la chaîne, [] on risquait de passer à côté de quelque chose, qui n'a rien avoir avec le Covid* ». « *Beaucoup de gens venaient se faire tester, mais seraient pas venus consulter autrement si c'était pas pendant le Covid en fait donc tout était mélangé, ce type de patient donc c'est un peu difficile à savoir ceux qui en fait ont pas vraiment besoin de voir de médecin ou pas* ».

Enfin, des raisons logistiques ont pu conduire certains cabinets à renoncer à la poursuite de la prise en charge des patient·e·s suspect·e·s CoViD (pour les tests) lorsque les critères de tests ont été beaucoup plus larges. « *Je dirais toute la première vague on les a testés au cabinet, mais c'est vrai que y avait beaucoup moins de tests. Puis au retour de vacances, là en fait on a... vu le volume de cas positifs, et le fait qu'on a une seule salle d'attente, [et] qu'on devait aussi changer de pièce en fonction de qui travaillait, donc pas tout simple. Là on a décidé en fait, de dire aux patients de d'abord aller se faire tester avant de venir en consultation* ».

4.2.3 Communication avec la santé publique

Un sentiment général de cacophonie se dégage quant à la communication à destination des professionne·le·s de médecine de famille durant la première vague. Ce n'est pas tant la clarté des informations transmises qui est en cause mais plutôt le retard par rapport au vécu du terrain, la multiplicité des sources et les canaux de diffusion adoptés.

Sur ce dernier point, l'absence de circuit direct depuis la santé publique vers les médecins est regrettée par les médecins de famille. « *Je ne sais pas pourquoi dans ma tête je m'imaginai effectivement recevoir des informations d'un acteur [de santé publique], euh pour qu'ils me disent quoi faire* ». L'implication de tiers comme les faitières est questionnée. « *Quand la SVM m'écrit pour me mettre un lien sur une lettre de la santé publique, je ne comprends pas pourquoi la santé publique m'a pas écrit directement* ». Les objectifs et missions pas nécessairement convergentes de ces deux acteurs pour autant partenaires expliquent ce malaise. « *La santé publique est obligée pour des questions d'accès [...] de passer par la SVM, et [je trouve] que ceci fragilise la position de la santé publique, parce que si la SVM est en désaccord, alors il est probable que les canaux de communications sont brouillés par cette communication indirecte* ». [Il y avait une] « *vision, divergente par moment ou même globalement, de la gestion de cette crise entre la santé publique et la SVM, et [que] ça en tant qu'acteur de terrain, ça été perturbant* ».

La multiplicité des acteurs émettant des recommandations est pointée comme délétère. « *Après c'était une espèce de cacophonie aussi bizarre, je recevais [des informations] de votre part, de la SVM, de la FMH, [...]; et le responsable de la garde de notre région qui nous envoyait encore des informations. Enfin, ça allait dans tous les sens* ». « *Je pense que la première chose c'est qu'il y ait un interlocuteur et pas 17 000 en fait* ».

Par ailleurs, un certain retard est déploré. « *Ils étaient en retard par rapport à nos besoins* ». « *A chaque fois on a eu l'impression d'être toujours, ça paraît un peu arrogant de dire ça, mais je pense que tous mes collègues vont vous dire la même chose, un temps en avance sur ce qui nous était*

proposé » (Mor). « Quand les directives n'étaient pas claires au début, elles [les assistantes médicales] savaient pas quoi dire, donc c'était très délicat au début ».

Du côté des pédiatres, les obstacles à la communication sont moins mis en avant dans la mesure où celle-ci semble être plus habituelle et déjà basée sur un duo pédiatrie-infectiologues pédiatres qui fonctionne bien.

Enfin, et pour autant, le potentiel décalage entre une vision venant uniquement des pouvoirs publics et la réalité de terrain est souligné et partagé par les médecins de famille et les pédiatres « J'ai senti qu'il y avait des directives qui émanaient de beaucoup de gens qui ne sont pas sur le terrain ». « On a voulu être un peu gouverné par le haut sans effectivement voir la situation sur le terrain ».

A noter aussi, que le rôle d'une structure comme Unisanté est spontanément souligné. « Heureusement qu'on pouvait s'attacher aux directives d'Unisanté où on voyait que ça avait été repensé, travaillé par les gens qui sont sur le terrain ».

4.2.4 Accès au matériel

Le manque de matériel est mis en avant, mais aussi la communication autour de ce manque de matériel « ...sauf que l'équipement, y en avait pas et personne finalement n'a eu le courage de nous dire : arrête de chercher tu n'en trouveras pas ! » ; « Après, c'était le tour des frottis on n'en avait plus ». « Ça faisait une semaine que j'écrivais au médecin cantonal, [], on n'avait plus de masques, on n'avait pas de surblouses et puis voilà, les flux c'était pas très clair ».

Cette situation est moins décrite par les cabinets de type CAR et a varié selon la période de fonctionnement (démarrage essentiellement). « A part la première semaine on n'a pas du tout souffert du manque de matériel ».

4.2.5 Le cas particulier des CAR

Un certain flou sur l'origine des CAR et des débuts difficiles

La proactivité des autorités de santé publique cantonale dans le cadre de la création des CAR est questionnée. Il ressort des entretiens que la définition et la labellisation en CAR de ces structures est plutôt initialement venue d'une organisation adoptée par les cabinets pour faire face à la pandémie, puis, dans un second temps, d'une reconnaissance de la DGS. « Ben déjà on a vu que le nombre de cas augmentait et puis on s'est dit « mais il faut qu'on puisse accueillir ces gens », on a déjà pris la décision de séparer le cabinet en deux. On n'a pas eu de mandat ». « Au départ on avait fait une tente dehors car il y avait eu les recommandations que les gens ne rentrent pas dans le cabinet ». « Il y a eu surtout, ce n'était pas des obstacles, mais c'était ces cafouillages justement dans les listes [dénominations] ».

Le bilan : un certain manque de soutien et de reconnaissance

Le déficit de communication et le manque de soutien dans le fonctionnement (en dehors d'un soutien en matériel et en personnel de la protection civile) mis en lumière pour les cabinets « lambda » est également rapportée pour les CAR. « *Au début, on ne savait pas si l'hôpital X allait nous aider sur le plan logistique donc on s'est dit, qu'il faudrait engager nos infirmières, nos assistantes ... Mais franchement il a fallu s'arracher* ». « *Puis après la communication là, c'était pas de la communication. C'est tellement le nerf de la guerre ! on pensait que s'il y avait des recensements à un moment donné une aide en tout cas, un soutien qui viendrait de là. Et c'est vrai qu'on a pas fait appel comme certains centres à des soutiens de commune en se disant ben voilà on attend. Après il y a un soutien qui est venu du réseau ça c'est fait vraiment pour le matériel et pour le personnel PC* ». « *C'était éprouvant pour tous les médecins parce qu'on devait tout le temps se voir : qu'est-ce que tu as entendu ? Où tu as vu quoi comme information ? Qu'est-ce qu'on fait ? Et pis c'est vrai que cette HPCI, je connaissais pas !* ». « *Clairement, y avait peu de communication* ».

En revanche, le statut de CAR a semble-t-il facilité l'approvisionnement en matériel une fois la labellisation obtenue. « *Ça été, on a eu la première semaine de flou où on a vraiment manqué et où on a paniqué [] [puis] on n'a pas du tout souffert du manque de matériel, etc* ». « *Au début c'était nos réserves et après on a eu l'aide d'un civiliste, qui a pu avoir ce rôle du contrôle de matériel. Au début on allait chez Landi pour retrouver des blouses. C'est un ramoneur qui nous a prêté des masques* ». « *Quand on leur a demandé de nous aider pour le paiement de tout ce qu'on a dû faire, ben ils disent pas..... On a dû montrer nos chiffres, on a dû faire des monstres tableaux Excel, pour justifier, ...Donc c'est pour ça que je pense que dans la deuxième vague on va pas ...* ». « *Comme s'ils se sont un petit peu appropriés ce qu'on avait monté et en fait* ».

Au final, le manque de soutien et de reconnaissance de la part des autorités de santé publique est pointé. « *Un merci je pense que ça serait [aurait été] bien* ». « *On a quand même, je pense, eu un impact positif dans la crise* » ; « *[on a eu un] sentiment d'abandon puis récupération quand ça roulait* ». « *Jamais [] un représentant de la DGS a pris contact avec nous pour voir comment ça allait. Si on avait des idées...vous voyez* ». « *Est ce qu'il y a une volonté quand même de soutenir des entités qui ont cette vision communautaire ?* ». « *Voilà il y a une petite frustration : on dirait que l'investissement qu'on a fait pour la communauté quand je parle de la communauté c'est dire la communauté en dehors de notre patientèle, ne compte pas. On a fait un énorme investissement pour la communauté régionale parce qu'il y a plein de cabinets qui ne faisaient pas de frottis* ». Un minimum de retour par rapport à cet investissement était attendu. « *Est-ce qu'on vous a été utile ? Parce qu'on n'a pas eu de retour* ». « *Est-ce que [] ce qu'on fait ça a servi à la communauté ? Personne nous l'a dit, et ce n'est pas seulement pour avoir de la pommade etc, on ne sait même pas si notre goutte d'eau a apporté dans notre communauté* ».

En parallèle un sentiment et une amertume d'avoir « lâché » ses patient-e-s chroniques pour se focaliser sur les tests en population se dessine. « *Ah oui, l'OFSP vous a interdit de faire venir les patients chez vous mais rien ne vous empêchait vous d'aller les voir chez eux ! C'est vrai que ça alors je vais bien l'utiliser s'il y a une prochaine vague* ».

En conséquence, ce sentiment d'efforts et d'investissement non récompensés en retour (financièrement mais pas seulement, au détriment de leur propre patientèle) conduit certains CAR

à ré envisager cette organisation en cas de nouvelle vague. *« Donc c'est pour ça que je pense que dans la deuxième vague on va pas ... ». « Nous franchement si ça devait arriver on ne sait pas si on a envie de refaire en tout cas, on ne referait pas comme ça... .Honnêtement, moi si c'était à refaire maintenant, j'aurais pas envie, les tests seuls, on leur dit non, c'est trop de boulot ».*

4.2.6 Position des faitières

La pandémie n'a pas affecté de la même manière les médecins de famille et les pédiatres. En effet, ces dernier·ère·s se sont moins retrouvé·e·s potentiellement en première ligne du fait des incertitudes quant au rôle des enfants dans la transmission du virus et du choix initial de ne pas tester les enfants de moins de 12 ans. De ce fait, leur degré de ressenti peut être différent (cf 4.2.1). Une position commune des deux faitières se dégage néanmoins quant au manque d'intégration spontanée des professionnel·le·s de premiers recours par les autorités sanitaires (et de l'enseignement pour les pédiatres) dans la gestion de la réponse à la crise. Un sentiment de lutte permanente et d'une nécessaire pression *« marquer le territoire pour pas qu'ils nous oublient »* afin de faire entendre la voix du terrain pour la promulgation des recommandations et des directives est partagé, tout au long de la première vague. *« Ils ont adapté les recommandations sous pression des pédiatres qui disaient « mais là on fait pas du bon boulot ». Néanmoins, cela semble avoir finalement fonctionné sereinement « On a eu pas mal de liens avec la santé publique et puis aussi via la faitière Suisse de la Société Suisse de Pédiatrie, qui a eu des discussions avec l'OFSP etc,.. On a eu des discussions cantonales mais aussi des discussions fédérales avec la Société Suisse de Pédiatrie. Et puis on a dû un peu insister mais c'était assez en harmonie. ».*

Pour les médecins de famille, le sentiment de frustration d'avoir été complètement oublié en tant qu'acteur potentiel au sein des cabinets prévaut. *« Le constat principal c'est le grand oubli des médecins de premier recours []; on n' a jamais été les interlocuteurs privilégiés de qui que ce soit, ni de l'Etat, ni de la Société Vaudoise de Médecins (SVM) au tout départ, il a fallu qu'on joue des coudes pour qu'on se fasse reconnaître ».* Pourtant, *« on a toujours travaillé, on a toujours suivi les patients, on a toujours fait la formation, mais où on a été oublié c'est dans les institutions de décision ».*

Pour ce qui est de la communication, l'analyse de MF Vaud va dans le même sens que les réactions précédemment décrites : *« On avait 5 canaux de recommandations par rapport à la prise en charge du patient, par rapport à tout, au testing et des fois des informations contradictoires. La réponse clairement c'est qu'on devrait pouvoir organiser des sortes de table ronde ou tout le monde participe et puis ou il y a un organe d'information. Moi je pense que j'ai beaucoup de collègues qui ont arrêté de lire certains courriels parce que noyés par l'information ».* Si le circuit de l'information a été remis en cause par les médecins de famille, en revanche, le relai des informations par la faitière depuis les autorités vers les professionnel·le·s de terrain n'a pas posé de problème dans le cas des pédiatres. Une grande habitude de fonctionner de la sorte et une bonne unicité d'opinion au sein de l'association en est probablement à l'origine (il est aussi probablement plus simple de fédérer un nombre restreint de membres). *« La grande, grande majorité ont toujours soutenu notre position de faitière, et puis c'est vrai que le canal est ouvert soit par mail, soit via le secrétariat, soit via nos réunions régulières et puis y a jamais eu de contestations de nos prises de position ».* Cela ne semble en revanche pas la même situation parmi les médecins de famille ou différents courants peuvent co-exister. *« La vérité, c'est qu'il y a deux attitudes vraiment très opposées, entre ceux qui disaient*

« mais si on nous donne les moyens on fait », et puis ceux qui disaient « mais ça va être très compliqué » ».

Du côté de médecin de famille Vaud cependant, cette crise sanitaire aura été l'occasion de renforcer les liens (communication, coordination) avec la SVM. « [] après ça été l'occasion de créer une belle relation de confiance et de collaboration [] avec la mise en place de ce qu'ils ont appelés « le comité élargi de la Société Vaudoise de Médecine ».

4.2.7 Faire mieux ? Refaire différemment ?

En amont, une intégration plus systématique de la médecine de famille ?

Certaines solutions concrètes et pratiques sont proposées par les médecins de famille et les pédiatres pour mieux préparer la réponse en cas de crise sanitaire et en y intégrant la MPR, tout en respectant les choix de s'impliquer ou non. « Je pense qu'il faudrait à la base, si un plan d'urgence doit être mis en place par la santé publique, qu'ils puissent eux savoir quels cabinets [seraient intéressés] et comment ils pourraient collaborer ». « En planifiant de nouvelles directives pour de futures crises, pour moi ça a du sens de réunir un maximum d'acteurs, et que les acteurs de terrains puissent participer, via les associations de médecins de famille et le Département de Médecine de Famille [d'Unisanté], qui sont les bases légitimes pour une discussion avec la santé publique ». « Je dirais prévoir que dans leur taskforce, [il] y ait de la place effectivement prévue d'office pour le président de la faitière de pédiatrie et le président de la faitière des médecins de famille ; [] sans que ce soit uniquement notre avis qui est pris, au coup par coup, selon leurs besoins ». Comme préalable à la préparation de plan de crise, l'identification des besoins des professionnel·le·s de MPR ainsi que la répartition des rôles dans une telle situation est proposée. « Quels sont nos besoins pour pouvoir anticiper une prochaine crise et puis améliorer les talents de communication, entre le terrain et les décideurs ». « Toute une réflexion à avoir sur les différentes personnes qui s'impliquent dans une crise comme ça, [avec en premier lieu la question de] comment redéfinir les rôles, comment redéfinir les communications ».

Une communication facilitée et un espace de partage du vécu de terrain souhaité

La question de la communication déjà abordée comme étant un des plus importants éléments pour les professionnel·le·s autour de cette crise est reprise dans les points à améliorer. « Ça vaudrait la peine de voir surtout la communication ». « Il faudrait que la santé publique puisse avoir accès directement aux médecins. J'aimerais qu'elle s'en donne les moyens ». Dans ce domaine d'ailleurs, les limites de l'implication des faitières, déjà également abordées précédemment sont mises en avant et le rôle d'Unisanté suggéré. « Trouver des interlocuteurs pour la santé publique, qui soient représentatifs d'un groupe fort et puissant du terrain est particulièrement compliqué parce que [], dans un système libéral, [il] y a autant d'avis que de personnes concernées pour ainsi dire, et [], du coup on peut [alors] se tourner vers des instances qui ont une légitimité conceptuelle ou dans leur façon de pratiquer, c'est les centres universitaires [comme Unisanté] ». Il est à noter que ce constat concerne essentiellement les médecins de famille.

Par ailleurs, un espace d'échanges et de retour d'expérience pour les professionnel·le·s des soins primaires semble important à déployer. « *Qu'on puisse témoigner de qu'elles ont été nos difficultés. Avoir une plateforme pour échanger avec tous ces collègues médecins dans la région* », ou encore « *avoir des points de situation zoom avec quelqu'un et pour partager ça, ça serait primordial* ».

L'organisation : un système mixte évolutif dans le temps ?

« *Les cabinets seuls ne seraient pas arrivés à répondre à l'entier de la demande et [je pense] qu'il était bien qu'il y ait des centres dédiés* ». Un système mixte s'appuyant en partie sur les cabinets médicaux mais aussi sur des structures plus spécifiquement dédiées comme les centres de test, voire les CAR, apparaît comme une stratégie intéressante pour les professionnel·le·s.

« *Je pense que oui, avoir un local à part pour mutualiser nos forces entre médecins, et pour communiquer entre médecins, puis essayer justement dans un environnement comme ça mouvant où il y a tout le temps de nouvelles directives on a besoin de beaucoup de matériel etc, de s'épargner ce travail entre 30 cabinets... ; être au même endroit ça me paraît hyper logique* ».

L'intérêt d'espaces dédiés est aussi mis en avant pour la prise en charge des patient·e·s non suspect·e·s de CoViD-19, non seulement pour le bien-être des équipes, « *On aimerait pouvoir s'occuper de nos patients : mutualiser un endroit pour pouvoir s'en occuper dans un endroit safe où on ne doit pas chaque assistante médicale passer 2 jours par semaine à trouver du matériel, et puis à s'épuiser à avoir les nouvelles directives* », mais aussi pour celui des patient·e·s « *On voyait que les patients n'osaient plus venir au cabinet, on avait peur pour nos patients chroniques, qu'ils se fassent leur infarctus car ils ne viennent pas au contrôle...* ».

Enfin, l'existence de centres dédiés présente aussi un intérêt pour les patient·e·s sans médecin généraliste. « *Puis aux personnes d'identifier un lieu où ils peuvent se rendre aussi s'ils n'ont pas de médecin traitant ; on ne va pas surcharger les urgences avec ça car il y a d'autres choses à faire pour du dépistage* ».

La question du « timing » par rapport à l'évolution de la courbe épidémique peut aussi être soulevée. « *En disant aujourd'hui vous voyez on met ces centres dédiés etc., n'oubliez pas chers médecins que si un jour [] on perd le fil avec les filières de transmission, et puis qu'on entre dans un beaucoup plus grand volume d'activité et qu'on perd le contrôle, alors on aura plus besoin de ces centres dédiés, qui perdront un peu de leur sens, mais on aura besoin d'augmenter énormément notre capacité de prise en charge, et ce jour-là on aura besoin de vous. Peut-être qu'il a manqué ça quinze jours avant* ».

Pour ce qui concerne les CAR, un mandat clair (définition, critères d'inclusion, contraintes, bénéfices) et des liens et un soutien renforcés avec la santé publique sont plébiscités. « *Clairement que ce qu'on fait qu'on sache que c'est utile pour les patients, qu'on nous intègre un peu, pas que l'on soit un électron libre. Que y ait une plateforme [] où on peut dire on a besoin de ça comme matériel* ». « *On a besoin d'une assistante médicale en plus, on aurait besoin d'une infirmière vraiment dédiée pour ça. Enfin vraiment qu'on nous mandate. Qu'on nous demande qu'est-ce que vous avez besoin ... et puis après qu'on nous suive, qu'on nous dise ben là vous êtes... enfin j'en sais rien qu'on fasse un petit peut un point, vraiment qu'on nous aide* ».

La remontée de données

L'implication des cabinets de MPR dans un système de monitoring semble acceptée, sous néanmoins certaines conditions. « *Je pense que ça serait parfaitement légitime qu'il y ait une surveillance [avec nos données] qui soit mis en place* ». Pour autant, l'utilisation d'outils techniques pour limiter la charge administrative de cette tâche est soulignée. « *Réfléchir comment récolter ces données avec le moindre de bureaucratie possible pendant une crise. Enfin, [avec] tous les moyens informatiques qu'on a aujourd'hui je me dis qu'on a des possibilités* ».

Dans le cas des CAR, il s'agissait d'une condition nécessaire pour obtenir l'appellation. Cependant, celle-ci devrait être coordonnée afin d'éviter des demandes émanant de plusieurs acteurs. « *Tout le monde a voulu monitorer tout d'un coup, puis on nous a dit puisque vous êtes cabinet renforcé, [il faut] que vous donniez des données. Pourquoi je dois remplir trois formulaires, un pour le réseau, un pour ...* ».

4.2.8 Apport de l'infirmier·ère de médecine de famille, le cas particulier des cabinets Mocca

La présence d'un·e infirmier·ère de médecine de famille (IMF) au sein des cabinets de MPR durant cette crise constitue une plus-value unanimement soulignée. « *Elle a vraiment endossé ce rôle très très bien, entre l'assistante médicale et nous dans cette chaîne et puis on a senti ça a conforté grandement nos assistantes qui étaient prises au dépourvu avec quelque chose de complètement nouveau puis je pense que quand même l'infirmière a un peu plus de capacité de s'adapter à une crise sanitaire* » (Mor). Au-delà d'un·e professionnel·le supplémentaire pouvant prêter main forte tel que c'est le cas avec des étudiant·e·s en médecine ou encore du personnel de la protection civile, la nature même du·de la professionnel·le avec son background et ses compétences est ici valorisée. Les IMF apportent non seulement des compétences techniques mais aussi d'autonomie de rôle, d'attitude et de soutien aux autres professionnel·le·s. « *Elle a vraiment fait le rôle d'infirmière communautaire, [avec un soutien] psychologique, technique, euh.. aussi soutien de la femme de ménage. Tous les matins on lui demandait de checker les informations et puis de nous faire un petit rapide check comme ça* » (Mor). La nature des activités qui leur ont été confiées a été variable selon les cabinets et leur organisation initiale : maintien du lien avec les patient·e·s (appels des patient·e·s vulnérables), prise en charge de la filière CoVID avec des activités allant du tri téléphonique au testing, maintien à jour des directives quotidiennes, référente hygiéniste, contacts avec les patient·e·s non suspect·e·s CoVID

Les IMF ont en particulier endossé le rôle de suivi de patient·e·s testé·e·s positif·ve·s, entre une activité de tri pour le testing effectué par les AM et l'activité de frottis effectuée par les médecins. « *La ressource infirmière, on va l'utiliser surtout par rapport au suivi de ces patients positifs, pour le frottis c'est un acte médical, le tri qui peut-être aussi fait par les assistantes médicales* ». « *Oui franchement, je sais pas comment on aurait fait... Je pense qu'on aurait perdu de vue beaucoup de patients [sans IMF]* ». « *Elle est quand même plus formée que les assistantes médicales pour évaluer si un patient positif doit consulter ou pas enfin* ». « *La claire plus-value c'est qu'on a pu aller plus loin que les mesures qui ont été données* ».

Ce rôle a été perçu comme substantiel pour certains cabinets médicaux en cette période. « *Le repositionnement de l'infirmière Mocca, il a été pour nous salutaire, on peut dire comme ça, si on parle d'importance, en fait pour moi il a permis à... il nous a permis d'éviter de sombrer* ». Du fait de la présence de l'IMF, certains médecins ont pu déléguer le geste du frottis : « *avec le forfait à 50CHF de la confédération pour ces patients symptomatiques c'est une consultation qui est déléguée et elle nous appelle si besoin* ».

5 Discussion

Cette étude donne une vision globale du fonctionnement des cabinets de MPR durant la première vague de la CoViD-19 et apporte des éclaircissements sur les raisons qui ont conduit à ce mode de fonctionnement. Elle permet par ailleurs de considérer l'opinion des médecins de famille quant à leur vécu de cette crise et leur possible implication en tant qu'acteur-trice-s de première ligne.

Par rapport au premier questionnaire sur la fermeture des cabinets durant la restriction aux activités urgentes, il semble que l'immense majorité des cabinets a continué de fonctionner, considérant leur propre définition de l'urgence au cabinet. Malgré cela, la prise en charge des patient-e-s suspect-e-s de CoViD-19 n'a pas été systématique pour ces cabinets puisqu'environ 1/3 d'entre eux a préféré d'emblée envoyer ces patient-e-s dans des structures dédiées (centres de test ou CAR). On relève également le peu d'adhésion pour la mise en place de filières de test dites rapides n'impliquant pas de consultation médicale. Enfin, on note un effritement dans le temps de l'accueil au sein des cabinets des patient-e-s suspect-e-s de CoViD-19, au profit d'une reprise du fonctionnement habituel des cabinets malgré la persistance de la crise. Enfin, il ressort des entretiens avec les professionnel-le-s qu'ils ne regrettent pas leurs choix organisationnels initiaux, à l'exception peut-être de la formalisation en CAR (cf plus bas).

La question d'une intégration différente (plus grande ? différente ?) était au cœur de cette étude. Les cabinets de médecine de famille et de pédiatrie représentent la plupart du temps la porte d'entrée dans le système de soins. Avec une prévalence jusqu'à 50% de porteur-se-s asymptomatiques, il paraît illusoire et inadapté de penser arriver à complètement isoler les patient-e-s atteints des autres patient-e-s. Par ailleurs, en tant qu'acteur-trice de première ligne du système sanitaire, les médecins de familles et pédiatres ont naturellement clairement un rôle à jouer dans la réponse à une crise sanitaire de ce type (1). Néanmoins la question est de savoir comment s'appuyer au mieux sur les cabinets de MPR et, en particulier, lorsque ceux-ci fonctionnent dans un système libéral sur un mode privé. L'adhésion des professionnel-le-s n'est peut-être pas évidente. Ce point est parfaitement illustré par la question directement posée d'une plus grande intégration. Les réponses mettent en évidence un net clivage des médecins sur ce point (environ 50% en faveur et 50% en défaveur). Ces chiffres sont renforcés par les données qualitatives qui ne mettent pas en avant le manque d'intégration mais plutôt le « laissé à l'abandon » pour celles et ceux qui souhaitent s'investir. Par ailleurs, l'écoute et la prise en compte de l'expérience des professionnel-le-s de terrain pour une meilleure adaptation de la réponse paraît plus que pertinente. Quoi qu'il en soit, si le choix est fait de vouloir plus s'appuyer sur les cabinets de MPR, leur intégration devrait se faire bien en amont de la survenue d'une pandémie *via* une participation à la planification des gestions de crise (plan de crise).

Les aspects financiers autour de cette crise sanitaire ont pu avoir un impact sur le degré d'implication et d'adhésion aux politiques publiques de la MPR. Les résultats quantitatifs montrent que les cabinets ont enregistré des pertes financières durant la période de restrictions aux activités urgentes même si la notion d'urgence a fait l'objet d'une interprétation large. Les visites annulées ne l'ont pas été que du fait des médecins puisque les patient-e-s ont également déserté les cabinets de leur propre chef. Cette attitude a perduré après la reprise officielle des activités courantes des

cabinets ce qui fait qu'ils ont continué un moment de « fonctionnement au ralenti ». Ce manque à gagner pourrait expliquer la faible adhésion à la mise en place de filières rapides successivement proposées par les autorités. Il pourrait également expliquer l'effritement de la volonté de prendre en charge les patient·e·s suspect·e·s de CoVID-19. Dans d'autres cas, ce changement de stratégie au cours du temps par rapport à la prise en charge de patient·e·s suspect·e·s a pu résulter des variations de volume de patient·e·s à tester. En effet, les critères de tests ayant été considérablement élargis au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie (par rapport aux premières indications), le volume de patient·e·s à tester a augmenté et a pu susciter une crainte de saturation des cabinets.

On sait que l'aspect financier a également eu un effet sur l'adhésion des patient·e·s à la démarche de test. L'évolution de la stratégie de prise en charge des tests et notamment le passage à la gratuité totale, quelle que soit la population, a directement montré une beaucoup plus grande demande de la part de la population dans les centres de tests et les cabinets.

Si les cabinets de MPR apparaissent d'évidence comme des acteur·trice·s sur lesquels s'appuyer durant une crise sanitaire, cela n'empêche pas d'imaginer d'autres dispositifs complémentaires dédiés tels que les Centres de test et les Centres ambulatoires renforcés, les CAR. Ceux-ci ont en effet été plébiscités par les cabinets, dans l'absolu en tant que centre de test dédié lorsque les capacités des cabinets peuvent s'avérer saturées, et aussi en particulier pour ceux qui n'ont pas mis en place de filière CoVID.

Pour les cabinets ayant eux-mêmes été labellisés CAR, le bilan est plus mitigé. Le flou qui a pu régner autour de la création de ces structures (qui semble plutôt avoir émané du terrain que l'inverse), a généré un retard dans leur organisation et leur fonctionnement. Par ailleurs l'accompagnement, le soutien et la reconnaissance par les autorités de santé publiques sont probablement des éléments clés à améliorer afin d'avoir une adhésion des cabinets pour le renouvellement de cette organisation.

Une intégration plus en amont de la médecine de premier recours devrait également produire un effet sur les canaux de communication. Cet aspect a été largement pointé du doigt aussi bien sur les données quantitatives que qualitatives de cette étude mais surtout par les médecins de famille. Ce n'est pas tant le retard de l'information ou la quantité importante qui sont fustigés (ces aspects sont généralement compris) mais plutôt le manque de coordination qui est regretté. Il semble notamment que la triangulation avec les faitières ne soit pas une évidence, en tout cas parmi les médecins de famille. Par ailleurs, le rôle d'Unisanté dans ce domaine a été souligné de manière récurrente lors des entretiens, et ce, sans que cela ait été initialement inclus dans la grille d'entretien. Cette question mériterait d'être discutée car, à nouveau, les missions et enjeux d'une structure universitaire de recherche et d'enseignement ne se recoupent pas systématiquement avec ceux des autorités de santé publique. Quoi qu'il en soit, une coordination générale, incarnée par un·e professionnel·le dédié·e semble indispensable. Comme rapporté par un médecin « *C'est vrai que [] forcément la faitière SVM va protéger les médecins dans sa libéralité, alors que l'État va avoir un aspect plus politique plus financier aussi derrière, Unisanté c'est la qualité qui va être donnée, MF Vaud ça va être le confort de ses membres, enfin voilà y a des objectifs qui sont propres mais si on les met tous ensemble je pense que ce serait une bonne chose* ». Il est toutefois difficile d'avoir une perspective globale sur ce point, la SVM n'ayant pas participé aux évaluations qualitatives malgré plusieurs relances. Son point de vue serait néanmoins nécessaire à cet égard.

Limites

Une difficulté de cette étude a été de cerner la population cible. Bien que des listes des professionnel-le-s aient été fournies par les autorités de santé publique, il a fallu « reconstruire » une base de données portant sur les cabinets (population cible de l'enquête quantitative). Or des professionnel-le-s peuvent partager un lieu mais fonctionner comme deux ou plusieurs cabinets indépendants. Les multiples vérifications et les contacts spontanés de certain-e-s professionnel-le-s nous ont cependant permis de limiter au maximum cet écueil.

Il s'agit d'une étude rétrospective, dans un contexte pandémique encore en train d'évoluer. De ce fait, les biais de mémoire peuvent être importants, particulièrement pour les entretiens qualitatifs qui se sont déroulés pendant la seconde vague.

Enfin, on peut regretter un manque de participation aux entretiens des professionnel-le-s de MPR qui ont choisi de ne pas prendre en charge de patient-e-s suspect-e-s dès la première vague. Nous n'avons pu recueillir de témoignages que de cabinets ayant pris en charge ces patient-e-s tout au long de la pandémie ou au moins durant la première vague. Il est possible aussi que ces professionnel-le-s aient moins participé au recueil de données quantitatif, ce qui aurait pour conséquence de surestimer l'implication des professionnel-le-s de MPR dans la réponse à la crise.

6 Conclusion

L'intégration des professionnel·le·s de MPR lors de la réponse à une crise sanitaire ne s'improvise pas. Une construction conjointe de la stratégie de réponse est nécessaire bien en amont de la crise. Cette intégration doit permettre un fonctionnement en partenariat avec soutien, reconnaissance et respect mutuel. Cependant, le fonctionnement actuel de la MPR en Suisse permet mal, pour différentes raisons évoquées, de s'appuyer sur les cabinets de MPR dans le cadre d'une crise sanitaire telle que cette pandémie. En premier lieu, un tel partenariat n'est pas naturel dans un système libéral de pratique privée avec un système de financement qui s'adapte difficilement à des changements rapides, indispensables en cas de crise. De plus, d'importants clivages quant aux missions de santé publique semblent exister entre les professionnel·le·s de terrain eux·elles-mêmes. Enfin, le mode de rémunération à l'acte n'incite pas les cabinets à des modifications d'organisation et de pratiques surtout pour des activités visant la collectivité dans son ensemble plus que des individus. Il semble dès lors indispensable de repenser les modalités organisationnelles des cabinets (par exemple les systèmes d'information) et leur mode de financement afin de permettre une meilleure intégration des enjeux de santé publique aux prises en charge individuelles patients déjà quotidiennement réalisées par les MPR.

Malgré cela, et les résultats de l'étude le montrent bien, il semble légitime et naturel à une grande majorité de professionnel·le·s de médecine de premier recours de s'engager dans une telle crise pour répondre aux besoins de leurs patient·e·s, voire au-delà, aux besoins de leur communauté. Cette volonté devrait pouvoir être mieux identifiée, reconnue et surtout anticipée. Certaines solutions concrètes proposées par les participants devraient être d'ores et déjà discutées avec les autorités de santé publique.

7 Références

1. Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning Primary Care to Address the COVID-19 Pandemic in the Midst of the Pandemic. *The Annals of Family Medicine*. 2020;18(4):349-54.
2. Ordonnance 2 du 13 mars 2020 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus (COVID-19) - Etat le 13 mars 2020 [<https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/2020/141/20200313/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-2020-141-20200313-fr-pdf-a.pdf>]
3. Ordonnance 2 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus (COVID-19) - Modification du 16 mars 2020 [<https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/60680.pdf>]
4. Arrêté sur l'organisation du système de soins pendant la phase de lutte contre le coronavirus (COVID-19) du 1 avril 2020 [https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/DIT/dgaic/Affaires_juridiques/800.00.010420.1.pdf]
5. Cohidon C, Senn N. Primary care during the first wave of Covid-19 in Switzerland *Rev Med Suisse*. 2020;16(713):2127-30.
6. Schütz M, Senn N, Cohidon C. Le projet pilote MOCCA : une nouvelle organisation des cabinets de médecine de famille dans le canton de Vaud, Suisse. *Revue française des affaires sociales*. 2020(1):337-50.

8 Annexes

8.1 Annexe 1a - Questionnaire de l'enquête quantitative



Département de médecine de famille
Unisanté
Rue du Pré-du-Marché 23 ■ CH 1004 Lausanne

Questionnaire projet CoVIDCab

Code du cabinet : XN9TFJFY3

Merci d'accepter de remplir ce questionnaire !

Nous vous rappelons que le remplissage est confié à un médecin du cabinet après accord de ses collègues.

Quelques conseils pour le remplissage :

- *Merci de renseigner toutes les questions*
- *Le questionnaire est organisé selon différentes périodes de la pandémie : « restriction aux activités urgentes », « reprise des activités normales », « l'après phase aiguë ». Au sein de chaque section, les questions se réfèrent à ces périodes, même si cela n'est pas systématiquement précisé dans la question. Merci d'être attentif à ces périodes.*
- *La plupart des questions concerne l'organisation du cabinet, néanmoins, quelques questions demandent une quantification. Nous sommes conscients de la difficulté après environ 6 mois de délais. Il s'agit plutôt d'avoir un ordre de grandeur que des estimations rigoureuses. Des fourchettes sont généralement proposées pour vous aider.*
- *Pour les questions relatives aux opinions sur la crise et sa gestion, les réponses n'engagent que le médecin qui remplit le questionnaire.*

Période de restriction aux activités urgentes - mi-mars au 27 avril

14. Durant la période de restriction aux activités urgentes citée, votre cabinet est-il resté ouvert ?
- oui -> [Merci d'aller à la question 16](#)
 - non
15. Si non, combien de semaines a-t-il fermé ? / -> [Merci d'aller à la question 35](#)
16. Durant cette période votre cabinet a-t-il pris en charge des patients suspects CoVID-19 (hors appels téléphoniques) ?
- oui -> [Merci d'aller à la question 18](#)
 - non
17. Si non, où le cabinet a-t-il, en règle générale, adressé ses patients suspects CoVID-19 ?
- autre cabinet
 - centre ambulatoire renforcé (CAR)
 - centre de test (type hôpital et apparentés)
18. Si oui, avec quelle organisation ?
- filière dédiée au sein du cabinet
 - filière dédiée à l'extérieur du cabinet
 - participation à un centre ambulatoire renforcé (CAR)
 - autre
19. Précisez si autre mode d'organisation
20. De manière générale, qui effectuait les frottis au sein de votre cabinet ?
- préférentiellement médecin
 - préférentiellement assistant/e médical/e
 - les deux globalement à part égale ou selon la disponibilité
 - autre professionnel
21. Durant cette période de restriction aux activités urgentes, pourriez-vous estimer le nombre moyen de frottis effectués par semaine pour l'ensemble du cabinet ?
- moins de 5 par semaine
 - de 5 à 10 par semaine
 - de 11 à 25 par semaine
 - plus de 25 par semaine
 - je ne me souviens pas
22. Le nombre de frottis effectués par votre cabinet a-t-il été limité par la disponibilité des tests ?
- oui
 - non
 - je ne sais pas
23. Durant cette période de restriction aux activités urgentes, dans quelle mesure le volume d'activité hebdomadaire du cabinet a été modifié ?
- diminution de plus de 50 %
 - diminution de 20 à 50%
 - diminution jusqu'à 20%
 - pas de changement
 - augmentation
24. Durant cette période de restriction aux activités urgentes, dans quelle proportion avez-vous annulé vos consultations prévues ?
- 100 % d'annulations
 - annulations de plus de 50%
 - annulations de 20 à 50%
 - annulations jusqu'à 20%
 - aucune annulation

25. Durant cette période de restriction aux activités urgentes, dans quelle proportion la demande de la part des patients du cabinet, pour des motifs non-CoVID-19 a-t-elle varié ?
- diminution de plus de 50 %
 - diminution de 20 à 50%
 - diminution jusqu'à 20%
 - pas de changement
 - augmentation
26. Avez-vous modifié votre organisation de travail pour répondre aux besoins « urgents » de vos patients pour des motifs non-CoVID-19 ?
- oui
 - non -> [Merci d'aller à la question 29](#)
27. Si oui comment ? ([Merci de cocher la \(ou les\) réponses qui convient\(-iennent\)](#))
- plus de consultations téléphoniques
 - plus de consultations en visioconférence
 - plus d'e-mails
 - plages horaires dédiées
 - autres
28. Précisez autres
29. Avez-vous (vous ou un membre de votre cabinet) appelé vos patients vulnérables dans un objectif de prévention primaire CoVID-19 ?
- oui
 - non -> [Merci d'aller à la question 32](#)
30. Si oui, qui effectuait ces appels ?
- préférentiellement médecin
 - préférentiellement assistant/e médical/e
 - les deux globalement à part égale ou selon la disponibilité
 - autre professionnel
31. Avez-vous facturé ces appels ?
- oui, (ou oui la plupart du temps)
 - non (ou non la plupart du temps)
 - parfois seulement
32. Comment avez-vous assuré le suivi des patients CoVID-19 avérés ?
- exclusivement par téléphone
 - par téléphone en grande majorité
 - en majorité en présentiel
33. De manière générale, qui effectuait ce suivi au sein de votre cabinet
- préférentiellement médecin
 - préférentiellement assistant/e médical/e
 - les deux globalement à part égale ou selon la disponibilité
 - autre professionnel
34. Avez-vous facturé ces appels ?
- oui la plupart du temps
 - non la plupart du temps
 - parfois seulement

Période de reprise des activités normales 27 avril-fin mai

35. A partir du 27 avril (reprise des activités normales), votre cabinet a-t-il pris (ou continué de prendre) en charge des patients suspects CoVID-19 au cabinet (hors appels téléphoniques) ?
- oui
 - non
36. A partir du 20 mai, avez-vous mis en place une filière dite rapide (test sans consultation médicale)
- oui
 - non -> [Merci d'aller à la question 38](#)
37. Si vous avez mis en place une filière rapide (sans consultation médicale), pourriez-vous estimer globalement la proportion de frottis effectués via cette filière, par rapport à l'ensemble des frottis effectués (ex, 30% signifie que sur 100 frottis effectués, 30 l'ont été dans le cadre de la filière rapide, c'est-à-dire sans consultation médicale)
- moins de 10% des tests
 - entre 10 et 50% des tests
 - plus de 50% des tests
 - impossible de préciser
38. Avez-vous modifié votre organisation de travail pour répondre aux besoins de vos patients pour des motifs non CoVID-19 ?
- oui
 - non -> [Merci d'aller à la question 40](#)
39. Si oui comment ? ([Merci de cocher la \(ou les\) réponses qui convient\(-iennent\)](#))
- plus de consultations téléphoniques
 - plus de consultations en visioconférence
 - plus d'e-mails
 - plages horaires dédiées
 - autres

L'après phase aiguë (à partir de début juin)

40. A partir du 25 juin, votre cabinet a-t-il proposé la réalisation de test sans consultation mais avec un entretien médical ou médico-délégué ?
- oui
 - non
41. Avez-vous observé, au sein du cabinet, plus d'épisodes de décompensations de pathologies parmi les patients malades chroniques ?
- oui très fréquemment
 - oui assez fréquemment
 - oui mais peu fréquemment
 - non pas du tout
42. Avez-vous observé, au sein du cabinet, l'apparition de problèmes psychiques parmi les patients malades chroniques ?
- oui très fréquemment
 - oui assez fréquemment
 - oui mais peu fréquemment
 - non pas du tout

43. Avez-vous souvent du réorienter une demande initiale non CoVID-19 vers une suspicion CoVID-19 ?
- oui très souvent
 - oui assez souvent
 - oui parfois
 - non rarement ou jamais
44. Si le cabinet a développé la téléconsultation, dans quelle mesure ce mode de fonctionnement perdure-t-il ?
- le cabinet a complètement abandonné
 - un peu plus fréquent qu'avant CoVID-19
 - ce mode de consultation est définitivement adopté lorsque c'est possible
45. Aujourd'hui, comment le cabinet prend-il désormais en charge les cas suspects de CoVID-19 ?
- de la même manière qu'en mai-juin
 - comme n'importe quel autre patient
 - je le réfère à un Centre de test
 - autre
46. Préciser « autre »

Les professionnels du cabinet (période jusqu'à ce jour sauf indication contraire).
Les premières questions de cette section concernent la santé des professionnels. Le médecin en charge du remplissage du questionnaire doit demander l'accord de chacun des professionnels pour la transmission de ces données (cet accord est formalisé par la question suivante)

47. Les professionnels du cabinet sont d'accord pour transmettre les informations ci-dessous sur les résultats du CoVID-19 ?
- non -> [Merci d'aller à la question 60](#)
 - oui mais uniquement une partie des professionnels -> [Merci d'aller à la question 48](#)
 - oui pour tous -> [Merci d'aller à la question 49](#)
48. Si oui pour une partie des professionnels, merci de préciser sur combien de professionnels portent les données
49. Merci d'apposer votre signature
50. Nombre de médecins du cabinet ayant contracté la CoVID-19 (test naso-pharyngé positif)
51. Nombre d'assistant/e/s médical/aux/e/s du cabinet ayant contracté la CoVID-19 (test naso-pharyngé positif)
52. Nombre d'autres professionnels du cabinet ayant contracté la CoVID-19 (test naso-pharyngé positif)
53. Nombre de médecins du cabinet ayant eu une sérologie CoVID-19
54. Nombre de médecins du cabinet ayant eu une sérologie CoVID-19 positive
55. Nombre d'assistant/e/s médical/aux/e/s du cabinet ayant eu une sérologie CoVID-19
56. Nombre d'assistant/e/s médical/aux/e/s du cabinet ayant eu une sérologie CoVID-19, positive

57. Nombre d'autres professionnels du cabinet ayant eu une sérologie CoVID-19 /
58. Nombre d'autres professionnels du cabinet ayant eu une sérologie CoVID-19, positive /
59. Nombre de professionnels dits vulnérables au sein de votre cabinet /
60. Indépendamment d'une situation de vulnérabilité, certains professionnels de votre cabinet ont-ils refusé d'être exposés ?
- oui
- non
61. Nombre de professionnels du cabinet mis au chômage partiel durant la période de restrictions aux activités urgentes /
62. Nombre de professionnels du cabinet mis au chômage partiel durant la période du 27 avril - fin mai /
63. Votre cabinet a-t-il dû se réorganiser en termes de répartition des rôles du fait de professionnels vulnérables ou du souhait de ne pas être exposé ?
- oui
- non
64. Avec quel(s) laboratoire(s) d'analyse avez-vous principalement travaillé durant la phase aiguë (préciser le(s) nom(s)) ?
.....

Opinions autour de la crise

Pour ces deux dernières sections du questionnaire, l'opinion du seul médecin qui remplit le questionnaire est requise

65. Selon vous, comment le cabinet a-t-il eu accès au matériel de protection ? (Merci de mettre une croix dans la case correspondante pour chacune des sous-questions)

	très facilement	plutôt facilement	plutôt difficilement	très difficilement
masques				
lunettes				
blouses				
solution hydro-alcoolique				

66. Comment estimez-vous que les professionnels du cabinet ont été protégés ?
- très bien
- plutôt bien
- plutôt mal
- très mal
- je ne sais pas
67. Comment le cabinet a-t-il eu accès au matériel de test ?
- très facilement
- plutôt facilement
- plutôt difficilement
- très difficilement

7

68. Comment décririez-vous l'information que vous avez reçue de la part de la santé publique, des faitières ou d'autres sources ?

	oui	non	je ne sais pas
pas assez de réactivité			
changements trop fréquents des directives			
informations non claires, parfois contradictoires			
trop de sources d'information			

69. Avez-vous eu confiance en la gestion de la crise par les autorités fédérales ?

- oui
 non
 je ne sais pas

70. Avez-vous eu confiance en la gestion de la crise par les autorités cantonales ?

- oui
 non
 je ne sais pas

71. Auriez-vous souhaité que les cabinets de médecine générale soient plus impliqués, comme acteurs privilégiés pour la prise en charge des patients suspects CoVID-19 ?

- oui
 non
 je ne sais pas / sans opinion

72. Comment jugez-vous la gravité médicale de la CoVID-19 (en général pour la population, par rapport à d'autres maladies) (Merci de mettre une croix là où vous l'estimez, 0 peu grave à 10 très grave)

0	5				10			

73. Comment évaluez-vous votre risque d'être contaminé ? (Merci de mettre une croix là où vous l'estimez, 0, faible risque à 10, risque important)

0	50				100			

74. De manière générale, comment êtes-vous favorable à une implication du médecin de famille dans les activités de santé publique suivantes ? (Merci de mettre une croix dans la ligne correspondante)

	très favorable	plutôt favorable	plutôt défavorable	très défavorable	sans opinion
activité de surveillance sanitaire (transmission de données relatives aux maladies transmissibles et/ou non transmissibles)					
activité de prévention des accidents et des problèmes sociaux					
activité de promotion de la santé et prévention au niveau de groupes de patients (au sein de la patientèle)					
contribution à l'amélioration de la santé de la communauté (au-delà de sa patientèle)					
contribution à l'élaboration des directives sanitaires, plans de santé publique, ...					

8

Perspectives pour le futur

75. Votre cabinet peut-il en tout temps recevoir des patients avec symptômes grippaux/COVID dans des conditions conformes aux directives fédérales et cantonales ?
- oui
 non
76. Si non, auriez-vous la possibilité d'adapter de manière temporaire votre cabinet pour recevoir ces patients en cas de seconde vague par exemple ?
- oui
 non
77. Si vous ne pouvez pas recevoir ces patients à votre cabinet, estimez-vous utile qu'un ou plusieurs cabinets "renforcés" puissent remplir ce rôle à proximité ?
- oui
 non
78. Dans la perspective d'une crise sanitaire future, comment verriez-vous votre collaboration avec les autorités cantonales par rapport à la crise de la CoVID-19 actuelle ?
- plus étroite
 même type de collaboration
 plus distancée

Commentaires généraux et/ou propositions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le questionnaire est terminé !

Nous vous remercions sincèrement pour votre participation

8.2 Annexe 1b – Grille d’entretien de l’étude qualitative

Cabinets ayant pris part à la prise en charge de patients suspects CoVID-19 y compris sous forme de Centres Ambulatoires Renforcés (CAR)

Thème 1 : Pourquoi ce choix de prendre en charge des patients suspects CoVID-19 ?

Thème 2. Si c’était à refaire changeriez-vous quelque chose dans vos choix d’organisation et de fonctionnement durant cette période ? Si oui lesquels et pourquoi ?

Spécifique CAR : comment s’est passé l’ensemble du processus (création, fonctionnement, l’après) et quels sont les points positifs et négatifs à avoir participé à un CAR

Thème 3. Comment qualifieriez-vous l’intégration (et les relations) de la médecine de premier recours par la santé publique pour la gestion de cette crise ? Donner 3 qualificatifs ou noms et expliquer

Thème 4. Dans le cas d’une nouvelle crise (ou nouvelle vague), souhaiteriez-vous d’emblée être plus associé par la Santé publique comme acteur privilégié ? Si oui, comment voyez-vous les choses ? Si non pourquoi ? - Quel rôle des faitières et d’Unisanté ?

THEME spécifique pour les cabinets Mocca : L’Infirmier de soins primaires (ISP) pendant la pandémie CoVID-19, une plus-value ?

Sociétés faitières

Thème 1 : Comment estimez-vous que la médecine de premier recours a été impliquée en tant qu’acteur sanitaire dans cette phase aigüe de la crise ? Points positifs et négatifs

Thème 2 : Comment qualifieriez-vous le fonctionnement et les relations de collaboration entre les médecins de premier recours, les sociétés faitières et la santé publique lors de cette phase aigüe ? Donner 3 qualificatifs ou noms et expliquer

Thème 3 : Rôle des sociétés faitières selon vous dans ce type de crise sanitaire – Place d’Unisanté selon vous ?

Thème 4 : Dans le cas d’une nouvelle crise (ou nouvelle vague), souhaiteriez-vous une intégration différente des médecins de premier recours et de leurs faitières comme acteurs privilégiés ? Si oui, pourquoi et comment ? Avec quelle circulation de l’information ?

8.3 Annexe 2 – Circuit des données

