

Plan blanc pour la Médecine générale

Propositions du Collège de la Médecine Générale
Mars 2021



Sommaire

Introduction	p.03
1. Objectifs du Plan Blanc pour la médecine générale	p.03
1.1. Principaux risques identifiés	p.03
1.2. Le rôle spécifique du médecin généraliste en cas de crise sanitaire	p.04
1.3. Méthode d'élaboration du Plan Blanc pour la médecine générale	p.05
2. Concevoir un dispositif adapté et efficace quel que soit l'aléa	p.06
2.1. Coordonner la communication envers et entre les professionnels de santé en ville	p.06
2.1.1. Structurer les réseaux de professionnels de santé	
2.1.2. Établir un annuaire des ressources humaines par territoire	
2.1.3. Améliorer la communication et la sécurité des données	
2.2. Structurer et penser la coordination	p.08
2.3. Structurer des cellules de crise fonctionnelles dès le début de la crise sanitaire	p.08
3. Concevoir un dispositif spécifique quel que soit le risque	p.09
3.1. Scénario type 1 – Risque « attentat »	p.09
3.2. Scénario type 2 – Risque « épidémique »	p.09
3.2.1. Quand déclencher le Plan Blanc ?	
3.2.2. Canaux de communication et d'information	
3.2.3. Structurer la recherche ambulatoire en situation de crise	
3.2.4. Mobiliser la réserve sanitaire	
3.2.5. L'organisation pratique du cabinet en temps de crise épidémique	
3.3. Scénario type 3 – Risque « Catastrophe naturelle »	p.14
3.4. Scénario type 4 – Risque particulier « type NRBC »	p.14
Conclusion	p.14
ANNEXE	p.15
Retours d'expérience suite à la première vague de la COVID-19	
Ce qui a évolué pendant la crise	p.15
Un contexte de crise stimulant la coordination entre professionnels	
Réorganisation et adaptation des cabinets dans l'urgence	
Mise en place de Centres dédiés COVID (CTAD, CMA...)	
Communication et suivi	
Ce qui a posé problème	p.17
Administratif : des problèmes nombreux et chronophages	
Traitement médiatique de l'information : inadapté avec perte des repères scientifiques	
Inquiétude des médecins pour leurs patients	
Matériel : difficultés d'approvisionnement	
Organisation et offre de soins	
Sentiment d'abandon par les institutions	
Communication des outils non sécurisés et inadaptés	
Téléconsultations : des problématiques soulevées	
Difficultés financières	
Souffrance des médecins : relevée dans une grande partie des récits	
Propositions recueillies	p.29
Lutter contre la désinformation médiatique et place de la médecine sur les réseaux sociaux	
Améliorer la communication et la sécurité des données	
Structures de soins dédiées SSD / centres COVID	
Fluidifier les parcours	
Aide à l'organisation et à la mobilisation dans les cabinets	
Mettre en place un suivi et une veille en ville	
Anticiper la vaccination COVID	
Aider et faire de la recherche ambulatoire de terrain une priorité nationale	
Bibliographie	p.21

Introduction

Le Plan Blanc pour la médecine générale est un document de référence pour la préparation et un guide d'aide à la décision en situation de crise sanitaire.

Le Plan Blanc n'a pas vocation à répondre de façon exhaustive à l'intégralité des problématiques, mais à donner des pistes de réflexion qui seront à compléter en fonction des spécificités territoriales. Il mériterait d'être enrichi d'un travail coordonné avec les représentants des autres professionnels de premiers recours.

Il peut aussi être une alerte sur les besoins de renforcement de moyens pour permettre au médecin généraliste de rester un pilier de la prise en charge globale des patients, et un acteur central de la coordination des soins, selon les moyens locaux.

1. Objectifs du Plan Blanc pour la médecine générale

Le Plan Blanc a été construit à destination des médecins généralistes pour permettre une information ciblée et un abord des problématiques les plus spécifiques facilitant son appropriation par les praticiens. Il a aussi été construit dans un souci d'intégration avec les plans blancs des autres acteurs afin de proposer aux décideurs une réponse totalement coordonnée à l'échelle d'un territoire.

Les objectifs du Plan Blanc :

- Protéger la population en définissant une organisation pour optimiser l'offre de soins de médecine générale en situation de crise sanitaire.
- Préserver le fonctionnement de la médecine générale en situation de crise pour assurer la continuité des soins ambulatoires.
- Préciser les besoins à anticiper pour aider les médecins généralistes à réagir en situation de crise.
- Faciliter une coordination des acteurs de la crise sanitaire à l'échelle nationale et locale (entre médecins, paramédicaux, supports institutionnels et représentatifs locaux).

La réponse à apporter à des situations graves de dysfonctionnement, qui ne sont pas nécessairement des crises exceptionnelles – par exemple un afflux inhabituel de personnes âgées lors d'une épidémie saisonnière –, n'implique pas de déclencher systématiquement un « Plan Blanc ». Pour prévenir ou pallier ces difficultés, ce sont des réponses pérennes qui doivent être mises en œuvre dans la concertation.

Cette proposition n'a pas vocation à répondre de façon exhaustive à l'intégralité des problématiques, mais à donner des pistes de réflexion qui seront à compléter en fonction des spécificités territoriales.

1.1 Principaux risques identifiés

Face à la diversité de risques plus ou moins prévisibles, l'enjeu humain est prioritaire. Notre choix a été de se focaliser sur les effets potentiels pouvant affecter le système sanitaire et avoir la garantie qu'il s'adapte à toutes les formes de crises pour porter secours à la population.

Quatre « Scénarios enveloppes » couvrent l'ensemble des risques potentiels :

- **N°1 - Risque d'attentats ou d'accidents** : il est nécessaire d'anticiper l'afflux soudain et massif de victimes (pathologies chirurgicales et/ou médicales) limité dans le temps (ex : attentats multi sites). Le médecin généraliste a un rôle limité mais existant dans ce scénario (cf infra).
- **N°2 - Risque épidémique** : il est nécessaire d'anticiper une crise sanitaire étalée dans le temps avec une montée en charge progressive (type pandémie grippale ou à COVID-19) affectant une proportion importante de la population sous-entendant un risque de débordement des capacités nécessitant une organisation exceptionnelle du secteur ambulatoire.

- **N°3 - Risque catastrophe naturelle** (type inondation, séisme, tsunami, etc.) : situation qui peut engendrer un afflux ponctuel massif de victimes et un dysfonctionnement des cabinets et des différentes structures de soins.
- **N°4 - Risque particulier type NRBC**

Les risques NRBC correspondent aux risques suivants :

- **Nucléaires et Radiologiques** : caractérisés par un pouvoir de dissémination de produits radioactifs contaminant dans l'environnement.
- **Biologiques** : caractérisés par leur aspect insidieux (période d'incubation, durée de l'épidémie, contagiosité variable).
- **Chimiques** : contrairement au risque biologique, le danger est souvent d'expression immédiate (intoxication aiguë) et occasionne généralement un grand nombre de victimes.

Agents pathogènes autres qu'une pandémie virale

N° 1 : agents et toxines non identifiés N° 8 : entérotoxine b staphylococcique
 N° 2 : peste ; N° 3 : charbon N° 9 : saxitoxine
 N° 4 : brucellose N° 10 : ricine
 N° 5 : variole N° 11 : tularémie
 N° 6 : fièvres hémorragiques virales N° 12 : toxine diphtérique
 N° 7 : botulisme

Principales caractéristiques des maladies liées aux agents biologiques

Agents	Incubation	Transmission inter-humaine	Base du traitement
Charbon	1-5 jours	Aucune, mais les spores peuvent survivre longtemps	Antibiothérapie intraveineuse (IV)
Variole	7-17 jours	Très contagieux via les aérosols et les croûtes	Traitement symptomatique Vaccin
Peste	2-3 jours	Très contagieux via les aérosols	Antibiotiques IV, 14 jours Vaccin si disponible
Botulisme	1-5 jours	Aucune	Réanimation symptomatique Antitoxine

1.2. Le rôle spécifique du médecin généraliste en cas de crise sanitaire

En situation de crise sanitaire, les médecins généralistes assurent un rôle à la fois essentiel et complexe, du fait de leur place de médecin de proximité et de leur mission de suivi au long cours.

Au-delà de l'information de la population et de l'application des prises en charge recommandées, ils ont un rôle :

- d'éducation de la population aux mesures de protection vis-à-vis du risque considéré,
- d'adaptation éventuelle des mesures collectives de prise en charge à la situation individuelle de chaque personne,
- d'appropriation de ce nouveau risque par chaque personne considérée dans son individualité, de prévention vis-à-vis des conduites anxieuses et potentiellement inadaptées qui peuvent l'accompagner,
- de lutte contre les inégalités sociales de santé en repérant les personnes les plus vulnérables selon le risque considéré, et en leur assurant un accès aux soins équitable,
- de maintien des soins « courants » essentiels.

Ils seront soumis à l'anxiété de la population et à des questions de problèmes logistiques : gestion des cabinets, gestion de l'augmentation de la demande, information, orientation adéquate des patients.

Les missions qui leur sont confiées sont par exemple :

- L'accueil des patients dans des conditions de sécurité suffisante en matière de risque, notamment de contagion (protection des personnes accueillies contre la contagion d'un autre patient, protection des personnels d'accueil en cabinet médical, protection des professionnels).
- La prise en charge des patients malades.
- L'information de la population sur les risques de la maladie et les mesures sanitaires recommandées.
- L'identification des cas suspects et le diagnostic de l'affection.
- Le traitement des personnes atteintes et le traitement prophylactique de leur entourage.
- La surveillance de l'évolution clinique.
- L'identification des formes graves, leur prise en charge initiale en ville, et leur orientation vers les lieux d'accueil hospitaliers adaptés.
- La participation à la politique de vaccination éventuelle de la population en situation de crise sanitaire liée à un agent infectieux.
- Le maintien des connaissances à jour.
- Le suivi des consignes sanitaires et des recommandations évolutives.

1.3. Méthode d'élaboration du Plan Blanc pour la médecine générale

Le groupe de travail a procédé en trois temps :

- Élaboration d'une synthèse de retours d'expérience de médecins généralistes suite à la première vague de la COVID-19 (dans le cadre d'un appel à témoignage lancé par le CMG, synthèse de ces témoignages disponible en annexe)
- Proposition d'un Plan Blanc prenant en compte les difficultés rencontrées pour proposer des pistes d'amélioration concrètes en cas de pandémie virale.
- Élargissement du Plan Blanc proposé aux différents risques identifiés (autre que pandémie virale).

2. Concevoir un dispositif adapté et efficace quel que soit le risque

Anticiper la gestion d'une crise est une exigence de santé publique. Pour garantir la réactivité et la qualité de la réponse apportée, tous les services de l'État et tous les acteurs de santé d'un même territoire doivent y être associés. Le Plan Blanc n'a pas pour vocation de déployer « un nouveau système de santé » en fonction des risques. **Il est primordial de s'appuyer sur les réseaux existants pour permettre la réussite d'un Plan Blanc.** Pour cela, il faut que ce réseau existe et soit organisé en amont.

En temps de crise, chaque acteur, selon son niveau d'exercice, doit pouvoir identifier sa mission, son rôle et son action dans ses domaines de compétences.

L'improvisation, la perte de temps, et le stress engendrent un risque important d'erreur d'analyse, d'aggravation de la situation, ou encore de dérapage médiatique, ce qui constitue autant de difficultés supplémentaires pour contrôler la situation.

Il convient d'éviter, surtout dans la phase aiguë :

- **Une redondance inutile de l'information, un risque d'obsolescence et de non-transmission** (retard ou perte) de l'information indispensable ;
- **Un alourdissement de la tâche des acteurs sur site** par des contraintes logistiques supplémentaires ;
- **Une multiplicité des centres de décision** et la confusion des responsabilités ;
- **Une communication désordonnée ou/et discordante** par absence de centralisation des informations.

Quel que soit le type de risque, les actions suivantes nécessitent d'être réfléchies en amont de la crise :

- **Structurer les canaux d'information** afin d'assurer une information efficace à destination des professionnels et de la population générale.
- **Mettre en place une cellule de crise dédiée** constituée de médecins généralistes à l'interface entre les professionnels de terrain et les instances décisionnaires.
- **Structurer et penser** la coordination.

2.1. Coordonner la communication envers et entre les professionnels de santé en ville

L'ossature repose sur le réseau fonctionnel des différentes catégories médicales, paramédicales et médico-sociales du territoire. **Cette structuration est à 2 niveaux : nationale et locale.**

En fonction des territoires et de l'offre de soin au niveau départemental, ce réseau peut associer les cabinets médicaux, les maisons de santé, les centres de santé, les officines, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le secteur associatif, les maisons médicales de garde, etc.

Les spécificités territoriales sont multiples et la coordination peut être facilitée par des **partenaires locaux, départementaux ou municipaux** pouvant se structurer en comité de pilotage pouvant associer : ARS, CHU, GHT, URPS, infirmiers, conseil de l'ordre...

Pour garantir l'efficacité des actions mises en œuvre en cas d'alerte ou de crise, **les circuits de l'information ascendante et descendante** devront être identifiés sur la base d'un **organigramme fonctionnel**.

2.1.1. Structurer les réseaux de professionnels de santé

Le principe retenu vise à inciter les professionnels de santé à **participer volontairement et de façon anticipée au dispositif**, tout en les protégeant sur le plan de la responsabilité civile et de la rémunération. Les professionnels ne s'étant pas fait connaître préalablement mais qui, le moment venu, seraient volontaires, bénéficieront de la même protection. Un cadre réglementaire en concertation avec les professionnels de santé doit être défini.

Outre la dispensation des médicaments, le réseau des pharmacies, espaces de premier recours, aura un rôle essentiel à jouer dans la diffusion et l'explication de l'information sanitaire auprès du public. Il orientera les malades vers les structures intermédiaires et les cabinets de consultation dédiés.

Par ailleurs, si la situation sanitaire le justifie, « *le représentant de l'État dans le département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé* ». Quelle que soit la situation, les professionnels de santé « *bénéficieront de la réglementation actuelle, laquelle donne droit à **indemnisation et réparation des préjudices subis** du fait des réquisitions légitimées par la défense de la société* » (cf. loi de 2007).

2.1.2. Établir un annuaire des ressources humaines par territoire

Disposer d'un annuaire opérationnel permettra de faire face à tout type de crise. C'est la mission actuelle du Répertoire opérationnel des ressources (ROR), qu'il devient urgent de mettre en place. En l'absence de levier d'incitation pour que les médecins saisissent les renseignements les concernant directement dans le ROR, ce ROR pourrait être peuplé automatiquement à partir des données recueillies par les Conseils Nationaux Professionnels. Ce système permettra un peuplement plus rapide et complet du ROR, mais aussi une meilleure fiabilité de ces données, les CNP ayant un rôle d'attestation dans certaines compétences des médecins.

Une crise sanitaire peut donner lieu à l'apparition de nouveaux services spécifiques, ce qui nécessite que ce répertoire puisse être implémenté de nouveaux items de façon réactive, afin par exemple de permettre aux médecins de renseigner s'ils réalisent des tests de diagnostic, de dépistage, etc.

Il s'agira aussi de **créer des listes de diffusion sécurisées** permettant de transmettre l'information très rapidement à tous les médecins concernés. Là aussi, ceci peut constituer une mission naturelle des CNP.

2.1.3. Améliorer la communication et la sécurité des données

- **Communication entre professionnels** : proposer la mise en place de **messageries sécurisées** au niveau national, simples d'utilisation, et intégrant un annuaire par secteur, afin de faciliter la communication entre professionnels médicaux et paramédicaux.
- **Communication avec les patients** : avoir la possibilité de communiquer par **mail** des informations, de pouvoir bénéficier d'un **service gratuit pour l'envoi de SMS** à l'échelle d'une commune ou d'une patientèle.
- **Communication avec l'hôpital** : permettre la mise en place d'une **ligne dédiée en direct avec l'hôpital de secteur**, pour avis et hospitalisation.

Ces actions ne pourront être opérationnelles sans la finalisation par l'État d'une **couverture réseau sur les zones blanches**.

Enfin, à l'image du portail « **Hôpital en tension** » <http://cerveau.sante-ra.fr/> qui recense en Auvergne-Rhône-Alpes les indicateurs de tensions des Services d'Accueil des Urgences, un système d'information doit pouvoir être mis en place, en lien avec l'Assurance maladie, pour permettre un suivi en temps réel des indicateurs de tension dans les soins de ville.

2.2. Structurer et penser la coordination

Coordination ville-hôpital

- Mettre en place des réseaux de communication ville-hôpital : messagerie sécurisée, numéros directs pour la ville.
- Mettre en place de comités de pilotage ville-hôpital pluridisciplinaires, incluant des médecins généralistes du secteur avec une communication auprès des professionnels de santé des informations locales.
- Valoriser financièrement la participation aux réunions de coordination des soins.

Coordination des soins ambulatoires

- Coordination adaptée au secteur (porté par CPTS, réseaux de soignants, MSP, regroupements de professionnels existants...) :
 - Mettre en place des temps de coordination (rencontre des équipes, réunion, projets communs sur un territoire).
 - Mettre en place des réseaux de communication fluides entre les professionnels (relai avec les acteurs de santé publique de la ville et les associations).
- Valoriser financièrement le travail de coordination permettant aux acteurs d'un secteur de se connaître et d'être en mesure de s'adapter rapidement en situation de crise.
- Anticiper le budget nécessaire aux différentes actions.

2.3. Structurer des cellules de crise fonctionnelles dès le début de la crise sanitaire

Le principe essentiel pour toute crise sanitaire est la mise en place immédiate d'une « cellule de crise ».

Missions de la cellule de crise :

- Communiquer avec les médecins généralistes
- Représenter les médecins généralistes auprès des autres acteurs de la crise sanitaire afin de prendre les décisions adaptées à la crise mais aussi aux réalités de terrain.
- Participer à la cellule de crise du Plan Blanc élargi.

Différentes cellules de crise, constituées de 3 à 10 médecins généralistes volontaires, auront été préalablement définies et seront déclinées à chaque échelon : national, régional, départemental, et infra-départemental (au niveau des CPTS lorsqu'elles existent).

Ces médecins seront présélectionnés sur la base du volontariat et de leurs compétences par les instances professionnelles (URPS, Ordre des Médecins, etc.). En relation directe avec l'autorité de gestion de crise, les médecins animent le dispositif des soins ambulatoires du territoire dont ils ont la charge. Ils s'appuient sur les réseaux existants. Après avoir été désignés, ils bénéficieront d'une formation.

3. Concevoir un dispositif adapté et efficace quel que soit le risque

3.1. Scénario type 1 – Risque « attentat »

Centré principalement sur les ressources hospitalières, ce scénario fait appel à une organisation hiérarchisée où les patients sont dirigés vers les structures d'urgence.

Les médecins généralistes sont concernés indirectement par ce scénario et ont un rôle important à jouer pour les victimes et leur entourage à moyen et long terme.

Pour les médecins généralistes exerçant à proximité de l'accident/attentat :

- **Maintenir le plus de patients dans le secteur ambulatoire** (reporter les demandes d'hospitalisation non urgentes, etc.) afin d'éviter le transfert des patients vers les établissements de santé ou les structures intermédiaires, et vers le secteur des urgences.
- Prendre en charge **les victimes dans son cabinet ou à domicile** en l'absence d'information lors d'une catastrophe sans risque particulier de contamination **et** dans la mesure des possibilités.
- **Si attentat/assaut : se calfeutrer dans son cabinet le temps que la zone soit sécurisée** (ou ne pas se rendre à son cabinet si le praticien est à son domicile). Prévenir les patients de l'annulation des rendez-vous afin qu'ils ne se mettent pas en danger.

Les professionnels d'un territoire, et tout particulièrement ceux rassemblés au sein d'un projet de santé, pourraient être appelé à déterminer en amont de la crise une procédure de constitution et de déclenchement d'un système d'information réactif entre professionnels (de type groupe Whatsapp dédié).

La mise **en place d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)** à destination des patients et des professionnels, maintenue le temps nécessaire à la résolution de la crise, est un élément essentiel pour la réussite de ce Plan Blanc.

La cellule doit permettre :

- de réduire l'installation de troubles de stress post-traumatique, aussi bien chez les patients que chez les professionnels de santé ;
- de maintenir un moyen de communication avec les médecins généralistes du secteur
- de permettre aux médecins généralistes d'être informés de la prise en charge de leurs patients par la CUMP.

Pour plus d'efficacité, un réseau et un partenariat territorial sont à établir en amont de la crise. Il semble que cette coordination et ce travail ne soient pas réalisés à ce jour (réf 1). **L'anticipation de la coordination et du travail collaboratif entre CUMP et médecine générale est un des axes à développer pour anticiper ce risque.**

3.2. Scénario type 2 – Risque « épidémique »

Le nombre de malades et la durée de la crise sont les éléments déterminants à prendre en compte. La mise en place d'un dispositif basé sur la médecine ambulatoire permettra de répondre aux différents degrés de gravité de la pandémie tout en limitant les déplacements. Les acteurs du soin ambulatoire seront tout particulièrement concernés dans ce type de crise.

3.2.1 Quand déclencher le Plan Blanc ?

- Envisager un déclenchement du Plan Blanc selon les régions en fonction de l'avancée locale de l'épidémie, qui permet une certaine flexibilité selon l'incidence et les contraintes locales.
- Inclure les professionnels de terrain dans la mise en place du plan à l'échelle locale.
- Déployer la cellule de crise interministérielle en impliquant des acteurs de terrain de 1^{er} recours.

3.2.2. Canaux de communication et d'information

3.2.2.1 Information scientifique envers les professionnels de santé

- Proposer une information scientifique professionnelle centralisée et évolutive (via les Conseils Nationaux Professionnels)
 - Concernant les données disponibles autour de la maladie et de ses traitements.
 - Déployer des systèmes de déclaration centralisée des organisations de chaque professionnel ou groupe de professionnels.
 - Communication envers les professionnels de santé « en temps réel » et en direct, et non à travers la presse : via mails, réunions d'information en visioconférence...
 - Communication entre professionnels du secteur en utilisant les canaux de communication mis en place précédemment. Si non mis en place, création en urgence d'un mailing sécurisé facilitant les échanges.
- Proposer un document unique par profession qui centralise la doctrine scientifique et règlementaire, avec mise à jour horodatée, précisant :
 - Les modalités d'accueil et d'orientation des malades.
 - Les modalités de prise en charge.

3.2.2.2. Information opérationnelle entre professionnels de terrain

- Mettre en place une information opérationnelle prenant en compte l'évolution de l'organisation des soins, au travers par exemple du Répertoire opérationnel des ressources, avec pour exemple une information concernant :
 - les cabinets qui restent ouverts ;
 - les laboratoires qui proposent les tests diagnostiques (horaires, modalités de fonctionnement) ;
 - l'existence de Structures de soins dédiées (SSD), leurs horaires et fonctionnements.
- Mettre en place une information sur l'état de la crise sur la base d'indicateurs définis par chaque profession (via ses représentants syndicaux ET scientifiques, par exemple au sein des CNP) en concertations avec les institutions (DGS, DGOS, CNAM, SPF, ANSM), avec mise à disposition publique de ces indicateurs selon une périodicité prédéfinie.
- Maintenir l'indépendance des scientifiques et de l'information scientifique, hors contexte politique ou difficultés de terrain.

3.2.2.3. Information à destination du grand public

- Diffuser des informations périodiques pour que la population connaisse la maladie, son mode de transmission, et ses risques d'évolution.
- Expliquer les mesures barrières avec des campagnes d'affichage et des vidéos explicatives sur les mesures à adopter (lavage des mains, port de masque, aération des pièces), dès la phase pré-épidémique.
- Faire participer les médias en proposant des supports de communication validés scientifiquement en partenariat avec les Conseils Nationaux Professionnels (CNP). Cette action permettra notamment de maintenir l'indépendance de l'information transmise et se prémunir au maximum des effets de buzz médiatiques.

3.2.3. Structurer la recherche ambulatoire en situation de crise

- Lancement et suivi des projets de recherche en ambulatoire.
 - Registre des pratiques : tensions de l'offre de soins, état des prises en charge, appropriation des nouvelles pratiques.
 - Vigilance : pharmacovigilance, matériovigilance, difficultés rencontrées sur le terrain, solutions élaborées sur le terrain.
 - Essais thérapeutiques.
- Communiquer les résultats intermédiaires au sein de la discipline.
- Alléger les procédures administratives ralentissant la recherche, accélération des procédures en priorisant les dossiers.
- Coordonner la recherche ambulatoire et les travaux à l'échelle nationale, évalués par les universitaires et scientifiques de soins primaires.

3.2.4. Mobiliser la réserve sanitaire

- Mobiliser de nouveaux professionnels si besoin :
 - remplaçants, étudiants, autres professionnels de santé, retraités, autres ;
 - corps de réserve sanitaire ;
 - accueil, secrétariat ;
 - personnel d'entretien /sécurité.
- Laisser la possibilité aux médecins remplaçants de travailler en même temps que le médecin titulaire.

Ces dispositions concernent tous les professionnels de santé qui participent au dispositif : médecins libéraux (visites à domicile, consultations en cabinet, consultations en Structures de soins dédiées (SSD) et professionnels paramédicaux.

3.2.5. L'organisation pratique du cabinet en temps de crise épidémique

3.2.5.1. Mettre à disposition des moyens matériels

- Mettre à disposition des médecins généralistes les moyens matériels via les pharmacies.
 - Moyens de protection : masques chirurgicaux ou masques FFP2 selon les recommandations, surblouses, lunettes de protection, solutions hydro alcooliques, gants.
 - Moyens de diagnostic si possible.
 - Moyens de traitement.
 - Moyens de suivi.

3.2.5.2. Adaptation de la salle d'attente et du cabinet médical

Adaptation de la salle d'attente

- Maintenir une distance > 1 mètre entre les patients
- Mettre à disposition en salle d'attente :
 - une signalétique informative,
 - des masques chirurgicaux,
 - des mouchoirs à usage unique,
 - des poubelles,
 - une solution hydro alcoolique pour le lavage des mains et des serviettes à usage unique ou demander de se laver les mains à l'eau et au savon en entrant en salle d'attente.

Adaptation du cabinet médical

- Bannir les objets inutiles (journaux, jouets pour les enfants).
- Limiter le nombre d'accompagnant à 1 personne.
- Augmentation des mesures d'hygiène.
- Éliminer les déchets en déchets d'activité de soins à risques infectieux.
- Nettoyer le cabinet au moins 2 fois par jour, désinfecter les surfaces avec des produits détergents désinfectants, aérer largement les locaux.

3.2.5.3. Adapter l'organisation des soins tout en maintenant les soins courants

Adaptation du parcours de soins

- Maintenir le suivi et les soins courants.
- Mettre en place un accueil distinct pour les patients contagieux.
- Adaptation des cabinets existants, ou mise en place de Structures de soins dédiées (SSD).

Les consultations en cabinet aménagé permettront de traiter davantage de patients que les visites au domicile.

Adaptation du planning

- Sur rendez-vous ou plages horaires dédiées pour les patients symptomatiques afin de limiter les contacts avec les autres patients.
- Si plages de rendez-vous impossibles, mettre en place deux salles d'attente distinctes pour les patients contagieux et les autres patients.
- Maintenir le suivi et les soins courants des patients fragiles et isolés.

Permettre un usage efficient (et donc raisonné) de la téléconsultation et de la consultation téléphonique pour le médecin et le patient

- Solution à proposer en période épidémique aigue hors critères de gravité.
- Permet un travail d'information et de prévention.
- Permet aux patients d'accéder à un médecin même en l'absence de médecin traitant (sous réserve d'un ancrage territorial du médecin).
- Un travail dédié à cette question est en cours au sein du Collège de la Médecine Générale.

Maintien des visites à domicile

- Maintenir le suivi et les soins courants des patients fragiles et isolés.
- Mettre en place des mesures d'hygiènes strictes pour limiter les risques de contagion par le professionnel de santé auprès des patients.
- Pour limiter la diffusion du virus :
 - Appeler avant la visite en faisant déjà l'interrogatoire et en demandant de préparer un endroit propre, si possible désinfecté, avec une chaise et un endroit pour poser la mallette.
 - Port du masque dans la mesure du possible par le patient.
 - Utiliser régulièrement les solutions hydro-alcooliques.
 - Ne pas utiliser les crayons des patients, ne pas poser les affaires sur la table du patient et éviter de s'asseoir. Le sac est gardé en bandoulière au maximum.
 - Nettoyer les surfaces avec lesquelles le soignant a été en contact.
 - Conseiller d'aérer régulièrement.
 - Désinfecter le matériel après la visite.

Protection des soignants au cabinet

- Port d'un masque chirurgical en permanence (si disponible...), à changer toutes les 4h. Attention, une fois installé, ne pas le manipuler / toucher, sauf pour l'enlever définitivement.
- Lavage des mains entre chaque patient.
- Désinfection après chaque patient symptomatique de : stéthoscope, saturomètre, autres instruments utilisés...
- Pas d'examen ORL à l'abaisse-langue systématique s'il n'y a pas de symptômes pharyngés.
- Nettoyage plusieurs fois par jour des surfaces de travail : bureau, poignées de portes, téléphones, claviers, imprimantes...
- Aérer régulièrement le cabinet.
- Proposer selon les territoires la création d'une structure de soins dédiées (SSD).

3.2.5.4. Les structures de soins dédiées

Objectifs des structures de soins dédiées (SSD) :

- Proposer un lieu de consultation adapté et organisé afin de limiter le regroupement des patients contagieux et non contagieux.
- Éviter l'isolement des professionnels de santé.
- Permettre la prise en charge rapide des patients contagieux.

Les structures de soins dédiées (SSD) assurent des activités de soin sans proposer d'hébergement. Ils doivent être à proximité des établissements de santé où siègent les urgences. Ils peuvent également proposer une prise en charge paramédicale, sociale et délivrer des traitements en coordination avec les pharmaciens du secteur.

Les SSD nécessitent une organisation spécifique qui doit être similaire à celle des cabinets de ville :

- Mise en place de zone de tri.
- Mise en place de double salle d'attente.
- Mise en place de circuit dédié pour limiter le croisement des patients.

Pour limiter la diffusion du virus, ils doivent remplir les critères suivants :

- Mettre à disposition dans la salle d'attente une signalétique d'affichage.
- Mettre à disposition des masques chirurgicaux, des mouchoirs à usage unique, des poubelles munies d'un sac avec un couvercle, de gel antiseptique ou de solution hydro-alcoolique ou d'un lavabo avec du savon et des serviettes à usage unique.
- Les surfaces doivent être nettoyées au moins deux fois par jour, et désinfecter les surfaces avec des produits détergents désinfectant.
- Une attention particulière doit être portée aux poignées de porte, meuble, chasse d'eau.
- Les locaux doivent être régulièrement aérés.

3.3. Scénario type 3 – Risque « Catastrophe naturelle »

Il est nécessaire au minimum de maintenir les soins courants et d'anticiper la possibilité d'adressage si le cabinet du médecin n'est plus accessible.

Les professionnels d'un territoire, et tout particulièrement les équipes rassemblées autour d'un projet de santé commun, pourraient être incitée à réfléchir en amont aux risques naturels que comportent son territoire, et à déterminer en conséquence :

- Le type et la quantité de matériel à stocker en prévision, ainsi que ses modalités de contrôle, d'entretien et de renouvellement
- Les procédures de réponses à chaque type de catastrophe naturelle
- La procédure de constitution et de déclenchement d'un système d'information réactif entre professionnels (de type groupe Whatsapp dédié).

En cas de catastrophe naturelle qui impacterait le cabinet médical, il est nécessaire d'avoir réfléchi en amont à un adressage des patients avec une transmission facilitée des données médicales les concernant.

3.4. Scénario type 4 - Risque particulier « type NRBC »

Le rôle des médecins généralistes doit être pensé dans les différents plans déjà mis en place pour ce type de risque.

Sur chaque territoire, une cellule coordonnée NRBC incluant entre autres des généralistes devrait être formée et prête à agir de façon coordonnée en fonction du niveau du risque du territoire (risque nucléaire, inondation, etc.).

Les professionnels d'un territoire, et tout particulièrement les équipes rassemblées autour d'un projet de santé commun, pourraient être appelé à déterminer en amont de la crise une procédure de constitution et de déclenchement d'un système d'information réactif entre professionnels (de type groupe Whatsapp dédié).

Conclusion

Le renforcement de la coordination et de la communication, à l'échelle nationale et locale est un des axes d'amélioration majeur pour la réussite d'un plan blanc pour la médecine générale. Pour être efficace, la communication doit faciliter la diffusion des dernières recommandations en termes de prise en charge et d'organisation mais aussi permettre la remontée des données du terrain pour adapter les stratégies en temps réel. L'impact de l'amélioration de ces réseaux sera global et dépassera les limites de la crise. Ceci nécessite de reconnaître la participation des médecins généralistes à l'organisation territoriales quel que soit leur mode d'exercice.

Des exercices de formation pluri professionnels sur un même territoire incluant des dispositifs de simulation partagés permettraient de renforcer ce réseau tout en anticipant les situations possibles. Celles-ci devraient être adaptées au niveau de risque en prenant en compte les spécificités territoriales.

Le défi pour la médecine générale, qui soigne la grande majorité de la population en France, sera de se positionner à l'avenir comme acteurs majeurs et incontournables auprès des instances, place qui doit être la leur en situation de crise. Ainsi, l'organisation des soins ambulatoire en temps de crise devra être pensée par les acteurs ambulatoire et en particulier les médecins généralistes.

ANNEXE

Retours d'expérience suite à la première vague de la COVID-19

Un appel à témoignages a été lancé par le Collège de la Médecine Générale en juin puis en octobre 2020. Des dizaines de témoignages écrits et audios émanant de médecins généralistes sur toute la France avec des modes d'exercices divers ont été analysés. Un travail de relecture a permis de classer les éléments par thèmes et sous-thèmes. Vous trouverez ci-après une synthèse de ces témoignages.

Ce qui a évolué pendant la crise

Un contexte de crise stimulant la coordination entre professionnels

Au sein des structures

- Partenariat pluri-professionnel renforcé : IDE, sages-femmes, infirmières Asalée, médecins, psychologues, dentistes, kinésithérapeutes.
- Redéploiement de certains professionnels pour aider au tri et au rappel des patients COVID (notamment dans structures salariées, spécialistes d'organes, dentistes, etc.).

Hors des structures

- Avec les biologistes : partenariat pour les PCR avec les laboratoires de secteur.
- Avec les pharmaciens : fiche de liaison pour les pharmacies qui réorientent les patients suspects vers le médecin traitant, livraison de médicaments à domicile...
- Avec les paramédicaux : pédicure, kinés...pour rappel et PEC des patients chronique.
- Réseau ville hôpital : HAD, réseau de soins palliatifs, adressage de patients facilité dans certains hôpitaux...
- Réseaux de professionnels sur un secteur à travers CPTS, mise en place ou accélération du travail en équipe de soins primaires, réseau de MSP.
- Structures de coordination selon le territoire, telle que le travail initié ou renforcé avec les Plateformes Territoriale d'Appui.
- Partenariat avec ARS, URPS, CPAM selon les zones.
- Cas particulier des centres SSD COVID, en collaboration avec structures de coordination locale, qui ont pu voir le jour en collaboration avec médecins libéraux, CHU, GHT, ARS, pour permettre une séparation des flux et un meilleur approvisionnement en matériel de protection, dans la phase aigüe de la vague 1.

Réorganisation et adaptation des cabinets dans l'urgence

Adaptation des rôles et missions

- Régulation téléphonique +/- physique : les secrétaires prennent une mission de coordination/tri.
- Formation des personnels d'accueil à la régulation.
- Augmentation de la fréquence du ménage.
- Gestion des déchets : prestataire pour recueil.

Adaptation des locaux en urgence

- Sens de circulation dans les cabinets, portes maintenues ouvertes.
- Salles d'attente : mise en place de 2 salles d'attente pour séparer les patients à risque de COVID des autres, ou encore condamnation de salle d'attente/attente dans les voitures.
- Désinfection des matériaux et surfaces plusieurs fois par jour.

Adaptation des consultations

- Certains patients chroniques stables renvoyés vers les pharmacies pour renouvellement automatique des ordonnances sans consultation. Ce qui a été délétère pour prévention de pathologies chroniques et soutien psychologique et médical de patients fragiles.
- Téléconsultations/télémédecine : retours positifs de la mise en place et du tiers payant intégral, avec des avantages dans certains cas mais soulève également beaucoup de problématiques (cf. partie « problème soulevés »).
- Visites à domicile : mise en place de « tournées COVID » médecins/IDE pour surveillance et prise en charge de patients à risque.

Matériel identifié comme nécessaire

- Bouteilles d'O2.
- Matériel de protection/barrières en plexiglass.
- Solutés hydro alcooliques.
- Déchets : sac collecteur déchets DASRI, local de stockage.

Mise en place de Centres dédiés COVID (CTAD, CMA...)

- Mutualisation des équipements et de réception des patients non suspects de COVID au cabinet.
- Adressage via le 15 ou autres professionnels de patients sans médecin traitant pour prise en charge de patients COVID +.
- Matériel de protection apporté spontanément par des donateurs ou entreprises (masques).
- Locaux mis à disposition par certains hôpitaux de secteurs ou municipalités.
- Débat autour de la pertinence des centres dédiés COVID au sein de la profession : pour certains, c'est une aberration en période épidémique de créer une forte concentration de personnes infectées, d'autant qu'un maillage médecin et IDE existe déjà ; pour d'autre, la centralisation et la mutualisation des équipements est plus efficace et rassurante et permet d'éviter les contacts entre des patients COVID + et des patients fragiles consultants pour d'autres raisons. Surtout dans la phase de montée en puissance avec besoin de partage d'expérience dans la phase 1. Sur certains centres collaboration avec les équipes du clin : leur avis sur les précautions prises au centre COVID était qu'il était mieux équipé que les urgences et moins à risque de contamination.
- Mise en place d'un numéro unique qui puisse réorienter sur le secteur les patients sans médecin traitant, avec secrétariat téléphonique assuré par la mairie ou les collectivités locales.

Communication et suivi

Besoin ressenti d'augmenter la communication

- Entre professionnels : points d'équipe sur les professionnels, réunions en visioconférences entre les professionnels des MSP et sur youtube entre les professionnels du territoire, avec participation de certains groupes hospitaliers permettant une mise à jour des connaissances selon l'évolution de l'épidémie. Groupe locaux pluridisciplinaires, incluant experts locaux pour faciliter question réponse dans un contexte d'évolution constant de la situation épidémique, de la clinique et de recommandations, nécessitant des adaptations pratiques.
- La patientèle ou la population.

Outils informatiques de communication et de suivi

- Fichier Excel de suivi utilisé par de nombreux professionnels.
- Logiciel médical partagé.
- Outils construits spécifiquement et mis à disposition : pour exemple l'outil du DMG de Nice, plateforme COVIDOM.
- Formation de groupes (WhatsApp, Facebook, mailing...) pluri-professionnels visant à diffuser les informations.

Ce qui a posé problème

Administratif : des problèmes nombreux et chronophages

- Arrêts de travail et certificats très chronophages avec changements fréquents de doctrine et situations diverses des patients et des prescripteurs (par le médecin du travail, sans passage par le médecin) à s'approprier.
- Sur les centres COVID : tracasseries administratives souvent importantes, demandes d'autorisation, nombreuses formalités et double remplissage d'informations souvent sous forme papier par les ARS, retard au paiement, paiement à l'acte dans certains centres ne prenant pas en compte le coût du matériel.

Traitement médiatique de l'information : inadapté avec perte des repères scientifiques

- Traitement de l'information médiatique visant « à faire le buzz » et non plus à informer.
- Confusion liée à l'hypermédiatisation des informations avant transmission aux professionnels de santé. Le médecin apprenant changement de décisions ministérielles par les patients, avec risque de confusion avec fausses informations lobbyistes ; difficulté à faire la part des choses
- Dérive de la surmédiatisation de certains médecins entraînant une confusion dans le traitement de l'information par les patients : perte de confiance des patients dans les soins, perte de crédibilité de la profession.
- Prises de parti sur les réseaux sociaux par certains médecins, un véritable problème pour la discipline.
- Médecins généralistes eux-mêmes démunis face aux sollicitations des patients et à la confusion dans la communauté scientifiques (question par exemple de l'*azithromycine*, ou encore de la *chloroquine*).
- Besoin soulevé de site de référence de qualité pour répondre aux patients.

Inquiétude des médecins pour leurs patients

- Réticence de nombreux patients ayant le plus besoin d'un médecin à se rendre au cabinet, avec des messages de santé publique incitant à ne pas consulter son médecin traitant.
- Arrêt des actions de prévention.
- Inquiétudes sur les conséquences des ruptures de soins pour les malades et particulièrement les patients atteints de pathologies chroniques.

Matériel : difficultés d'approvisionnement

- Manque de tout : masques, matériels de protection, gants, solutions hydro-alcooliques, etc. pendant la première vague.
- Difficultés importantes d'accès aux tests PCR, retard à l'autorisation des tests antigéniques alors que des annonces médias les prônaient.
- Dans un second temps, dotation en matériel ne prenant pas en compte l'accueil des étudiants (internes et externes).

Organisation et offre de soins

- Plusieurs spécialistes libéraux ont fermé leur cabinet, empêchant tout accès à des consultations spécialisées ou d'imagerie pendant la période.
- Difficultés à communiquer et informer les aides-soignants à domicile.
- Pour certains, le mode d'exercice seul en libéral s'est révélé non adapté en cette période : « je voudrais être salariée et travailler en équipe...et je suis seule en libéral ».
- Besoins importants avec en face une offre insuffisante de soins à domicile : IDE, aides-soignants pouvant se déplacer et aider les personnes fragiles, demandes de visites à domicile.

Sentiment d'abandon par les institutions

- En termes d'information : les professionnels sont informés uniquement par des mails de la Direction générale de la Santé avec des informations parfois contradictoires avec celles de la Haute Autorité de Santé par exemple.
- Problèmes avec les Agences régionales de Santé qui n'ont pas ou peu communiqué avec les médecins, et qui se sont avérées injoignables, ou demandant une mise en place administrative ressentie comme démesurée.

Communication des outils non sécurisés et inadaptés

- L'urgence sanitaire a mis en lumière le manque d'outils de communications et de documents partagés sécurisés ou au contraire leur diversité sans interopérabilité.
- Du coup utilisation de tableurs Excel, de mails, ou autre voie de communication mais de façon non sécurisée.

Téléconsultations : des problématiques soulevées

- Patients âgés pour lesquels l'outil de visioconférence n'est pas adapté > consultations téléphoniques.
- Cabinets non équipés au moment de la crise.
- Sentiment de prise en charge incomplète, voire dangereuse : besoin ressenti de mieux délimiter l'utilisation de cet outil et de bien identifier les limites ; une contradiction entre la nécessité d'examiner les patients COVID + et le risque de contagion augmenté s'ils se déplaçaient dans les cabinets médicaux.
- Problème des zones blanches avec couverture réseau imparfaite dans certaines régions, problème de débit internet insuffisant.

Difficultés financières

Activité fortement minorée dans les cabinets avec des charges de fonctionnement augmentées (matériel, ménage, travail d'organisation, de coordination non valorisés).

Souffrance des médecins : relevée dans une grande partie des récits

- « *Colère, frustration, sentiment d'impuissance* ».
- « *Solitude extrême* » devant les cas récusés en réanimation, avec comme seul traitement des molécules sédatives entraînant des dépressions respiratoires.
- Sentiment d'incompréhension face à la mise de côté des médecins traitants : messages de santé publique inadaptée : « *n'allez pas voir votre médecin, faites le 15* », médecins traitant non associés aux problématiques de dépistage.
- Sensation pour certains que le système de soins primaires organisé, fonctionnel et coordonné a été nié par la mise en place de centres COVID.
- Difficulté des autres professionnels de santé : pharmacie prise d'assaut pour avoir des masques, sentiment d'inutilité de professionnels ayant dû fermer leur cabinet, etc.

Propositions recueillies

Lutter contre la désinformation médiatique et place de la médecine sur les réseaux sociaux

- Mettre en place un partenariat avec des professionnels de terrain éventuellement via les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) pour informer la population sans chercher le sensationnel.
- Ré-axer le calcul d'incidence/de mortalité rapporté à l'ambulatoire et à l'ensemble des cas plutôt que par rapport aux hospitalisés.
- Étendre la visibilité de sites de qualité et généraliser des sites comme Coronaclic.fr permettant une mise à jour des connaissances sur un travail exhaustif de mise à jour scientifique des recommandations pour la pratique.
- Éviter les messages multiples de diverses instances de santé parfois contradictoires entre eux, et la diversité des sources de communication institutionnelles, dans un contexte de modifications rapides des connaissances, avec des informations dont la date de mise à jour n'est pas toujours affichée.
- Valoriser une diffusion locale d'informations organisationnelles en parallèle des relais d'informations nationales ;

Améliorer la communication et la sécurité des données

- Proposer la mise en place de messageries sécurisées au niveau national et simple d'utilisation incluant un annuaire par secteur, afin de faciliter la communication entre professionnels médicaux et paramédicaux.
- Communication avec la patientèle : avoir la possibilité gratuitement de communiquer par mail des informations, diffusion gratuite et facilitée de SMS à l'échelle d'une commune ou d'une patientèle.
- Avec l'hôpital : avoir une ligne dédiée avis et hospitalisation en direct avec l'hôpital de secteur.
- Couverture réseau sur les zones blanches.
- Permettre le développement de groupes d'échange sécurisés, pour équipes pluridisciplinaires locales, ou pour groupes de travail.

Structures de soins dédiées SSD / centres COVID

- Accompagner leur mise en place : consignes et budgets ARS facilitants, cohérence territoriale à l'échelle des départements, et coordination inter CPTS ou secteurs.
- Les intégrer dans le parcours de soin : RDV obtenu via le médecin traitant.
- Créer un cahier des charges permettant de déterminer le caractère adapté d'un lieu pour accueil de patients COVID et réalisation de tests (cf.IDF) : pièce aérée, moyens humains et matériels, nettoyage des locaux aux normes (virucide), stock d'EPI (visières, charlottes, masques FFP2, sur-blouses, gants, lunettes, stylos, etc...), O2 et DASRI.

Fluidifier les parcours

- Accès aux services de soins dédiés via le médecin traitant.
- Faciliter le retour d'hospitalisation (transfert d'info immédiat).
- Valoriser les autres spécialités en ville pour permettre d'obtenir des avis rapides (cardiologues, pneumologues et autres) et éviter d'avoir à adresser les patients à l'hôpital.
- Revaloriser certains actes à risques pour les professionnels, notamment les visites à domicile de patients COVID.

Aide à l'organisation et à la mobilisation dans les cabinets

- Permettre de recruter des secrétaires médicales et IDE à la retraite (qui ne souhaitent pas aller à l'hôpital) avec garantie financière de l'ARS (tarif fixé par ARS, cf IDF), notamment pour cabinets et SSD, afin de faciliter les rappels patients.
- Ne pas réquisitionner les internes ni niveau 1 ni niveau 2 dans les hôpitaux : cela passerait le message « *C'est à l'hôpital que la COVID se prend en charge* », et cela entrainerait un report à l'hôpital des patients COVID qui pourraient être pris en charge en ville.
- Signifier qu'un préalable à toute réquisition en ville doit être la mobilisation complète des professionnels hospitaliers des services perdant de l'activité (ORL, ophtalmologues, dermatologues, urgences, etc.).
- Mobiliser les remplaçants.
- Permettre aux remplaçants de travailler en même temps que le remplacé ainsi que le Conseil de l'Ordre l'a fait.
- Permettre aux médecins généralistes de travailler les dimanches et soirées avec tarif majoré sans la majoration urgence.
- Ajouter une ligne de garde spécifiquement en téléconsultation.
- Permettre aux secrétaires d'avoir accès à Ameli pro et Contact COVID (comme les assistants médicaux) pour faciliter les rappels et le suivi des arrêts de travail.

Mettre en place un suivi et une veille en ville

- Valoriser un comité de pilotage départemental et local pour fluidifier l'organisation locale et la diffusion des informations au sein des secteurs.
- Disposer d'un tableau de bord de l'activité en ville : nombre de consultations, de téléconsultations, de visites, etc.
- Recenser via les collectivités territoriales : les SSD, les cabinets ouverts ou fermés (médecins généralistes, kinésithérapeutes, dentistes, IDE, etc.)
- Disposer d'un système efficace de veille des problèmes rencontrés par les professionnels, type COVIGIE.
- Pour chaque région, déterminer un outil commun de suivi des patients co-construits avec les professionnels et correspondant à leur exercice (Covidom, Terresanté, covidetmoi, etc.).
- Communiquer un protocole lisible sur la gestion d'éventuelles tensions de stock à venir sur les tests antigéniques, tests PCR, EPI, traitements, O2.

Anticiper la vaccination COVID

- Équiper les cabinets en frigos.
- Déterminer les consignes d'organisation : circuit, conservation, conditionnement (10 doses ?).

Aider et faire de la recherche ambulatoire de terrain une priorité nationale

- Permettre les conditions d'une recherche COVID en ville.

Bibliographie

- Guide d'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé - édition 2006 annexe à la circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 - Ministère de la Santé et des Solidarités
- Plan Blanc élargi pour le département de Paris - Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris – 2008
- Proposition de loi relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur Rapport n° 159 (2006-2007) de M. Francis GIRAUD, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 16 janvier 2007

Coordination des travaux : Dr Julie Chastang

Groupe de travail

Dr Juliette Barthe, Dr Isabelle Martinot-Nouet, Dr Sarah Robert

Mars 2021

