



HAL
open science

Organisation de la pratique des médecins généralistes de l'Oise face à la pandémie de la Covid-19

Usman Kassana

► **To cite this version:**

Usman Kassana. Organisation de la pratique des médecins généralistes de l'Oise face à la pandémie de la Covid-19. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03234727

HAL Id: dumas-03234727

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03234727v1>

Submitted on 25 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ANNEE 2021

Thèse N° 2021 – 8



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNES
UFR DE MEDECINE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité : MEDECINE GENERALE

Organisation de la pratique des médecins généralistes de l'Oise face à la pandémie de la Covid-19.

Présentée et soutenue publiquement le 09 mars 2021 par

Monsieur **Usman KASSANA**
Né le 27 mars 1989

Composition du jury :

Président :

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Membres :

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUR

Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX

Directeur :

Madame le Docteur Svetlane DIMI

REMERCIEMENTS

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pneumologie)

Vous m'avez fait l'immense honneur de siéger à la présidence de ma thèse en dépit de votre charge de travail, je vous en suis infiniment reconnaissant pour cela. En espérant que ce travail vous soit agréable, recevez chère Professeur, l'expression de ma plus profonde gratitude et le témoignage de ma haute considération.

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Cher Professeur, c'est un honneur que de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse. Pour le temps que vous daignez me consacrer, sachez que je vous en suis infiniment reconnaissant. En vous priant de croire en l'expression de mon profond respect et de ma considération la plus sincère.

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence

Responsable de l'Unité de Réanimation Cardiaque Thoracique Vasculaire et Respiratoire

Merci d'avoir accepté aussi spontanément de participer à ce jury de thèse. Vous me faites l'immense honneur de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Maladies infectieuses et tropicales

Merci d'avoir accepté avec enthousiasme d'être membre du jury, j'en suis très honoré. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Svetlane DIMI

Médecine générale – directrice de la Maison de santé pluriprofessionnelles de Creil.

Responsable du centre de vaccination internationale de Creil.

Responsable Centre de santé sexuel

Capacité de Médecine Tropicale

DU Vaccination Santé des Voyageurs

DU Recherche Clinique

Je suis très sensible à l'honneur que tu m'as fait en acceptant de me diriger dans ce travail. Avec l'engagement et la pertinence qui te caractérisent, tu as su trouver les mots pour me motiver quand j'en avais besoin. Je te remercie sincèrement pour ton aide, ton soutien durant toute la réalisation de cette thèse. Sois assurée de ma profonde gratitude et de mon amitié sincère.

A Dieu, que je ne remercierai jamais assez.

A mes **parents**, je ne serais pas là sans vous.

Mon père, par tes doux discours, tu m'as très jeune donné goût à l'école et aux longues études, alors que tu n'as pas eu la chance d'aller à l'école.

Ma mère, tu m'as toujours supporté dans mes choix, ton soutien est inestimable.

Je ne pourrai jamais assez vous remercier, ce métier est aussi votre rêve. Je l'exercerai dans l'art des valeurs que vous m'avez inculqué.

A la mémoire de mes **grands-parents**, qu'ils reposent en paix.

A mon **épouse**, dès mon premier regard, j'ai su que tu étais la bonne. Chaque jour ne fait que me le confirmer. Tu es une épouse attentionnée et une maman bienveillante. Nos enfants sont le plus beau cadeau que tu m'as fait et vous êtes dorénavant ma priorité.

Mohid, tes questions et tes remarques m'impressionnent chaque jour. Tu veux faire le même métier que papa, tu as raison mon fils c'est le plus beau métier du monde. Tu veux aussi travailler dans le même cabinet que papa, je n'en demande pas plus.

Safa ma princesse, ta force de caractère m'impressionne. Sache que tu seras pour toujours la princesse de papa.

Adam « Tanuman », le plus petit mais déjà des qualités de leader, dont papa est fier.

Quand vous serez plus grands, j'espère que vous serez aussi fiers de lire ce travail et que ces quelques phrases vous feront sourire.

A mes frères et sœurs,

Neelam, merci de m'avoir prêté une chambre chez toi, pour réviser mes rattrapages d'été.

Reine du shopping, continue à partager tes bon plans 😊.

Shuaib, un grand frère discret mais efficace, avec qui il ne faut jamais s'inquiéter.

« *TKTTTTT PAS* »

Suleman, le cameraman de la famille, « le geek ».

Spéciale dédicace à Ryan Samuel 😊

Numan, belles ambitions avec un déterminisme exemplaire qui paieront un jour.

Sinon tu es plutôt hybride ou thermique ?

Aamna, je ne te l'ai jamais dit mais je crois que tu es une grande philosophe.

« *Pourquoi ?* »

A mes beaux-parents, pour votre simplicité, votre chaleur et votre respect.

A toute ma famille sans exception, mes oncles, mes tantes, mes cousins, mes cousines, mes beaux-frères, mes belles-sœurs et tous mes neveux et nièces.

A Kalim, il me faudrait plus qu'une thèse pour parler de ces belles années que nous avons passées ensemble. A nos soirées Fifa, à nos matchs au Coliseum, nos restos, nos voyages improvisés de dernière minute. Nos schémas de révision jamais respectés, nos prédictions d'examen. Sans oublier nos débats sans fin, dans le seul but de contrer l'autre. Tu étais le parfait soutien pendant toutes ces années. Tout le monde a un ami à chaque étape de sa vie, mais seulement quelques personnes ont le même ami à toutes les étapes de leur vie. Tu as de beaux projets qui t'attendent, et je te souhaite sincèrement de tous les réussir.

A Loubina, devrais- je dire plutôt docteur ou madame le maire ? merci de ton aide précieuse pour l'écriture de ce travail. J'apprécie ta gentillesse, ta rigueur, ta détermination. Ce travail est aussi le tiens. Je te prie l'expression de mes sentiments amicaux les plus sincères.

A Ubaid, mon anxiolytique. La sagesse par définition, je ne te classe pas au rang des amis, « **vous** » faites partie de ma famille.

A Mohamed « Yo have ». Sans doute le meilleur ostéopathe de l'histoire de l'ostéopathie. Il m'a fallu dix ans et l'écriture d'une thèse pour te dire combien j'apprécie ton calme, ta gaieté. Je ne t'ai jamais vu énervé sauf pour une histoire de serviette, au restaurant.

A Karim la star, un visage juvénile et une intelligence remarquable. Tu es un très bon médecin que tes patients auront la chance d'avoir. Bonne chance pour ta thèse, c'est bientôt fini.

A Samir, une légende. Je ne regrette pas d'avoir choisi médecine sinon je ne t'aurais jamais connu sauf si je me promenais dans une ferme. Ton dynamisme et ta vivacité sont un exemple pour moi, qui m'ont beaucoup appris sans que tu le saches.

Au Dr François, pour qui j'ai énormément d'estime, vous faites partie des belles rencontres de mon internat. Vous avez accepté naturellement de relire ma thèse, et comme à votre habitude, vos conseils sont toujours pertinents. En vous priant de croire en l'expression de mon profond respect et de ma considération la plus sincère.

Au Dr Mohammad, tu m'as instinctivement proposé de relire ma thèse. Je te suis grandement reconnaissant. Ce pas marque le début d'une nouvelle amitié que je m'impatiente de faire croître.

A Madame Hache, merci pour votre implication dans l'analyse des données, votre aide a été primordiale dans ce travail de thèse et pour cela je vous en remercie grandement.

A Julien, Dr shampoing. Mon colocataire de P1, sans tes cours l'aventure de médecine n'aurait peut-être jamais commencé. J'espère que nos chemins se recroiseront.

A *tous les médecins* sans exception qui d'une façon ou d'une autre ont contribué à ma formation depuis la première année de médecine jusqu'à aujourd'hui.

A *tous les médecins* qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

A la *France*, qui permet à tous de pouvoir faire de longues études sur un même pied d'égalité

ABBREVIATIONS

ARCEP : l'Agence de régulation des communications et de la Poste

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

COVID-19 : *coronavirus disease 2019* « La maladie à coronavirus 2019 »

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FFP2 : *Filtering Facepiece* « pièce faciale filtrante de seconde classe »

GHA : Gels HydroAlcoolique

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique IFOP

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SARS-CoV-2 : *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* « coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère »

SHA : Solution HydroAlcoolique

URPS : Les Unions Régionales de Professionnels de Santé

VAD : Visité A Domicile

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1) Caractéristiques du virus de la Covid-19	2
a) Définition.....	2
b) Transmission	2
c) Vulnérabilité du virus	4
2) Organisation des soins.....	4
a) Gestes barrières	5
b) Recommandations	6
3) Justification du travail	8
4) Objectifs	9
MATÉRIELS ET MÉTHODES	10
1) Schéma d'étude	10
2) Questionnaire	10
3) Critères d'inclusion	11
4) Critères d'exclusion	11
5) Modalité de recrutement.....	12
6) Analyse statistique	12
RÉSULTATS	13
1) Description de l'échantillon	13
a) Genre.....	13
b) Âge	14
c) Lieu exercice.....	15
d) Type de cabinet	15
e) Moyen d'Information sur la Covid-19	16
2) Organisation de la pratique médicale du généraliste	17
a) Organisation du planning.....	17
b) Mesures préventives du praticien et de la structure	22
c) Prise en charge des soins non urgents (durant le premier confinement).....	29
d) Protection du personnel	30
3) Évaluation de la téléconsultation dans le contexte de la pandémie de la Covid-19	32

DISCUSSION.....	35
1) Échantillon.....	35
2) Objectif Primaire : organisation de la pratique.....	35
a) Organisation du planning.....	35
b) Mesures préventives du praticien et de la structure	38
c) Prise en charge des soins non urgents (durant le premier confinement).....	41
d) Protection du personnel	41
3) Objectif secondaire : la téléconsultation dans le contexte de la pandémie.....	42
a) Réalisation de la téléconsultation	42
b) Évaluation de la téléconsultation.....	43
4) Forces et Limites	44
a) Forces	44
b) Limites	45
5) Ouvertures, changements et perspectives	45
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES.....	54
RÉSUMÉ	62

INTRODUCTION

Le 11 Mars 2020 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la maladie à coronavirus 2019 ou la Covid-19 comme pandémie (1). Cette dernière est définie par l'OMS comme la propagation d'une maladie nouvelle à l'échelle mondiale et par conséquent l'absence d'immunité dans la grande majorité de la population (2). Ce nouveau coronavirus s'est propagé depuis Wuhan en Chine, épicode de la pandémie. En France, le premier cluster répertorié se situait dans l'Oise (3).

Les données initiales publiées par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) témoignent d'un virus à transmission rapide et sa capacité de transmission est supérieure à celle des virus de la grippe saisonnière (4).

Les données relevées le 30 avril 2020 ainsi que celles datant du 02 novembre 2020 par Santé Publique France (tableau 1) montrent une évolution exponentielle de l'épidémie (5).

Tableau 1: Données comparatives de l'évolution de la Covid-19 en France et dans le monde.

	Données du 30 avril 2020	Données du 02 novembre 2020
Cas confirmés dans le monde	2 242 000	46 597 299
Décès dans le monde	153 500	1 201 162
Cas confirmés en France	548 767	1 466 433
Décès en France	24 087	37 435

A titre de comparaison la grippe saisonnière est responsable de 290 000 à 650 000 décès chaque année dans le monde (6). En France, santé publique France attribuait 13 100 décès lors de la saison 2018/2019 (7).

1) Caractéristiques du virus de la Covid-19

a) Définition

Le SARS-CoV-2 appartient à la famille des coronavirus (CoV), dénomination liée à la « couronne » que forment certaines protéines à la surface de ces virus. Il a été identifié pour la première fois à Wuhan en Chine, en décembre 2019. Plusieurs coronavirus sont déjà connus pour être capables d'infecter les humains : trois coronavirus saisonniers responsables de symptômes hivernaux sans gravité (rhumes), le SARS-CoV responsable du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et le MERS-CoV responsable d'une atteinte respiratoire potentiellement sévère (Middle East Respiratory Syndrome).

Le SARS-CoV-2 est le septième coronavirus pathogène pour l'Homme. Il est responsable de la maladie à coronavirus 2019, ou la Covid-19 (acronyme anglais de coronavirus disease 2019). Le SARS-CoV-2 est un virus à ARN (molécule issue de la transcription d'un gène) enveloppé. Ce génome présente 79% d'homologie avec le SARS-CoV et 52% d'homologie avec le MERS-CoV. Le génome du SARS-CoV-2 a été séquencé pour la première fois le 5 janvier 2020 par l'équipe chinoise de l'Université Fudan de Shanghai (8).

La durée d'incubation est en moyenne de 5 jours, avec des extrêmes de 2 à 12 jours. Les premiers symptômes sont peu spécifiques : maux de tête, douleurs musculaires, fatigue, fièvre. Les signes respiratoires arrivent secondairement, souvent 2 ou 3 jours après les premiers symptômes.

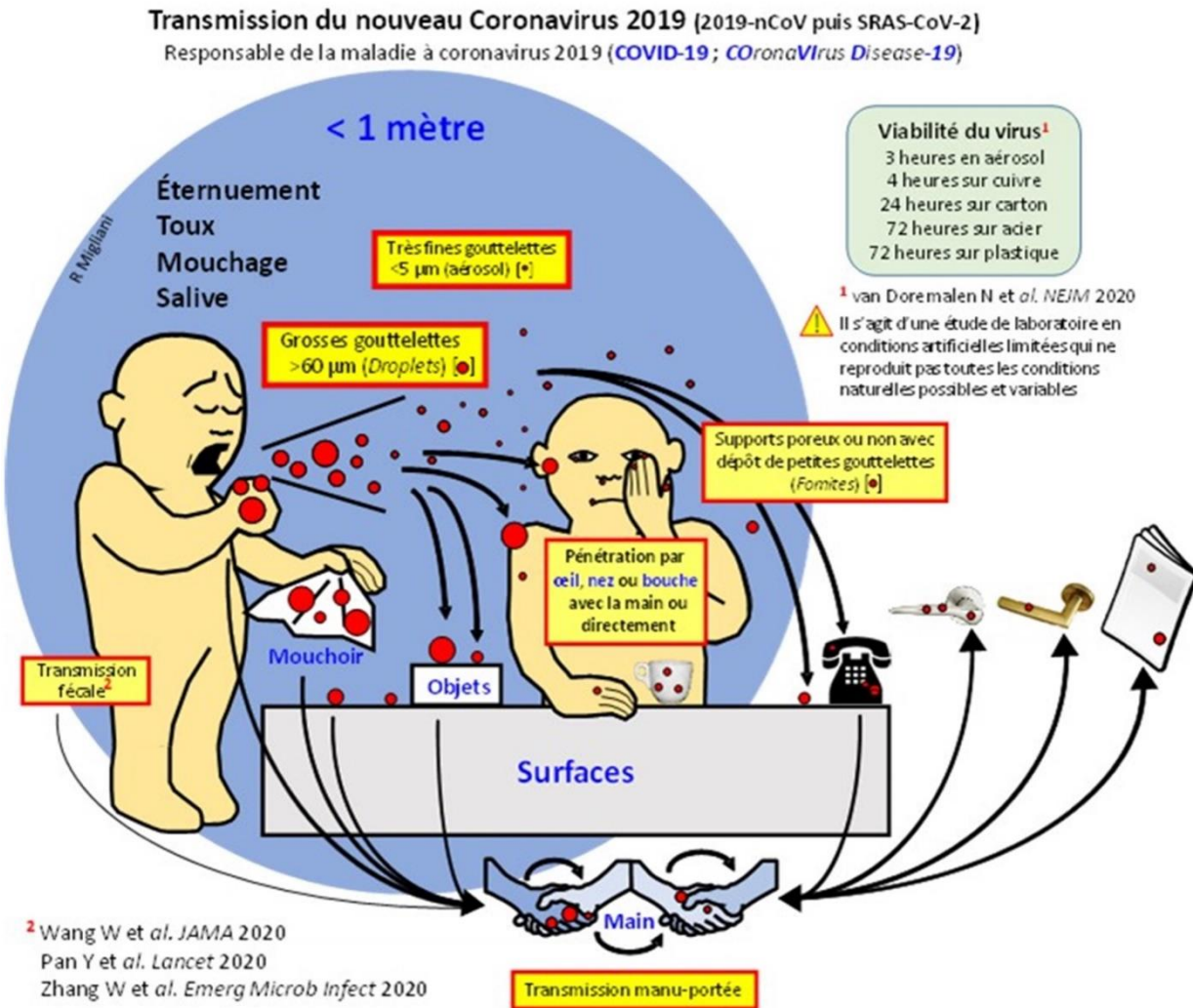
b) Transmission

Le SARS-CoV-2 se transmet depuis un individu infecté vers un individu sain par deux voies principales :

-Le contact direct avec l'individu infecté ou avec une surface qu'il a contaminé par des sécrétions. Sur une surface qui vient d'être contaminée par des sécrétions, les coronavirus peuvent survivre jusqu'à 3 heures sur des surfaces inertes sèches et jusqu'à 6 jours dans des environnements humides. Par conséquent, il peut être transféré manuellement depuis l'environnement (4).

-La transmission aérienne (ou aéroportée) du virus via des gouttelettes ou un aérosol émis par l'individu infecté.

Figure 1 : Mode de transmission de la Covid-19



c) Vulnérabilité du virus

Les coronavirus dont le SARS-CoV-2 sont très vulnérables au savon, aux solutions hydroalcooliques et aux désinfectants ménagers courants (eau de javel diluée à 1 %), ainsi qu'aux désinfectants industriels et hospitaliers adaptés car leur enveloppe protectrice n'est qu'une simple couche de lipides.

Un temps de contact d'une minute avec de l'eau de Javel diluée à 0,1 % ou avec une solution à 62–71 % d'éthanol réduit aussi significativement l'ineffectivité des virus déposés sur des surfaces lisses.

2) Organisation des soins

Les difficultés sont liées à l'absence de traitement curatif et les traitements préventifs par vaccination requièrent un certain délai.

Le Haut Conseil de la Santé Publique souligne le 17 juin 2020, qu'aucun traitement antiviral n'a apporté la preuve d'un bénéfice sur l'évolution de la maladie permettant de recommander son utilisation et rappelle que le traitement de support standard (*standard of care ou SOC*) demeure le traitement de référence quelle que soit la gravité de la Covid-19 (9).

Le développement des vaccins nécessite des délais incompressibles liés aux essais cliniques permettant d'en démontrer l'efficacité et d'en vérifier la sécurité. Au délai réglementaire d'autorisation des vaccins, s'ajoute le délai nécessaire à la production en quantité suffisante afin de couvrir les besoins.

En somme, l'absence de traitement implique que la lutte contre la Covid-19 passe par des mesures non pharmaceutiques : comportementales et organisationnelles.

a) Gestes barrières

En l'absence de traitement curatif, le traitement de la maladie est axé sur la prévention. Similaire à la grippe, le principe est d'empêcher la transmission en limitant le temps de contact et le risque d'exposition. Ce qui donne lieu à la recommandation par l'OMS de « gestes barrières ».

Le concept de geste barrière comprend toutes les actions et comportements individuels et/ou collectifs qui peuvent arrêter ou freiner l'épidémie, en limitant la propagation du virus. Il s'applique à toutes les sphères de la société : aussi bien au secteur privé qu'au public.

Figure 1: résumé explicative des gestes barrières



b) Recommandations

Dans le but de protéger les patients et les professionnels de santé, le Ministère de la Santé et des Solidarités recommande à tous les professionnels de santé exerçant en ville, de mettre en place une organisation et un fonctionnement respectant les gestes barrières (10).

i- Salle d'attente

L'organisation des espaces d'attente doit pouvoir remplir les critères suivants :

- 1) Lavage de mains (avant la mise en place du masque) : proposer à chaque patient de se laver les mains avec du savon et de l'eau ou une solution hydroalcoolique à son arrivée et à son départ du lieu de consultation.
- 2) Attente dans une zone dédiée autant que possible.
- 3) Mettre à disposition dans la salle d'attente une signalétique informative (affichage)
- 4) Mettre à disposition dans la salle d'attente des mouchoirs à usage unique, des poubelles munies de sacs et d'un couvercle, du gel antiseptique ou une solution hydroalcoolique pour le lavage des mains.
- 5) Bannir de la salle d'attente les meubles inutiles, les journaux, livres pour enfant et les jouets.
- 6) Aérer largement et fréquemment les locaux (au moins 10 minutes 2 fois par jour).
- 7) Prévoir autant que possible des lieux d'attente où les personnes atteintes Covid-19 ou suspectes de la Covid-19 et les personnes cas contact puissent être isolées.
- 8) Faire attendre les patients avec une distanciation physique d'au moins 1 mètre et le port d'un masque grand public.

ii-Organisation du planning

Proposer, quand cela est adapté, une téléconsultation ou un télésuivi au patient, en particulier aux patients atteints de la Covid-19 ou suspects ou cas contact. Il faut donc ouvrir des plages dédiées aux patients Covid-19 ou suspects.

iii-Personnel d'accueil

Respect d'une distance d'au moins 1 mètre avec le personnel d'accueil, en particulier si des dispositifs de protection des personnels d'accueil (protection par vitre ou plexiglass de la zone d'accueil) ne peuvent être mis en place.

iv-Nettoyage des surfaces

Aérer et nettoyer régulièrement les sites d'accueil autant que possible. Désinfecter les surfaces au moins 2 fois par jour avec un désinfectant virucide.

v-Protection du médecin

- 1) Port d'un masque chirurgical pour le professionnel de santé pendant ses plages de consultation avec nettoyage des mains entre chaque patient (voire masque FFP2 pour certains actes et/ou consultations à risque, selon les recommandations en vigueur).
- 2) Dans la mesure du possible, le patient doit porter un masque grand public pendant la durée de la consultation.
- 3) Désinfection après chaque patient des instruments utilisés pendant la consultation et des surfaces possiblement touchées par le patient (poignées de porte, chaises, table d'examen, bureau).
- 4) Nettoyage au moins 2 fois par jour des surfaces de travail (y compris bureau), poignées de porte, téléphone, claviers et imprimantes.
- 5) En cas de consultation présentielle avec un cas probable ou confirmé Covid-19, les mesures de protection de type gouttelette (surblouses, masques FFP2, charlottes, gants, lunettes) doivent être mises en œuvre dans la mesure du possible.

vi-Ménages

Équiper les personnels en charge du bionettoyage des sols et des surfaces avec port d'une surblouse à usage unique et de gants de ménage.

Le port de masque de protection respiratoire n'est pas nécessaire du fait de l'absence d'aérosolisation par les sols et surfaces dès lors que les précautions ci-dessous sont respectées.

vii-Déchets à risque DASRI (*Les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux*)

Les recommandations HCSP sont les suivantes : Les déchets produits par les professionnels de santé en exercice libéral, comme par les personnes infectées ou les cas contacts, doivent être placés dans un sac plastique pour ordures ménagères opaque, disposant d'un système de fermeture fonctionnel, placé dans un deuxième sac de même caractéristique. Les déchets sont stockés 24 heures au domicile avant leur élimination via la filière des ordures ménagères (11).

viii -Vaccination

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que le suivi obligatoire des nourrissons doit être assuré, ainsi que les programmes de vaccination (12).

3) Justification du travail

Cette pandémie liée à une nouvelle souche de l'espèce coronavirus, nous impose un changement de comportement et une nouvelle organisation, comme l'application stricte de mesures barrières et de distanciation sociale. Elle constitue ainsi une réponse immédiate à cette pandémie due à un virus inconnu et moins prévisible que les maladies virales saisonnières. L'acquisition de ces pratiques modifie également le comportement des soignants, en particulier ceux qui sont en première ligne comme les médecins généralistes. La nouveauté du virus ainsi que le respect rigoureux et strict de ces mesures soulèvent de nouveaux problèmes, notamment d'organisation de la pratique.

En mon rôle de jeune médecin remplaçant, je suis amené à travailler dans plusieurs cabinets de l'Oise, l'Oise étant le premier département concerné par la Covid-19. J'ai constaté une modification de l'organisation des pratiques, différemment appliquée d'un cabinet à un autre.

4) Objectifs

Ainsi l'objectif principal de mon projet de thèse est de décrire l'organisation de la pratique des médecins généralistes de l'Oise face à la Covid-19.

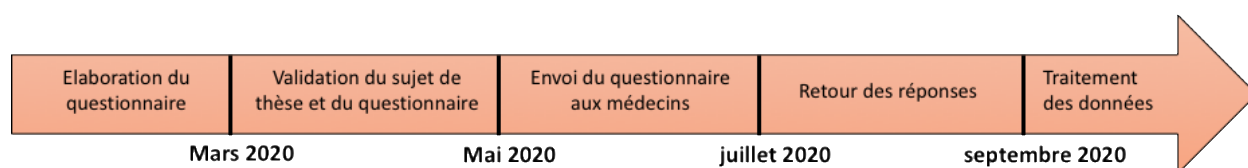
L'objectif secondaire est d'évaluer le principe de la téléconsultation dans le contexte de la pandémie.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une enquête descriptive afin d'évaluer les pratiques des médecins généralistes dans l'Oise.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1) Schéma d'étude

Sur la base d'un questionnaire standardisé, nous avons réalisé une étude quantitative descriptive sur l'évaluation des pratiques des médecins généralistes de l'Oise durant la pandémie de la Covid-19. Les données ont ensuite été traitées statistiquement.



2) Questionnaire

La version initiale du questionnaire a été rédigée conjointement avec ma directrice de thèse. Cette version initiale a été soumise au Département de Médecine Générale d'Amiens (DMG) le 29 mars 2020 et après correction, validée à la commission du 7 mai 2020.

Le questionnaire comportait 7 parties s'organisant autour de 3 axes :

-Le premier axe se concentrait sur les données sociodémographiques du praticien et la façon dont il s'informait sur la Covid-19.

-Le deuxième axe correspondait à l'objectif primaire et concernait l'organisation de la pratique impliquée par les mesures préventives.

- . Organisation du planning
- . Mesures barrières du praticien et de la structure
- . Prise en charge des soins non urgents
- . Protection du personnel

- Le troisième axe concernait l'évaluation du principe de la téléconsultation dans le contexte de cette pandémie, qui correspondait à l'objectif secondaire.

Au total, notre questionnaire contenait 25 questions fermées (dont 6 questions avaient une proposition ouverte) (Annexe n°1).

3) Critères d'inclusion

Étaient inclus les médecins généralistes thésés et installés dans l'Oise, ayant une activité libérale en cours, dans un cabinet seul ou en groupe.

4) Critères d'exclusion

Dans le but d'évaluer les pratiques et gestes auprès de médecins ayant leur propre cabinet et donc pouvant aménager leur lieu, les critères d'exclusion étaient :

- étudiant : externe ou interne
- médecin généraliste non thésé
- médecin généraliste remplaçant
- médecin spécialiste
- médecin généraliste hospitalier à temps complet.

5) Modalité de recrutement

Nous avons recruté 150 médecins hommes et 150 médecins femmes de façon aléatoire sur l'annuaire en ligne du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

Le 13 juillet 2020 nous avons envoyé par voie postale trois cents courriers contenant :

- Une lettre de présentation (Annexe n°2).
- Le questionnaire sur trois pages recto verso.
- Une enveloppe timbrée libellée à mon nom et adresse.

Les premières réponses sont arrivées le 17 juillet 2020 puis se sont prolongées de manière décroissante, la clôture des résultats s'est faite le 13 septembre 2020.

Il n'y a eu aucune relance et les médecins participants n'ont pas reçu d'indemnisation.

6) Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées en collaboration avec Mme Justine Hache, ingénieure statisticienne et enseignante vacataire à l'Université Sorbonne Paris Nord.

Les variables descriptives ont été exploitées en pourcentage. Ensuite les variables ont été croisées avec chacune des caractéristiques sociodémographiques : genre, type de cabinet, âge et lieux d'exercice sous forme de tableaux croisés dynamiques. Ce genre de tableau permet de voir d'éventuelles corrélations/dépendances entre plusieurs variables. Concernant la réalisation des tests de khi², elle est faite manuellement et grâce aux formules d'Excel. La comparaison entre groupes de médecins a été réalisée par Test Khi² de Pearson à chaque fois que les conditions le permettaient.

RÉSULTATS

1) Description de l'échantillon

Sur les 300 questionnaires, nous avons reçu 136 réponses, dont 4 que nous n'avons pas exploitées pour les raisons suivantes :

- 1 médecin à la retraite, qui n'a rien rempli.
- 3 réponses plusieurs mois après la clôture.

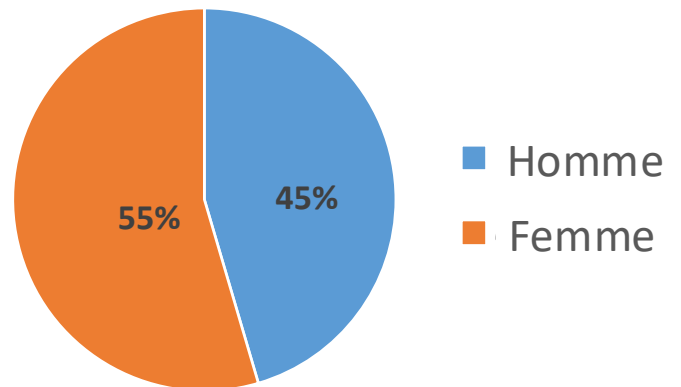
Nous avons donc exploité 132 questionnaires, ce qui représente une participation finale de 44 %.

a) Genre

Tableau 1: Représentation des répondants suivant le genre.

	Effectifs
Homme	60
Femme	72
Total :	132

Figure 1: Représentation en pourcentage des répondants suivant le genre.



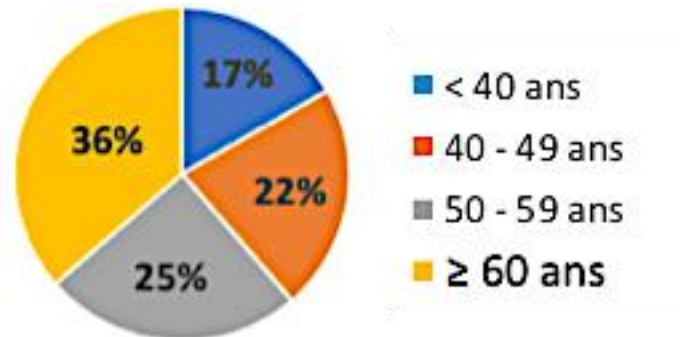
Sur 132 répondants, les femmes étaient plus favorables à répondre au questionnaire que les hommes (55% vs. 45%).

b) Âge

Tableau 2: Représentation des répondants suivant l'âge.

	Effectifs
< 40 ans	22
40 - 49 ans	29
50 - 59 ans	33
≥ 60 ans	48
Total	132

Figure 2: Représentation en pourcentage des répondants suivant l'âge.

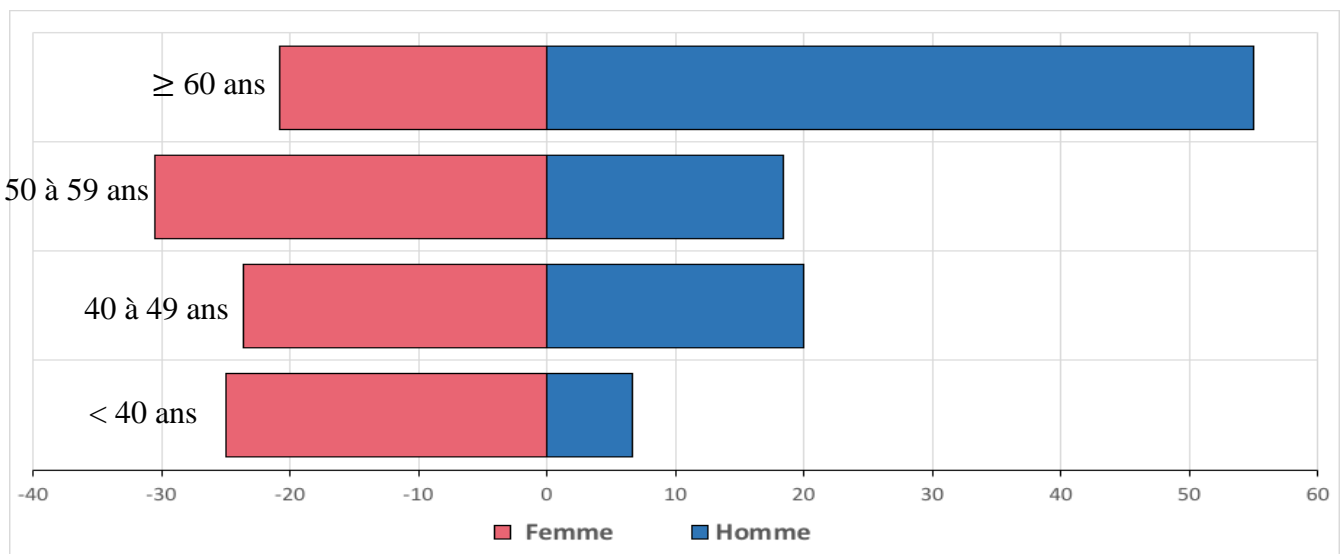


Les praticiens âgés de plus de 50 ans avaient répondu favorablement au questionnaire sur la Covid-19 (61%). En revanche, on observait une faible proportion de jeunes praticiens âgés de moins de 40 ans (17%).

Tableau 3: Représentation des répondants suivant l'âge et le genre.

Effectifs	Homme	Femme	Total
< 40 ans	4	18	22
40 - 49 ans	12	17	29
50 - 59 ans	11	22	33
≥ 60 ans	33	15	48
Total	60	72	132

Figure 3: Représentation en pourcentage des répondants suivant l'âge et le genre.



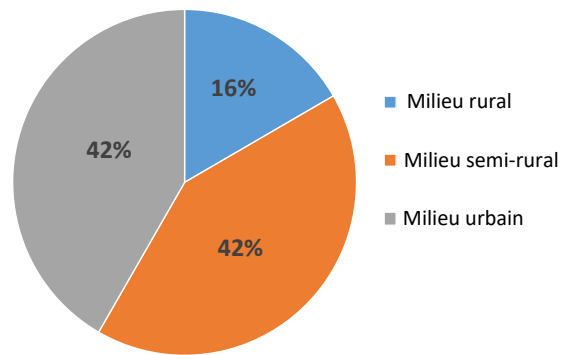
Pour mieux définir les données socio-démographiques des répondants, nous avons analysé la répartition par sexe et âge. Chez les femmes, quel que soit l'âge du médecin, on observait une homogénéité des pourcentages ($\pm 25\%$). En revanche, chez les hommes, les médecins les plus âgés (≥ 60 ans) ont favorablement répondu au questionnaire (55 %).

c) Lieu exercice

Tableau 4: Représentation des répondants suivant leur lieu d'exercice.

	Effectifs
Milieu rural	22
Milieu semi-rural	55
Milieu urbain	55
Total	132

Figure 4: Représentation en pourcentage des répondants suivant leur lieu d'exercice.



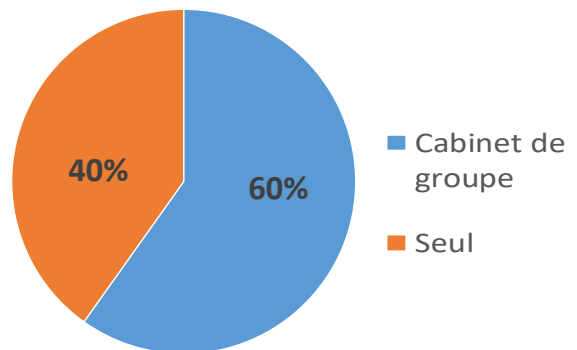
La majorité de nos répondants exerçait en milieu semi-rural et en milieu urbain (42% pour les 2 milieux). Le milieu rural était représenté par 16% des répondants.

d) Type de cabinet

Tableau 5: Représentation des répondants suivant le type de cabinet.

	Effectifs
Cabinet de groupe	79
Seul	53
Total	132

Figure 5: Représentation en pourcentage des répondants suivant le type de cabinet



Les répondants à l'enquête étaient majoritairement des médecins partageant un cabinet (60%)

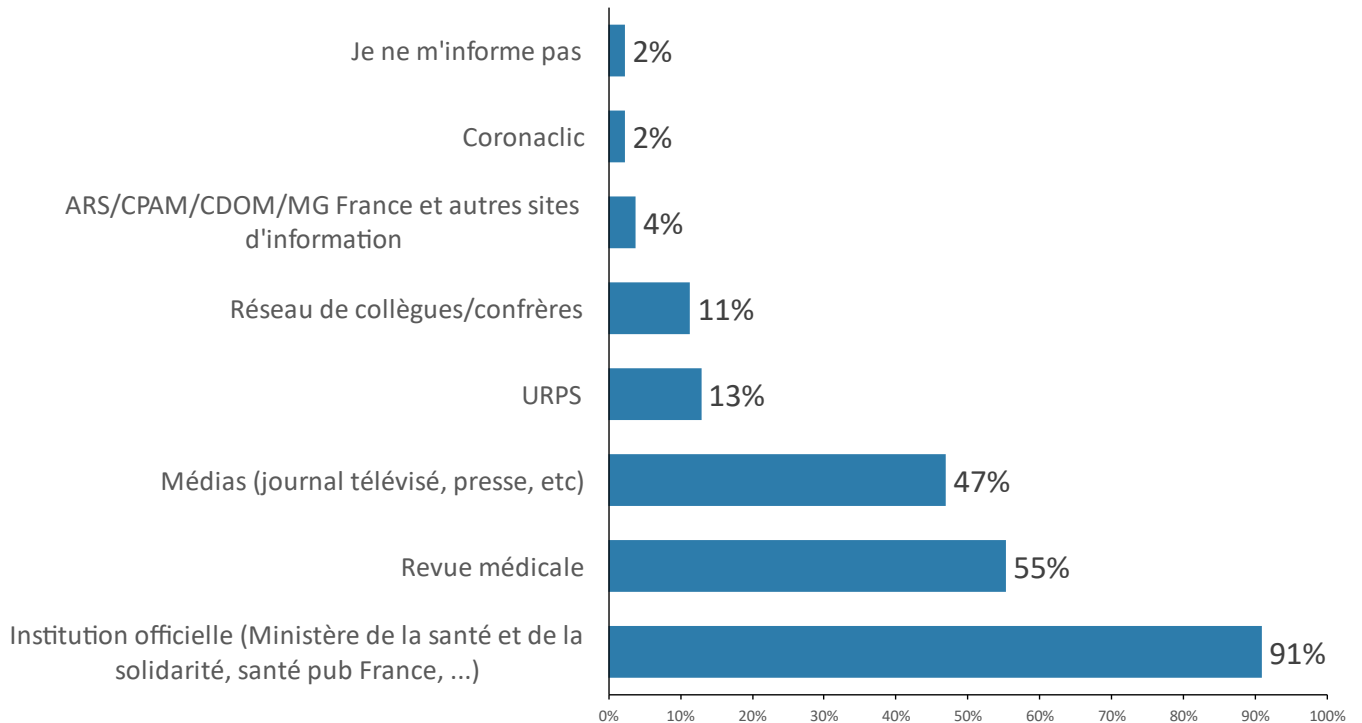
e) Moyen d'Information sur la Covid-19

Pour cette question à choix multiples nous avons 5 réponses possibles dont 1 réponse ouverte (Autre)

Tableau 6: Représentation du nombre de réponses concernant les moyens d'information sur la Covid-19.

	Effectifs
Institution officielle (Ministère de la santé et de la solidarité, santé pub France, ...)	120
Revue médicale	73
Médias (journal télévisé, presse, etc.)	62
Autre : URPS	17
Autre : Réseau de collègues/confrères	15
Autre : ARS/CPAM/CDOM/MG France et autres sites d'information	5
Autre : Coronacliv	3
Je ne m'informe pas	3
Total	132

Figure 6: Répartition des données concernant le moyen d'information sur la Covid-19.



Face à la crise sanitaire, les médecins multipliaient les moyens d'information sur la Covid-19. Les institutions officielles étaient privilégiées (91% d'entre eux les consultaient) puis les revues médicales (55%). Notons que la recherche de l'information via les médias n'était pas négligeable (47%).

La question ouverte a permis de mettre en avant les réponses suivantes : 17 médecins (soit 13% des répondants) ont cité URPS comme source d'information et 15 médecins (11%) avaient cité utiliser leur réseau de collègue/confrère. Nous avons retrouvé 3 médecins qui n'avaient pas déclaré s'informer sur la Covid-19 (soit 2%).

2) Organisation de la pratique médicale du généraliste

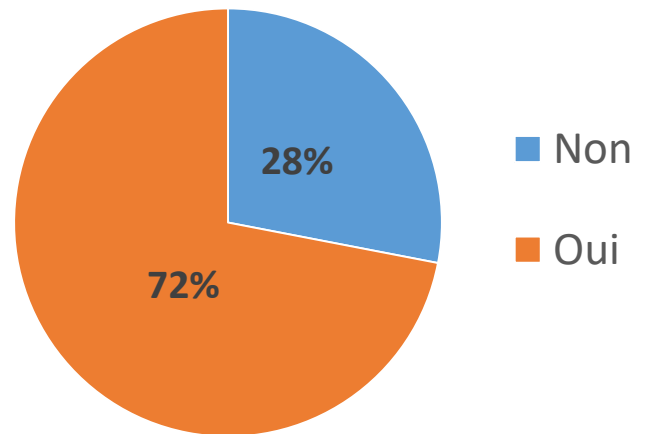
a) Organisation du planning

i-Agenda :

Tableau 7: Représentation du nombre de réponses concernant la modification de l'agenda.

	Effectifs
Non	37
Oui	95
Total	132

Figure 7: Représentation en pourcentage de la réponse des répondants concernant la modification de l'agenda.

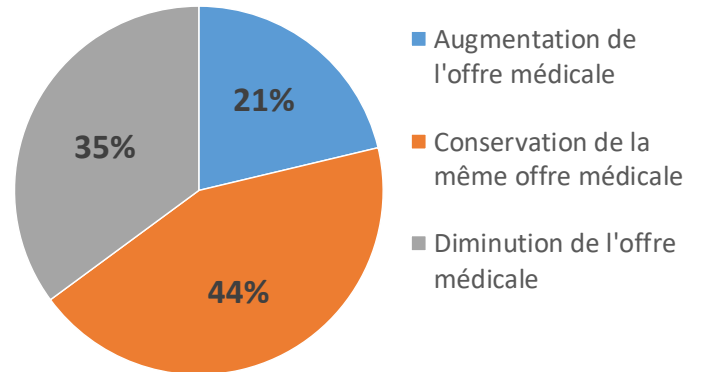


Nous observons que 72% des médecins avaient modifié leur agenda pendant la crise sanitaire.

Tableau 8: Représentation des données concernant le sens de la modification de l'agenda.

	Effectifs
-Augmentation de l'offre médicale	20
-Conservation de la même offre médicale	41
-Diminution de l'offre médicale	33
Total	94

Figure 8: Répartition des données en pourcentage concernant le sens de la modification de l'agenda.



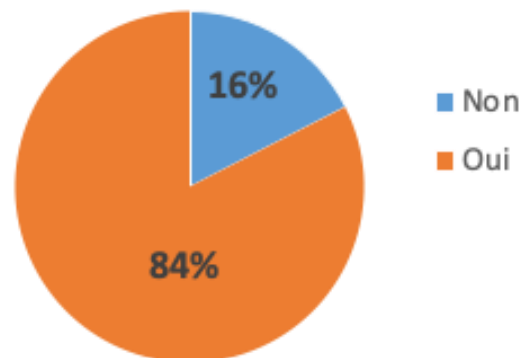
Les médecins ayant modifié leur agenda ont, en grande partie, conservé la même offre médicale (44%). En revanche, 35% des médecins ont diminué l'offre médicale. A noter que parmi les 95 médecins qui ont modifié leur agenda, 1 médecin n'a pas précisé dans quel sens il a modifié son agenda.

ii-Organisation des médecins de groupe :

Tableau 9: Représentation du nombre de réponses concernant l'organisation commune des médecins en groupe

	Effectifs
Non	13
Oui	66
Total	79

Figure 9: Répartition des données concernant l'organisation commune des médecins en groupe.



Nous constatons que 84 % des médecins en cabinet de groupe ont mis en place une organisation commune dans la lutte contre la Covid-19.

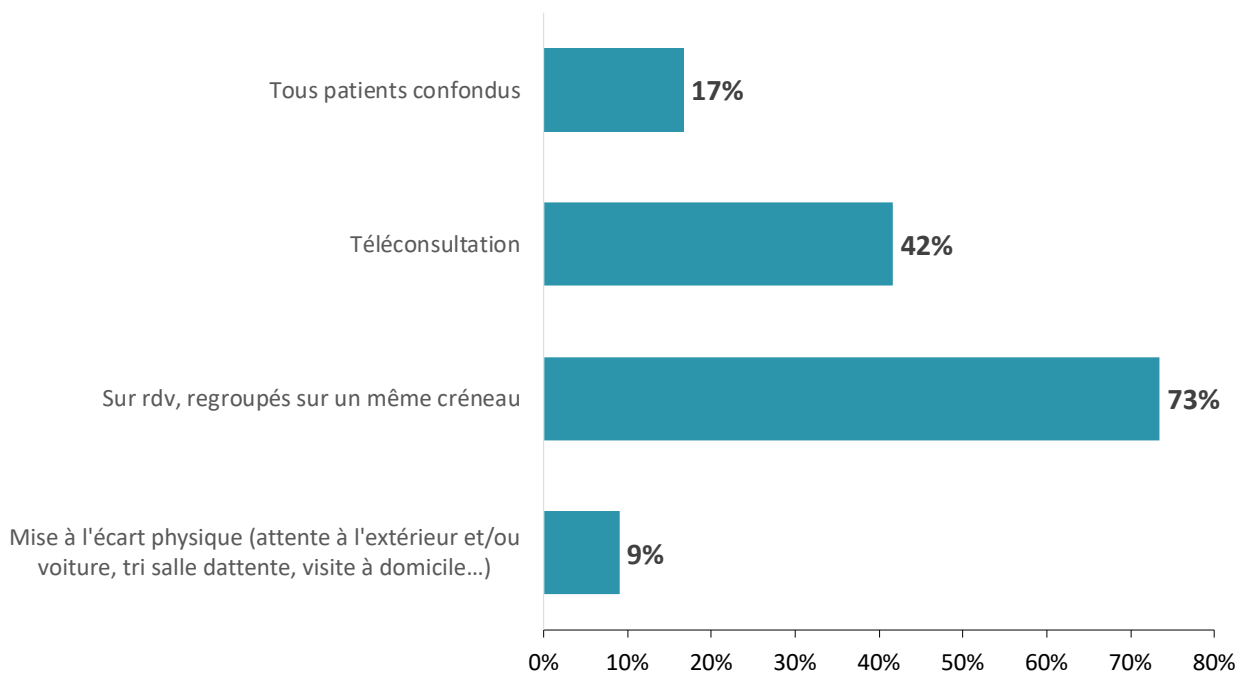
iii-Prise en charge des patients suspectés de la Covid-19

Tableau 10: Représentation du nombre de réponses concernant la prise en charge des patients suspectés de la Covid-19.

	Effectifs
Tous patients confondus	22
Téléconsultation	55
Sur rdv, regroupés sur un même créneau	97
Autre : Mise à l'écart physique (attente à l'extérieur et/ou voiture, tri salle d'attente, visite à domicile...)	9
Total	132

Afin de connaître la prise en charge des patients suspectés de la Covid-19 sur le plan organisationnel, nous proposons 4 réponses possibles dont une réponse ouverte (autre). Les analyses montraient que 17% des médecins déclaraient prendre en charge les patients suspectés de la Covid-19 en même temps que les autres patients.

Figure 10: Pourcentage des réponses sur la prise en charge des patients suspectés de la Covid-19 (plusieurs réponses possibles).



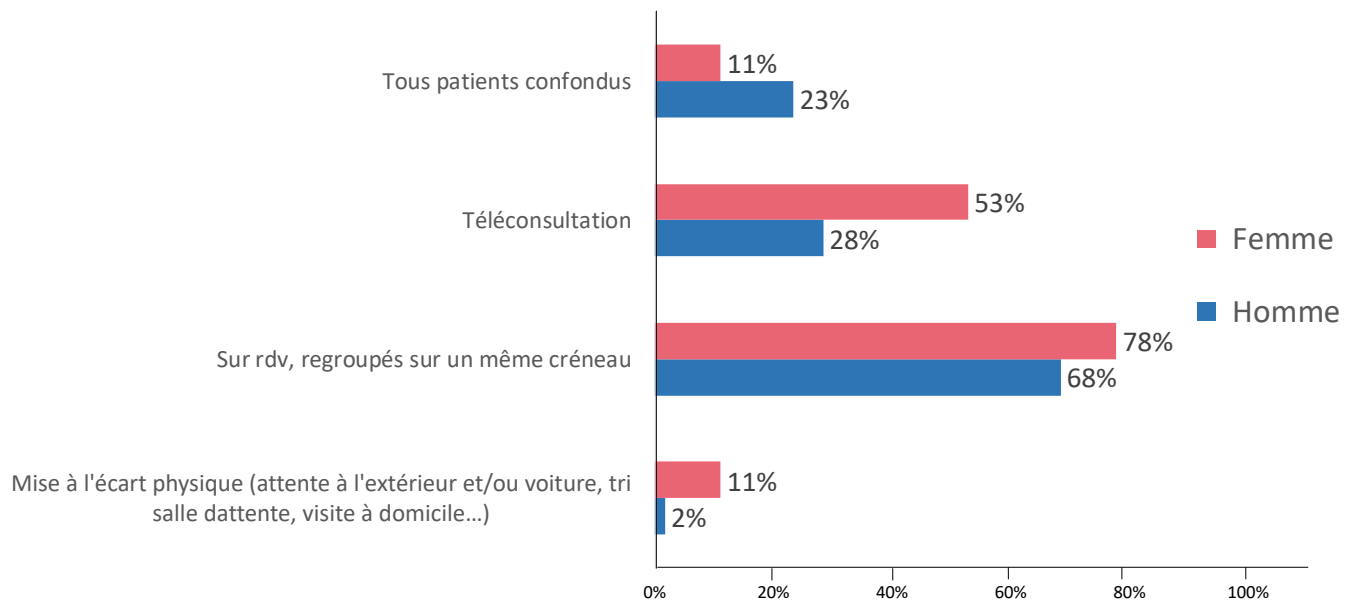
Les autres mettaient en place des mesures de distanciation en utilisant les moyens suivants :

-73% des médecins avaient regroupé les patients potentiellement atteints de la Covid-19 sur un même créneau.

-42% avaient utilisé la téléconsultation pour les suspicions de la Covid-19.

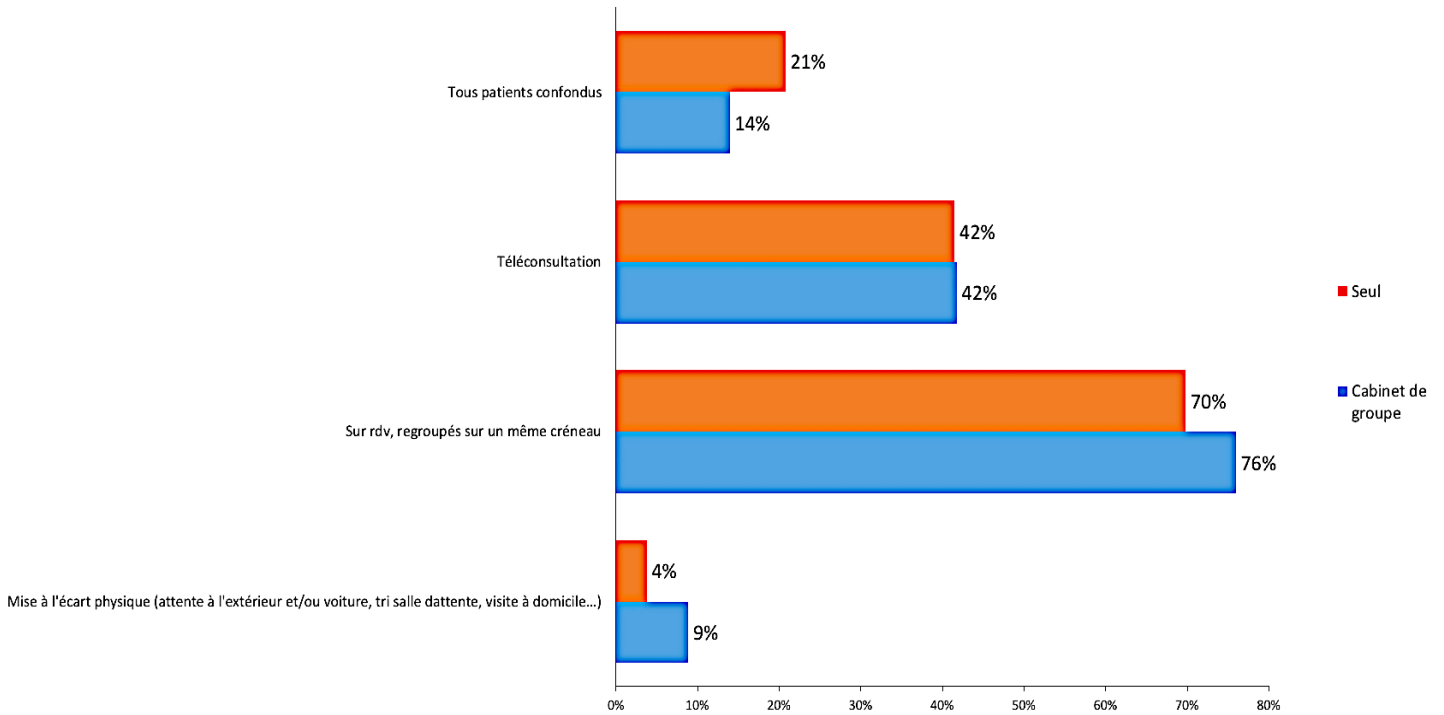
-9% de médecins avaient cité en réponse ouverte d'autres mesures de mise à l'écart : attente à l'extérieur/dans leur voiture, un médecin ayant déclaré visiter à domicile les patients suspects de la Covid-19.

Figure 11: Prise en charge des patients suspectés de la Covid-19 en fonction de leur genre (plusieurs réponses possibles)



La prise en charge des patients suspectés de la Covid-19 différaient selon le genre du médecin. En effet, on observait de manière significative, des pourcentages plus importants chez les femmes que chez les hommes ($p=0,01$) sur la mise en place de mesures évitant le contact entre patients. En détail, pour la téléconsultation, on observait une différence chez les femmes de 25% de plus que les hommes. Les rendez-vous regroupés sur un même créneau pour les patients suspectés de la Covid-19 représentaient un écart de 10% de plus chez les femmes en comparaison des hommes. On observait la même tendance pour la mise à l'écart physique.

Figure 12: Comparaison des prises en charge des patients suspectés de Covid-19 pour les médecins en cabinet de groupe ou seuls (plusieurs réponses possibles)



Cette comparaison montre que les médecins seuls étaient proportionnellement plus nombreux à prendre tous patients confondus, sans tri (+ 6 % vs. cabinet de groupe).

iv-Visite à domicile :

Sur les 122 médecins pratiquant des visites à domiciles, 8 médecins (soit 7%) avaient annulé leur Visite à Domicile (VAD). Sur ces 8 médecins ayant interrompu les VAD, 5 l’avaient fait pour éviter de contaminer les patients.

b) Mesures préventives du praticien et de la structure

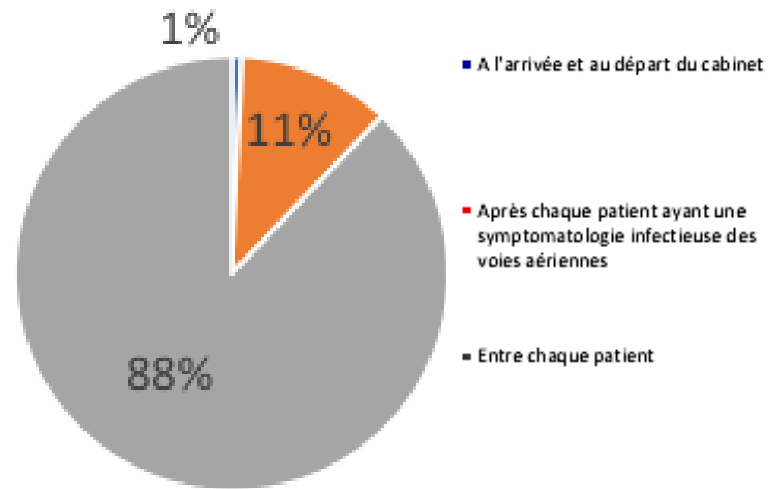
i-Lavage des mains

C'était une question fermée à choix unique concernant la fréquence de lavage de mains. Nous avons inséré 3 propositions avec une fréquence crescendo.

Tableau 11: Effectifs de la fréquence des lavages de mains.

	Effectifs
A l'arrivée et au départ du cabinet	1
Après chaque patient ayant une symptomatologie infectieuse des voies aériennes	15
Entre chaque patient	116
Total	132

Figure 13: Fréquence des lavages de mains.



On relève que 88 % des médecins déclaraient se laver les mains entre chaque patient. Après comparaison, il n'y avait pas de différence significative concernant la fréquence de lavage des mains en fonction du genre, du type de cabinet, de l'âge et du lieu d'exercice.

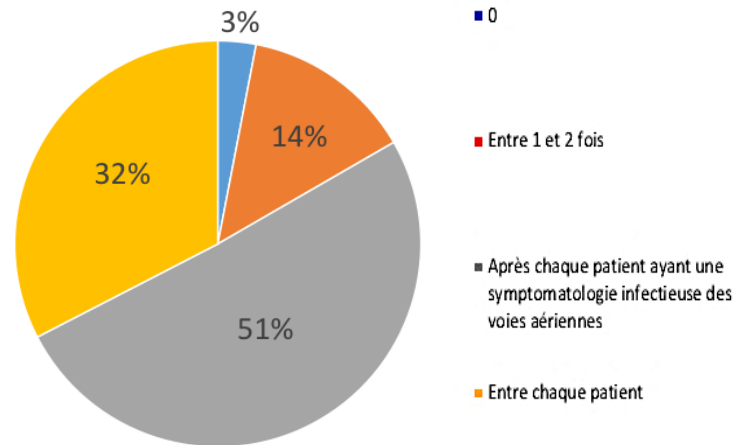
ii-Désinfection du matériel médical

C'était une question fermée à choix unique concernant la fréquence de désinfection du matériel médical. Nous avons inséré 3 propositions avec une fréquence crescendo.

Tableau 12: Effectifs de la fréquence de désinfection du matériel

	Effectifs
0	4
Entre 1 et 2 fois	18
Après chaque patient ayant une symptomatologie infectieuse des voies aériennes	67
Entre chaque patient	43
Total	132

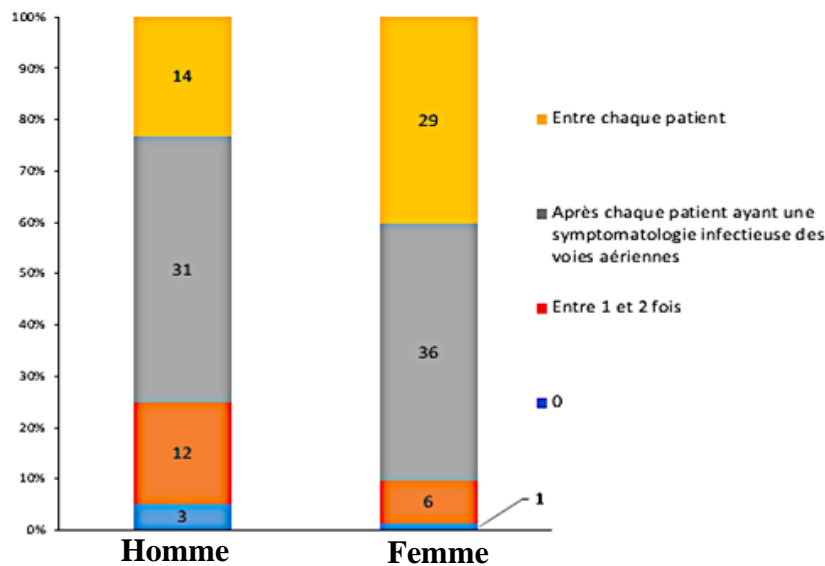
Figure 14: Effectifs en pourcentage sur la fréquence de désinfection du matériel.



Le recueil des données suggérait que 32% des médecins (soit 43 répondants) désinfectaient leur matériel médical entre chaque patient. En revanche, nous avons relevé que 68% des médecins ne désinfectaient pas leur matériel entre chaque patient, parmi eux :

- 51% entre chaque patient ayant une symptomatologie infectieuse des voies aériennes.
- 14% le faisaient une à deux fois par jour
- 3% (c'est-à-dire 4 médecins) ne désinfectaient pas du tout leur matériel de la journée.

Figure 15: Effectifs sur la fréquence de désinfection du matériel selon le genre.



Le croisement de cette variable avec les différentes données socio-démographiques révèle que les femmes désinfectaient plus fréquemment leur matériel que les hommes ($p=0,02$). En effet, nous observons que 40% d'entre elles nettoyaient leur matériel entre chaque patient contre 23% des hommes.

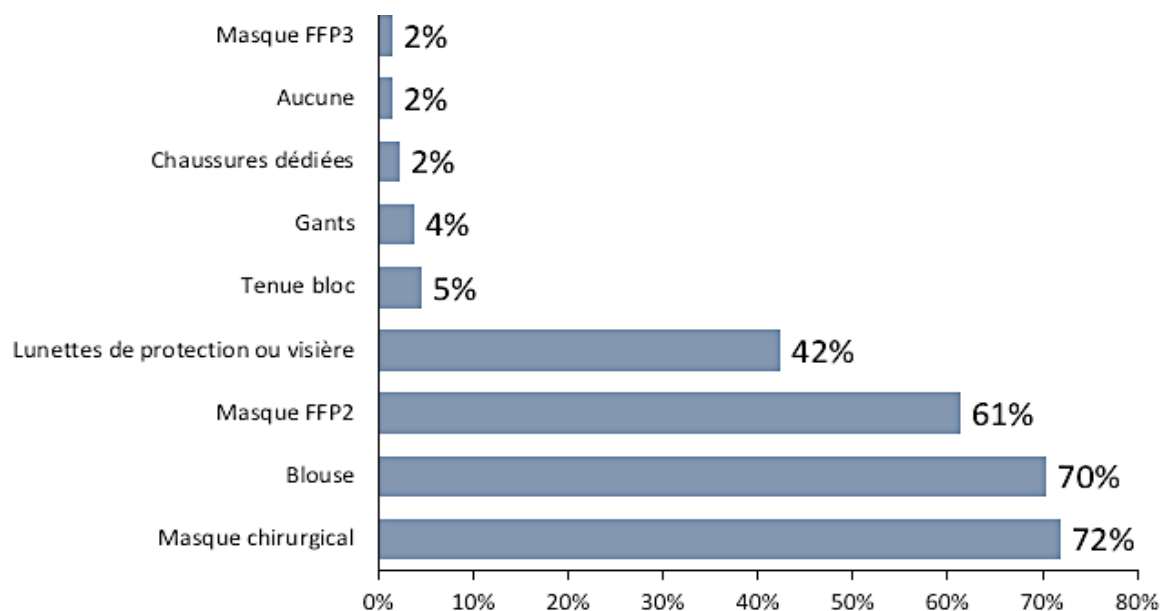
iii- Protections utilisées par les praticiens

C'était une question à choix multiples sur les moyens de protection utilisés, nous propositions 6 réponses dont une ouverte (nommé « autre »).

Tableau 13: Représentation du nombre de réponses concernant les protections utilisés.

	Effectifs
Masque chirurgical	95
Blouse	93
Masque FFP2	81
Lunettes de protection ou visière	56
Autre : Tenue bloc	6
Autre : Gants	5
Autre : Chaussures dédiées	3
Autre : Masque FFP3	2
Aucune	2
Total	132

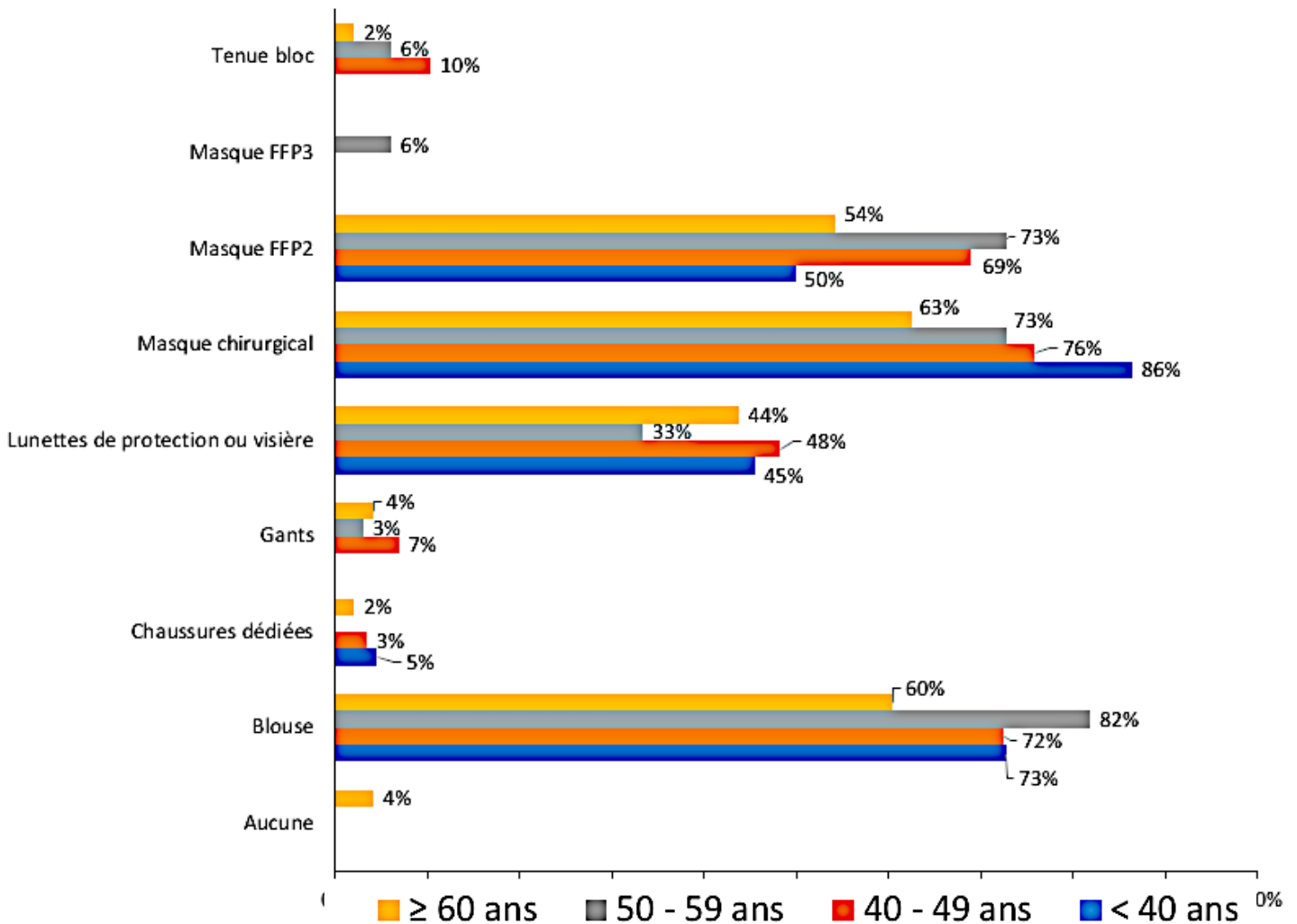
Figure 16: Représentation en pourcentage des réponses concernant les protections utilisés (plusieurs réponses possibles).



Les moyens de protection utilisés majoritairement par les praticiens étaient les masques (chirurgicaux : 72%, FFP2 : 61%) et la blouse (70%). Les lunettes de protection étaient utilisées à hauteur de 42 %.

En réponse ouverte, peu de praticiens ($\pm 7\%$) avaient signalé des mesures complémentaires telles que la tenue de bloc, les gants, les chaussures dédiées. En croisant avec les différentes données sociodémographiques, nous remarquons que la blouse était utilisée par 78% des praticiens en groupe contre 58 % des praticiens exerçant seul. On notait également que les médecins les plus âgés avaient les pourcentages les plus faibles concernant l'utilisation de la blouse, du masque chirurgical et masque FFP2. Les jeunes médecins < 40 ans ont privilégié le masque chirurgical au masque FFP2 (Figure 16).

Figure 17 : Protections utilisées en fonction de l'âge (plusieurs réponses possibles)

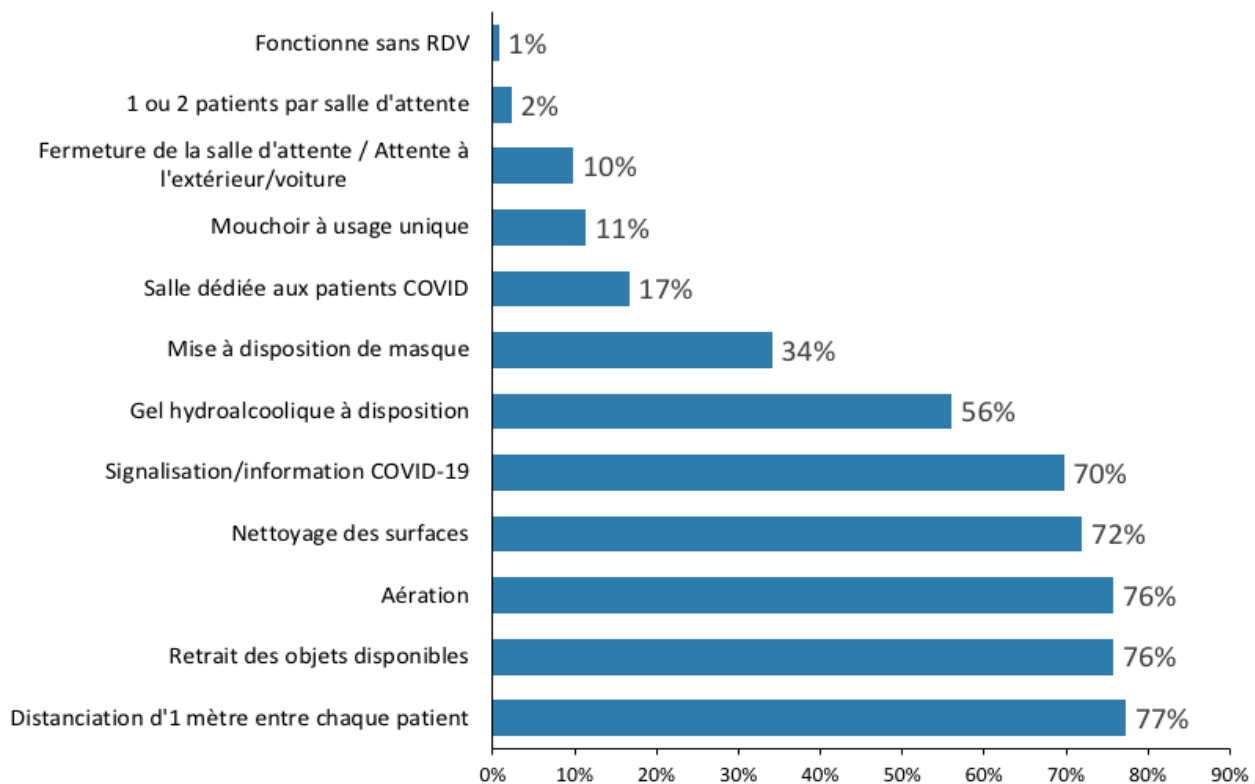


iv-Salle d'attente

Tableau 14: Représentation du nombre de réponses concernant les mesures prises en salle d'attente (plusieurs réponses possibles).

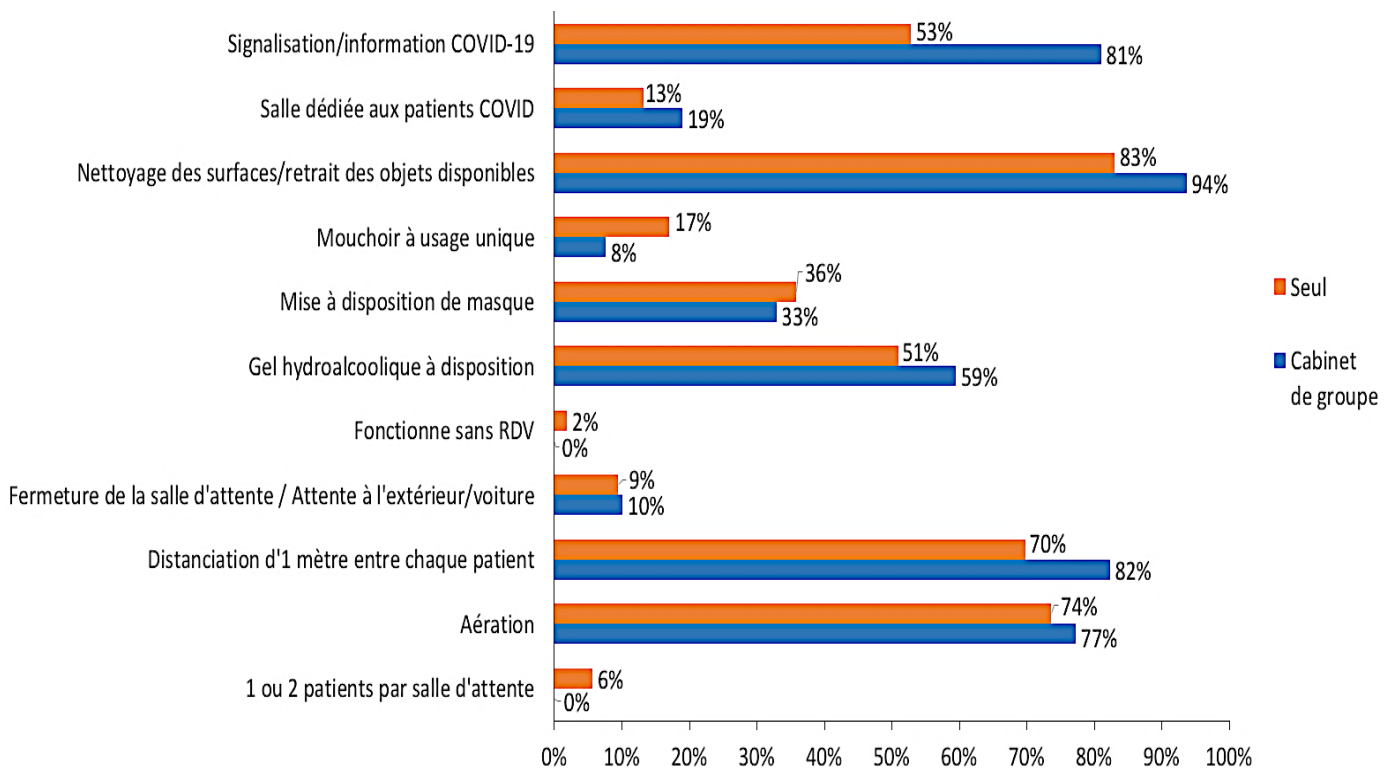
	Effectifs
Distanciation d'1 mètre entre chaque patient	102
Retrait des objets disponibles	100
Aération	100
Nettoyage des surfaces	95
Signalisation/information COVID-19	92
Gel hydroalcoolique à disposition	74
Mise à disposition de masque	45
Salle dédiée aux patients COVID	22
Mouchoir à usage unique	15
Fermeture de la salle d'attente / Attente à l'extérieur/voiture	13
1 ou 2 patients par salle d'attente	3
Fonctionne sans RDV	1
Total	132

Figure 18 : Représentation en pourcentage des réponses sur les mesures prises en salle d'attente (plusieurs réponses possibles).



Les mesures prises majoritairement en salle d'attente concernaient la distanciation d'un mètre entre chaque patient (77%), l'aération (76%) et la signalisation/information de la Covid-19 (70%). De manière moins fréquente 56% avaient mis à disposition du gel hydroalcoolique, 34% des masques et 17% ont pu dédier une salle d'attente aux patients de la Covid-19. Notons qu'en réponse ouverte 13 répondants ont fermé l'accès à la salle d'attente, soit 10 %.

Figure 19: Comparaison entre médecin seul et en groupe sur les mesures prises en salle d'attente (plusieurs réponses possibles).



Dans la salle d'attente des médecins en cabinet de groupe, la mesure la plus utilisée était la signalisation/information de la Covid-19 (81% contre 53% pour les médecins seuls). En cabinet de groupe, les surfaces étaient nettoyées (+11 vs. médecins seuls), ils mettaient plus fréquemment à disposition du gel hydroalcoolique (+8 % vs. médecins seuls) et mettaient plus en place la distanciation d'un mètre entre chaque patient (+12%).

Il n'y avait pas de différences significatives concernant les mesures prises en salle d'attente en fonction du genre et du lieu d'exercice.

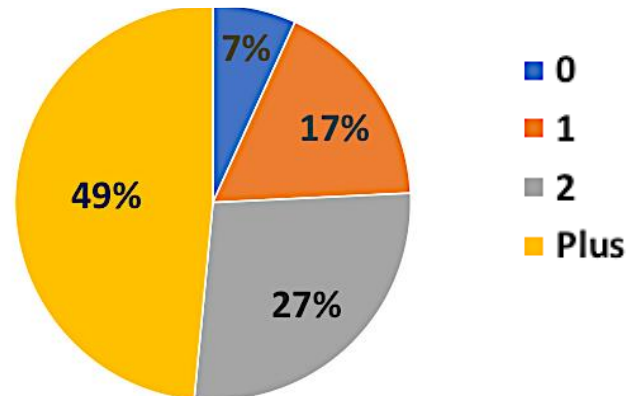
v-Désinfection des surfaces de contact :

C'était une question fermée à choix unique pour déterminer le nombre de désinfections par jour des surfaces de contacts telle que les poignées de porte, chaise, etc. Nous avons inséré 3 propositions avec une fréquence crescendo.

Tableau 15: Représentation des effectifs concernant la désinfection des surfaces de contact (répartition par jour)

	Effectifs
0	9
1	23
2	36
Plus	64
Total	132

Figure 20: Représentation en pourcentage des réponses concernant la désinfection des surfaces de contact (répartition par jour)



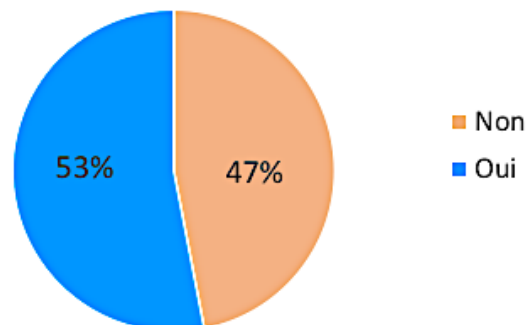
On note que 76 % des répondants désinfectaient au moins 2 fois par jour les surfaces de contact. Presque la moitié désinfectaient les surfaces de contact plus de 2 fois par jour, soit 49% exactement. Nous avons 9 médecins qui déclaraient ne pas nettoyer du tout les surfaces de contact soit 7%.

vi-Déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) :

Tableau 16: Représentation des effectifs sur l'application des recommandations de l'HSCP concernant les DASRI

	Effectifs
Non	62
Oui	70
Total	132

Figure 21: Application des recommandations de l'HSCP concernant les DASRI.



Nous observons une faible majorité de répondants qui appliquait les recommandations concernant les DASRI (53% vs. 47%).

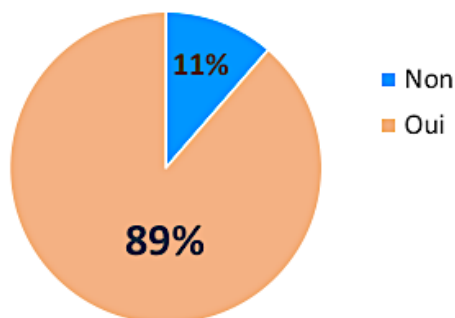
c) Prise en charge des soins non urgents (durant le premier confinement)

i-Suivi nourrisson

Tableau 17: Effectifs des répondants quant au maintien du suivi obligatoire et de la vaccination des nourrissons.

	Effectifs
Non	15
Oui	117
Total	132

Figure 22: Maintien du suivi obligatoire de la vaccination des nourrissons pendant le confinement.



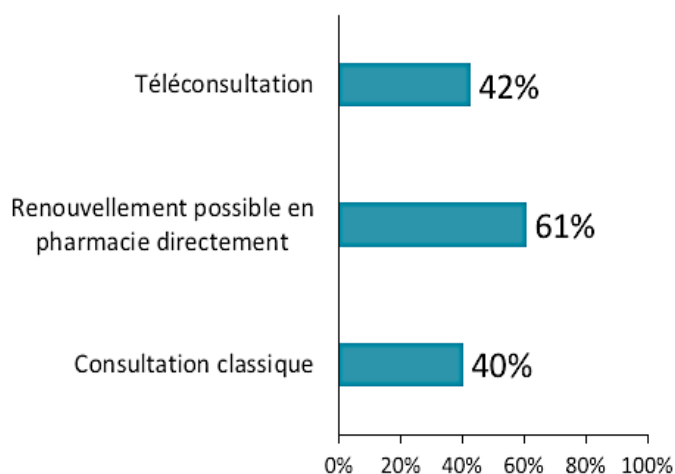
Nos données montrent que 89% des médecins répondants avaient maintenu le suivi obligatoire et la vaccination des nourrissons pendant le premier confinement.

ii-Renouvellement ordonnance des patients chroniques stables

Tableau 18: Représentation des répondants sur les moyens de renouvellement des ordonnances des patients chroniques stables

	Effectifs
Téléconsultation	56
Renouvellement possible en pharmacie directement	80
Consultation classique	53
Total	132

Figure 23: Représentation en pourcentage des moyens de renouvellement d'ordonnance des patients chroniques stables.



Pendant le premier confinement, 61 % des répondants avaient demandé à leurs patients de renouveler leur ordonnance directement en pharmacie, 42% l'avaient fait en téléconsultation et 40% des médecins avaient renouvelé les ordonnances par consultation classique.

d) Protection du personnel

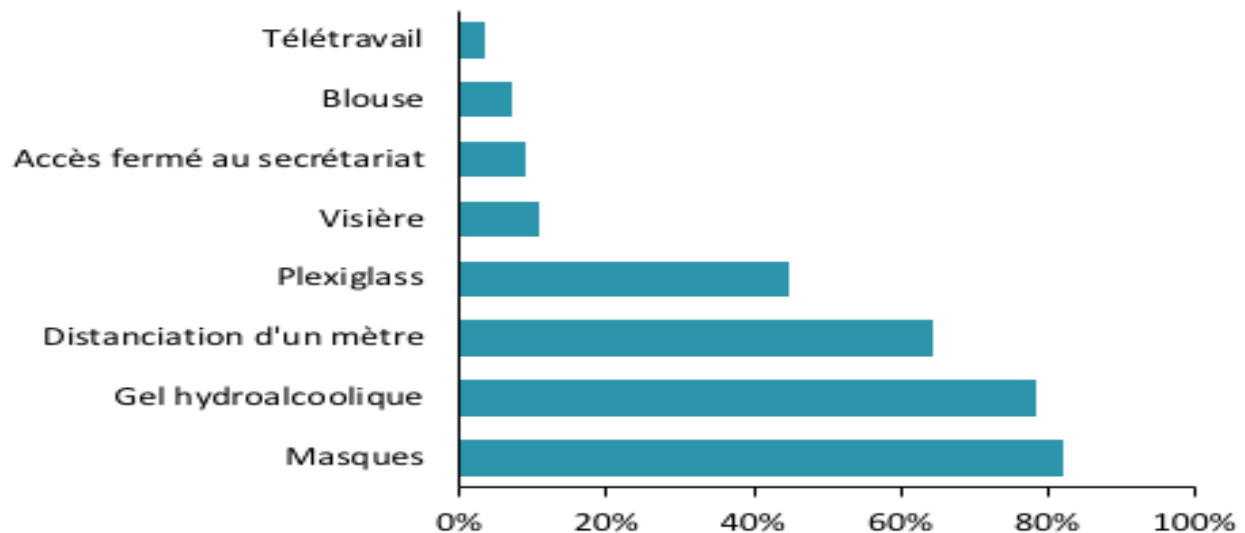
i-Accueil :

C'était une question à choix multiples avec 6 réponses dont une ouverte (autre), pour connaître les mesures protectrices mises en place pour le personnel d'accueil.

Tableau 19 : Représentation des réponses concernant la protection du personnel.

	Effectifs
Masques	46
Gel hydroalcoolique	44
Distanciation d'un mètre	36
Plexiglass	25
Autre : Visière	6
Autre : Accès fermé au secrétariat	5
Autre : Blouse	4
Autre : Télétravail	2
Total	56

Figure 24: Réponses concernant la protection du personnel en pourcentage.



Les 56 médecins concernés par cette question avaient privilégié, pour leur personnel d'accueil, le masque (82%), le gel hydroalcoolique (79%) et la distanciation d'un mètre (64%).

On ne retrouvait que 44% des agents d'accueil bénéficiaient d'un plexiglass. En réponse ouverte 7 médecins avaient mis à l'écart physiquement leur personnel, 5 en fermant l'accès au secrétariat pour les patients (9%) et 2 en leur faisant faire du télétravail (4%).

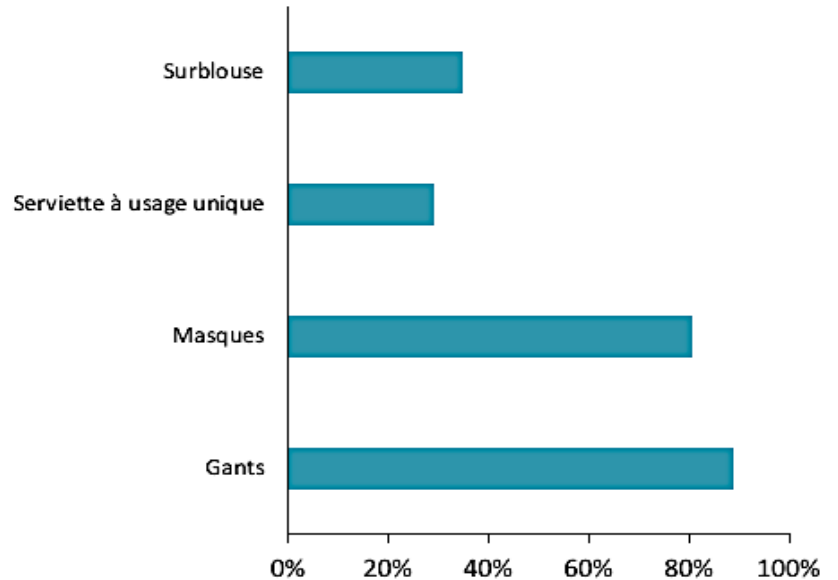
ii-Agent d'entretien

C'était une question à choix multiples fermés.

Tableau 20 : Représentation des moyens de protection mises en place pour les agents d'entretien.

	Effectifs
Gants	64
Masques	58
Serviette à usage unique	21
Surblouse	25
Total	72

Figure 25: Moyens de protection mises en place pour les agents d'entretien.



Pour le personnel d'entretien, 89% des médecins avaient mis à disposition des gants, 81% des masques, 35% une surblouse et 30% des serviettes à usage unique.

iii-Externe

Sur les 8 médecins accueillant des externes, 4 avaient maintenu leur accueil pendant le confinement.

iv-Interne

La totalité des 16 médecins accueillant des internes avaient maintenu cet accueil pendant le confinement.

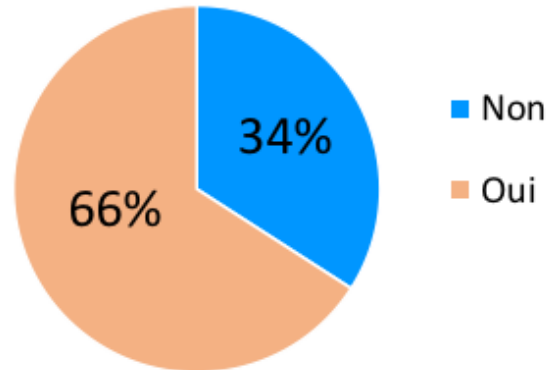
3) Évaluation de la téléconsultation dans le contexte de la pandémie de la Covid-19

i-Réalisation de téléconsultation

Tableau 21 : Évaluation des effectifs réalisant la téléconsultation.

	Effectifs
Non	45
Oui	87
Total	132

Figure 26: Réalisation de la téléconsultation en pourcentage.



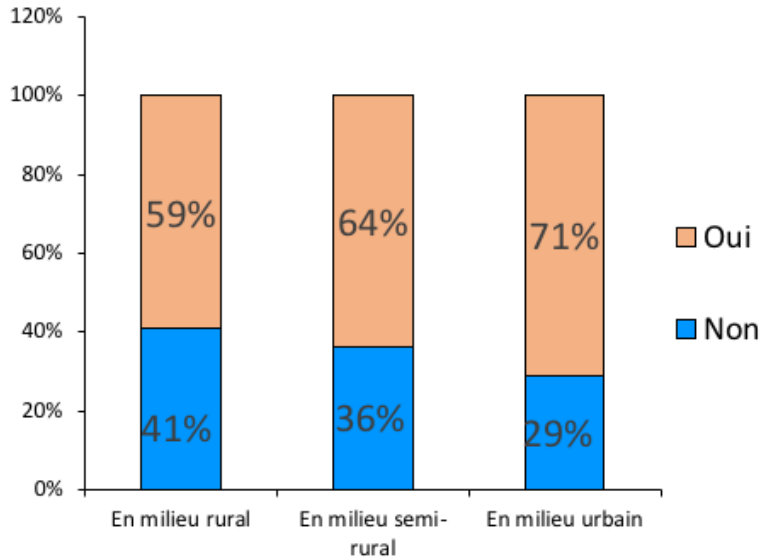
Sur les 132 médecins interrogés, 66% ont réalisés des téléconsultations, et, à l'inverse 34% n'en ont pas réalisé.

Tableau 22 : Évaluation des effectifs de médecins pratiquant la téléconsultation en fonction de leur âge.

Effectif	Non	Oui	Total
< 40 ans	4	18	22
40 - 49 ans	8	21	29
50 - 59 ans	8	25	33
≥ 60 ans	25	23	48
Total	45	87	132

L'analyse de données montrait que l'âge était étroitement lié à la réalisation de la téléconsultation ($p=0,009$). On remarquait que le groupe des plus de 60 ans était le seul qui n'avait pas utilisé majoritairement la téléconsultation.

Figure 27 : Réalisation de la téléconsultation en fonction du lieu d'exercice.



Les médecins en milieu urbain sont ceux qui avaient le plus utilisé la téléconsultation contrairement aux médecins en milieu rural (71% vs. 59%).

ii-Évaluation de la téléconsultation

Tableau 23 : Évaluation du principe de téléconsultation (de 1/5 à 5/5) par les médecins l'ayant utilisée

	Effectifs
1	19
2	19
3	25
4	13
5	11

Figure 28 : Pourcentage des notes sur le principe de la téléconsultation.

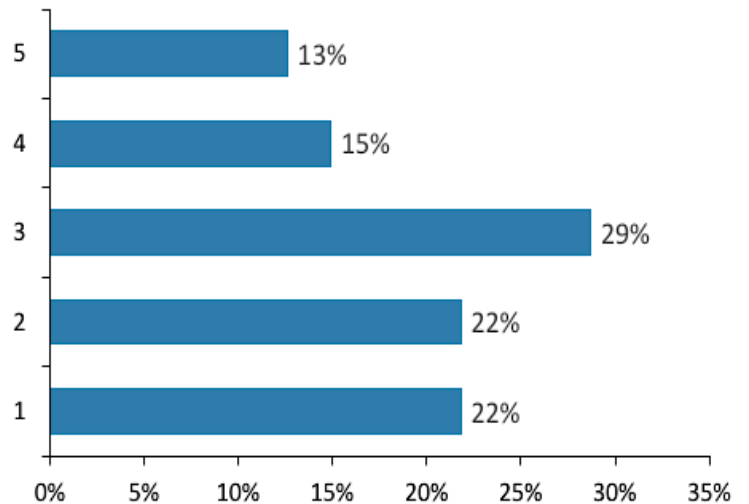
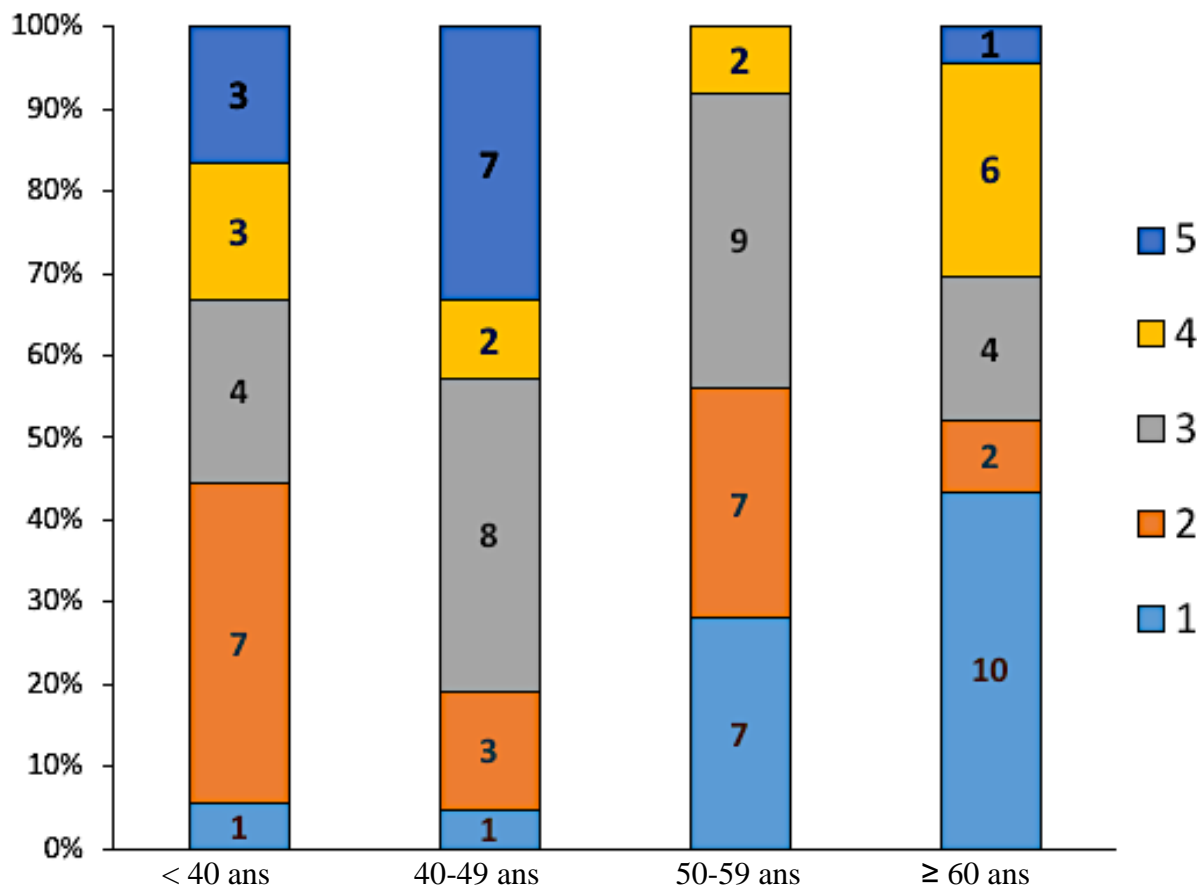


Figure 29 : Évaluation des données au principe de téléconsultation (de 1 à 5) pour les médecins l’ayant utilisée, en fonction de l’âge.



L'évaluation moyenne donnée aux téléconsultations par les médecins l'ayant pratiquée est de 2,75/5. La médiane était de 3 et l'écart-type de 1,3. Les médecins qui évaluaient le mieux la téléconsultation étaient ceux compris dans la tranche d'âge 40-49 ans. Ils étaient 33% à mettre la note de 5/5 contre 17% des moins de 40 ans, 0% des 50-59 ans et 4% des plus de 60 ans. En revanche, la note la plus basse 1/5 était attribuée principalement par les médecins les plus âgés. (43% des plus de 60 ans contre 28% des 50-59 ans, 5% des 40-49 ans et 6% des moins de 40 ans).

DISCUSSION

1) Échantillon

Avec un nombre de réponses exploitables de 132, notre échantillon représenterait 27% des médecins généralistes de l'Oise. Ces derniers sont estimés à 482 dans l'Oise en 2020 selon l'atlas démographique médical régional du conseil national de l'ordre des médecins (30).

Sur cet atlas, les seules données disponibles concernant l'Oise sont la moyenne d'âge et la proportion d'exercice individuel des médecins généralistes. Notre étude comporte donc une représentation très proche des médecins exerçant seul (40% vs. 42%). On retrouve une surreprésentation non significative des médecins âgés ≥ 60 ans (36% vs. 26%). Cependant les données du CNOM datent de 2015, compte tenu du vieillissement de la population médicale dans le bassin Isarien, les données actuelles devraient donc se rapprocher de nos résultats. Enfin, notre pyramide des âges épouse la même forme que la pyramide des âges des médecins généralistes de Picardie [Annexe 3], où la plus grande proportion de médecins hommes concernait les ≥ 60 ans.

Au regard de ces résultats, nous pouvons constater que la population de médecins incluse dans notre analyse serait plutôt fidèle à la démographie actuelle et semblerait donc représentative de la population de médecins généralistes de l'Oise.

Face à l'évolution des recommandations, au fil de la pandémie, notre population d'étude a nécessairement privilégié les institutions officielles (91%) pour s'informer sur la Covid-19.

2) Objectif Primaire : organisation de la pratique

a) Organisation du planning

La pandémie de la Covid-19 a eu un impact conséquent sur l'organisation du planning des médecins généralistes. En effet, près de 3/4 des médecins ont modifié leur agenda tout en maintenant la même offre médicale pour la plus grande partie. Nos données confirment la mise en place d'une nouvelle organisation face à la pandémie de la Covid-19. Concernant la baisse d'offre, plusieurs médecins ont fait remarquer qu'elle était secondaire à la baisse d'activité.

On peut noter aussi, une volonté d'une grande majorité des médecins en groupe (84%) de mettre une organisation commune dans la lutte contre la Covid-19. À ce jour il n'existe pas de recommandation officielle sur l'organisation commune. Néanmoins, le collège de médecine générale propose des exemples d'organisations comme suggérés ci-dessous (19).

Figure 1: Exemples d'organisations de cabinet proposé par le collège de médecine générale :

	Matin	Après-midi :
Exemple 1	<ul style="list-style-type: none"> -Tous les médecins assurent : - les suivis -renouvellements d'ordonnances -suivis de nourrissons et enfants. 	-1 médecin du cabinet (prioritairement le médecin qui a le plus de critères de fragilité) voit les patients qui vont bien et fait les téléconsultations
		-1 médecin fait les visites à domicile des patients de + de 65 ans qui nécessitent une réévaluation pour leur renouvellement
		-1 médecin voit tous les malades dans une salle dédiée
	<ul style="list-style-type: none"> -Les patients symptomatiques restent dehors ou dans leur voiture. Ils reçoivent un masque quand ils passent la porte. -Désinfection entre chaque patient. 	
Exemple 2	-1 équipe dédiée aux patients avec critères de fragilité (notamment hôpital local et EHPAD).	
	-1 équipe dédiée aux consultations des patients qui ont des symptômes de Covid-19.	
	<ul style="list-style-type: none"> -Salles d'attente séparées. -Les internes sont inclus dans ces équipes. -Les paramédicaux au chômage technique assurent l'orientation à l'entrée de la structure et font le facteur pour les arrêts de travail et médicaments renouvelés par la pharmacie. 	
Exemple 3	-Mise en place d'un numéro d'astreinte qui transfère chaque jour vers un médecin différent du cabinet.	
	-La secrétaire oriente les patients avec fièvre +/- toux vers ce numéro.	
	<ul style="list-style-type: none"> -Le médecin d'astreinte décide de la conduite à tenir : consultation ou téléconsultation. -Les consultations se font à des heures précises et dans les cabinets dédiés. 	

Par conséquent, il serait enrichissant de compléter cette question par une étude sous forme qualitative, afin d'apporter plus d'éléments sur les organisations communes et de répertorier les avantages et les inconvénients.

Pour accueillir leurs patients suspectés de la Covid-19, les praticiens ont majoritairement mis en place des mesures de distanciation (téléconsultation ou regroupés sur un même créneau). Toutefois nos données suggèrent que 17% des médecins ont regroupé tous patients confondus sur un même créneau sans distinction des patients suspectés de la Covid-19. Au premier abord on peut penser que cela est lié aux médecins exerçant seuls (data non significative $p=0,527$). Ce qui laisserait suggérer que les médecins exerçant seuls ont des moyens humains et structurels insuffisants.

De façon intéressante, nos données témoignent significativement ($p=0,015$) que les médecins de sexe féminin sont plus nombreux à respecter la mise en place des mesures préventives pour les patients suspects de la Covid-19. Il est difficile d'interpréter ces résultats mais le côté maternel et protecteur de la femme jouerait probablement un rôle.

Dans un contexte de nouvelle pandémie, et de moyens de protection jugés insuffisants par 60 % des médecins (20), il est étonnant de voir que l'immense majorité des médecins concernés (93%) ont maintenu leurs visites à domicile. Pour autant, à cette question, nous aurions dû compléter par des sous propositions afin d'évaluer avec quelle importance elles étaient maintenues (au strict minimum, comme d'habitude...)

A. Goldberg, un confrère de la faculté de Marseille retrouvait dans sa thèse une tendance inversée au panel de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). En effet, il observait une tendance des jeunes médecins du bassin Cavaillonnais à pratiquer davantage les visites à domicile pendant la pandémie (21). Il expliquait ces données par une fragilité connue des personnes plus âgées face à la Covid-19, ce qui a pu inciter les médecins âgés à moins se déplacer et effectuer les VAD. D'autre part, il retrouvait que les visites en EHPAD étaient significativement inférieures ($p = 0,01$) aux visites à domicile.

b) Mesures préventives du praticien et de la structure

i-Praticien

Dans une situation de pandémie, le lavage fréquent des mains fait partie des mesures barrières pour se protéger et protéger les autres. Dans notre étude, les praticiens l'ont bien intégré, une vaste majorité des médecins se lavait les mains entre chaque patient (88%) et le reste se lavait après chaque patient suspect (11%). En effet, comme décrit par Pailler M. et *al*, cette pratique semble bien être adoptée chez les médecins depuis la pandémie de grippe de 2009. Pour la première fois, les pouvoirs publics français avaient mené une campagne de prévention considérable à l'échelle nationale (13). Les auteurs évaluaient l'impact de la communication sanitaire auprès des médecins généralistes exerçant dans le Limousin. L'étude montrait que 97 % des médecins répondants déclaraient se laver les mains « tout le temps » ou « fréquemment » entre 2 patients (13). L'intégration de cette pratique s'explique aisément car la stratégie de l'OMS pour une meilleure hygiène des mains est facile à appliquer comme le démontre Allegranzi B *et al*, dans une étude publiée en 2013 dans la revue *The Lancet Infectious Diseases* (14).

Concernant les protections utilisées par les praticiens, les masques et les blouses sont privilégiées. Nous pouvons considérer que ce sont des pratiques nouvelles jamais mises en place auparavant pour d'autres épidémies. En effet, dans sa thèse (2019) sur la grippe en Alsace, Kuentzmann Klein P. montrait que seulement 4% des médecins Alsaciens portaient un masque en présence de patients présentant des signes respiratoires durant l'épidémie de Grippe (15). Deux ans après, nos résultats montrent l'adoption de ces moyens de protection, poussés par les campagnes d'informations massives des pouvoirs publics et donc l'importance de ces dernières. Cependant en l'état actuel, ces pourcentages d'utilisation concernant les masques chirurgicaux (72%) et FFP2 (61%) peuvent paraître insuffisants. Ceci se justifie en partie par les pénuries des masques et les polémiques sur l'efficacité des masques chirurgicaux en début de pandémie. Par ailleurs, il est important de mentionner que le port du masque a été rendu obligatoire dans les lieux publics clos seulement fin juillet 2020 et de manière générale dans l'Oise le 28 septembre 2020 (après notre recueil).

En cabinet de ville, le port d'une blouse est loin d'être systématique. Pour la Covid-19, un pourcentage remarquable des médecins (70%) ont utilisé la blouse. Elle était plus souvent portée en cabinet de groupe qu'en cabinet seul, témoin probablement de la mise en place de protocole au niveau des cabinets de groupe.

L'utilisation de lunettes de protection ou visière lors de risque de projection n'est pas rentrée dans les pratiques, seulement 42% des praticiens en utilisaient. L'American Academy of Ophthalmology a publié une fiche de renseignements soulignant l'importance de bien se protéger les yeux pendant la pandémie de la Covid-19. En effet, les yeux peuvent être une porte d'entrée pour le virus au même titre que la bouche et le nez (16).

Enfin, notre étude sur les moyens de protection suggère que les médecins les plus âgés seraient les « moins bon élèves », ils présentent le pourcentage le plus faible dans l'utilisation de la blouse, du masque chirurgical et masque FFP2 (data non significative). Ces médecins proches de la retraite sont-ils moins propices à la formation ?

Au sujet de la désinfection du matériel utilisé pendant la consultation, les résultats sont encourageants. En préparation du déconfinement le Ministère de la Santé et des Solidarités recommandait à tous les professionnels de santé exerçant en ville de désinfecter après chaque patient les instruments utilisés pendant la consultation. Or dans notre étude, seulement 32 % respectaient cette recommandation, la majorité (51%) le faisait uniquement après les patients suspects et 14 % entre 1 et 2 fois par jour.

Toutefois si on compare aux recommandations antérieures à la Covid-19 et aux études déjà effectuées, il faut noter un progrès dans l'assimilation de cette pratique. En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommandait en 2007 de le faire au minimum une fois par jour (17). De plus, l'étude dans le Limousin retrouvait 36 % des médecins qui désinfectaient leur stéthoscope au moins une fois par jour (13) et l'étude en Alsace montrait que $\pm 39\%$ des médecins désinfectaient leur matériel moins d'une fois par jour dont près de 15% le faisaient au moins une fois par mois (15). Soulignons que nos données témoignent de manière significative ($p=0,023$), qu'une proportion importante de femmes désinfectaient plus fréquemment leur matériel que les hommes. Ce résultat est délicat quant à son interprétation. Cependant *Van de Mortel et al* confirme que ce constat s'expliquerait par des différences intrinsèques encrées dans les mœurs dès le plus jeune âge (importance de l'hygiène qu'accorderaient les parents entre les filles et les garçons) (32).

ii-structure

Les mesures prises majoritairement en salle d'attente sont celles faciles à mettre en place et relevant du bon sens. Elles concernent la distanciation d'un mètre entre chaque patient (77%), le retrait des objets disponibles (76 %), l'aération (76%) et la signalisation/information de la Covid-19 (70%). En revanche, le masque et les solutions hydroalcooliques sont des mesures essentielles contre la lutte des transmissions gouttelettes et transmissions contact. Seulement 34% ont mis à disposition des masques chirurgicaux et 56% du gel hydroalcoolique. Compte tenu de la gravité de la pandémie et le risque de transmission croisée en cabinet, ces mesures sont jugées très insuffisantes.

Le travail de G. Daubert et G. Gillet (thèse 2020) confirmait cette carence de manière plus caractérisée (18). En effet, dans leur thèse réalisée peu de temps avant la pandémie de la Covid-19, ils étudiaient les bonnes pratiques visant à prévenir la transmission croisée virale en période épidémique, dans les parties communes des cabinets de médecine générale de Seine-Maritime. Seulement 1 sur les 82 des cabinets sondés mettait à disposition des masques chirurgicaux et la présence de SHA n'était retrouvée que dans 6.7 % des cabinets. « *...Le deuxième résultat important de notre travail est l'organisation inadaptée des cabinets de médecine générale pour lutter contre le risque de transmission « Gouttelettes ». Les principaux points de non-conformité étaient la disponibilité exceptionnelle de masques chirurgicaux pour les consultants [...] la présence de SHA, pivot dans la diminution du risque de la transmission Contact, n'est retrouvé que dans 6,7% des cabinets...* ». Les pénuries peuvent en partie expliquer ces résultats mais le coup financier engendré pourrait être le frein principal dans l'application de ces mesures.

Les praticiens montrent l'exemplarité en saisissant très vite les recommandations concernant la désinfection des surfaces de contact telle que les poignées de porte ou chaise. L'immense majorité (93%) les désinfectait au moins une fois par jour. Cette pratique est solidement adoptée puisque 49 % le faisaient plus que les recommandations du Ministère de la Santé et des Solidarité (deux fois par jour) (10).

c) Prise en charge des soins non urgents (durant le premier confinement)

Les praticiens n'ont pas sacrifié le suivi des nourrissons pendant le premier confinement. En effet, ils ont, dans l'immense majorité (89%), continué à suivre et à vacciner les nourrissons comme le préconisait la HAS. Cela se conçoit, car le confinement strict et l'application rigoureuse des gestes barrières diminuerait fortement le risque de contracter d'autres viroses du nourrisson.

d) Protection du personnel

Les agents d'accueil dans les cabinets médicaux font référence aux secrétaires. Lorsqu'elles sont présentes au sein du cabinet, ce sont les premières exposés au public. Les secrétaires effectuent des tâches très diverses dont les traditionnelles gestions de rendez-vous, de l'accueil des patients ainsi que l'archivage de documents. Elles sont donc sujettes au risque de contamination, d'où l'importance des mesures protectrices contre les transmissions gouttelette et contact.

Nous observons que les mesures essentielles sont bien intégrées dans la pratique : le masque (82%), le gel hydroalcoolique (79%), la distanciation d'un mètre (64%). Cependant les protections gouttelettes peuvent être encore améliorées par la mise en place d'une interface comme un plexiglass. On ne relevait que 44 % des secrétaires en bénéficiaient. Comparativement à la thèse de mes confrères juste avant la pandémie, seuls 12 % des cabinets sondés présentaient une interface en Seine Maritime (18). Il est là aussi important de souligner la progression impliquée pendant la Covid-19.

Dans notre étude seulement 42 % des médecins étaient concernés par une secrétaire. D'après une étude réalisée par l'URPS médecins de Rhône-Alpes sur le secrétariat médical, seule une petite partie des médecins libéraux dispose d'un secrétariat au sein de leur cabinet, 32 % des médecins utilisent les services de télésecrétariat et 23 % n'en disposent pas (22).

Seulement 2 médecins ont fait télétravailler leur secrétaire. De façon général, le télétravail a connu un fort rebond pendant la pandémie de la Covid-19. Il sera sans doute une pratique du futur. Le recours au télétravail ou télésecrétariat peut-il être une mesure pour une meilleure protection du personnel dans un tel contexte ? Probablement une meilleure protection du personnel mais au détriment d'un risque accru de transmission croisé au sein du cabinet. En effet, les secrétaires sur place, jouent un rôle essentiel dans l'application des gestes barrières par le patient

dès son arrivée (par exemple : limiter les entrées à une personne, vérifier le port du masque, faire désinfecter les mains...). Elles ont aussi une connaissance particulière du médecin et de ses patients et donc elles participent à une meilleure organisation de l'agenda en limitant les contacts avec les patients malades ou suspects de la Covid-19.

Concernant les internes, la totalité des praticiens ont continué à les accueillir. C'est tout à fait cohérent, lors d'une crise sanitaire chaque professionnel de santé est d'autant plus précieux. Les internes avec leur droit de prescription sont des médecins à part entière, même s'ils sont encore en formation. La gestion d'une pandémie fait aussi partie de la formation de ces futurs praticiens.

3) Objectif secondaire : la téléconsultation dans le contexte de la pandémie

a) Réalisation de la téléconsultation

Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), les $\frac{3}{4}$ des médecins généralistes ont mis en place la téléconsultation depuis le début de la pandémie de la Covid-19, alors que moins de 5 % la pratiquaient auparavant (23). Nos données confortent ces observations, en effet, 66% des médecins interrogés ont réalisé des téléconsultations durant cette pandémie. Ces chiffres et cette évolution sont d'autant plus remarquables que la téléconsultation a connu des débuts pour le moins poussifs. C'est à partir de 2018 que la téléconsultation est prise en charge par la caisse nationale d'assurance Maladie (CNAM). En 2019, la CNAM se réjouissait des 60 000 téléconsultations alors que l'objectif était de 500.000. La crise sanitaire et le confinement ont manifestement permis un grand changement. La CNAM a publié les chiffres des téléconsultations durant le confinement. Ceux-ci sont "spectaculaires", comme elle le dit elle-même dans le titre de son communiqué. En mars et avril 2020, l'assurance maladie a en effet remboursé 5,5 millions de téléconsultations (24).

Cette modification en période de crise sanitaire, se justifie par l'assouplissement des règles de prise en charge des téléconsultations et une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie levant ainsi les réticences financières des patients comme des médecins (25).

Nous avons mis en évidence dans notre étude que l'âge est étroitement lié à l'utilisation de la téléconsultation ($p=0,009$). Les médecins les plus âgés sont réticents dans l'utilisation de

nouvelles technologies. L'appréhension des aspects techniques de la téléconsultation serait la principale limite. Ainsi ils sont moins favorables à modifier leur pratique sur ce sujet.

Bien que les tests statistiques n'aient pas montré de lien entre le milieu et la réalisation de la téléconsultation de manière globale. Nous observons que les médecins en milieu urbain sont ceux qui ont le plus utilisé la téléconsultation, en effet 71% d'entre eux, contre 59% des médecins en milieu rural. Ces données pourraient être corrélées à la population vieillissante et le défaut de couverture numérique des espaces ruraux. Ainsi, la carte publiée sur le site de l'Agence de Régulation des Communications et de la Poste (ARCEP) en septembre 2018, montre que la couverture de la Métropole en fibre optique est aujourd'hui plus déployée en zone urbaine qu'en zone rurale (31).

b) Évaluation de la téléconsultation

Il est cohérent de voir que les médecins les plus âgés sont ceux qui ont le moins bien noté la téléconsultation. Ces données sont à corréliser aux données de la question précédente : de façon significative, les médecins âgés sont aussi les moins enclin à utiliser la téléconsultation ($p=0,009$). L'étude de la DRESS a permis de soulever certaines limites de la téléconsultation vues par médecins généralistes durant la pandémie, ainsi l'étude répertorie (23) :

- Plus de la moitié de ceux qui l'ont utilisée estime que l'examen clinique en présentiel reste souvent ou systématiquement indispensable.

- Un peu moins de la moitié a souvent ou systématiquement rencontré des problèmes techniques.

- Les médecins sont partagés sur la satisfaction qu'ils retirent de la pratique de la médecine via la téléconsultation : un peu moins de la moitié des médecins se disent moyennement satisfaits, mais un tiers d'entre eux en sont peu ou pas satisfaits et, à l'inverse, un quart d'entre eux en sont très ou tout à fait satisfaits.

Dans sa thèse (2020) réalisée à Marseille sur les conseils et consultations téléphoniques en médecine générale, Hadj Ameer R. posait la question suivante : « pensez-vous que la télémédecine doit plus se développer ? » : les réponses étaient mitigées. En effet, 31,58 % étaient pour, 28,95 %

n'avaient pas d'avis et 39,48 % étaient contre. Elle considérait que ces résultats n'étaient pas encourageants pour le domaine car les médecins généralistes sont placés au cœur du développement de la télémédecine (26).

4) Forces et Limites

a) Forces

Notre étude porte sur un sujet d'actualité qui concerne une pandémie, qui lui confère un intérêt singulier. L'étude nous a permis de faire une description des changements de la pratique des médecins généralistes dans un contexte inexpérimenté. Ainsi nous avons répertorié des bonnes pratiques acquises, des pratiques encourageantes et enfin des pratiques non acquises pour lesquelles nous proposons des axes d'amélioration.

En second lieu, notre étude présente un taux de participation de 44 %, celle-ci se positionne dans la moyenne haute des taux de réponses, le taux de réponse moyen à ce type d'étude est de 20% (27). Nous pouvons expliquer ce taux de participation, d'une part, par l'intérêt du sujet qui concerne tous les médecins inclus sans exception, d'autre part par la présence d'un questionnaire rapide (se réalisant en 5 minutes), composé principalement de questions à choix multiples.

Sur le plan de la méthodologie, nous avons respecté l'anonymat puisque le recueil de données s'effectuait par voie postale, libérant les répondants et réduisant les biais de déclaration. L'échantillonnage de la population à partir d'une base de données officielle (annuaire CNOM) a permis de diminuer les biais de sélection.

b) Limites

Les données recueillies sont déclaratives et peuvent être à l'origine de biais de déclaration. Les questions à choix multiples orientent les réponses, ainsi certains répondants étaient probablement influencés par ce qu'ils jugent bon de faire plutôt que la réalité. Pour pallier ce biais, les entretiens sans orientation restent intéressants, afin de constater quelles sont les mesures préventives mises en place par les médecins au premier abord. Cependant 132 réponses n'auraient pas été possibles et la perte de l'anonymat engendrerait d'autres biais de déclaration.

Il est important de souligner que notre étude décrit l'organisation de la pratique des médecins généralistes dans l'Oise pendant la première vague de la pandémie. Lorsque nous avons lancé notre étude, nous n'avions pas de visibilité quant à la durée de la pandémie et surtout l'apparition de nouvelles vagues.

Il existe un biais de mesure sur l'évaluation de la téléconsultation, la réponse 0/5 n'existait pas (les propositions allaient de 1/5 jusque 5/5). L'idée initiale était d'avoir une certaine symétrie dans les propositions, 2 propositions « négatives », une réponse moyenne et 2 réponses « positives ».

Il peut y avoir un biais de désirabilité sociale surestimant la fréquence de nettoyage des mains, du matériel et des surfaces de contact.

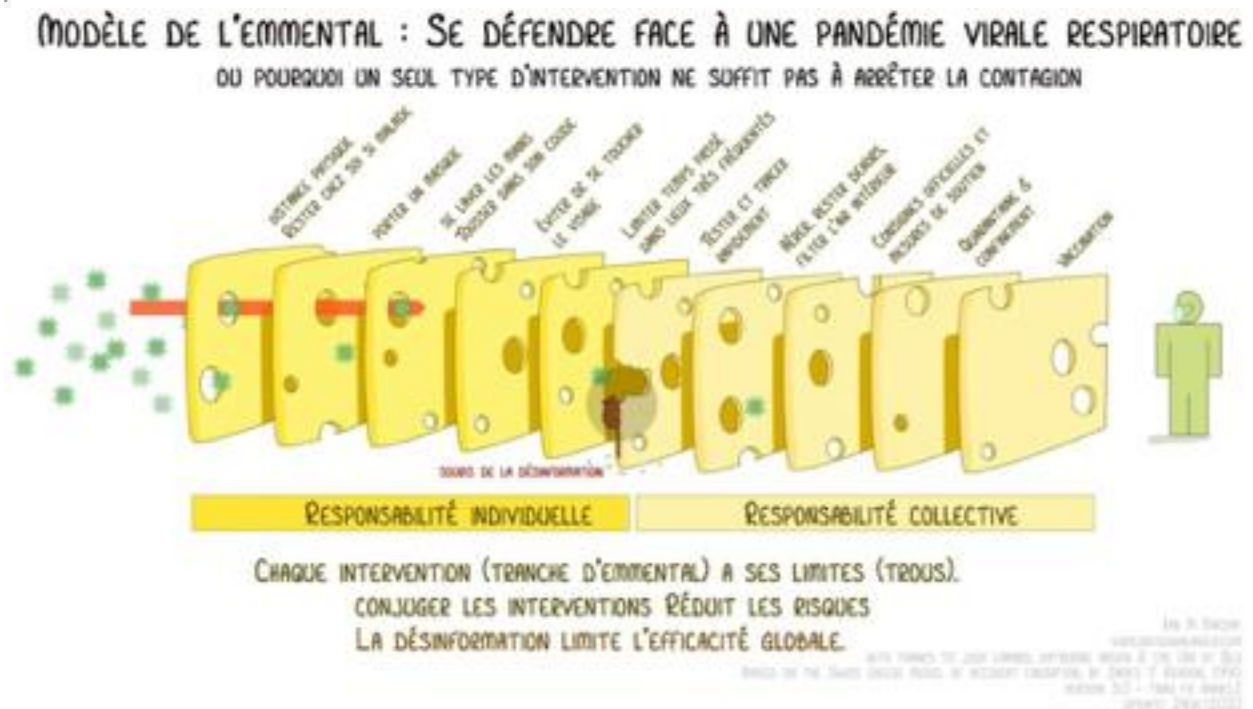
5) Ouvertures, changements et perspectives

Notre étude descriptive a été menée sur les pratiques préventives impliquées contre la Covid-19 auprès de 132 médecins généralistes exerçant dans l'Oise en cabinet de ville.

L'étude montre de nombreux résultats encourageants. Cependant plusieurs éléments pour une bonne pratique en matière de prévention doivent être améliorés : mise à disposition de SHA, de masques chirurgicaux, mouchoirs à usage unique, mise en place d'interface pour le personnel, désinfection du matériel médical et enfin, utilisation de protection pour les yeux quand cela est nécessaire.

Cette pandémie a plus que jamais montré l'importance des mesures préventives, le virologue Ian M. Mackay a popularisé le modèle du fromage suisse ou de l'emmental en l'adaptant à la crise sanitaire en cours. Chaque tranche représente une mesure de sécurité. Chaque trou de l'emmental représente les failles de la mesure. Mais en combinant les tranches et donc les mesures de sécurité chaque faille de chaque mesure devient moins risquée, jusqu'à constituer une solide défense (Figure 2).

Figure 2: Le modèle de l'emmental adapté à l'épidémie liée au coronavirus SARS-CoV-2.



A l'aube d'une 3^{ème} vague, avec l'apparition de nouveaux variants, additionnée aux multiples défis liés à la vaccination, les mesures préventives sont plus que jamais d'actualité. C'est pourquoi les carences que nous relevons doivent impérativement rentrer dans les pratiques des médecins généralistes en cabinet. En ce sens, nous préconisons une vaste campagne de prévention à l'égard des médecins généralistes, ajoutée à différentes adaptations financières encourageant ces pratiques.

Au-delà de la pandémie, les mesures préventives ont montré toute leur importance. Le respect des mesures préconisées pour lutter contre la Covid-19 semblent avoir raison des autres virus saisonniers responsables de la grippe, des gastro-entérites et bronchiolite. C'est en tout cas

le constat posé par Santé Publique France sur l'ensemble du territoire, dans son bulletin épidémiologique du 9 décembre 2020. Les taux de passage aux urgences et de consultations par SOS Médecins pour ces trois maladies, sont 2 à 4 fois moins élevés en novembre 2020 que les années précédentes (28). Dans les cabinets de ville, habituellement bondés lors des épidémies « habituelles », l'histoire se répète : « *Nous avons zéro cas de grippe à ce jour, quant aux gastros, nous ne sommes même pas à un dixième du nombre de cas habituellement diagnostiqués mi-décembre* » mesure le docteur Jean-Louis Bensoussan, généraliste et vice-président de l'Union Régionale des Professionnels de Santé d'Occitanie (29). Ainsi pour les perspectives d'avenir, les mesures préventives acquises lors de cette pandémie doivent rentrer dans les pratiques courantes. Ces mesures préventives ont un effet bénéfique sur la transmission croisée des autres viroses au sein du cabinet.

La télé médecine évolue de manière conséquente dans la pratique des médecins généralistes. Nous avons montré l'existence d'un lien entre la téléconsultation et l'âge. Compte tenu du vieillissement de la population médicale, il est important de proposer des formations sur l'utilisation des outils de télé médecine pour qu'elle puisse être un outil à la portée de tous.

CONCLUSION

La pandémie de la Covid-19 a contraint une nouvelle organisation de la pratique des médecins généralistes de l'Oise. La mise en place de ces pratiques préventives fut la première réponse en attendant les premiers traitements. La littérature retrace un guide complet des bonnes pratiques sur l'hygiène et la prévention du risque infectieux en cabinet médical. Ce guide de la HAS date de 2007 et semble avoir sombré dans l'oubli.

La pandémie de la Covid-19 pour son « côté positif », a fait prendre conscience de l'importance de ces bonnes pratiques. Elle a lancé un élan positif dans la mise en place des mesures préventives au sein des cabinets médicaux, bien qu'il existe certaines carences à corriger. Ces mesures doivent rentrer dans les pratiques courantes, bien au-delà des préventions des pandémies, pour leurs effets bénéfiques sur la transmission croisée des autres viroses au sein des cabinets. Du côté des patients, cette pandémie a désacralisé les gestes barrières simples « réservés » aux professionnels de santé tels que le port du masque et le lavages fréquents des mains.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. OMS | Qu'est-ce qu'une pandémie ? [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/fr/
3. Compte rendu du Conseil des ministres du 29 février 2020 [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2020-02-29/le-covid-19->
4. HCSP. Covid-19 : prise en charge des cas confirmés [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2020 mars (page4) [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=771>
5. SPF. COVID-19 : point épidémiologique du 30 avril 2020 [Internet]. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-30-avril-2020>
6. Luliano A, Roguski K, Chang H, Muscatello D, Palekar R, Tempia S, et al. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. Lancet. 2018Mar 31;391(10127):1285-300

7. Bulletin hebdomadaire Grippe Santé Publique France, semaine 15 [Internet] [cité 17/04/2019]. Disponible sur :[https://www.google.com /url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s & source=web&cd=&ved=2ahUKEwj3rK-1-nuAhX 0A2MB HTTsDZ0QFjABegQIBh AC & u rl=https%3A%2F%2Fwww.Santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload% 2F128121 %2F1952067&usg=AOvVaw0zMX-uQESzXOu1w8I4s4dD](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj3rK-1-nuAhX0A2MBHTTsDZ0QFjABegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.Santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F128121%2F1952067&usg=AOvVaw0zMX-uQESzXOu1w8I4s4dD)
8. Eric D'Ortenzio (REACTing), Yazdan Yazdanpanah (unité Inserm 1137, Université Paris-Diderot, service des Maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris) et Bruno Lina (CIRI, Centre International de Recherche en Infectiologie, Inserm U1111, CNRS, UCBL1 UMR5308, ENS de Lyon) Coronavirus et Covid-19 Du simple rhume au syndrome respiratoire aigu sévère.
9. Coronavirus SARS-CoV-2 : recommandations thérapeutiques (17/06/2020) [Internet]. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine? clefr=866](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=866)
10. En ambulatoire : recommandations COVID-19 et prise en charge [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/en-ambulatoire-recommandations-covid-19-et-prise-en-charge>
11. HCSP. Gestion des déchets d'activités de soins (DAS) produits au cours de l'épidémie de Covid-19, en particulier en milieu diffus [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2020 mars [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=782>
12. Avis n° 2020.0025/AC/SEESP du 1er avril 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au maintien de la vaccination des nourrissons dans le contexte de l'épidémie de COVID-19 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3169084/fr/avis-n-2020-0025/ac/seesp-du-1er-avril-2020-

[du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-au-maintien-de-la-vaccination-des-nourrissons-dans-le-contexte-de-l-epidemie-de-covid-19](#)

13. Pailler M, Menard D, Dumoitier N. La grippe au secours de l'hygiène. Exercer .La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/sommaire/18>
14. Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study - The Lancet Infectious Diseases [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(13\)70163-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(13)70163-4/fulltext)
15. Kuentzmann Klein P. Prise en charge de la grippe saisonnière en cabinet de médecine générale en Alsace [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2019.
16. Eye Care During the Coronavirus Pandemic (COVID-19) - American Academy of Ophthalmology [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.aao.org/eye-health/tips-prevention/coronavirus-covid19-eye-infection-pinkeye>
17. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. Haute Autorité de Santé. [cité 27 nov 2007]. HAS. Recommandations professionnelles. Disponible sur :https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_recommandations_2007_11_27_18_45_21_278.pdf
18. Daubert G, Gillet G. État des lieux du suivi des guides de bonnes pratiques visant à prévenir la transmission croisée virale en période épidémique dans les parties communes des cabinets de médecine générale de Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2020.

19. Coronacliv | 2 - S'organiser au cabinet [Internet]. CMG. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/coronacliv-2-sorganiser-au-cabinet/>
20. Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/perception-des-risques-et-opinions-des-medecins-generalistes-pendant-le>
21. Goldberg A. Organisation des médecins généralistes du bassin cavallonnais face à l'épidémie de COVID-19 [Thèse d'exercice]. [2012-....., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020.
22. Secrétariat : comment se débrouillent les médecins libéraux ? [Internet]. Le Généraliste. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/archives/secretariat-comment-se-debrouillent-les-medecins-liberaux>.
23. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/trois-medecins-generalistes-sur-quatre-ont-mis-en-place-la-teleconsultation>
24. Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>
25. La téléconsultation : une pratique facilitée en période de crise sanitaire [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14322>

26. Hadj Aneur R. Les conseils et les consultations téléphoniques en médecine générale: pratique et opinion des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [2012-....., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020
27. Morice E, Leroyer E. Existe-il des éléments prédictifs de l' implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale ? Exercer. 2012 ;100 :31-2
28. SPF. Bulletin épidémiologique grippe, semaine 49. Saison 2020-2021. [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-grippe-semaine-49.-saison-2020-2021>
29. Grippe, gastro, bronchiolite : les virus classiques de l'hiver aux abonnés absents [Internet]. ladepeche.fr. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/2020/12/15/grippe-gastro-bronchiolite-les-virus-classiques-de-lhiver-aux-abonnes-absents-9259121.php>
30. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
31. La couverture internet fixe à haut et très haut débit [Internet]. Arcep. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.arcep.fr/nos-sujets/la-couverture-internet-fixe-a-haut-et-tres-haut-debit.html>
32. Thea van de Mortel, Robyn Bourke, Joanne McLoughlin, Miriam Nonu, Maria Reis, Gender influences handwashing rates in the critical care unit, American Journal of Infection Control, Volume 29, Issue 6, 2001, Pages 395-399.

ANNEXES

[Annexe 1] : Questionnaire

DECRIRE L'ORGANISATION DE LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES DE L'OISE PENDANT LA PANDEMIE COVID-19

A / DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

1) Quel est votre sexe ?

- Un homme
- Une femme

2) Quel âge avez-vous ? :

- < de 30 ans
- 30 – 39 ans
- 40 – 49 ans
- 50 – 59 ans
- 60 ans et plus

3) Où exercez-vous ?

- En milieu urbain
- En milieu rural
- En milieu semi-rural

4) Comment exercez-vous ? :

- Seul
- Cabinet de groupe

B / INFORMATION CORONAVIRUS

Par quel moyen(s) vous informez-vous sur le Covid-19 ? (Plusieurs réponses possibles)

- Institution officielle (Ministère de la santé et de la solidarité, santé pub France...)
- Revue médicale
- Information (journal télévisé, presse ...)
- Autres :
- Je ne m'informe pas

C / ORGANISATION DU CABINET

1a) Avez-vous modifié votre agenda ?

Oui

Non

1b) Si oui, dans quel sens avez-vous modifié ?

Augmentation de l'offre médicale

Diminution de l'offre médicale

Conservation de la même offre médicale

2) Pour les médecins en cabinet de groupe, avez-vous mis en place une organisation commune dans la prise en charge ?

Oui

Non

Non concernés

3) Comment prenez-vous en charge les patients suspectés de Covid-19 ? (Plusieurs réponses possibles)

Sur rdv, regroupés sur un même créneau

Tous patients confondus, sans tri des patients Covid-19

Téléconsultation

Autres, indiquez :

4a) Concernant les visites à domicile, sont-elles :

Maintenues

Interrompues

4b) Si les visites à domicile ont été interrompues, pour quelles raisons ?.....

D/ MESURES BARRIERES

1) À quelle fréquence lavez-vous les mains ? *(choisir une réponse)*

- Entre chaque patient
- Après chaque patient ayant une symptomatologie infectieuse des voies aériennes
- A l'arrivée et au départ du cabinet

2) Combien de fois par jour désinfectez-vous votre matériel médical (stéthoscope, table d'examen, oxymètre, tensiomètre...) ? *(choisir une réponse)*

- 0
- Entre 1 et 2 fois
- Après chaque patient ayant une symptomatologie infectieuse des voies aériennes
- Entre chaque patient

3) Quel(s) protection(s) utilisez-vous ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Blouse
- Masque chirurgical
- Masque FFP2
- Lunettes de protection ou visière (si risque de projection)
- Aucune
- Autre :

4) Concernant votre salle d'attente, quelle(s) mesure(s) avez-vous mise(s) en place?
(Plusieurs réponses possibles)

- Salle dédié pour les patients suspects
- Distanciation sociale (1 mètre entre chaque patient)
- Gel hydroalcoolique à disposition
- Aération
- Nettoyage des surfaces
- Mouchoir à usage unique
- Mise à disposition de masque
- Retrait des objets disponibles
- Signalisation/information Covid-19
- Pas de changement
- Autres, indiquez :

5) Combien de fois par jour désinfectez-vous les surfaces de contact ? (Poignée, porte, chaise)

- 0
- 1
- 2
- plus

6) Concernant les déchets, les recommandations de l'HSCP sont les suivantes :

« Les déchets produits par les professionnels de santé en exercice libéral, comme par les personnes infectées ou susceptibles de l'être, doivent être placés dans un sac plastique pour ordures ménagères opaque, disposant d'un système de fermeture fonctionnel, placé dans un deuxième sac de même caractéristique. Les déchets sont stockés 24 heures au domicile avant leur élimination via la filière classique des ordures ménagères ».

Appliquez-vous cette recommandation ?

- Oui Non

E/EN PRATIQUE

1) Pendant le confinement, avez-vous maintenu le suivi obligatoire ainsi que la vaccination des nourrissons ?

- Oui
- Non

2) Pendant le confinement que suggérez-vous aux patients chroniques stables concernant le renouvellement d'ordonnance ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Consultation classique
- Téléconsultation
- Renouvellement possible en pharmacie directement

F/ PERSONNEL

1) Pour le personnel d'accueil, quelle(s) mesure(s) avez-vous mises en place ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Distanciation d'un mètre)
- Plexiglass
- Visière
- Gel
- Masques
- Non concernés
- Autres, indiquez :

2) Pour le personnel d'entretien quel(s) mesure(s) aviez-vous mises en place ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Surblouse
- Gants
- Serviette à usage unique
- Masques
- Non concernés

3) Les médecins concernés, continuez-vous à accueillir les externes pendant le confinement ?

- Oui
- Non
- Non concernés

4) Les médecins concernés, continuez-vous à accueillir les internes pendant le confinement ?

- Oui
- Non
- Non concernés

G/ TELECONSULTATION ET PANDEMIE

1) Avez-vous réalisé des téléconsultations ?

- Oui
- Non

2) Comment évaluez-vous le principe de la téléconsultation dans le contexte de l'épidémie du Covid-19 (entre 1 et 5) ?

- 1/5
- 2/5
- 3/5
- 4/5
- 5/5

[Annexe 2] : Courrier d'accompagnement

Chère Confrère / Consœur

Je m'appelle KASSANA Usman et je suis médecin généraliste remplaçant depuis la fin de mon internat au CHU d'Amiens en octobre 2018.

Dans le cadre de ma thèse de fin d'étude de médecine, sous la direction du Dr DIMI Svetlane médecin généraliste à CREIL, j'ai choisi un sujet d'actualité : **LE COVID-19**.

De ce fait je vous sollicite via un questionnaire strictement anonyme estimé à **<5 minutes**, afin de décrire l'organisation de la pratique des médecins généralistes de l'Oise durant la pandémie.

Vous trouverez ci-joint une enveloppe **timbrée et préremplie**, afin de me retourner les réponses.

Vous serez bien entendu remerciés dans le corps de la thèse et pourrez, si vous le souhaitez, recevoir les résultats de celle-ci une fois qu'elle sera terminée.

Je vous remercie chaleureusement par avance pour votre réponse.

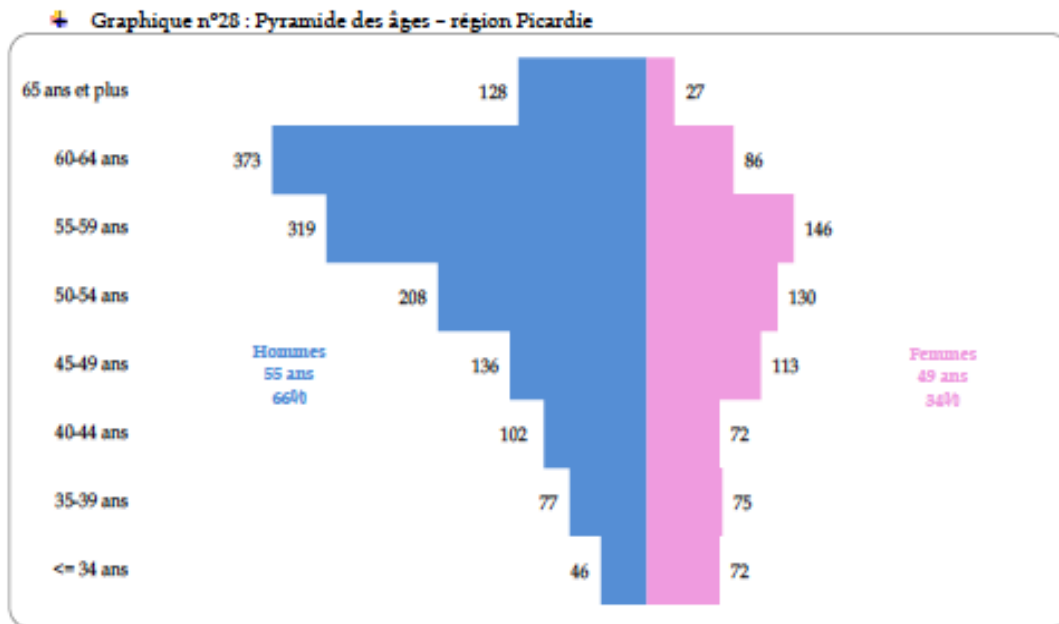
Avec mes salutations confraternelles,

KASSANA Usman

IMPORTANT : Veuillez renvoyer uniquement le questionnaire agrafé de 3 pages, afin de ne pas dépasser les 20 g autorisé de l'enveloppe ci-jointe.

[Annexe 3] : Pyramide des âges extrait de La démographie médicale En Région Picardie (Situation en 2015).

Âgés en moyenne de 53 ans, les hommes représentent 66% des 2 110 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Picardie.



✓ 29% des médecins généralistes libéraux et mixtes sont âgés de 60 ans et 12,8% sont âgés de moins de 40 ans.

✓ Parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentent 54% des effectifs.

✚ Tableau n°12 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale - situation en 2015

Département	Moyenne d'âge	>= 60 ans	< 40 ans	Proportion d'exercice individuel
Aisne	55,1	32,5%	9,5%	44,3%
Oise	54,1	26,5%	9%	42,3%
Somme	50,9	19,2%	17%	40,3%

RÉSUMÉ

Le 11 Mars 2020 l'Organisation Mondiale de la Santé a déclaré la Covid-19 comme pandémie. En l'absence de traitement, la réponse immédiate à cette pandémie passe par des mesures non pharmaceutiques : comportementales et organisationnelles. L'acquisition de ces mesures implique une nouvelle organisation de la pratique des médecins généralistes. En France, le premier cluster répertorié se situait dans l'Oise.

Ainsi l'objectif principal de cette thèse était de décrire l'organisation de la pratique des médecins généralistes de l'Oise face à la Covid-19. Pour répondre à l'objectif principal, nous avons réalisé une étude quantitative descriptive auprès des médecins généralistes de l'Oise. Nous avons pu inclure 132 réponses entre juillet 2020 et septembre 2020.

Sur le plan organisationnel l'étude montrait que les médecins se sont adaptés à la Covid-19, 72% ont modifié leur agenda et 84% des médecins en groupe ont mis une organisation commune dans la lutte contre la Covid-19. Sur le plan des pratiques préventives, le lavage des mains et la désinfection des surfaces de contact semblaient bien être acquis. À l'inverse certaines pratiques n'étaient pas acquises comme la mise à disposition de solution hydroalcoolique, de masques chirurgicaux, de mouchoirs à usage unique. Enfin entre deux, certaines pratiques étaient partiellement acquises comme la mise en place d'interface pour le personnel d'accueil, désinfection du matériel médical et l'utilisation de protection pour les yeux quand cela était nécessaire.

La pandémie de la Covid-19 a fait prendre conscience de l'importance de l'organisation de la pratique du médecin généraliste en matière de prévention. Elle a lancé un élan positif dans la mise en place des mesures préventives au sein des cabinets médicaux, bien qu'il existe certaines carences à corriger. Ces mesures doivent rentrer dans les pratiques courantes, au-delà des préventions des pandémies, pour leurs effets bénéfiques sur la transmission croisée des autres viroses au sein des cabinets.

Mots clés : médecine générale, pandémie, Covid-19, SARS-CoV-2, organisation de la pratique, gestes barrières.