Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

Thèse N° :

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 29 octobre 2020 à Poitiers

par M BRUN Benjamin

Etude des modifications de pratiques des médecins généralistes charentais face à la COVID 19

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur MEURICE Jean Claude

Membres : Monsieur le professeur associé PARTHENAY Pascal

Madame le Docteur GARCIA Magali, maitre de conférences universitaire.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur MAILLOCHAUD-BARRET David

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

Remerciements :

Aux membres de mon Jury :

Au Professeur Jean Claude MEURICE, qui me fait l'honneur de présider cette thèse. Pour ses enseignements depuis la deuxième année de médecine. Pour avoir présidé ma soutenance de mémoire. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Au professeur associé de médecine générale Pascal PARTHENAY, pour ses enseignements de la médecine générale, au cours de toutes ces années de troisième cycle. Merci de votre engagement pour la Médecine Générale notamment en Charente.

Au Dr Magali GARCIA, maitre de conférences universitaire, pour avoir accepté de faire partie de mon jury et de juger mon travail. Pour accepter d'apporter son regard de spécialiste sur le sujet principal de cette thèse.

Evidement au Dr David MAILLOCHAUD-BARRET, maitre de stage universitaire, qui a accepté de m'aider dans la réalisation de ce travail mais aussi pour tout son investissement depuis un an.

A tous mes professeurs durant ces années de médecine. A mes maitres de stages hospitaliers et ambulatoires qui m'ont transmis la passion de la médecine générale.

Tout particulièrement ceux avec qui nous avons gardé le contact et sommes devenu des amis.

Au Dr Vincent TERRISSE, pour m'avoir enseigné la médecine générale et m'avoir fait confiance en me laissant si souvent les clefs de son cabinet.

A mes Collègues ou futurs associés le Dr VEZIEN, le Dr MOOTHOOCARPEN et David avec qui c'est une grande aide de travailler au quotidien et avec qui nous essayons de travailler dans de bonnes conditions cette belle spécialité qu'est la Médecine Générale.

A tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail, merci à Alexandra MAillochaud, Nathalie Dejarnac, Dr Dominique Cormeau et Elisabeth Durieux. Mais aussi au Dr PAULY Charles qui aura toujours eu de bons conseils.

Aux Dr BOURCIER, et Dr DURAND qui m'auront énormément aidé dans la réalisation de ce travail.

Merci au CDOM de la Charente et notamment à Mme SILVA pour ses conseils et le temps passé à me fournir des données.

A Mme BORDAGE, de la faculté pour son dévouement auprès des étudiants de troisième cycle et ses conseils.

A tous mes amis rencontré à la fac et avec qui nous avons tant partagé ensemble et tant à raconter encore, autour d'une Guinness…

J'espère que comme le dit Guillaume Canet, nous finirons ensembles.

A : Amandine; Florence ; Julian ; Kévin ; Marc ; Matthieu ; Sophie ; Thomas ; Vincent ; Zélie.

A ma famille pour qui ce travail et l'obtention de ce diplôme représente je le sais, encore plus un rêve que pour moi-même.

A mes parents, pour avoir été toujours là à mes côtés, et m'avoir soutenu.

A ma sœur et toute sa petite famille.

A mes grands-parents.

A tous mes Amis du vélo, à tous les Fred, qui sont nombreux.

A Laurent, avec qui on partage autant de kilomètres à vélo et de dénivelé tout au long de l'année.

MERCI.

Abréviations

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Actions de SAnté Libérale En Equipe

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CDOM 16 : Conseil Département de l'Ordre des Médecins de la Charente

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COVID 19 : COrona VIrus Disease 2019

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FFP2 : Filtering Face Piece 2

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IDE : Infirmière Diplômé d'Etat

INVS : Institut de veille sanitaire

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Questionnaire à choix multiples

RT-PCR : Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction

SARS-CoV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2

SHA : Solution Hydro Alcoolique

WHO : World Health Organization

Sommaire

Remerciements : 4

Abréviations 6

Sommaire 7

I - Introduction 9

II - Epidémiologie actuelle du covid 19 11

2.1 Epidémiologie 11

2.2 Virologie 12

2.3 Histoire 15

2.4 Chronologie des événements vus par les médecins généralistes charentais 18

III - Matériel et méthode 21

3.1 Objectif de l'étude 21

3.2 Type d'étude 21

3.3 Echantillon 21

3.4 Le questionnaire 22

3.5 Recueil et analyse des résultats 24

IV - Résultats 25

4.1 Données démographiques 25

4.2 Organisation du cabinet 27

4.3 La téléconsultation, ... 30

4.4 Gestion des cas suspect COVID 32

4.5 Matériel divers 34

4.6 Questions ouvertes 35

V – discussion 37
5.1 Démographie médicale 37
5.2 La téléconsultation 38
5.3 Organisations des cabinets médicaux 41
5.4 Organisation avec les autres professionnels de santé 46
5.5 Coordination 47

VI - Conclusion 49

VII - Bibliographie 50

VIII - ANNEXE 53

SERMENT 58

RESUME 59

I - Introduction

Depuis le début de leur histoire, les hommes à travers le monde ont subi à plusieurs reprises des vagues épidémiques de maladies contagieuses, parfois nommées pandémies (du grec *pan*: tout et demos : *peuple*). Parmi les premières on peut citer la peste d'Athènes en -430 (1). La plus meurtrière est surement la grande peste noire du XIVème siècle qui décima un tiers de la population Européenne(1).

Au travers des différentes pandémies du monde moderne du XXème siècle, les hommes ont cherché à comprendre ces phénomènes de mieux en mieux. C'est à dire à en identifier de plus en plus vite la cause, les caractéristiques et de trouver les meilleurs traitements.

Ainsi, la fin d'année 2019 fut marquée par une inquiétude grandissante. Les regards du monde, grâce aux moyens de communication moderne, étaient portés sur une province Chinoise, d'où semblait émerger une maladie nouvelle.

Elle est rapidement identifiée, elle fut nommée épidémie de COVID-19 (COrona VIrus Disease 2019), due au virus SARS-CoV2 , de la famille des coronavirus.(2) Une épidémie singulière, touchant le monde entier, qui doit autant à son nouvel agent qu'au mode de vie du XXIème siècle.

Avec l'arrivée, de cette pandémie en France, on a assisté à la mise en place de mesures exceptionnelles voire inédites pour certaines d'entre elles. On peut ainsi citer à l'échelle mondiale, la création d'un hôpital fonctionnel de 2500 place en chine en 10 jours seulement. A l'échelle nationale on peut citer le déploiement inédit (depuis l'après-guerre) d'un hôpital militaire sur le sol français métropolitain(3), le confinement de la population française sur une durée de deux mois et plus récemment, l'obligation de port du masque respiratoire.

Parallèlement, le monde médical a du s'organiser contre cette épidémie. Dans un premier temps, il est apparu l'importance de pouvoir gérer l'afflux massif de cas graves, et donc la capacité de prise en charge dans les services de réanimation. Dans l'urgence, le monde

hospitalier a dû s'adapter et se réinventer. Ainsi, nous avons pu voir la création de lits de réanimation, la réaffectation de nombreux personnels hospitaliers vers des services faisant face au COVID 19, cela même entre plusieurs régions de la France, la déprogrammation des soins non urgents(4). Comme nous avons pu également assister aux transferts de patients intubés et ventilés vers d'autres pays ou d'autres régions moins touchées par l'épidémie(3).

La médecine de ville à elle aussi dû s'adapter à cette épidémie. Avec pour conséquence l'arrêt d'activité de nombreux paramédicaux, ou de spécialités médicales. La problématique principale est l'identification des personnes malades, afin de les isoler, de les traiter au mieux et d'empêcher la contamination d'autres personnes.

C'est pourquoi en tant que médecin adjoint dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire rurale, je me suis intéressé aux adaptations qui ont été mise en place par les médecins généralistes, et plus particulièrement ceux du département de la Charente. Chaque département ayant subi des vagues épidémiques d'intensités différentes durant le confinement.

Et cela dans le but d'identifier les adaptations ou les pratiques qui s'opposent à l'épidémie, mais aussi les freins éventuels à leurs mises en place.

Dans un premier temps, il sera rappelé les caractéristiques connues lors de la rédaction, du virus SARS CoV 2, l'historique de l'épidémie qui a motivé les adaptations inédites de la part des médecins.

Ensuite j'expliquerai les objectifs de l'étude, la réalisation d'un questionnaire à destination des médecins généralistes charentais.

Puis les résultats seront analysés, comparés et commentés.

II - Epidémiologie actuelle du covid 19

2.1 Epidémiologie

Le virus SARS-CoV 2 apparait début décembre 2019 dans la ville de Wuhan, en chine. L'hypothèse principale de cette émergence étant une zoonose.
Le début de l'épidémie est rattaché à une diffusion à partir du marché de gros de fruits de mer de Huanan, dans la ville de Wuhan, comprenant 11 millions d'habitants. Un marché où se retrouvent mélangées différentes espèces animales. Les règles simples d'hygiène ne sont pas appliquées avec des animaux vivant côtoyant des animaux morts sur un même étale de vente.
Le marché de gros de Wuhan est fermé le 1er janvier 2020.

Les médecins locaux alertent sur l'apparition groupée de formes sévères de pneumopathie d'origine infectieuse inconnue dont un agent viral est très rapidement suspecté. Le virus est identifié le 9 janvier 2020 et prendra le nom de 2019-nCoV puis renommé SARS-CoV-2. (2) Le virus est responsable de la maladie appelée COVID-19 (COrona VIrus Disease 2019) que l'on peut traduire en Français par maladie à coronavirus 2019.
Rapidement de nombreux laboratoires mettent au point des tests de détection de l'ARN de ce virus, par technique de RT-PCR.
Il est toujours suspecté, au moment de la rédaction de cette thèse, que la chauve-souris en est le réservoir primaire et le Pangolin (5) comme hôte intermédiaire.

La mise en confinement de la ville de Wuhan en Chine intervient le 23 janvier 2020.
Malgré cela, le nombre de cas et de nouvelles régions touchées ne cesse de croitre.
Dans les premiers pays touchés, on peut citer, dans l'ordre d'apparition (des cas dépistés et confirmés), la Thaïlande, Corée du sud, les Etat Unis, Taiwan, Singapour et le Japon.

Le premier cas officiel de coronavirus est identifié le 24/01/2020 sur le territoire Français.

Mais rétrospectivement, il est mentionné dans un article,(6) la présence d'un patient pris en charge en réanimation le 27 décembre 2020 en région parisienne dont la PCR réalisée à postériori montre une contamination par le SARS-CoV-2.

Le 30 janvier, L'OMS déclare l'urgence de santé publique de portée internationale
Le 11 mars 2020, l'OMS reclasse l'épidémie COVID 19 en tant que pandémie.
Nous sommes alors à 121 000 cas confirmés dans le monde.
Pour rappel, la définition d'une pandémie, telle que définie par l'OMS (7) *est une épidémie de très grande envergure, qui se développe sur un vaste territoire (au moins deux continents), en dépassant les frontières des états*.
Par la suite, le nombre de cas, d'hospitalisations et de décès ne cesse d'augmenter dans le monde.
Pour rappel les différents stades épidémiques tels que définis dans le plan ORSAN REB du gouvernement (8) :

- Stade 1 : limiter l'introduction du virus sur le territoire.
- Stade 2 : limiter la propagation du virus sur le territoire.

Les stades 1 et 2, qui présentent une stratégie d'endiguement de l'épidémie,

- Stade 3 : atténuation de la circulation active du virus dans la communauté.
- Stade 4 : retour à la situation antérieure.

Le stade 3 est déclaré en France le 14 mars 2020 et le début du confinement est instauré à partir du mardi 17 mars 2020, jusqu'au 11 mai 2020, soit huit semaines au total.
Le confinement consistant à la mise en place de mesures de distanciation sociale extrêmes, (telles que des restrictions de mobilités, de rassemblements et des fermetures d'établissements privés ou publics), pour briser les chaines de contagion du virus et ainsi, freiner et étaler dans le temps les hospitalisations (pour ne pas dépasser les capacités d'accueil hospitalier et des réanimations).

2.2 Virologie

Le virus SARS-CoV-2, qui est l'acronyme de Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2, et peut se traduire par syndrome respiratoire aigu sévère du au coronavirus 2. Il est responsable de la maladie COVID 19.

Il s'agit d'un virus enveloppé appartenant à la famille des *Coronaviridae* (dont le nom vient de la forme en couronne des protéines de surface) et du genre betacoronavirus(9).

La plupart des coronavirus humains ne sont responsables que de symptômes mineurs, souvent de la sphère ORL allant de la rhinite à la rhinopharyngite.

Parmi les coronavirus humains on peut distinguer trois virus émergents a la pathogénicité accrue : le SARS-CoV (létalité de 10%) le MERS-CoV (35 % de létalité) et le SARS-CoV 2 qui fait l'objet de cette étude.

La transmission du virus s'effectue par voie aérienne via les gouttelettes (sécrétions invisibles projetées lors d'une discussion, d'éternuements ou de la toux) ou des particules émises encore plus fines (nommées aérosols). On considère donc qu'un contact étroit avec une personne malade est nécessaire pour transmettre la maladie : même lieu de vie, contact direct à moins d'un mètre en l'absence de mesures de protection lors d'une discussion, d'un effort de toux, d'un éternuement.

Un des autres vecteurs privilégié de la transmission du virus est le contact des mains non lavées et souillées par des gouttelettes.

La durée de vie du virus sur les surfaces dépend des matériaux, de la température et de l'environnement de ces surfaces. De plus il est probablement inexacte d'assimiler en condition « vraie vie » des durées de vie en fonction des surfaces réalisées en conditions expérimentales. (10) Mais il faut retenir que le virus nécessite des produits de désinfection de type virucides (Alcool, javel…).

La durée d'incubation moyenne est de 5 jours, avec des extrêmes de 2 à 12 jours maximum.(11)

Les symptômes possibles sont (11) ; (12) :

- Symptômes infectieux généraux : fièvre, frissons, syndrome pseudogrippal avec courbatures, myalgies.

- Symptômes infectieux spécifique d'organe : ORL (odynophagie, rhinite) et Respiratoire (Toux plutôt sèche, dyspnée).

- Symptômes généraux : asthénie, altération de l'état général, anorexie.

- Chez la personne âgée, en plus : altération de l'état général, chutes à répétition, syndrome confusionnel, diarrhée.

- On note aussi des signes d'atteinte du système nerveux central : des pertes brutales du goût et/ou de l'odorat, événements qui surviennent chez 30 à 50% des adultes infectés et qui sont très prédictifs de Covid-19.

- symptomatologie plus rare et aspécifique : éruption cutané, (voire acrosyndromes, et érythèmes faciaux) (13) douleur thoracique, vertiges, thromboses.

Les formes graves, responsable d'une détresse respiratoire apparentée à un SDRA (Syndrome de Détresse Respiratoires Aigue) apparaissent entre le 7ème et le 10ème jour depuis le début des symptômes.

Les facteurs de risques de décès sont, comme colligés par le HCSP (14) :

• âge

• antécédents cardiovasculaires: HTA compliquée, AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque avancée.

• Diabète non équilibré.

• Pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale

• Insuffisance rénale chronique dialysée

• Néoplasies sous traitement.

• les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise

• les malades atteints de cirrhose au stade B de la classification de Child-Pugh au moins

• les personnes présentant une obésité morbide

A noter cependant, on estime que la moitié des personnes qui ont été infectées par le virus, ont été asymptomatiques et potentiellement contagieuses. (15)

Les formes sévères représentent 13 à 17% et la létalité est de 2 à 3%.(9) Le taux de mortalité dépend fortement de l'âge de la personne. Il est de 15 % chez les plus de 80 ans.

Les examens biologiques permettant de mettre en évidence l'infection chez une personne sont :

- Les tests virologiques par RT-PCR SARS-CoV-2, après écouvillonnage nasal, avec une sensibilité de 70 %(9) si elle est réalisée la première semaine de l'infection (datée par l'apparition du premier symptôme). Cela permet de savoir si la personne est porteuse du virus et excrétrice.

- Les tests sérologiques, recherchent si une personne a développé une réaction immunitaire après avoir été en contact avec le virus en détectant les anticorps et qui témoignent d'une exposition antérieure au virus, mais de durée indéterminée. Réalisés par prélèvement sanguin et analyse par un laboratoire.

- Les tests antigéniques, par prélèvement nasopharyngé. Avec une sensibilité plus faible que la RT-PCR, notamment chez la personne asymptomatique.(16)

2.3 Histoire

Pour se situer dans l'histoire il est rappelé quelques pandémies ou épidémies majeures de l'histoire des XXème et XXIème siècles et causées par des virus à tropisme respiratoires.

Grippe espagnole :

Il s'agit de la pandémie responsable du plus grand nombre de morts depuis le XXème siècle.(17) Elle cause le décès de plus de 60 millions de personnes dans le monde. Elle sévit en plusieurs vagues épidémiques, de septembre 1918 à mai 1919. Elle a été responsable de 400 000 décès en France.

Elle est remarquable par son incidence élevée chez les sujets jeunes (15-35 ans) et sans comorbidité. Les moins de 65 ans représentent 99% de la surmortalité due à la grippe.

A l'époque déjà, les hôpitaux se sont retrouvés débordés, et on a vu apparaitre des mesures telles que le port d'un masque (en tissus) dans les transports, surveillance accrue des populations à risque (18).

Grippe de Hongkong :

Une souche H3N2 de virus grippal a été responsable d'environ 1 million de morts dans le monde(19) de 1968 à 1970, dont 17 000 décès directs et un surplus de mortalité de plus de 40 000. Cette épidémie a stimulé l'intérêt pour le problème de la grippe et relancé les recherches, aboutissant à une meilleure compréhension de la structure du virus et du mécanisme de ses variations. De plus, elle a permis de mobiliser des moyens humains et financiers, à l'échelle mondiale pour renforcer les systèmes de surveillance, notamment le réseau international de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec les Centres mondiaux et les Centres nationaux de référence, qui se sont révélés très utiles par la suite(19)

Grippe H1N1 (2009 à 2010) :

Cette pandémie est importante car du fait de sa survenue il y a 10 ans, tous les médecins libéraux ou hospitaliers l'ont vécue, ou tout au moins comme étudiant en médecine pour les plus jeunes installés.

De plus certains stocks de masques nécessaires pour faire face à l'épidémie actuelle dataient d'une dotation d'Etat de l'épidémie de grippe H1N1(20). De nombreux témoignages de professionnels de santé locaux montrent qu'ils ont encore le carton de dotation de l'époque contenant 50 masques FFP2, une poche de masques chirurgicaux à liens à nœuds et deux paires de lunettes de protection individuelle.

Le nombre de morts confirmés directement rapportés à ce virus est d'un peu moins de 19 000(21).

Le SRAS et le MERS :

Deux épidémies dues à un virus de la famille des coronavirus.

L'épidémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), a débuté en 2002 en Chine, puis s'est étendue au niveau mondial en 2003 faisant plus de 8000 cas et près de 800 morts (22). Le virus responsable a été rapidement mis en évidence (le Sars-CoV), le réservoir animal étant la chauve-souris insectivore et l'hôte intermédiaire est la civette palmiste masquée, animal sauvage vendu sur les marchés et consommé dans le sud de la Chine. Le taux de létalité global est de 15% et peut dépasser 50% chez les personnes de plus de 65 ans (22)

L'épidémie de MERS (due au coronavirus MERS-CoV), en 2012 est localisée au Moyen-Orient et a touché 1219 personnes confirmées et provoqué 449 morts officiels (23).

Le taux de létalité estimé est de 30 %.

Ces deux virus et épidémies correspondantes ont été limités du fait de l'identification rapide du virus et la mise en place de mesures d'isolement. C'est-à-dire de diminuer le nombre de reproduction de base (ou R0) du virus : le nombre moyen de personnes qu'une personne contagieuse peut infecter. C'est aussi l'enjeu des mesures barrières liés au COVID et au confinement.

Il s'agit des premiers virus de la famille de coronavirus, qui étaient responsables de symptômes respiratoires graves et avec un taux de mortalité élevé, par rapport aux autres coronavirus très présents mais responsables de symptomatologie bénigne à type de rhinopharyngite. Il semble que dans le cadre de ces deux virus, seuls les personnes symptomatiques étaient contagieuses.(24)

La surveillance de l'émergence de nouveaux virus de ce type, repose sur la déclaration précoce de cas groupés de Pneumopathie aiguë atypique sévère(24).

Récurrences :

Ces quelques exemples parmi tant d'autres révèlent les récurrences régulières des épidémies et pandémies prenant des formes différentes et la nécessité de mettre en place des mesures durables de lutte. Elles prennent des formes différentes, dues aux caractéristiques de l'agent causal. Pour reprendre la citation du Pr Arnaud Fontanet,

épidémiologiste, en 2018, disait tous les cinq ans, l'humanité subit une crise majeure due à l'émergence ou à la réémergence d'un virus(25).

2.4 Chronologie des événements vus par les médecins généralistes charentais

Il a été réalisé plusieurs réunions d'information, avec présence d'infectiologues au début de l'épidémie pour réaliser une mise au point de l'état des connaissances.

Il a été organisé par l'antenne ARS charentaise, deux réunions regroupant des médecins généralistes charentais, des infectiologues, virologues et urgentistes du Centre Hospitalier d'Angoulême les 19 mars et 23 avril 2020. Celles-ci ont regroupé au maximum un peu plus de 200 participants chacune.

Concernant le matériel de protection (masques, surblouses, lunettes, gants…) et de désinfection (SHA, …) qui était en quantité insuffisante au début de la crise ; les médecins généralistes ont reçus une dotation plus ou moins régulière de masques chirurgicaux et FFP2, centralisée par les officines.

Parmi les réseaux d'information crées spécifiquement pour la gestion de la crise, et destinés aux médecins généralistes, on peut citer coronaclic.fr, à l'initiative du CNGE, regroupant des informations indépendantes de tout intérêt industriel, référencées et actualisées quotidiennement : algorithme décisionnel, répertoire de références scientifiques, infographies. On peut citer aussi, à l'initiative de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), la centralisation sur leur site(26) de nombreuses publications, données épidémiologiques, recommandations de la part de Santé Publique France (SPF), du HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique).

Enfin, on peut citer la mise en place de certaines mesures comme la Prolongation automatique pour les patients dont l'ALD arrive à échéance ; la possibilité aux patients de faire renouveler la plupart de leurs traitements habituels jusqu'au 31 juin 2020, malgré l'expiration de l'ordonnance renouvelable.

La téléconsultation

Il est nécessaire de rappeler l'assouplissement des conditions de réalisation et de facturation, afin de comprendre ses différents aspects dans notre étude.

Très rapidement, dans les recommandations, il a été conseillé de réaliser des téléconsultations afin de limiter le déplacement des patients et le contact entre eux, notamment dans les salles d'attentes.

Avant l'épidémie les conditions de prise en charge pour les téléconsultations telles que définies par la convention médicale N°6 comprenaient notamment :

- Remboursement à 70% par l'assurance maladie, et 30 % par les mutuelles, sauf motif en lien avec ALD, prise en charge à 100% par l'assurance maladie
- Utiliser une vidéotransmission et veiller à sa sécurisation, ainsi qu'aux documents transmis (ordonnances, prescriptions d'examens complémentaires)
- Respect du parcours de soins.
- Avoir eu une consultation physique avec le médecin dans les 12 derniers mois.

Depuis le début du confinement, la CPAM a indiqué la prise en charge à 100% des téléconsultations. Ceci en utilisant le code de la nomenclature NGAP adéquat (TCG). Cela permettra par la suite de réaliser des statistiques sur la pratique des téléconsultations. Jusqu'au 10 juillet les téléconsultations uniquement par téléphone sont possibles dans les cas suivants :

- patients résidant dans les zones blanches

- patients présentant les symptômes de l'infection ou reconnus atteints du covid-19,

- patients en affection de longue durée (ALD),

- patients âgés de 70 ans et plus.

- patientes enceintes

De plus, il n'est plus nécessaire au patient d'être dans le parcours de soins, ou d'avoir consulté le médecin réalisant la téléconsultation dans les 12 derniers mois. Mais aussi, il est autorisé de recourir à des solutions vidéo grand public, afin de facilité leur utilisation par le grand public (Skype®, WhatsApp®,FaceTime®…), malgré le fait que ces solutions n'offrent pas le même niveau de sécurité.

De même, de très nombreuses plateformes privées ou publiques de téléconsultation ont offert la gratuité de leurs services sur des périodes définies.

III - Matériel et méthode

3.1 Objectif de l'étude

L'objectif principal est d'identifier les modifications de pratiques mises en place par les médecins généralistes charentais, et les freins à leur mise en place pour faire face au covid 19, lors de la période de confinement.

3.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative et réalisée auprès des médecins généralistes libéraux installés en Charente, réalisée sous la forme d'un questionnaire anonyme à répondre en ligne.

3.3 Echantillon

- **Critères d'inclusion :**

- Médecins généralistes libéraux
- Installés et inscrits auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Charente au 01/04/2020
- En tant qu'associé / collaborateur / adjoint
- Ayant un exercice libéral exclusif ou mixte

- **Critères d'exclusion :**

- Activité salariée exclusive
- Il est considéré qu'une personne ne répondant pas aux critères d'inclusion, mais recevant le questionnaire par erreur, ne répondrait pas à l'enquête, car les questions sont clairement dirigées vers les médecins libéraux charentais.

- **Recrutement :**

Il a été identifié avec l'aide du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Charente (CDOM 16), les médecins répondant aux critères d'inclusion.
Il leur a été envoyé par mail le questionnaire avec un paragraphe expliquant les attentes de cette étude, avec mes coordonnées professionnelles.
Le mail contenant le lien du questionnaire est envoyé directement par le conseil de l'ordre pour des soucis de confidentialité.
LE CDOM m'a ensuite transmis l'effectif de l'échantillon, la répartition par âge et par sexe au 4 mai 2020.
Le questionnaire a été envoyé le mardi 7 avril 2020, avec un rappel par mail effectué le 23 Avril. L'étude s'arrête le 02/05/2020.
Il était évidemment demandé que les personnes ayant déjà répondu au questionnaire s'abstiennent de toutes nouvelles réponses.

3.4 Le questionnaire (annexe 1)

- **Réalisation :**

Devant des soucis de confinement de la population, et de fonctionnement au ralenti de certains services publiques comme la poste, le questionnaire a été réalisé en ligne, via la plateforme en ligne google-form®
Ceci permettant une rapidité de diffusion, de réponse et de rappel.
Il a été initialement testé sur trois médecins généralistes installés hors de la Charente, ainsi, que sur les professionnels de santé médecins et non médecins d'une même maison de santé.
A la suite, certaines questions, ont pu être reformulées, ou ajoutées.
Il a été préféré une rédaction rapide du questionnaire, plutôt qu'une liste presque exhaustive de toutes les problématiques que peuvent rencontrer les médecins généralistes face au covid 19.
Cela afin, de bénéficier d'un maximum de réponses face à un questionnaire en ligne.

Le temps de réponse au questionnaire équivaut environ à 5 minutes.

-**Composition du questionnaire :**

Ces questions et la réalisation de ce travail, venant d'un constat dans notre pratique, au moment du début du confinement, d'un manque d'informations utiles quant à l'organisation dans notre cabinet et de notre emploi du temps. Le choix des questions a été fait pour répondre à cette problématique et connaitre ce qui a été réalisé auprès des autres confrères, afin, d'éventuellement s'en inspirer et de proposer au plus grand nombres des schémas organisationnels.
Après la création en 48H00 d'un lieu de consultation extérieur a la maison de santé, dédié uniquement aux patients infectés, nous souhaitions savoir ce qui pouvait être encore amélioré dans notre pratique.

Le questionnaire est divisé en deux parties : une première partie de questions fermées, avec des réponses à choix multiples, toutes obligatoires et une seconde sur des questions ouvertes facultatives avec des réponses plus ou moins longues.
Il a été choisi de rendre cette partie facultative afin de ne pas perdre de réponses, de personnes qui abandonneraient le questionnaire en cours de réponse à la vue d'une longueur ou d'une complexité trop importante.

La réalisation du questionnaire a été faite avant la diffusion au niveau national de sondages traitant le même sujet. Il en est différent par la présence des questions ouvertes qui permettent de recueillir le ressenti du médecin face à l'épidémie, ce que ne permet pas les QCM.

La première partie s'intéresse à (questions fermées) :

- La répartition par âge, mode d'exercice des répondants,
- L'organisation structurelle du cabinet face à l'épidémie,
- La gestion des patients suspects d'infection au sars-cov-2,

- La téléconsultation.

Les questions ouvertes s'intéressent :

- A la coordination avec les autres professionnels et structures de santé : pharmaciens, IDE libérales, IDE asalée, EHPAD,
- A la réalisation des téléconsultations,
- Enfin une question ouverte générale finale pouvant faire ressortir d'autres idées d'organisations.

3.5 Recueil et analyse des résultats

L'étude a débuté le **7 avril 2020**, soit trois semaines après le début du confinement de la population française.

Il a été réalisé un rappel le 23 avril 2020.

Elle s'est terminée le **02 mai 2020** devant un arrêt des réponses au questionnaire.
C'est-à-dire une semaine avant la fin du confinement en France.
La période d'ouverture des réponses est donc de quatre semaines en tout.

Les réponses ont été recueillies par l'application en ligne google-form®. Les résultats ont été ensuite téléchargés et inclus pour chaque question dans une feuille de calcul du logiciel EXCEL®. Ce même logiciel a été utilisé pour fournir la majorité des figures graphiques illustrant résultats. Les autres graphiques proviennent de l'application en ligne google-form®.

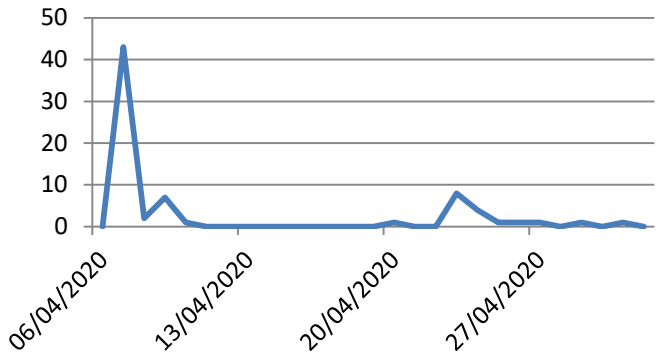
IV - Résultats

Il a été obtenu sur les 4 semaines d'ouverture du questionnaire **71 réponses**.

Soit une participation de **28 %** de l'ensemble des destinataires du questionnaire (256).

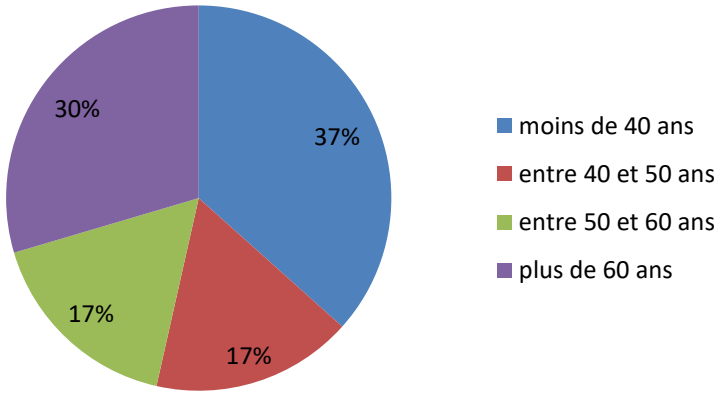
La figure ci-contre montre l'évolution du nombre de réponses en fonction de la date. On note donc une très grande majorité de réponses le jour même de l'envoi du questionnaire, avec un rappel obtenant quelques réponses supplémentaires.

Figure 1 : Nombre de réponses par jour



4.1 Données démographiques

Figure 2 : Age des répondants



Répartition par l'âge des répondants :

Sur les 71 réponses,

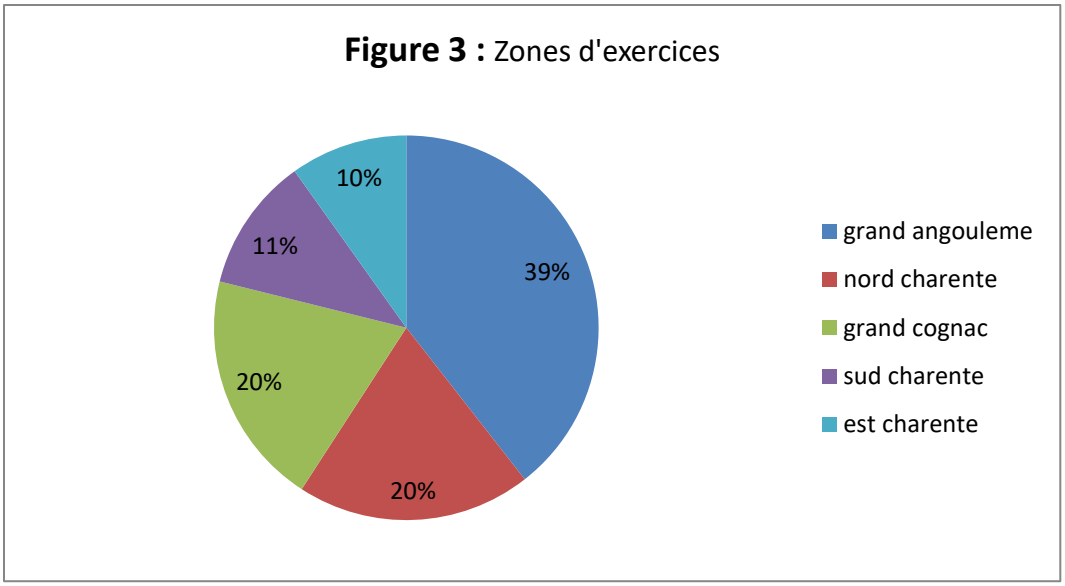
On note 26 médecins de moins de 40 ans,

12 médecins entre 40 et 50 ans, mais aussi entre 50 et 60,

Et 21 de plus de 61 ans.

Répartition des zones d'exercices :

Il a été demandé de choisir entre 5 zones d'exercices.

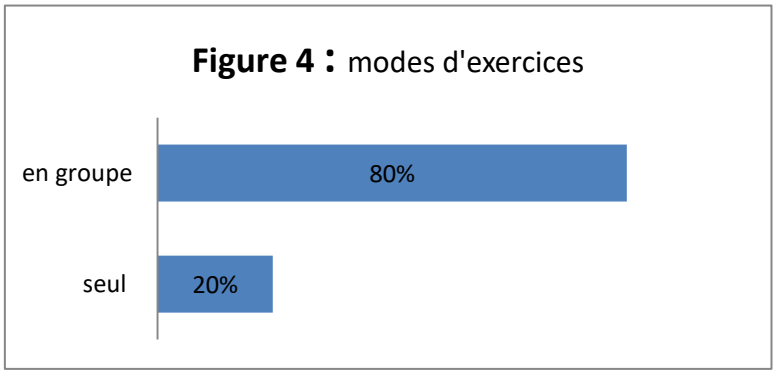


On note un grand nombre de réponses de médecins exerçant sur la région grand Angoulême, soit 28 sur 71 répondants.

20 médecins sont situés en Nord Charente, il en est de même pour la zone de Grand Cognac.

8 réponses proviennent du sud Charente, et 7 de la Charente est.

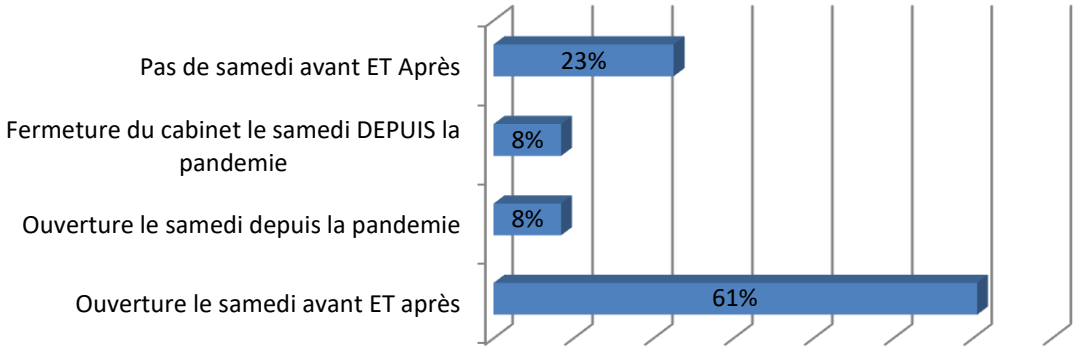
Modes d'exercices :



57 des réponses concernent des médecins exerçant à plusieurs et 14 exerçant seuls.

4.2 Organisation du cabinet

Figure 5 : permanence du samedi matin



Parmi les 71 répondants, on note 43 médecins qui déclarent ouvrir leur cabinet avant la pandémie et ne pas avoir changé cette habitude.

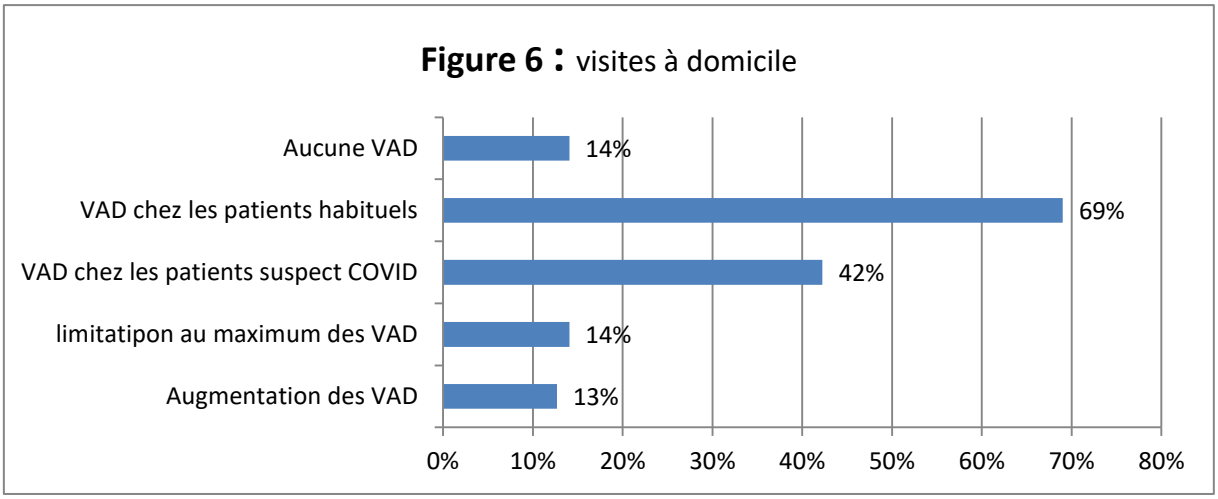
A l'inverse, on note 16 personnes ne consultant pas le samedi, qui n'ont pas changé cette habitude avec la pandémie.

Cependant on note 12 médecins sur les 71 réponses qui ont changé leurs habitudes : 6 qui se sont mis à consulter le samedi, alors qu'ils ne le faisaient pas avant et 6 qui ont arrêté de consulter le samedi avec la pandémie.

Visites à domiciles :

La question étant à choix multiples et non à choix unique, un médecin pouvait choisir plusieurs réponses pour représenter au mieux sa pratique.

Il est donné seulement le nombre de réponses pour chaque item (sur 71 participants). (VAD = Visites à Domicile)



Sur les 71 réponses, 10 déclarent ne faire aucune visite à domicile durant le confinement, 10 les limiter le plus possible. 49 continuent de voir les patients habituellement vus en visite, 30 affirment voir à domicile des patients ayant des symptômes compatibles avec une infection par le sars-cov-2.

Enfin 9 signalent avoir augmenté leur nombre de visites à domicile.

Lieu de consultation pour les patients suspects ou COVID confirmés :

Parmi les réponses, 2 (2.8 %) déclarent consulter dans un COVID center, (lieu de consultation dédié, uniquement pour les patients COVID, organisation à plusieurs cabinets ou Maison de santé, présence à tour de rôle des différents médecins),

Aussi, 7 médecins (soit 10 %) déclarent consulter dans un lieu de consultation dédiée extérieur au cabinet ou à la maison de santé et qui n'est utilisé QUE pour les patients du cabinet.

Douze médecins (soit 17 %) déclarent consulter dans une salle de consultation dédiée au sein même du cabinet médical.

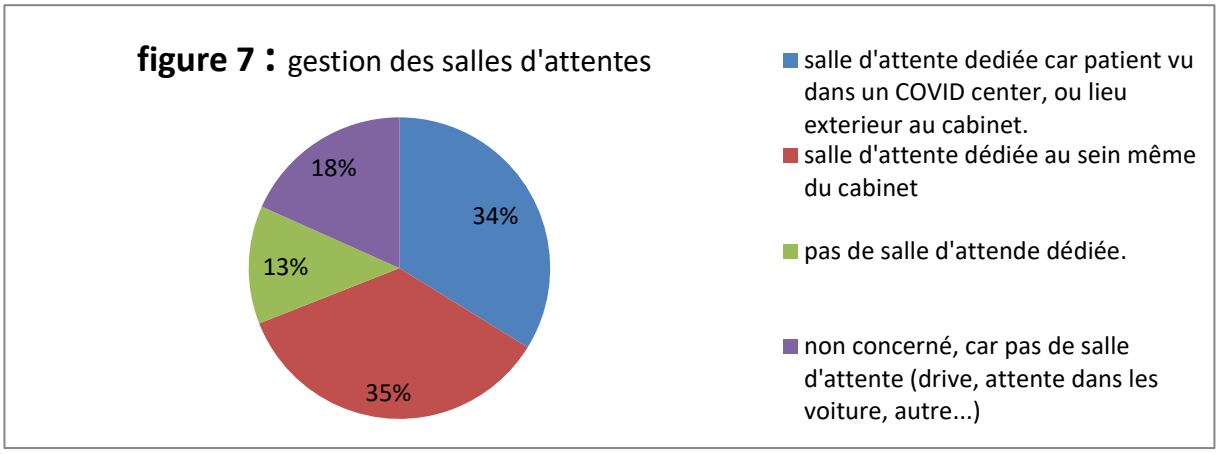
On note 45 personnes (soit 63 %) qui consultent dans leur salle habituelle, en désinfectant après chaque patient symptomatique, mais dont parmi eux, 27 affirment réserver des créneaux horaires dédiés aux patients avec une infection liée au COVID.

Au total, on compte 38 médecins qui ont réservé des créneaux spécifiques aux personnes symptomatiques.

Seulement 2 médecins affirment voir le patient dans la même salle d'examen que d'habitude et sans précaution particulière entre chaque patient suspect COVID.

Il est à noter 3 réponses à la question N°8 qui sont inexploitables.

Gestion de la salle d'attente :



Concernant l'organisation des salles d'attentes, on constate que 24 médecins possèdent une salle d'attente dédiée située à l'extérieur du cabinet, (par exemple, consultation dans un COVID-center, ou lieu de consultation externe au cabinet).

25 possèdent une salle d'attente dédiée, mais située au sein même du cabinet. 9 médecins, utilisent la même salle d'attente que d'habitude et pour tous les patients.

Enfin, 13 déclarent ne pas utiliser de salle d'attente, c'est-à-dire, de faire attendre le patient à l'extérieur, ou en voiture …

4.3 La téléconsultation,

Concernant, la téléconsultation, 3 sur les 71, soit 4.2%, pratiquaient la téléconsultation avant l'épidémie, et n'ont naturellement pas changé cette habitude.

9 répondants, soit 12.7% déclarent ne pas pratiquer de téléconsultation, que ce soit avant ou après la pandémie. Ils ne sont donc pas comptabilisés sur le reste des questions concernant la téléconsultation.

59 réponses (soit 83 %) concernent des médecins qui ne pratiquaient pas la téléconsultation avant mais qui ont passé le cap avec la pandémie.

A noter que cela sous-entend toutes formes de téléconsultation, que ce soit juste téléphonique, avec visio-conférence, ou en cabine de téléconsultation.

De plus, en ajustant chaque réponse concernant la pratique de la téléconsultation sur l'âge du généraliste (fourni par la réponse à la question N°1), on obtient le tableau suivant, qui montre la pratique de la téléconsultation en fonction de l'âge des médecins :

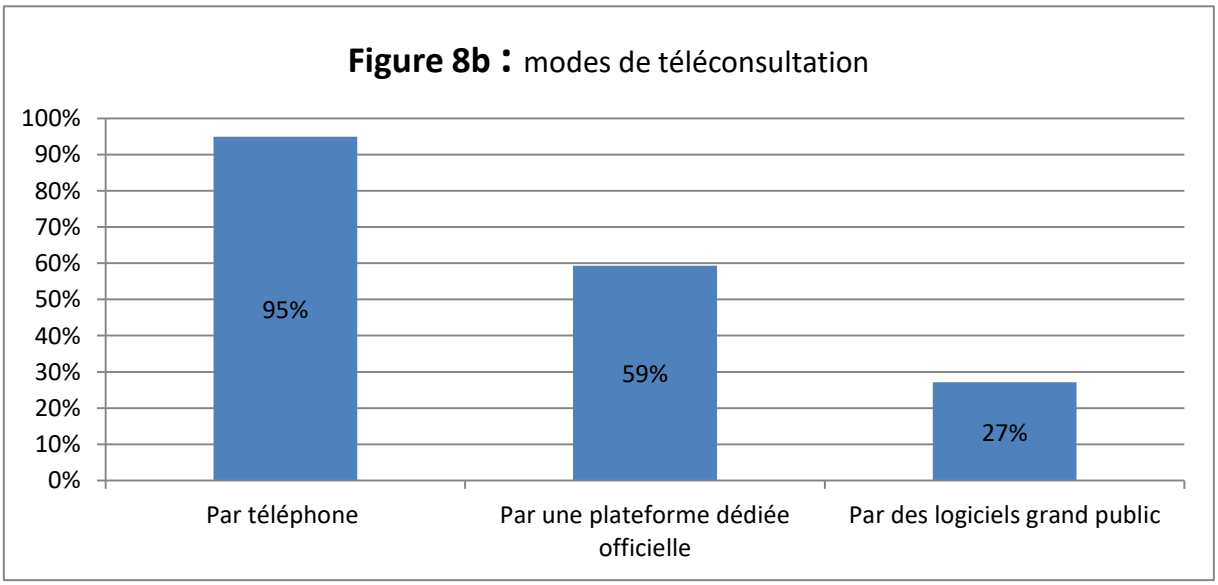
Réponse / Age	NON, pas de téléconsultation	Oui, déjà avant l'épidémie	OUI, DEPUIS l'épidémie
Moins De 40 ans	1	0	25
Entre 40 et 50	1	0	11
Entre 50 et 60	3	1	8
+ de 60 ans	4	2	15
Total	**9**	**3**	**59**

Figure 8a *: réponses à la question N°12 en fonction de leur réponse à la question N°1*

Pour les 59 personnes déclarant effectuer la téléconsultation, il était demandé par quel mode.

La question étant à choix multiples, les médecins avaient la possibilité de choisir plusieurs types de réalisation de téléconsultation afin de se rapprocher de la réalité.

Ceci est représenté par la figure suivante :



Ainsi, on constate que la majorité, soit 56 sur les 59 pratiquant la téléconsultation, utilisent le téléphone pour cela.

De plus, 35 utilisent une plateforme dédiée, avec de la Visio et 16 utilisent comme Visio des logiciels grand public, et non sécurisés, tel que Google duo®, facetime®…

Enfin il était demandé de mettre, de façon subjective, sur une échelle de 1 à 10, quelle part de ces consultations était facturée, quel que soit le mode de facturation (Via le code TCG expliqué précédemment, via le patient …).

Le graphique suivant résume cela :

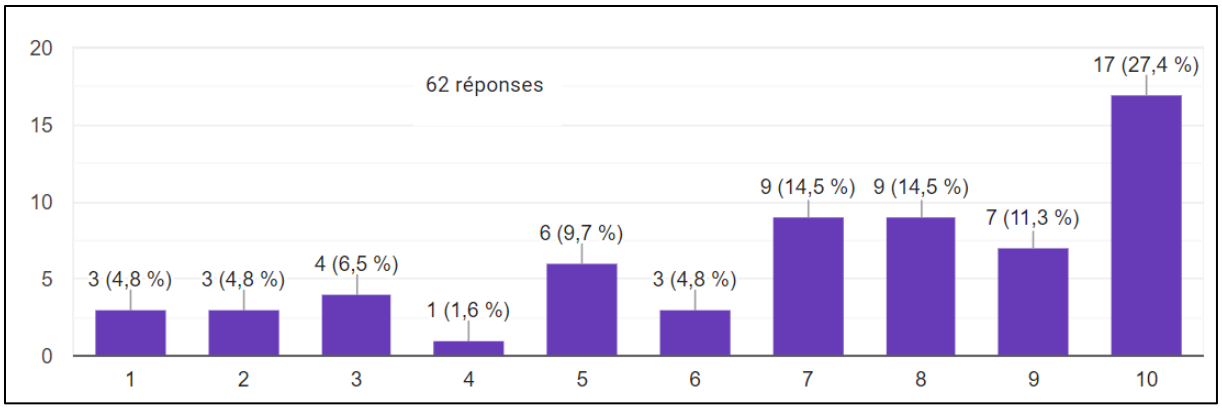


Figure 9 : réponses à la question : quelle proportion de ces téléconsultations facturez-vous ?
Sur l'axe vertical le nombre de réponses totales pour chaque note.
Sur l'axe horizontal : les notes de 1 à 10.

De même, il était demandé de répondre de façon subjective, toujours sur une échelle de 0 à 10, sur la facilité générale quant à la réalisation de ces téléconsultations.

La distribution des réponses est présentée dans la figure 10 :

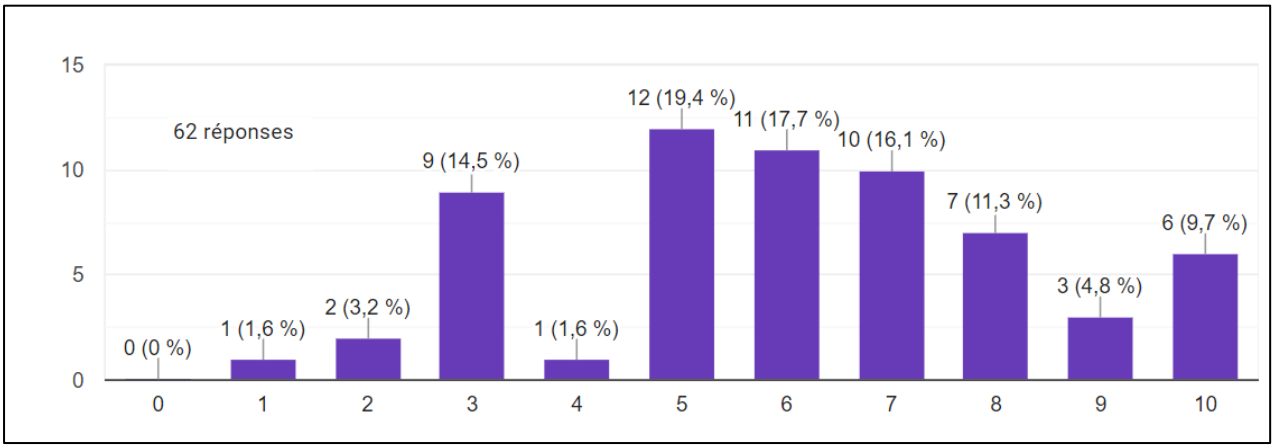


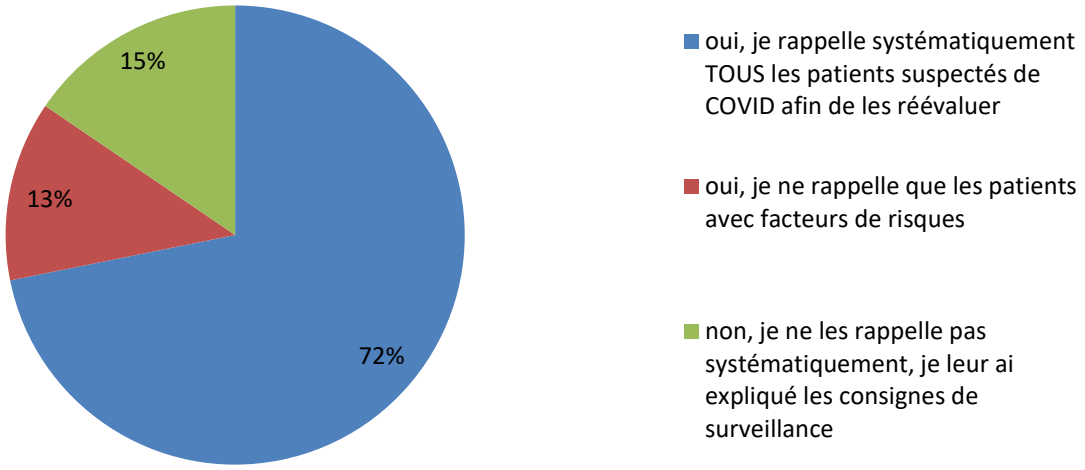
Figure 10 : réponses à la question « évaluation de la facilité de réalisation des téléconsultations. »
Sur l'axe vertical le nombre de réponses totales pour chaque note.
Sur l'axe horizontal : les notes de 0 à 10.

4.4 Gestion des cas suspect COVID

Conformément aux recommandations du HCSP datant du 15/04/20, et afin de dépister les formes graves, qui apparaissent entre le 7e et le 10e jour à partir du début de l'infection, il

été demandé aux médecins s'ils effectuaient un rappel téléphonique ou une consultation de réévaluation des patients suspects d'infection par le virus entre le 7e et le 10e jour suivant l'apparition des premiers symptômes.

Figure 11 : rappel des patients fragiles

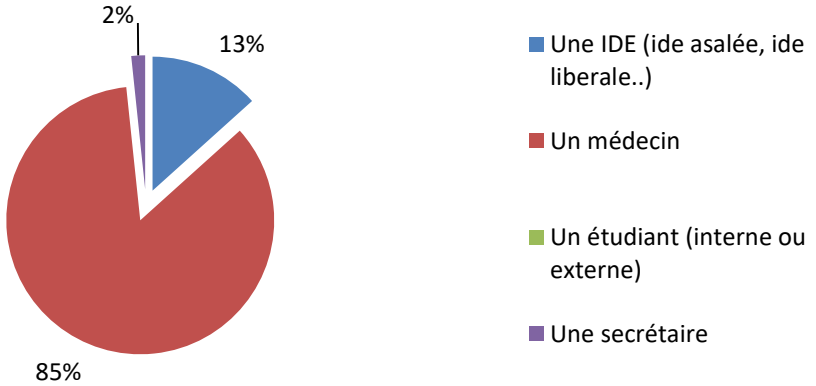


On note que la majorité des médecins (51 en tout, soit 72%) effectuaient une réévaluation clinique ou par consultation téléphonique de TOUS les patients pouvant être suspects d'infection par le sars-cov-2, alors que 9 (soit 13%), ne réévaluent que ceux porteurs de facteurs de risques.

11 (soit 15 %) répondent donner les consignes de surveillance habituelles, mais laissent au patient ou à son entourage le soin de rappeler le médecin.

Pour compléter cette question, la figure suivante montre qui effectue le rappel du patient entre le 7e et le 10e jour du début des symptômes.

Figure 12 : Qui rappelle les patients fragiles



Sur les 60 personnes ayant répondu rappeler les patients ayant des symptômes, on en compte 51, soit 85 %, affirmant que c'est un médecin qui effectue la réévaluation du patient, que ce soit le médecin ayant fait la consultation initiale ou non.

Les infirmières (asalée ou libérales) sont sollicitées dans 8 cas sur les 60, aucun étudiant n'est sollicité par contre et, pour un médecin, il s'agit de la secrétaire.

4.5 Matériel divers

	Aucun		Moins de 2 jours de stock		Entre 2 Jours et une semaine		Entre 1 semaine et un mois		Plus de 1 mois	
SHA ; solution ou gel Hydro-alcoolique	1	**1%**	1	**1%**	17	**24%**	40	**56%**	12	**17%**
Masque FFP2	5	**7%**	8	**11%**	21	**30%**	33	**46%**	4	**6%**
Masque chirurgical	3	**4%**	9	**13%**	18	**25%**	33	**46%**	8	**11%**
Vêtements type blouse/ sur blouse	26	**37%**	10	**14%**	18	**25%**	12	**17%**	5	**7%**
Lunettes de protections	35	**49%**	15	**21%**	5	**7%**	6	**8%**	10	**14%**
Matériels de désinfection des surfaces	7	**10%**	9	**13%**	16	**23%**	26	**37%**	13	**18%**

Figure 13 : *Réponse à la question : Au moment de la rédaction du questionnaire, comment évaluez-vous la quantité de matériel dont vous disposez*

Légende : En gris le total brut du nombre de réponse à chaque item
En noir : Le pourcentage correspondant (sur 71 réponses) pour chaque type de matériels

Ci-dessus un tableau reprenant les réponses à la question évaluant la durée des stocks des différents types de matériels. Ces résultats sont présentés sous forme d'un tableau compact dont il est visuellement difficile de tirer un aperçu.

Enfin, de façon subjective il était demandé aux médecins de choisir une note de 0 à 10 pour évaluer leur ressenti quant au changement global de leur pratique face à l'épidémie. Ce qui est représenté par la figure suivante :

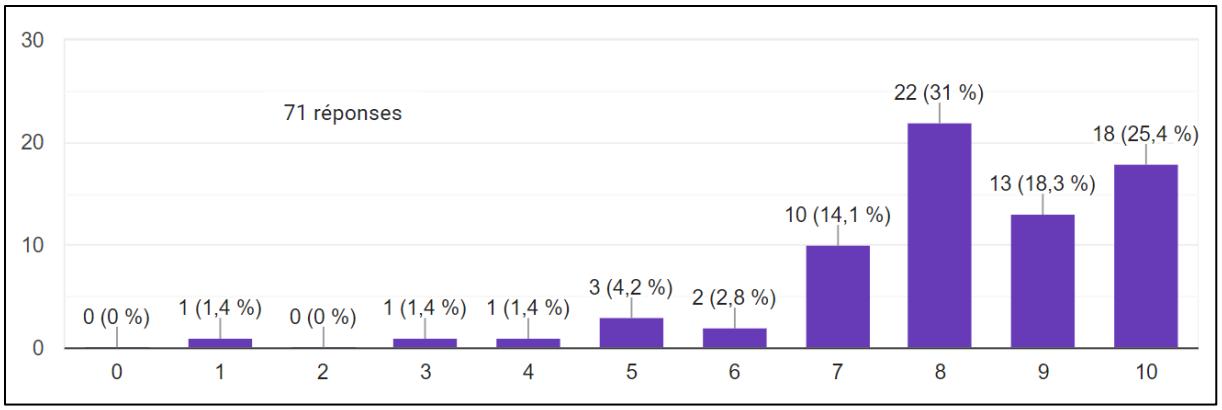


Figure 14 : réponses à la question : A quel point l'épidémie actuelle a changé votre organisation au cabinet.

4.6 Questions ouvertes

Le questionnaire comprenait 7 questions ouvertes sur différents sujets, afin de recueillir des avis libres de la part des médecins, leur donnant la possibilité de faire remonter des remarques, qu'ils ne peuvent pas toujours exprimer avec des questions à choix multiples. Celles-ci étant facultatives, toujours dans un souci de ne pas alourdir le questionnaire en terme de temps.

Ci-dessous les questions ouvertes avec le nombre de répondants à ces questions facultatives.

+ « **Quelles sont vos remarques concernant la réalisation des téléconsultations** » : on compte 37 réponses allant de 56 mots pour la plus longue à 5 pour la plus courte. Avec une moyenne de 16 mots par réponses.

+ « **Quelles autres adaptations non évoquées dans ce questionnaire avez-vous mis en place à votre cabinet ?** » : 42 réponses, de 174 mots à 1 mot, moyenne de 21 mots par réponse.

+ « **Pour les cabinets travaillant avec le réseau Asalée, quelle est la tâche des IDE asalée en ce moment** » : 46 réponses, de 25 à 2 mots avec une moyenne de 9 mots par réponse,

+ « **Quelle organisation les IDE libérales de votre secteur ont mis en place** » : 53 réponses avec une moyenne de 10 mots par réponses.

+ « **Quelle organisation avez-vous mis en place avec les pharmacies de votre secteur** » : 58 réponses avec une moyenne de 9 mots par réponses.

+ « **Quelle est votre organisation pour vos patients infectés ou non par le covid 19 en EHPAD** » : 60 réponses avec une moyenne de 10 mots par réponses.

+ **« Quelles sont vos préoccupations majeures en ce moment ? » :** 55 réponses, avec une moyenne de 14 mots par réponses.

Pour extraire les points majeurs ou récurrents des réponses à ces questions, il a été effectué une double lecture et analyse par deux médecins différents. Les informations ainsi extraites seront détaillées et commentées tout au long de la discussion.

V – discussion

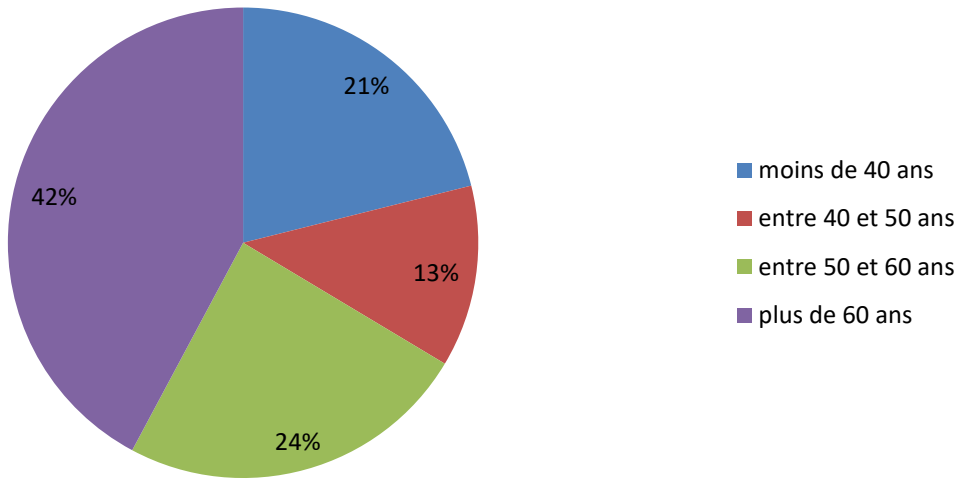
5.1 Démographie médicale

Afin de comparer les données de démographie médicale des répondants, le CDOM 16, a fourni au **4 mai 2020**, les données dont il dispose sur les médecins généralistes charentais installés en libéral en fonction de l'âge.

Ainsi, 71 médecins généralistes libéraux ont répondu au questionnaire, alors qu'ils sont 256 dans le département, ce qui représente un taux de réponse de **28 %**. Il s'agit d'un taux de réponse plutôt bon pour un questionnaire de ce type, que les médecins généralistes reçoivent régulièrement et auxquels ils n'ont pas toujours le temps de répondre.

Ceci témoigne d'un intérêt majeur de leur part à cette problématique.

Figure 15 : repartition par age des généralistes libéraux charentais au 04/05/20. *Source : CDOM 16*



Afin de faciliter la comparaison, les données fournies par le CDOM 16, ont été transformées pour reprendre les mêmes tranches d'âge du questionnaire, et les couleurs des deux figures (*figure 15* et *figure 2* en page 25) correspondent aux mêmes tranches d'âge.

Ainsi, on constate que les plus de 60 ans sont beaucoup moins représentés dans les réponses du questionnaire que dans la réalité (30% versus 42 %). Par contre les jeunes médecins ont majoritairement répondu au questionnaire (37 % des réponses alors qu'ils sont 21 % des médecins charentais).

Les tranches d'âge intermédiaires entre les deux ont répondu en proportion de leur représentation dans le département.

Cela peut s'expliquer par le fait que les jeunes médecins sont plus portés sur le numérique que leurs ainés.

Il n'a pas été possible d'avoir une répartition du nombre des médecins en fonction de la zone d'exercice. Pourtant, on constate sur la figure 2, une réponse majoritaire de la part des médecins du secteur nommé grand Angoulême, mais ensuite une répartition équitable entre les 4 autres secteurs.

5.2 La téléconsultation

La téléconsultation est évidement l'une des modifications majeures de l'exercice des médecins généralistes durant le confinement (27).

Les chiffres donnés par la CPAM au niveau national (27) révèlent un nombre de 5.5 millions de téléconsultations remboursées entre mars et avril 2020. Cela toutes spécialités médicales confondues (mêlant exercice libéral et hospitalier).

De plus on note, qu'au plus haut, entre début et fin avril, les téléconsultations ont ainsi représenté jusqu'à 27 % en moyenne de l'ensemble des consultations.

On note 36 000 médecins téléconsultants en mars 2020 et jusqu'à 56 000 médecins téléconsultants en avril 2020(28). De plus la part de téléconsultation est majoritairement facturée (à 90 %) en tiers payant, alors que cette part était de 42% avant le confinement(28).

Avec la simplification de la téléconsultation par la CPAM (évoquée en page19) ces chiffres ne permettent pas de différencier les téléconsultations avec vidéo ou par téléphone seul.

Les généralistes représentent 82.6% des téléconsultations (données entre septembre 2019 et avril 2020) (27).

De plus, la moitié des médecins téléconsultants ont moins de 50 ans alors que cette classe d'âge ne constitue que 37 % de l'ensemble de l'effectif de généralistes libéraux. À l'opposé, les médecins de plus de 60 ans réalisent moins de téléconsultations que leurs confrères, alors que plus d'1 médecin libéral sur 3 a plus de 60 ans (28)

Cela est tout à fait cohérent avec les chiffres de mon étude, ou la **figure 8a** en page 30, montre que la majorité des médecins ne pratiquant pas la téléconsultation ont plus de 60 ans.

De même, en analysant les 3 répondants qui affirmaient déjà pratiquer les téléconsultations avant la crise sanitaire, on voit qu'ils exercent tous en cabinet seul, deux pratiquaient les téléconsultations par téléphone uniquement, et un via les plateformes spécialisés (NB : le médecin mentionne doctolib® dans sa réponse).

Enfin, en recoupant plusieurs réponses de mon questionnaire, à savoir ceux qui pratiquent la téléconsultation via les plateformes sécurisées et leur âge, on constate que 60 % ont moins de 50 ans et 40% ont plus de 50 ans. Cette tendance était attendue.

A souligner, les médecins qui ont répondu au questionnaire sont probablement ceux qui sont les plus informatisé et un minimum à l'aise avec l'informatique. Cela crée un Biais de sélection.

On peut avancer tout de même que l'âge des praticiens est un frein à la réalisation des téléconsultations.

Dans le contexte actuel, il s'agit pourtant d'un enjeu majeur qu'il conviendra de travailler. Probablement qu'avec le développement du numérique, à tous les âges de la vie, les médecins de demain seront plus portés vers la consultation dématérialisée avec des avantages (isolement air ou gouttelette de facto, possibilité d'offre de soin sur des déserts

médicaux sous réserve d'une connexion téléphonique ou vidéo) et des inconvénients (Quid de l'examen clinique).

La figure N°9 représentant de façon subjective de la part du médecin sa facilité de réalisation des téléconsultations, montre un aspect de courbe en cloche avec un sommet situé vers 6/10. On peut en déduire que la difficulté générale ressentie est moyenne.

A travers la question ouverte posée sur ce sujet, les réponses révèlent 3 problématiques majeures évoquées par les médecins, classées de la plus fréquemment évoquée à la moins évoquée :

- Problème technologique lié à la connexion internet du médecin, OU du patient, ou des deux. Cela est évoqué dans 15 réponses sur les 34 totales à cette question.
- Problème lié au patient lui-même : de par l'équipement du patient en matériel informatique ou en lien avec un smartphone inadapté, et nécessitant de toutes façons quelques connaissances informatiques ou une familiarisation avec un smartphone pour utiliser des logiciels incluant la vidéo. L'obstacle majeur est l'âge de la patientèle plutôt élevée.
  Cette problématique est évoquée dans 12 réponses sur les 34.
- 6 médecins rapportent une difficulté liée à la consultation elle-même : un stress supplémentaire, un doute diagnostique plus important en téléconsultation, l'impression d'une consultation avec le patient de plus mauvaise qualité qu'en présentiel.

Il est à noter tout de même qu'aucune réponse n'évoque de problématique quant à leur facturation.

Cependant, on constate que les médecins ne les facturent pas toutes. Cela ne peut évidemment pas être évalué à partir des chiffres de la CPAM.

Ainsi, à la réponse quant au nombre de téléconsultations facturées par les médecins, (fig. 8), on constate que la médiane se situe entre 7 et 8 : c'est-à-dire que la moitié des médecins

facturent moins de 70 % des téléconsultations réalisées. Cela peut s'expliquer par le fait par exemple de ne pas souhaiter facturer une téléconsultation si elle était de courte durée, s'il y avait déjà eu plusieurs pour le même patient sur une période courte, mais aussi, par un manque de données administratives du patient telles que son numéro de sécurité sociale.

Le sujet de la téléconsultation pendant le confinement, peut à lui seul faire un sujet d'étude. On peut citer par exemple le travail de Thèse en cours de Anne DARRASSON(29) intitulé « *Quelle place pour la téléconsultation pendant et après la crise sanitaire ?* ».

5.3 Organisations des cabinets médicaux

Il a été réalisé plusieurs études au niveau national pour évaluer l'organisation des médecins généralistes durant la période de confinement ; Il est donc intéressant d'étudier les résultats obtenus par mon étude sur un échantillon local, avec des résultats d'études similaires sur des échantillons nationaux, sur la même période.

- **Enquête nationale du CNGE, résultats préliminaires** (30) **:**

Je citerai en premier l'étude intitulé *Enquête nationale Covid 19 et médecine générale, effectuée par le Collège National des Enseignant Généralistes (CNGE)* qui a recueilli la réponse de 5490 généralistes du **14/03/2020 au 21/03/2020** (31) (30).

80 % des médecins de l'étude au niveau national déclarent avoir mis en place des espaces dédiés à la consultation.

Cependant, je note que dans mon étude seulement 30% (21 réponses sur les 71) des médecins déclarent avoir une salle de consultation dédiée pour des patients ayant des symptômes (que ce soit une salle extérieure au cabinet et donc aucun mélange possible avec les autres patients, ou au sein même du cabinet mais réservée aux patients potentiellement porteurs du virus).

De plus, on note que seuls 69 % des médecins ont une salle d'attente dédiée aux patients symptomatiques.

Cela montre un niveau d'adaptation bien inférieur qu'au niveau national pour nos confrères charentais.

Cela peut s'expliquer par une épidémie moindre en nombre de cas dans notre département, avec certains COVID center qui étaient prêts (comme par exemple, le COVID center de Chateaubernard) mais qui n'ont pas eu besoin d'ouvrir, attendant une plus forte vague épidémique locale.

De plus on note que sur l'étude locale, seulement 52 % des médecins ont mis en place des créneaux dédiés au COVID, alors qu'ils sont 76 % au niveau national (30).

Par contre dans le département, on note autant d'adoption de la téléconsultation qu'au niveau national.

A propos du matériel dans mon étude 51 % des médecins déclarent avoir des lunettes de protection, et 63 % des blouses ou surblouses, ce qui est beaucoup mieux qu'au niveau national (respectivement 26 % équipé de lunettes et 21% des surblouses). De plus, 14 % des généralistes sur tout le territoire déclarent ne plus avoir de masque (au 21/03/2020) contre seulement 7 % (pour les masques FFP2) pour nos confrères Charentais et 4% pour les masques chirurgicaux.

Cela montre une situation que l'on peut évaluer de meilleure pour notre département. Cela peut être lié à une vague épidémique moins importante lors de la réalisation de cette étude.

- **Etude sur les maisons de santé** (32) **:** *Maisons de Santé et Centres de Santé face au Covid-19, enquête nationale.*

Etude réalisée entre le **2 et le 7 avril 2020**. Les destinataires étant les maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé. Il était demandé une seule réponse par centre maximum. 356 réponses ont été recueillies (262 maisons de santé et 96 centres de santé)

En comparant avec cette étude, portant sur l'ensemble du territoire français, les médecins généralistes charentais se sont mis à la téléconsultation dans les mêmes proportions qu'au niveau national (83 % au niveau départemental contre 86 %). Dans notre étude 20% des médecins consultent seuls et ceci ne semble pas être un frein à la téléconsultation puisque, dans l'ensemble, la proportion est équivalente versus médecins en maisons de santé.

De même dans nos résultats, 42 % affirment réaliser des Visites à domicile chez les patients ayant une symptomatologie compatible COVID, ce qui est exactement le même taux retrouvé dans l'étude nationale.

Par contre, dans l'étude nationale : 21% des médecins utilisent des plateformes de téléconsultations dédiées contre 59 % dans notre étude, ce qui représente le triple.

Pour expliquer ce chiffre en faveur de notre département, on peut soit évoquer une mauvaise compréhension de la question posée, soit encore une fois un biais de recrutement, où les personnes ayant répondu à notre étude sont majoritairement les plus jeunes médecins et/ou les plus à l'aise avec l'informatique.

Concernant le suivi des patients symptomatiques, notre étude montre que 85 % l'ont mis en place et en grande majorité par un médecin, sous forme de téléconsultation (figure 11). Pour les maisons de santé au niveau national cela est évalué à 92 %. Il s'agit de la même proportion.

Cela se confirme aussi dans l'étude (32), où près des deux tiers des répondants affirment avoir mis en place une coordination particulière pour faire face à cette crise

- **autres organisations :**

Comme évoqué dans la *figure 4*, 6 médecins ont fermé leur cabinet le samedi, et 6 se sont mis à faire des consultations le samedi. En recoupant leurs réponses avec celles des questions 3 (âge) ; 2 (mode d'exercices) ; et 1 (zone d'exercices) nous pouvons remarquer deux tendances. Ceux qui se sont mis à consulter le samedi exercent pour la plupart sur

Angoulême (5 sur les 6) et ceux qui ont fermé le samedi depuis l'épidémie exercent tous en groupes. Parmi les autres critères, on ne note pas d'autres tendances.

Pour expliquer le fait de fermer le cabinet le samedi avec l'arrivée de l'épidémie, on peut évoquer la difficulté plus grande le samedi de gérer les flux dit chauds (patients symptomatiques et potentiellement porteurs du virus) et les flux froids (patients venant pour tout autre motif) en l'absence de secrétariat le samedi, avec un risque de contamination important entre patients. Ou alors une contrainte économique (nette réduction des consultations durant le confinement(33)). Le questionnaire posé ne permet pas de répondre à cette question.

La question ouverte intitulée « Quelles autres adaptations non évoquées dans ce questionnaire avez-vous mis en place à votre cabinet ? », permet de faire ressortir les adaptations suivantes :

- Mise en place d'une vitre, d'un plexiglass ou paravent notamment au niveau du secrétariat. On retrouve cette notion dans 11 réponses sur les 29 (38 %) que contient cette question.
- On note que plusieurs médecins (5 réponses en ce sens la) ont supprimé leurs plages de consultations sans rendez-vous.
- Certains évoquent le fait de porter une blouse (qu'elle soit médicale ou une blouse typée bricolage) ou de changer de vêtements avant de rentrer à leur domicile.
- Le retrait des supports de type magazines, jouets des salles d'attentes.
- Pour certains, qui ne peuvent pas avoir de salle d'attente dédiée, ils ont tout de même espacé les patients afin de respecter une distanciation correcte, en supprimant une chaise sur deux par exemple.
- Beaucoup, se sont mis à faire attendre les patients à l'extérieur ou en voiture.

L'ensemble de ces adaptions vont dans le sens d'une bonne pénétration des messages ordinaux et nationaux vers les médecins charentais.

Parmi les adaptations organisationnelles du cabinet on peut citer la sollicitation des infirmières asalée (pour information : l'infirmière asalée est une infirmière spécialisée en éducation thérapeutique, qui effectue des consultations auprès des patients habituels du cabinet), avec un élargissement de leurs missions habituelles.

Elles ont surtout fait des entretiens téléphoniques, que ce soit pour du soutien psychologique auprès des patients, le suivi des patients ayant été identifiés suspects COVID, et la poursuite de leurs missions d'éducation thérapeutique auprès de leurs patients habituels.

Parmi les adaptations possibles, mais qui n'ont pas été mentionnées dans les questions, on peut citer :

- La mise à disposition des patients entrant dans le cabinet de SHA. On peut imaginer la généralisation de la présence de distributeurs automatiques sans contact.

- La création d'un circuit du patient au sein du cabinet, pour créer une distanciation maximale. Comme par exemple faire sortir du cabinet les patients, par une porte différente de celle qu'ils empreintent pour renter. Le frein majeur a cela étant la possibilité architecturale même du cabinet. Les futurs plans de construction ou rénovation des nouveaux cabinets ou maison de santé devront intégrer cette donnée.

- Prévoir des affiches d'information destinées aux personnes fréquentant le cabinet, comme le respect des gestes barrières, le rappel des consignes et procédures mises en places. On peut même imaginer si des écrans de type télévision sont présents, la diffusion de vidéos pédagogiques, comme sur le lavage correct des mains, les gestes barrières…

- La mise en place d'une procédure pour la récupération ou la dépose de documents afin de limiter les contacts entre le patient et la secrétaire.

Certaines de ces adaptations d'organisation du cabinet qui ont été réalisées spontanément par les médecins se retrouvent dans les recommandations émises au niveau national par l'ARS ou par le ministère de la santé(34) pour la pratique après le confinement.

5.4 Organisation avec les autres professionnels de santé

Les infirmières libérales

Le questionnement des médecins sur la pratique des Infirmières libérales de leur secteur révèlent un arrêt de la tenue des permanences au sein de leur cabinet ou de leur maison de santé (mentionné dans 7 réponses sur les 18 à la question), et une attention toute particulière aux équipement de protection individuelle, du fait de leur travail constitué essentiellement de visites à domicile (masque, blouses, visières, gants…) : mentionné dans 13 réponses sur les 18.

Ce manque de matériel se confirme auprès d'étude réalisée directement auprès des infirmières et infirmiers libéraux, ou le manque de surblouses apparait en premier(35).

Les pharmaciens

Concernant les pharmacies, au travers de la question portant sur ce sujet on note que 7 répondants informent que les pharmacies ont mis en place un tri des patients suspects COVID, afin qu'ils ne rentrent pas dans la pharmacie et contaminent le personnel ou les autres patients présents.

On note que 10 réponses à cette question évoquent la mise en place d'un échange régulier durant la crise sanitaire. Les moyens évoqués sont divers : groupe d'échange via la messagerie WhatsApp (cité a de plusieurs reprises), via des Visio conférences régulières, via la messagerie propre au logiciel de prescription au sein d'une même maison de santé pluridisciplinaire.

De plus, 28 des réponses des médecins à cette question évoquent le fait de transmettre à distance les ordonnances à la pharmacie concernée. Cela va évidemment de pair avec l'augmentation importante de la réalisation de téléconsultations. Les moyens évoqués sont en majorité l'utilisation du fax, des mails ou d'une messagerie sécurisée.

Pourtant, dans une étude menée sur les pharmacies(36), du 12 au 17 mars, 59 % des pharmaciens de l'étude déclarent ne pas travailler plus étroitement avec les médecins généralistes de leur secteur autour de la gestion de la crise sanitaire. Ceci est un challenge à améliorer, notamment avec l'aide des moyens de communication numériques.

Les EHPAD

Parmi toutes les questions ouvertes posées, celle portant sur la prise en charge de leurs patients dans les EHPAD de leurs secteurs a obtenu le plus de réponses. Cela témoigne d'une inquiétude majeure de la part des médecins généralistes quant à cette population de personnes les plus à risque(37).

Parmi les réponses obtenues on note surtout la limitation au maximum, des visites à domicile, uniquement pour les problèmes urgents ou nécessitant un examen clinique du médecin (16 médecins le mentionnent clairement). Un arrêt des visites de renouvellement de traitement programmé. A cela on peut ajouter la réalisation de téléconsultations, surtout téléphoniques (mentionné à 17 reprises).

On peut parler d'une mise en confinement maximum des résidents de l'EHPAD, pour en limiter le risque de contamination (*Primum non nocere*). On peut citer l'exemple de certains établissements de notre département ou le personnel s'est même confiné à l'intérieur plusieurs semaines avec les résidents, tout en ayant le minimum de contact avec l'extérieur(38).

De plus, certains médecins mentionnent le fait de déléguer certaines taches au médecin coordonnateur (mentionné 7 fois). Le frein majeur à cela est évidement le manque de médecin coordonnateur dans bon nombre d'EHPAD. Sur le territoire national environ 30% des EHPAD(39) sont dépourvus de médecins coordonnateurs.

5.5 Coordination

Parmi les autres interrogations majeures des médecins généralistes qui ressortent dans les questions libres, on note 7 réponses qui évoquent le problème financier lié à une baisse d'activité. Ainsi, au cours du mois d'avril 2020, les participants au quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de la DREES(33) ont affirmé une baisse d'activité de 90 % pour les médecins, avec une baisse du temps de travail moyen estimée entre 13 % et 24 %.

Certains déclarent même avoir eu un surcout liés à la gestion de l'épidémie (32).

La baisse d'activité peut aussi expliquer l'augmentation majeure de réalisation des téléconsultations, qui permettaient de maintenir un certain nombre d'actes.

On note aussi, l'inquiétude quant au retard de prise en charge pour toutes les pathologies hors Covid chez les patients habituels, avec la fermeture ou les restrictions de certains centres d'imagerie et la déprogrammation des activités chirurgicales non urgentes. Mais aussi avec les patients porteurs de pathologies chroniques qui ne consultent plus ou ne réalisent plus leurs examens réguliers. Cela est évoqué dans 18 des réponses au questionnaire.

Parmi les coordinations spécifiques mises en place dans notre département, en plus des réseaux nationaux, on peut citer :

- La tenue de deux réunions par visio-conférence coordonnées par la délégation départementale de l'ARS, avec comme intervenants, des infectiologues hospitaliers, dont des infectiologues de l'hôpital réfèrent covid du département (le Centre hospitalier d'Angoulême) tenues le 19 mars et le 23 avril, avec plus de 200 participants professionnels.
- La mise en place d'un réseau de surveillance baptisé « *réseau sentinelle* », avec la participation de médecins infectiologues du CH d'Angoulême, qui permet aux médecins généralistes situés sur tout le département, de déclarer des cas suspects ou confirmés et avec l'envoi hebdomadaire aux participants d'un bulletin d'information, résumant le nombre de cas confirmés et leur situation géographique.

VI - Conclusion

L'épidémie de COVID 19 aura demandé des mesures d'adaptation importante pour tous les professionnels de santé, notamment durant la période du confinement du printemps 2020. Les médecins généralistes charentais ont mis en place des mesures dans les mêmes proportions que ce qui a été constaté au niveau national, même si le département a été beaucoup moins touché en nombre de cas et d'hospitalisation que certaines régions.

Le changement de pratique majeur est le recours important à la téléconsultation, obligatoire dans le contexte mais favorisée par les mesures d'assouplissement des conditions de réalisation et de facturation. Mais les freins que l'on a pu mettre en évidence sont l'âge des patients, peu utilisateurs des nouvelles technologies, la mauvaise qualité des réseaux de télécommunication dans les zones rurales. La pratique de la téléconsultation semble aussi plus difficile pour les catégories d'âges des médecins plus âgés. Cependant, il peut être intéressant de poursuivre cette pratique car elle peut être un outil supplémentaire, comme par exemple pour faire face à la désertification médicale et aussi avec le développement des réseaux de téléexpertises entre médecins.

Le manque de matériels de protection individuelle et collective était une inquiétude majeure lors de la vague épidémique. Il apparait nécessaire de reconstituer des stocks d'état, des réserves de matériels au sein de nos établissements de santé, avec une gestion efficace des stocks (vérification des lots périmés…) pour faire face à une nouvelle épidémie dont nous savons qu'il faudra faire face régulièrement et qui peut prendre une forme différente. Mais aussi, cela aidera à faire face aux épidémies annuelles, telle que la grippe.

Il faudra aussi développer la coordination entre les différents professionnels de santé. La création de CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) va en ce sens, permettant aux différents professionnels de santé de se regrouper sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social commun.

VII - Bibliographie

1. Signoli M. La peste noire. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2018. 128 p. (Que sais-je ?).

2. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New England Journal of Medicine. 30 avr 2020;382(18):1708-20.

3. Bellenger K, Hokayem P, Charles A, Vanlerberghe C. Évacuation sanitaire et déploiement d'un hôpital militaire durant la crise COVID : le biomédical également sollicité. IRBM News [Internet]. août 2020 [cité 1 oct 2020];41(3-4). Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1959756820300456

4. Ministère de la santé et des solidarités. Préparation a la phase épidémique. Guide méthodologique. 16 mars 2020;54.

5. Covid-19: nouveau coronavirus - Actualités - Documents - spilf - infectiologie [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: https://www.infectiologie.com/fr/actualites/covid-19-nouveau-coronavirus_-n.html

6. Deslandes A, Berti V, Tandjaoui-Lambotte Y, Alloui C, Carbonnelle E, Zahar JR, et al. SARS-CoV-2 was already spreading in France in late December 2019. International Journal of Antimicrobial Agents. juin 2020;55(6):106006.

7. OMS | Qu'est-ce qu'une pandémie ? [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/fr/

8. guide_methodologique_covid-19-2.pdf [Internet]. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf

9. JM Chapplain - F Chatel - H Coignard - X Lescure - G Mellon, (Mission COREB), S van der Werf (CNR des virus respiratoires), B Grandbastien (SF2H), B Hoen (SPILF groupe émergences), infectiologues, référents ESR. Alerte épidémique Prise en charge des patients atteints de la maladie COVID-19 Etat des connaissances; COREB. 2020.

10. Société française, d'Hygiène Hospitalière. Avis Société française d'hygiène hospitalière relatif aux conditions de désinfection des surfaces lors de la réalisation d'un scanner ou autres actes d'imagerie chez un patient COVID-19. 2020.

11. Maladie Covid-19 (nouveau coronavirus) [Internet]. Institut Pasteur. 2020 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus

12. Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV2. 5 mars 2020;33.

13. Pr Marie BEYLOT-BARRY, Présidente de la SFD., Dr Laurence LE CLEACH. covid-19 et lésions cutanées point d'étape de l'enquête covidskin de la société française de dermatologie. 2020.

14. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères. 2020.

15. Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin D-Y, Chen L, et al. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. JAMA. 14 avr 2020;323(14):1406.

16. Haute Autorité de Santé. COVID-19 : les tests antigéniques sont performants chez les patients symptomatiques-communiqué de presse. 2020.

17. Darmon P. Une tragédie dans la tragédie : la grippe espagnole en France (avril 1918-avril 1919). Annales de Démographie Historique. 2001;2000(2):153-75.

18. Jean-Baptiste N. Épidémie de grippe espagnole [Internet]. FranceArchives. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: https://francearchives.fr/fr/commemo/recueil-2018/82611687

19. Claude Hannoun, « Histoire naturelle de la grippe », La Revue du Praticien, vol. 58, no 15, 15 octobre 2008, p. 1645-1651.

20. Khoukh K, Dumas C, Hssaini RE, Bertin S, Bruno F. Pandémie COVID-19 et réutilisation des masques : revue bibliographique des méthodes de décontamination. :12.

21. WHO | Pandemic (H1N1) 2009 - update 100 [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: Https://www.who.int/csr/don/2010_05_14/en/

22. SRAS [Internet]. Institut Pasteur. 2015 [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/sras

23. MERS-CoV [Internet]. Institut Pasteur. 2015 [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/mers-cov

24. Direction Générale de la Santé, Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins, Institut de Veille Sanitaire, Ministère de la Santé, de la Famille. Plan de réponse contre une menace de SRAS. 2004.

25. Ebola, peste, choléra, Sras… Pathogènes émergents, menace imprévisible [Internet]. Institut Pasteur. 2018 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: ttps://www.pasteur.fr/fr/journal-recherche/dossiers/ebola-peste-cholera-sras-pathogenes-emergents-menace-imprevisible

26. Covid-19: actualités mises à jour - Actualités - Documents - spilf - [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: https://www.infectiologie.com/fr/actualites/covid-19-actualites-mises-a-jour_-n.html

27. Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages

28. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 [Internet]. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/694273/document/rapport-charges-produits2021.pdf

29. AMANDINE LE BLANC. Quelle place pour la téléconsultation pendant et après la crise sanitaire ? [Internet]. Le Généraliste. [cité 29 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/en-consultation/quelle-place-pour-la-teleconsultation-pendant-et-apres-la-crise-sanitaire-repondez-lenquete-dune

30. CNGE. Enquête nationale flash Covid 19 et Médecine générale - Synthèse des résultats provisoires. 26 mars 2020;11.

31. Communiqué de Presse : Covid-19, enquête nationale Maisons de Santé et Centres de Santé face au Covid-19 et Résultats de la 1ère vague d'enquête [Internet]. AVECSanté. 2020 [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: https://www.avecsante.fr/covid-19-enquete-nationale-maisons-de-sante-et-centres-de-sante-face-au-covid-19/

32. AVEC Santé, l'IJFR, CNGE, mission Respire, l'Institut Jean François REY. Covid-19, enquête nationale Maisons de Santé et Centres de Santé face au Covid-19 et Résultats de la 1ère vague d'enquête. 2020.

33. Martin Monziols, Hélène Chaput (DREES), Pierre Verger, Dimitri Scronias (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur). Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? Etudes et Résultats. 1150e éd. mai 2020;5.

34. Fiche professionnels de santé prise en charge par les médecins de ville des patients atteints de covid-19 en phase de déconfinement [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 27 sept 2020]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/

35. « Les infirmières libérales et la crise du Covid-19 » : enquête réalisée par Imago Research auprès d'un échantillon national représentatif d'infirmières et d'infirmiers libéraux 239 infirmières et infirmiers libéraux (IDEL) sondés par téléphone du 27 au 30 avril 2020.

36. La crise sanitaire du covid-19 vue par les officines; etude pharmedinsight [Internet]. mars 12, 2020. Disponible sur: www.pharmedinsight.com

37. Sève A, Rzepecki V, Dupriez F, Courtellemnt L, Parienti J, Hocqueloux L, et al. Impact de la prévalence du COVID-19 des personnels d'établissements médicosociaux sur le risque d'infection des résidents : étude prospective dans 17 EHPAD et MAS. Médecine et Maladies Infectieuses. 1 sept 2020;50(6, Supplement):S88.

38. AUCHER céline. A l'ehpad de Mansle, 18 salariés choisissent de se confiner avec les pensionnaires, pour ne pas faire entrer le virus. Charente libre. 24 mars 2020;

39. Un tiers des établissements sans médecin coordonnateur : la grande misère des Ehpad. Legéneraliste.fr. 13/09/2017.

VIII - Annexes

8.1 : Le questionnaire diffusé

Quelles sont les modifications de pratiques des médecins généralistes charentais face au COVID 19

Il y a trois pages de questions TRES RAPIDES (moins de cinq minutes), et une quatrième FACULTATIVE avec des questions ouvertes.
Le but du questionnaire est d'avoir rapidement une vision de ce qui est fait dans nos cabinets et que chacun puisse prendre les bonnes idée des autres.

Aucune demande d'information personnelle, totalement anonyme.
*Obligatoire

1. 1) Quelle est votre zone d'exercice? **Une seule réponse possible.*

   - Grand Angouleme
   - Grand Cognac
   - Sud Charente
   - Nord Charente
   - Est Charente
   - Autre : _____

2. 2) Mode d'exercice *

   Une seule réponse possible.

   - seul
   - en groupe

3. 3) Quel est votre age ?

   Une seule réponse possible.

   - moins de 40 ans
   - entre 40 et 50 ans
   - entre 50 et 60 ans
   - plus de 60 ans

4. 4) A quel point l'épidémie actuelle a changé votre organisation au cabinet : *

   Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
aucun changement												changement total de l'organisation.

5. 5) Ouvrez vous le cabinet médical le samedi ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	OUI	NON
Avant la pandémie : (en temps normal)		
Durand la pandémie actuelle		

6. 6) En ce moment, faites vous des visites à domicile : *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Chez les patients pouvant être suspect de Covid, si nécessaire.
- [ ] Chez les patients habituellement vus en visite pour tout autre motif autre que COVID
- [ ] Augmentation des visites à domicile pour limiter les gens en salle d'attente
- [ ] Non, pas de visite à domicile,

Autre : [ ] _____

7. 7) Au moment de la rédaction du questionnaire, comment évaluez vous la quantité de matériel dont vous disposez. *

Une seule réponse possible par ligne.

	aucun	moins de deux jours de stock	entre deux jours et une semaine de stock.	entre une semaine et un mois de stock	plus d'un mois de stock
Solution hydro-alcoolique					
masques FFP2 (pour le personnel de santé)					
masque chirurgicaux (pour les patients contagieux)					
vêtements, type blouses, sur-blouses...					
lunettes de protections					
matériel de désinfection des surfaces					

Gestion des patients suspects de coronavirus COVID19

8. 8) Avez vous un lieu de consultation dédié pour examiner un patient pouvant être suspect de COVID : *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Oui, patient vu dans un COVID center (lieu de consultation dédié, uniquement pour les patients COVID, organisation à plusieurs cabinets ou Maison de santé, présence à tour de rôle des différents médecins)
- [ ] oui, patient vu dans un lieu de consultation dediée extérieur au cabinet ou à la maison de santé. utilisé QUE pour les patient du cabinet.
- [ ] oui, dans une salle de consultation dédié DANS le cabinet.
- [ ] non, patient vu dans la même salle d'examen que d'habitude, mais désinfection entre chaque patient suspect COVID.
- [ ] non, patient vu dans la même salle d'examen que d'habitude, mais sur des créneaux horaires dédiés.
- [ ] non, patient vu dans la même salle d'examen que d'habitude, pas de précaution particulière entre chaque patient suspect COVID.

Autre : [ ] _____

9. 9) Avez vous une salle d'attente dédiée pour les patients suspects COVID *

Une seule réponse possible.

- ( ) oui, salle d'attente dediée car patient vu dans un COVID center, ou lieu exterieur au cabinet.
- ( ) oui, salle d'attente dédiée au sein même du cabinet,
- ( ) non, pas de salle d'attende dédiée.
- ( ) non concerné, car pas de salle d'attente (drive, attente dans les voiture, autre...)
- ( ) Autre : _____

10. 10) Effectuez vous systématiquement un rappel des patients suspects covid entre J7 et J10 des symptômes afin de dépister les formes graves ? *

Une seule réponse possible.

- ( ) oui, je rappelle systematiquement TOUS les patients suspecter de COVID afin de les réévaluer.
- ( ) oui, je ne rappelle que les patients avec facteurs de risques
- ( ) non, je ne les rappelle pas systématiquement, je leur ai expliquer les consignes de surveillance.
- ( ) Autre : _____

11. 11) si réponse Oui à la question précédente, (appel du patient suspect de covid à la phase critique) : qui effectue l'appel téléphonique ?

Une seule réponse possible.

- ( ) un médecin, (que ce soit celui qui ai fait la Consultation initiale ou non)
- ( ) Une IDE (ide asalée, ide liberale..)
- ( ) un étudiant (un interne, un externe)
- ( ) Autre : _____

Téléconsultation

12. 12) Pratiquez vous la Téléconsultation ? (même téléphonique) *

Une seule réponse possible.

- Oui, je la pratiquais déjà avant, je n'ai pas changé.
- Oui, je la pratique depuis la pandémie
- NON => je peux passer à la page suivante *Passer à la question 17*

13. 13) si oui, sous quel mode :

Une seule réponse possible par ligne.

	OUI	NON
Par téléphone		
via une plateforme dédiée à la consultation		
via des logiciels grand public tel google duo, facetime, wathapps...		

14. 14) La réalisation des téléconsultations est-elle facile :

quelque soit les difficultés : réseau internet des patients, acceptation des patients, fonctionnement des applications/plateformes.

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
très difficile à mettre en place, voire impossible												aucune difficulté.

15. 15) Quelle proportion de ces téléconsultations facturez vous?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune n'est facturée											Je les factures toutes.

16. 16) Quels sont vos remarques concernant la réalisation des téléconsultations :

Question Facultative.

Questions ouvertes :

17. 17) Pour les cabinets travaillant avec le réseau asalée, quel est la tâche des IDE asalée en ce moment :

18. 18) Quelles sont vos préoccupations majeures en ce moment ?

19. 19) Quelle est votre organisation pour vos patients infectés ou non par le covid 19 en EHPAD ?

20. 20) Quelle organisation avez vous mis en place avec les pharmacies de votre secteur?

21. 21) Quelle organisation les IDE libérales de votre secteur ont mis en place :

Quelle autre adaptation non évoquée dans ce questionnaire avez vous mis en place à votre cabinet ?

22. Quelle autres adaptations non évoquées dans ce questionnaire avez vous mis en place à votre cabinet ?
Réponse facultative

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

SERMENT

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

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

RESUME

Etude des modifications de pratiques des médecins généralistes charentais face au COVID 19

Introduction : La pandémie de COVID 19, singulière qui doit autant à son nouvel agent qu'au mode de vie du XXI SIÈCLE, aura demandé des efforts d'adaptation de la part de tous les acteurs en santé, médecins généralistes inclus, notamment lors de l'instauration du confinement de 8 semaines en France.

Objectif : Identifier les modifications de pratiques mises en place par les médecins généralistes charentais, et les freins à leur mise en place pour faire face au covid 19, lors de la période de confinement.

Méthodes : Il a été réalisé une étude descriptive, qualitative auprès des médecins généralistes libéraux installés en Charente, sur le mois d'avril 2020, par questionnaire à remplir en ligne. Comprenant des questions à choix multiples et des questions à rédaction libre.

Résultats et discussion : 71 médecins ont répondu, sur 256 correspondant aux critères d'inclusion (28%), répartis sur tout le département. Ils se sont mis à pratiquer fortement la téléconsultation, malgré des difficultés liées aux réseaux de télécommunications. Ils ont augmenté leurs communications envers les autres intervenants de santé. Mise en évidence de la limitation de la diffusion au maximum du virus, tout en essayant de prendre en charge au mieux les autres personnes. Et cela malgré un manque de moyens matériels.

Conclusion : Il est nécessaire de continuer à développer la téléconsultation. Il faut aussi renforcer la coordination entre les différents professionnels de santé mais aussi gérer au mieux les stocks de matériels au niveau national et local.

Mots clefs : COVID 19 ; SARS-CoV-2 ; Médecine générale ; Confinement ; téléconsultation ; coordination ; dépister