



HAL
open science

Mesures barrières en période d'épidémie de COVID-19 : état des lieux chez les médecins généralistes de Gironde

Hugo Masson

► **To cite this version:**

Hugo Masson. Mesures barrières en période d'épidémie de COVID-19 : état des lieux chez les médecins généralistes de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03424997

HAL Id: dumas-03424997

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03424997>

Submitted on 10 Nov 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.

Université de Bordeaux U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

N° 107

Thèse pour l'obtention du diplôme d'ÉTAT DE

DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 12/10/2021

Par Hugo Masson

Né le 11 juin 1991 à Bordeaux

Mesures barrières en période d'épidémie de COVID-19 : État des lieux chez les médecins généralistes de Gironde

Directeur de thèse : Dr Stéphane Guez

Jury

Professeur Didier NEAU.....Président
Professeur Anne-Marie ROGUES.....Membre
Docteur Emmanuel PROTHON.....Membre
Docteur Yves-Marie VINCENT.....Membre et Rapporteur
Docteur Stéphane GUEZ.....Membre

Remerciements

Au Professeur Didier NEAU,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et d'accepter de juger mon travail. Durant mon passage dans votre service, vos compétences, votre bienveillance et votre humanité m'ont montré la voie du médecin que je souhaitais devenir. Pour cela, veuillez accepter ma gratitude et mes remerciements.

Au Professeur Anne-Marie ROGUES

Vous avez accepté de faire partie de ce jury, veuillez trouver ici en retour l'expression de mon plus profond respect et de ma reconnaissance.

Au Docteur Emmanuel PROTHON

Vous avez accepté de juger mon travail.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma respectueuse gratitude.

Au Docteur Yves-Marie VINCENT

Merci d'avoir relu et corrigé ce travail et de l'honneur que vous me faites en acceptant de le juger.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

Au Docteur Stéphane GUEZ

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être directeur de cette thèse et je vous en suis profondément reconnaissant. La pertinence de vos remarques a été une aide précieuse pour moi.

Merci de m'avoir accompagné tout au long de ce travail.

A Laetitia,

Aucun mot ne serait assez fort pour te dire tout ce que tu représentes pour moi. Chaque jour à tes côtés me rend heureux et me comble de bonheur. Merci pour toutes ces années passées et à venir.

A mes parents,

Merci pour votre aide et votre accompagnement dès les premiers cours de première année. Je n'en serai pas là sans vous. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises et qui font de moi celui que je suis aujourd'hui.

A mes frères Cyrille et Henri,

Merci pour votre soutien toutes ces années. Je suis fier de vous avoir à mes côtés.

A Paul, Arthur, Maxime, Nicolas, Stanislas, Audrey, Cécile, Roland, Mathieu, François, Julien, Marc, Elliot et Edouard,

Votre présence et votre soutien durant ces études médicales longues et parfois difficiles ont été importants pour moi. Je mesure la chance de vous avoir comme amis. Merci.

Aux médecins rencontrés lors de mon internat,

Merci d'avoir participé à ma formation et d'avoir fait le médecin que je suis aujourd'hui.

Table des matières

I - Introduction.....	9
I.1 - SARS-COV2, coronavirus responsable de la maladie COVID-19.....	10
I.1.1 - Présentations cliniques.....	10
I.1.2 - Modes de transmission.....	10
I.1.3 - Durée d'incubation.....	11
I.1.4 - Nombre de reproduction de base :.....	11
I.1.5 - Taux de létalité.....	11
I.1.6 - Détection du SARS-CoV2.....	12
I.2 - Les médecins généralistes face à la pandémie de COVID-19.....	12
I.3 - Question de recherche.....	12
I.4 - Objectif principal.....	13
I.5 - Objectif secondaire.....	13
II - Matériel et méthodes.....	14
II.1- Construction du référentiel.....	14
II.2 - Type d'étude.....	14
II.3 - Création du questionnaire.....	14
II.4 - Population de l'étude.....	15
II.5 - Mode de recueil de données.....	16
III - Résultats.....	17
III.1 - Description de la population.....	18
Question 1 : « Êtes-vous un homme ou une femme ? ».....	18
Question 2 : « Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? ».....	19
Question 3 : « Quel est votre lieu d'exercice ? ».....	20
Question 4 : « Quel est votre mode d'exercice ? ».....	21
Question 5 : « Quelles sont les possibilités de prise de rendez-vous ? ».....	22
III.2 - Résultats de l'enquête.....	23
Question 6 : « Avez-vous des plages de consultations sans rendez-vous ? ».....	23
Question 7 : « Avez-vous eu recours à la téléconsultation depuis le début de l'épidémie ? ».....	24
Question 8 : « Si recours à la téléconsultation, quelle importance dans votre activité totale ? ».....	25

Question 9 : « Demandez-vous aux patients de venir masqués ? ».....	26
Question 10 : « Fournissez-vous un masque aux patients qui n'en ont pas ?».....	27
Question 11 : « Avez-vous rendu possible la distance d'1m entre chaque patient en salle d'attente ? ».....	28
Question 12 : « Avez-vous une salle d'attente dédiée aux suspicions COVID ? ».....	29
Question 13 : « Avez-vous retiré de la salle d'attente les jouets, revues, journaux, livres ? ».....	30
Question 14 : « Y-a-t-il dans votre salle d'attente des boîtes de mouchoirs à usage unique ? ».....	31
Question 15 : « Vos patients peuvent-ils se laver les mains en salle d'attente ? ».....	32
Question 16 : « Avez-vous affiché aux murs de la salle d'attente des fiches (rappel des gestes barrières, fiche « Alerte coronavirus ») à destination des patients ? ».....	33
Question 17 : « Limitez-vous le nombre d'accompagnants en consultation ? ».....	34
Question 18 : « Avez-vous mis en place des mesures de distanciation au secrétariat ? »	35
Question 19 : « Quel masque portez-vous lors de la consultation ? ».....	36
Question 20 : « Vos patients portent-ils le masque pendant la consultation ? ».....	37
Question 21 : « Utilisez-vous des équipements supplémentaires durant l'examen clinique ? ».....	39
Question 22 : « Portez-vous des vêtements à usage strictement professionnel ? ».....	40
Question 23 : « Lavez-vous vos mains entre chaque patient ? ».....	41
Question 24 : « Désinfectez-vous les outils et surfaces utiles à la consultation (stéthoscope, tensiomètre, saturomètre, otoscope, chaise, table d'examen) ? ».....	42
Question 25 : « A quelle fréquence aérez-vous les locaux ? ».....	43
Question 26 : « Jetez-vous dans un contenant particulier les masques, papiers d'examen, mouchoirs à usage unique ? ».....	44
III.3 - Synthèse des résultats.....	45
IV - Discussion.....	46
IV.1 - Toutes les recommandations n'ont pas été appliquées de la même façon sur le terrain, pourquoi ?.....	46
IV.1.1 - Les recommandations appliquées par tous les médecins.....	46
IV.1.2 - Les recommandations appliquées par une majorité des médecins (> 50%)....	46
IV.1.3 - Les recommandations peu suivies.....	49
IV.2 - Communication, contraintes ?.....	50
IV.2.1 - Communication, diffusion des recommandations auprès des médecins généralistes.....	50

IV.2.2 - Contraintes de plusieurs ordres.....	50
IV.2.3 - Questionnements des recommandations.....	51
IV.3 - Propositions pour une meilleure adhésion aux recommandations ?.....	52
IV.3.1 - Communication précise et directe.....	52
IV.3.2 - Formations initiale et continue des médecins généralistes.....	52
IV.3.3 - Cahier des charges national	53
IV.3.4 - Simplification des recommandations.....	53
IV.3.5 - Financement plus conséquent.....	54
IV.4 - Les limites de notre travail.....	54
V - Conclusion.....	55
VI - Bibliographie.....	56
VII - Annexes.....	64
VIII - Serment d'Hippocrate.....	72

Liste des abréviations

HCoV : Human CoronaVirus
SARS-CoV : Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus
MERS-CoV : Middle East Respiratory Syndrome CoronaVirus
SARS-COV2 : Severe Acute Respiratory Syndrome COronaVirus 2
COVID-19 : CoronaVirus Disease 2019
SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
CIVD : Coagulation Intravasculaire Disséminée
RT-PCR : Reverse Transcriptase – Polymerase Chain Reaction
MG : Médecin(s) Généraliste(s)
DGS : Direction Générale de la Santé
SFHH : Société Française d’Hygiène Hospitalière
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
CMG : Collège de Médecine Générale
CPIAS : Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins
HAS : Haute Autorité de Santé
INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec
CNOM : Conseil National de l’Ordre des Médecins
ARS : Agence Régionale de Santé
HAD : Hospitalisation à Domicile
EFS : Établissement Français du Sang
ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste
FFP2 (masque) : Filtering Face Piece 2
DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
ERP : Établissement recevant du public
GROG : Groupes Régionaux d’Observation de la Grippe
DESC : Diplôme d’Études Spécialisées Complémentaires

I - Introduction

Les coronavirus appartiennent à l'ordre des *Nidovirales* et à la famille des *Coronaviridae*. Ce sont des virus enveloppés à ARN simple brin subdivisés en 4 genres alpha-,beta-,gamma- et deltacoronavirus responsables de nombreuses infections chez les espèces mammifères et aviaires **(1)**.

Depuis les années 1960, 7 coronavirus pathogènes pour l'homme (HCoV) ont été identifiés : les HCoV -OC43, -229E, -NL43, -HKU1 sont généralement responsables d'infections respiratoires peu virulentes et représenteraient environ 15 à 30 % des rhumes. Les trois autres coronavirus humains identifiés ont une pathogénicité différente avec un taux de mortalité plus important dans les populations humaines : Le Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus (SARS-CoV), le Middle East Respiratory Syndrome CoronaVirus (MERS-CoV) et le SARS-CoV2 **(2)(3)**.

Le SARS-CoV a émergé à la fin de l'année 2002 en Chine avec une diffusion dans 32 pays. Il est responsable du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). 8422 cas ont été officiellement détectés pour 919 décès, soit un taux de létalité de 11 % **(4)**. Les mesures de prévention et de confinement strict ont permis l'interruption de cette pandémie au bout de plusieurs mois (de novembre 2002 à juillet 2003) **(5)**.

Le MERS-CoV a été identifié pour la première fois en 2012 en Arabie saoudite. Sa présentation clinique est similaire au SARS-CoV **(6)**. Des foyers épidémiques ont depuis été détectés dans plusieurs pays du Moyen-Orient depuis 2012 avec officiellement 1219 cas pour 449 morts, soit un taux de létalité d'environ 35 % **(7)(8)**.

En décembre 2019, l'apparition de plusieurs cas de pneumopathie d'origine inconnue parfois sévère dans la province de Hubei en Chine, a conduit à l'identification en janvier 2020 d'un nouveau coronavirus appelé SARS-CoV2 responsable de la maladie COVID-19 (CORonaVirus Disease 2019) et de la pandémie actuelle. Dès janvier 2020, des cas sont détectés en Asie, en Europe et en Amérique. Le 11 mars 2020, l'OMS a déclaré l'état de pandémie alors que 114 pays dénombreraient des cas de la maladie **(9)**.

I.1 - SARS-COV2, coronavirus responsable de la maladie COVID-19

I.1.1 - Présentations cliniques

L'étude réalisée à bord du bateau Diamond Princess retrouve une proportion d'asymptomatiques de 17,9 % sur l'ensemble des personnes contaminées par le SARS-CoV2 **(10)**. D'autres travaux concluent plutôt que les formes asymptomatiques du COVID-19 représenteraient plutôt 40 à 45 % des infections totales **(11)**.

Lorsque le malade est symptomatique, les signes cliniques du COVID peuvent être la fièvre, une toux, une dyspnée, une asthénie, une rhinite, des myalgies, des céphalées, des diarrhées, des vomissements **(12)**. L'anosmie et/ou agueusie sont aussi des signes évocateurs d'infection au SARS-CoV2 possiblement en lien avec une obstruction bilatérale des fentes olfactives **(13)**. Des atteintes cardiaques (myocardites, arythmie) **(14)**, dermatologiques (engelures, éruption) **(15)**, ophtalmologiques (conjonctivites) **(16)** ont également été décrites.

L'infection par le SARS-COV2 peut se compliquer secondairement de pneumopathie, d'insuffisance respiratoire aiguë, de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire, de CIVD **(17)** avec des facteurs de risque de forme grave identifiés comme l'âge, des comorbidités cardiaques ou pulmonaires, une immunodépression ou une obésité morbide **(12)**.

I.1.2 - Modes de transmission

Le SARS-COV2 peut se transmettre par différents biais : lors de contact direct ou étroits (moins d'1 mètre) avec une personne contaminée par l'inhalation de gouttelettes respiratoires (particules > 5-10 micromètres) expulsées lorsqu'elle parle, tousse, chante, crache, éternue. Ces gouttelettes peuvent ensuite atteindre une autre personne (via le nez, la bouche, les yeux) et entraîner une infection **(18)**. Ces modes de transmission contact et gouttelettes sont similaires au virus de la grippe, au SARS-CoV et au MERS-CoV.

Les personnes contaminées asymptomatiques ou pré-symptomatiques peuvent également transmettre la maladie **(11)(19)**.

La transmission aérienne du SARS-COV2 due à la persistance dans l'air sur de longues distances et pendant plusieurs heures de gouttelettes de moins de 5 micromètres (aérosols) émises par une personne contaminée a également été décrite **(20)**. Des études expérimentales retrouvent la persistance du SARS-COV2 en suspension dans l'air jusqu'à 16h mais la pro-

portion de gouttelettes qui s'évapore pour produire des aérosols ainsi que la dose nécessaire de virus pour provoquer une infection ne sont actuellement pas connues **(21)**.

Les sécrétions et gouttelettes contaminées peuvent également se déposer sur les surfaces et objets et de nombreuses études retrouvent du SARS-COV2 viable sur des surfaces durant des périodes allant de quelques heures à plusieurs jours (en fonction du type de surface, du milieu ambiant) et traduit une possible transmission indirecte par contact avec les surfaces inertes **(22)**.

I.1.3 - Durée d'incubation

La durée d'incubation moyenne est estimée à 5 jours avec 99 % de personnes contaminées qui développeront des symptômes dans un délai de 14 jours **(23)**.

I.1.4 -Nombre de reproduction de base :

Le nombre de reproduction de base « R0 » d'un agent infectieux représente le nombre moyen de cas secondaires provoqués par un sujet atteint d'une maladie transmissible dans une population où tous les individus sont sensibles à l'infection. Il dépend principalement de 3 facteurs : la durée de contagiosité après l'infection, la probabilité d'infection après contact avec une personne contaminée et la fréquence des contacts humains.

Le R0 du SARS-CoV2 est estimé entre 2 et 3 **(24)(25)** ce qui signifie qu'une personne malade contamine en moyenne entre 2 et 3 personnes. En comparaison, le R0 du SARS-CoV est situé entre 2 et 3, celui du MERS-CoV à 0,9, la grippe saisonnière à 1,3 **(26)**, indiquant une transmissibilité du SARS-CoV-2 supérieure à celle de la grippe saisonnière et du MERS-CoV et comparable au SARS-CoV.

I.1.5 - Taux de létalité

Le taux de létalité est le rapport entre le nombre de décès dû à une maladie et le nombre de personnes contaminées par cette maladie. Pour le SARS-CoV2 des études l'estiment à 1,5-2 % dans la population générale et il augmente à plus de 6 % chez les personnes à risque de forme grave **(27)(28)**. En comparaison, le taux de létalité du SARS-CoV est estimé à 11 %, le MERS-CoV à 35 %, la grippe saisonnière à 0,1 %. **(29)**.

I.1.6 - Détection du SARS-CoV2

Le gold standard de détection du SARS-CoV2 chez un individu infecté est la PCR en temps réel après transcription inverse (RT-PCR) qui va permettre de détecter la présence directe du virus ou ses fragments via un prélèvement nasopharyngé. Sa sensibilité diagnostique varie selon les études de 56 à 83 % et dépend de multiples paramètres dont la qualité du prélèvement, la charge virale, le moment du prélèvement au cours de la maladie et les organes touchés **(30)** **(31)**. Des tests antigéniques existent également sur prélèvement nasal, en test de diagnostic rapide avec des résultats en moins de quinze minutes : ils sont réalisables par n'importe quel professionnel de santé avec des indications limitées **(32)**.

I.2 - Les médecins généralistes face à la pandémie de COVID-19

L'épidémie de COVID-19 a provoqué en France une réorganisation en urgence de l'offre de soins, dans un climat anxigène pour les médecins généralistes compte tenu des caractéristiques de cette pandémie : rapidité de diffusion de la maladie, connaissances incertaines, présentations cliniques et modes de transmission multiples, potentielle sévérité de la maladie, techniques de détection imparfaites...

Afin de diminuer la transmission virale, des recommandations nationales ont été diffusées auprès des médecins généralistes, demandant pour certaines d'entre elles une modification importante de la structure du cabinet médical et de la prise en charge des patients. Les mesures barrières sont au cœur de ces recommandations : ce sont l'ensemble des mesures de prévention (gestes, comportements individuels et collectifs) ainsi que les modifications structurelles et organisationnelles susceptibles de ralentir la propagation de l'épidémie.

I.3 - Question de recherche

Nous nous sommes interrogés sur la répercussion de cette pandémie dans les cabinets médicaux et plus particulièrement sur l'application réelle des mesures barrières dans le contexte de pandémie de SARS-CoV2. Nous nous sommes donc posé plusieurs questions essentielles : les recommandations nationales concernant les mesures barrières chez les médecins généralistes libéraux ont-elles été appliquées ? Parmi celles recommandées, quelles sont celles qui l'ont été ? Comment ont-elles été appliquées ?

Notre hypothèse initiale était qu'une part importante des recommandations édictées pour les médecins généralistes, à mettre en place au cabinet médical, n'ont pas été respectées car elles étaient difficilement applicables au quotidien.

Nous avons effectué une recherche bibliographique pour comparer notre travail à des publications antérieures. Des enquêtes auprès des médecins généralistes ont été réalisées durant et après la période de confinement de mars 2020 où sont constatés des changements de pratiques avec notamment la mise en place de la téléconsultation à plus grande échelle (33), l'arrêt des plages de consultation « sans rendez-vous », des modifications de la salle d'attente (34) ainsi que des difficultés rencontrées par les médecins généralistes durant cette période : manque d'équipement de protection, de communication, de soutien (35). Toutefois, aucune publication n'évalue l'application de ces mesures barrières en détail au cabinet des médecins généralistes.

I.4 - Objectif principal

L'objectif principal de cette thèse est de déterminer si les recommandations nationales concernant les mesures barrières au cabinet de médecine générale ont été suivies et de déterminer les écarts entre les recommandations et la pratique réelle des médecins généralistes.

I.5 - Objectif secondaire

L'objectif secondaire était d'identifier les contraintes et difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour appliquer les recommandations nationales : défaut d'informations ou de suivi ? Recommandations difficilement applicables ? Ou autres raisons ?

II - Matériel et méthodes

II.1- Construction du référentiel

Les recommandations nationales concernant les mesures barrières à appliquer au cabinet de médecine générale proviennent de multiples sources : de la Direction Générale de la Santé, du Ministère des Solidarités et de la Santé, de la Société Française d'Hygiène Hospitalière, du Haut Conseil de Santé Publique, du Collège de Médecine Générale, du Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins. Elles portent sur la période entre les mois de mars et juillet 2020 (36)(37)(38)(39)(40)(41)(42)(43)(44)(45)(46)(47), puis ont été synthétisées dans un référentiel unique (Annexe n°1).

II.2 - Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative de type descriptive permettant une photographie de la pratique des médecins généralistes afin d'évaluer l'adaptation du monde médical à l'épidémie en cours.

II.3 - Création du questionnaire

Un questionnaire semi-dirigé a été créé en se basant sur le référentiel (Annexe n°2), permettant d'interroger les médecins généralistes sur leur pratique quotidienne lors d'un entretien. Ce type d'entretien a parfois permis aux médecins interrogés d'apporter des précisions à leurs réponses et d'expliquer leur pratique, qu'elle ait été modifiée ou non. Ainsi, nous avons étudié les répercussions des mesures demandées par les instances scientifiques et gouvernementales sur l'organisation des cabinets médicaux ainsi que sur la prise en charge des patients.

La durée prévue de réalisation du questionnaire était de 10 à 15 minutes afin d'obtenir un meilleur taux de réponse des médecins appelés. Les entretiens ont été réalisés par téléphone ou visioconférence.

Le questionnaire était composé de 2 parties pour un total de 29 questions fermées, semi-ouvertes ou à choix multiples : 5 questions permettant d'étudier les caractéristiques de la population interrogée et 24 questions portant sur l'application ou non des recommandations concernant les mesures barrières au cabinet libéral.

Il a été testé sur plusieurs médecins généralistes pour s'assurer de sa faisabilité en termes de cohérence des questions posées, des réponses apportées et de durée.

II.4 - Population de l'étude

L'étude porte sur les médecins généralistes de Gironde thésés, en activité et installés en cabinet libéral. Les critères d'exclusion sont les médecins généralistes non thésés, non installés, à la retraite, ceux pratiquant une activité libérale majoritaire autre que la médecine générale (médecine du sport, etc..), les médecins exerçant en hospitalier ou dans une structure autre qu'un cabinet de médecine libérale (ARS, médecins conseils, HAD, EFS, SOS médecins...).

Les médecins généralistes ont été inclus en utilisant l'annuaire en ligne du conseil national de l'ordre des médecins (<https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>) et en rentrant dans les différents onglets :

- Discipline : médecine générale
- Orientation : laissé vide
- Titre : laissé vide
- Nom exercice, nom de naissance, prénom : laissés vide
- Statut : en activité
- Sexe : indifférent
- Région : Nouvelle-Aquitaine
- Département : Gironde

Il faut ensuite cliquer sur la case « Rechercher », puis accepter les conditions d'utilisation et rentrer le code indiqué.

II.5 - Mode de recueil de données

Les cabinets médicaux ont été appelés aux heures ouvrables (9h-12h, 14h-18h) afin d'obtenir un entretien téléphonique ou par visioconférence. Après contact avec le médecin ou la secrétaire, le questionnaire est effectué en suivant si le médecin est immédiatement disponible, ou bien une date de rendez-vous est convenue afin de répondre au questionnaire ultérieurement.

Les données sont ensuite regroupées sur le logiciel libre d'enquête en ligne Limesurvey (<https://www.limesurvey.org/fr/>) et anonymisées.

Notre étude a été réalisée durant la période de confinement (*mars à mai 2020*), puis lors de la période de déconfinement (*mai à septembre 2020*).

III - Résultats

Nous avons matérialisé sous forme de pourcentages la mise en application des mesures demandées dans la pratique quotidienne du médecin. L'entretien a permis aux médecins de donner des précisions, explications et solutions trouvées afin de respecter au mieux les mesures.

Les médecins n'ont pas été inclus entre mi- juillet et fin aout 2020 par choix, les cabinets médicaux étant plus fréquemment fermés et les médecins titulaires en congés à cette période.

En utilisant l'annuaire en ligne du conseil national de l'ordre des médecins avec les paramètres cités ci-dessus, une liste de 2884 médecins généralistes apparaît sans tri par âge, lieu de travail, date d'inscription à l'ordre, numéro RPPS ou orientation particulière. En suivant la liste obtenue, 1 médecin sur 2 a été appelé. Ceux présentant des critères d'exclusion n'ont pas été retenus.

L'étude a été conduite sur deux périodes : une première du 1^{er} juin 2020 au 15 juillet 2020 avec 55 cabinets médicaux appelés pour 20 réponses au questionnaire, puis une deuxième phase d'inclusion du 3 au 22 septembre 2020 avec 118 cabinets médicaux appelés pour 20 autres réponses.

Au total, 173 cabinets médicaux ont été appelés avec 40 médecins qui ont complété le questionnaire (39 par entretien téléphonique, 1 par visioconférence), soit un taux de réponse au questionnaire de 23,1 %.

Sur les 133 appels sans recueil de données, on dénombre 11 refus et 122 absences de réponse.

III.1 - Description de la population

Question 1 : « Êtes-vous un homme ou une femme ? »

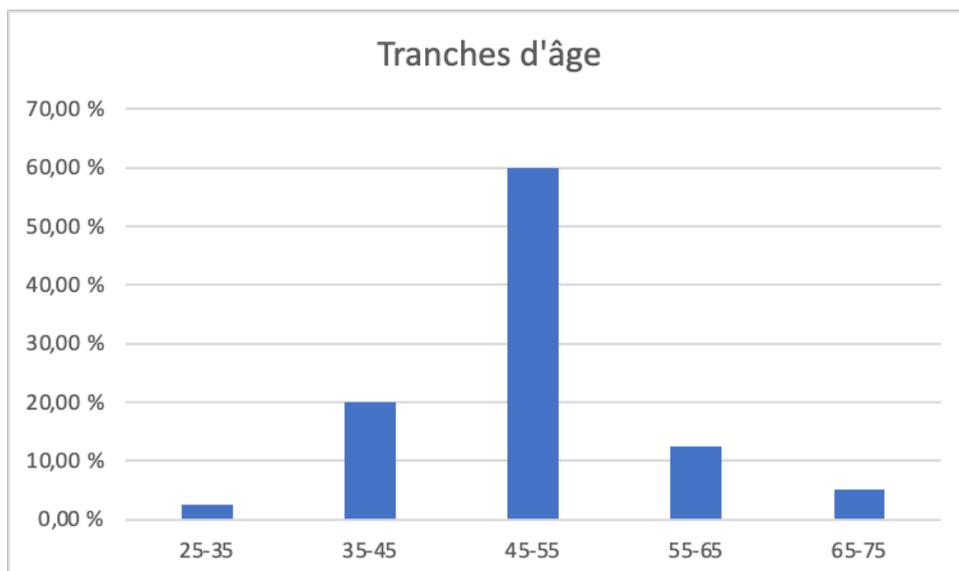
Genre	Nombre	Pourcentage
Masculin	18	45,00%
Féminin	22	55,00%



55 % des médecins interrogés sont des femmes, 45 % sont des hommes.

Question 2 : « Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? »

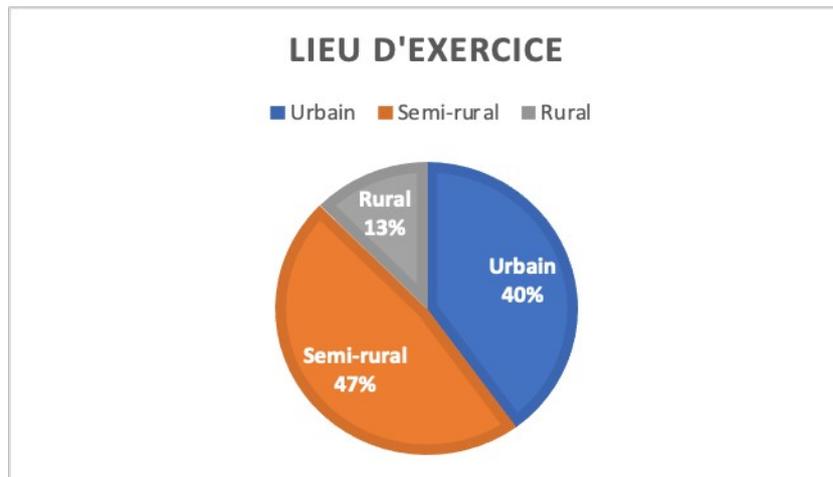
Age	Nombre	Pourcentage
25-35	1	2,50%
35-45	8	20,00%
45-55	24	60,00%
55-65	5	12,50%
65-75	2	5,00%



60 % des médecins sont dans la tranche d'âge 45-55 ans

Question 3 : « Quel est votre lieu d'exercice ? »

Lieu d'exercice	Nombre	Pourcentage
Urbain	16	40,00%
Semi-rural	19	47,50%
Rural	5	12,50%



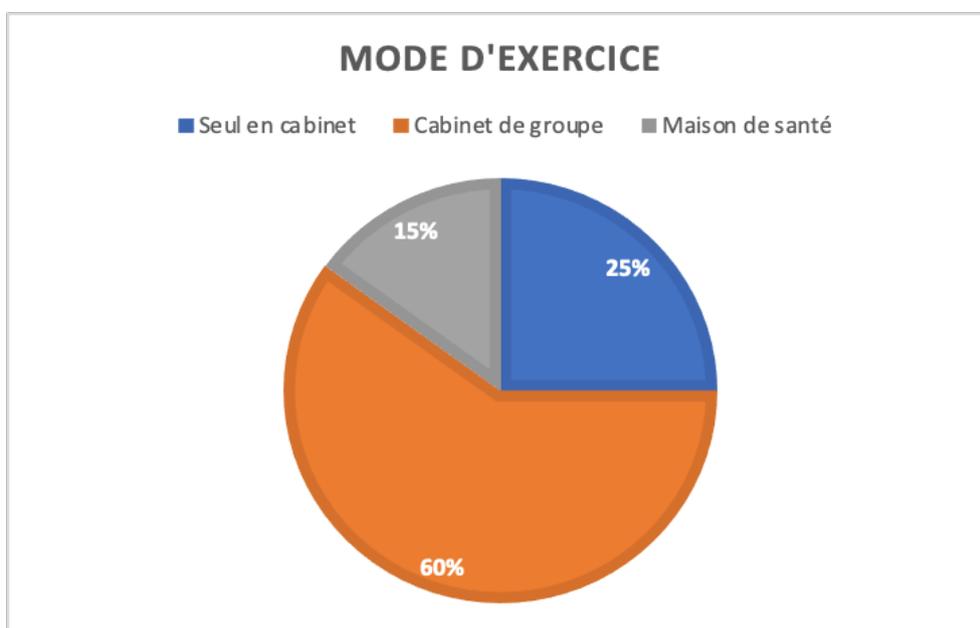
Une majorité des médecins exerce en milieu urbain (40%) ou en semi-rural (47,5%).

Répartition géographique des médecins interrogés :



Question 4 : « Quel est votre mode d'exercice ? »

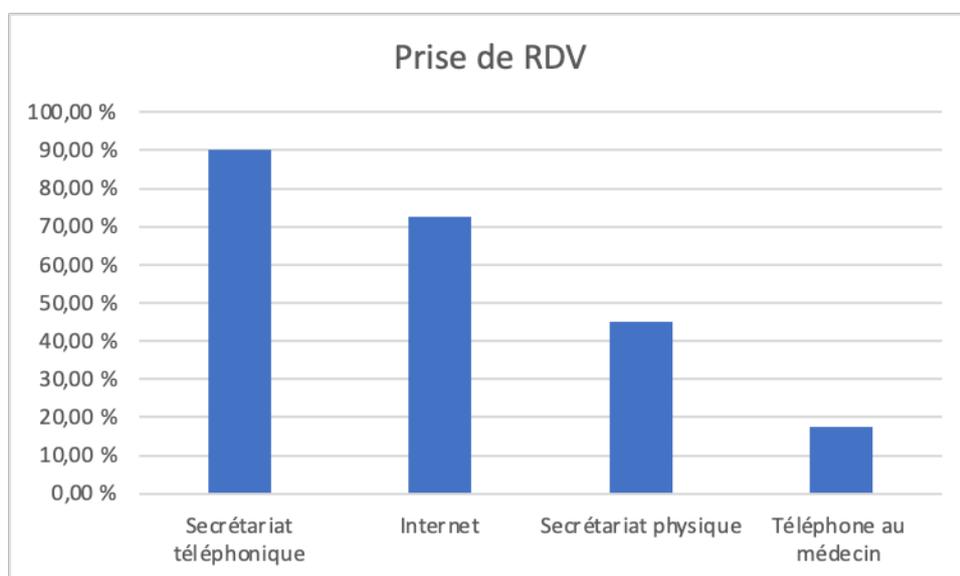
Mode d'exercice	Nombre	Pourcentage
Seul en cabinet	10	25,00%
Cabinet de groupe	24	60,00%
Maison de santé	6	15,00%



75 % des médecins exercent en cabinet de groupe ou en maison de santé.
25 % exercent seuls.

Question 5: « Quelles sont les possibilités de prise de rendez-vous ? » (Plusieurs réponses possibles)

Prise de RDV	Nombre	Pourcentage
Secrétariat téléphonique	36	90 %
Internet	29	72,5 %
Secrétariat physique	18	45 %
Téléphone au médecin	7	17,5 %



36 médecins sur 40 ont un secrétariat téléphonique.

29 médecins sur 40 ont une possibilité de prise de rendez-vous par internet.

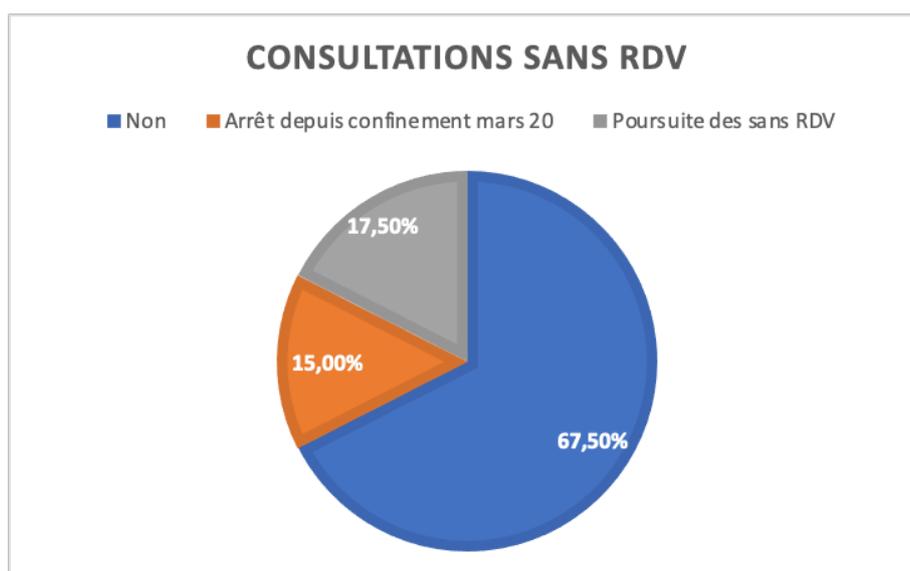
III.2 - Résultats de l'enquête

Question 6 : « Avez-vous des plages de consultations sans rendez-vous ? »

Recommandation du référentiel :

Privilégier les consultations sur rendez-vous.

Sans Rendez-vous	Nombre	Pourcentage
Non	27	67,50%
Arrêt depuis le confinement de mars 2020	6	15,00%
Poursuite des consultations sans RDV	7	17,50%



15 % des médecins généralistes ont arrêté les consultations sans rendez-vous depuis le confinement de mars 2020 et n'ont pas rouvert ces créneaux.

17,5 % n'ont pas modifié leurs habitudes avant et après confinement.

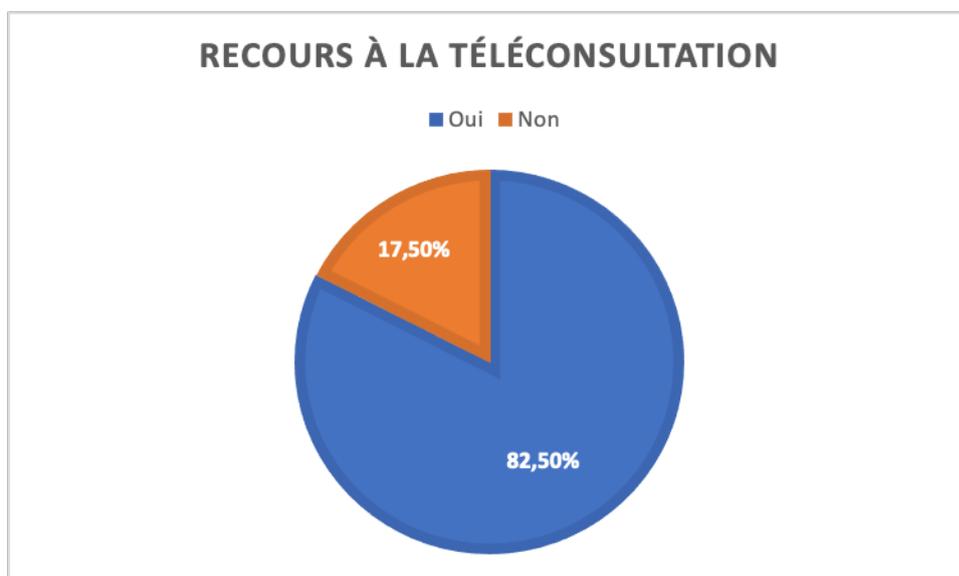
Question 7 : « Avez-vous eu recours à la téléconsultation depuis le début de l'épidémie ? »

Recommandation du référentiel :

Privilégier la téléconsultation si :

- Personne à risque de forme grave,
- Patient suspect de COVID,
- Patient COVID +.

Téléconsultation	Nombre	Pourcentage
Oui	33	82,50%
Non	7	17,50%



83 % des médecins ont eu recours à la téléconsultation depuis le confinement de mars 2020.

Question 8 : « Si recours à la téléconsultation, quelle est son importance dans votre activité totale ? »

Recommandation du référentiel :

Privilégier la téléconsultation si :

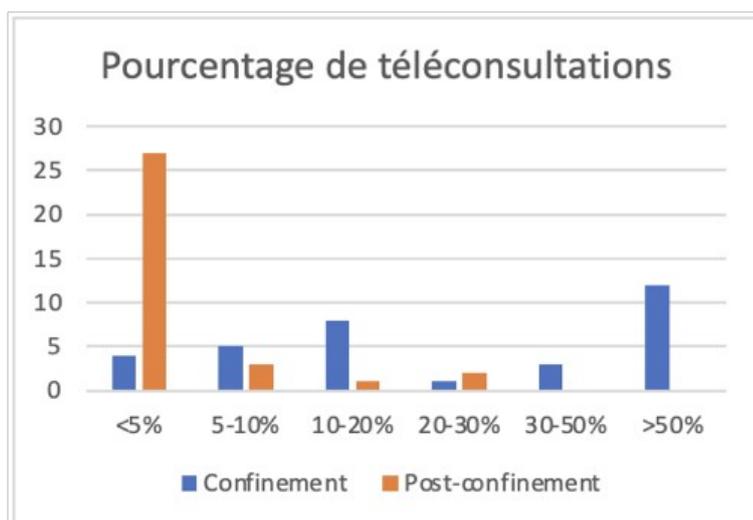
- Personne à risque de forme grave
- Patient suspect de COVID ou COVID +

Téléconsultations durant confinement	Nombre (n=33)	Pourcentage
<5%	4	12,12%
5-10%	5	15,15%
10-20%	8	24,24%
20-30%	1	3,03%
30-50%	3	9,09%
>50%	12	36,37%

Téléconsultation très utilisée pendant le confinement (36 % des médecins à plus de 50 % de téléconsultations dans leur activité globale).

Téléconsultations post-confinement	Nombre (n=33)	Pourcentage
<5%	27	81,82%
5-10%	3	9,09%
10-20%	1	3,03%
20-30%	2	6,06%
30-50%	0	0,00%

Après le confinement, 81 % des médecins font moins de 5 % de leurs consultations en télé-médecine.

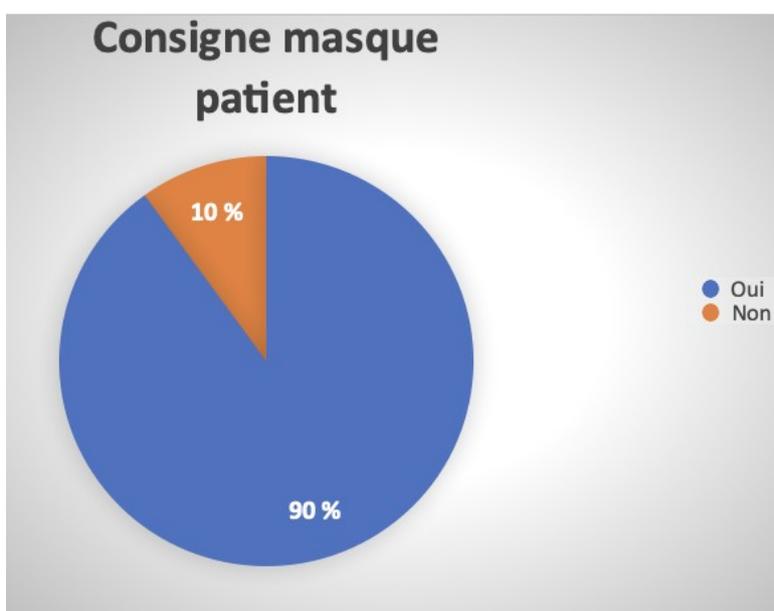


Question 9 : « Demandez-vous aux patients de venir masqués ? »

Recommandation du référentiel :

Demander aux patients de venir masqués.

Consigne masque patients	Nombre	Pourcentage
Oui	36	90,00 %
Non	4	10,00 %



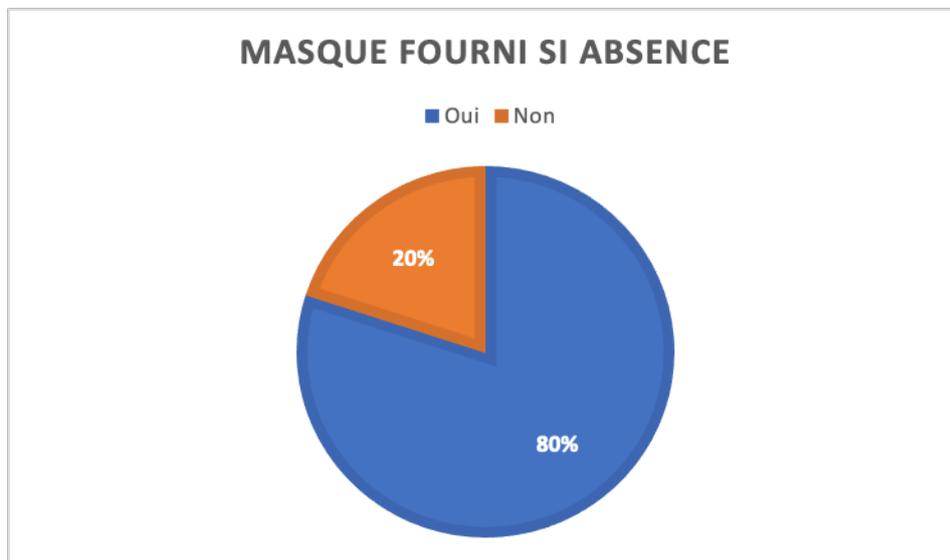
10 % des médecins ne donnent pas la consigne de venir masqués.

Question 10 : « Fournissez-vous un masque aux patients qui n'en ont pas ?»

Recommandation du référentiel :

Fournir un masque au patient si absence de masque.

Masque fourni si absence	Nombre	Pourcentage
Oui	32	80,00 %
Non	8	20,00 %



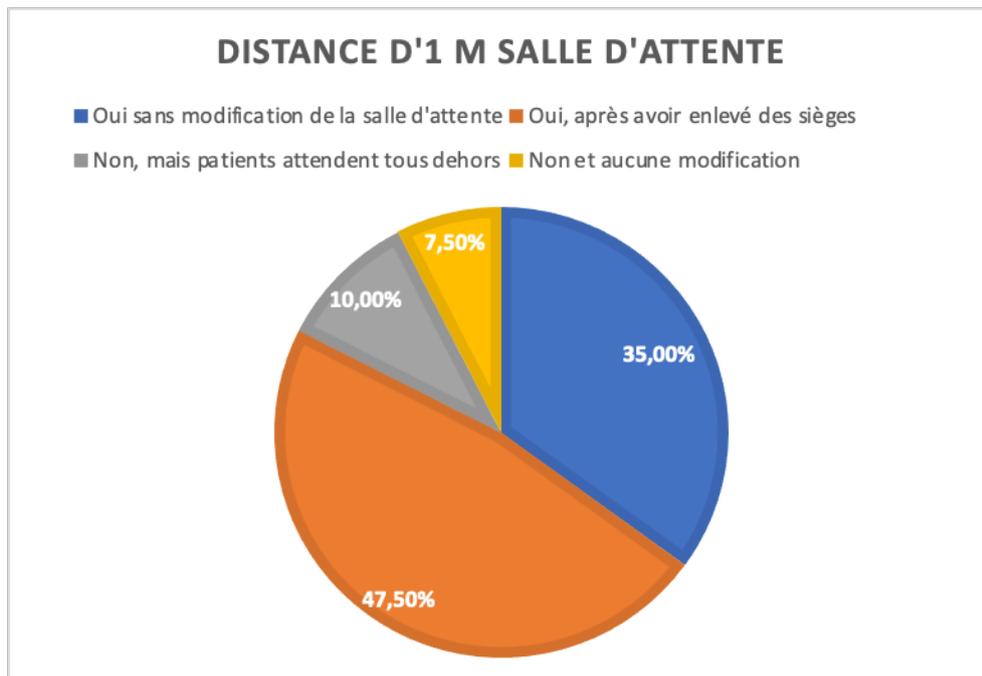
20 % des médecins ne fournissent pas un masque au patient s'il est venu sans.

Question 11 : « Avez-vous rendu possible la distance d'1m entre chaque patient en salle d'attente ? »

Recommandation du référentiel :

Respecter une distance d'1m entre chaque patient dans la salle d'attente.

Distance d'1 m	Nombre	Pourcentage
Oui sans modification de la salle d'attente	14	35,00%
Oui, après avoir enlevé des sièges	19	47,50%
Non, mais patients attendent tous dehors	4	10,00%
Non et aucune modification	3	7,50%



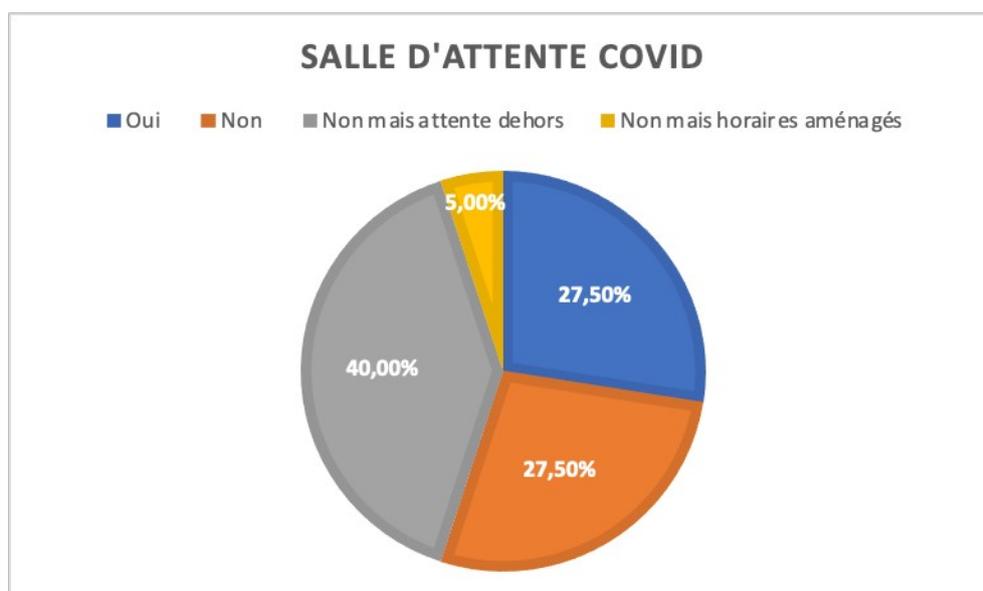
7,5 % des médecins n'ont pas de salle d'attente avec des distances de plus d'1m entre chaque et n'ont pas procédé à des modifications de la salle d'attente.

Question 12 : « Avez-vous une salle d'attente dédiée aux suspicions COVID ? »

Recommandation du référentiel :

Mise en place d'une salle d'attente dédiée aux suspicions COVID.

Salle d'attente COVID	Nombre	Pourcentage
Oui	11	27,50%
Non	11	27,50%
Non mais attente dehors	16	40,00%
Non mais horaires aménagés	2	5,00%



72,5 % des médecins n'ont pas pu mettre en place de salle d'attente dédiée COVID.

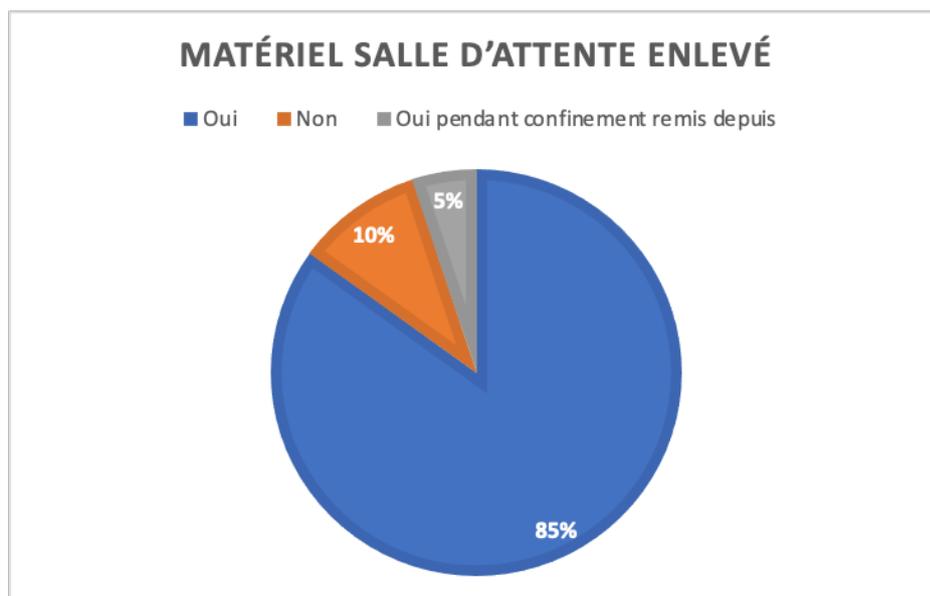
40 % ont utilisé l'espace public comme salle d'attente : attente à l'extérieur pour les suspicions COVID.

Question 13 : « Avez-vous retiré de la salle d'attente les jouets, revues, journaux, livres ? »

Recommandation du référentiel :

Enlever les objets non nécessaires (jouets, livres, revues, journaux) de la salle d'attente.

Matériel salle d'attente enlevé	Nombre	Pourcentage
Oui	34	85,00%
Non	4	10,00%
Oui pendant confinement remis depuis	2	5,00%



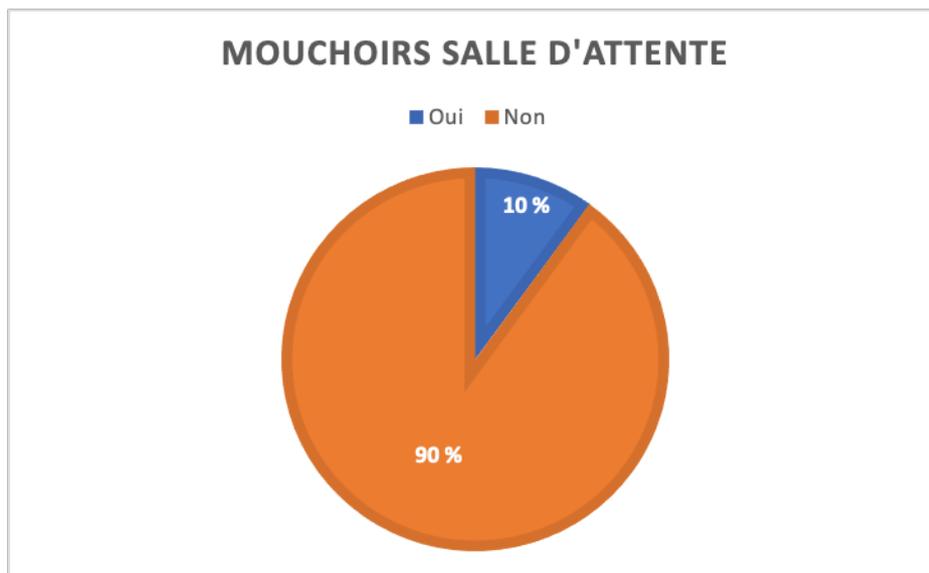
85 % des médecins ont enlevé tout matériel de la salle d'attente mais 15 % n'ont pas respecté cette recommandation.

Question 14 :« Y-a-t-il dans votre salle d'attente des boîtes de mouchoirs à usage unique ? »

Recommandation du référentiel :

Mise à disposition de mouchoirs à usage unique en salle d'attente.

Mouchoirs salle d'attente	Nombre	Pourcentage
Oui	4	10,00%
Non	36	90,00%



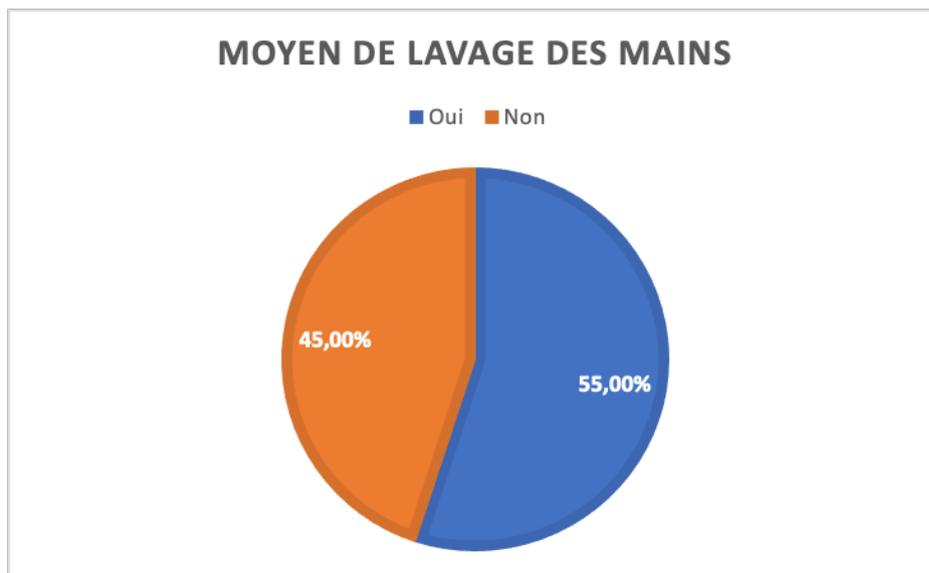
90 % des médecins n'ont pas de boîte à mouchoirs à usage unique dans la salle d'attente.

Question 15 : « Vos patients peuvent-ils se laver les mains (gel hydro-alcoolique ou lavabo avec savon) en salle d'attente ? »

Recommandation du référentiel :

Mise à disposition de gel hydro-alcoolique ou d'un lavabo avec savon liquide.

Moyens de lavage des mains	Nombre	Pourcentage
Oui	22	55,00%
Non	18	45,00%



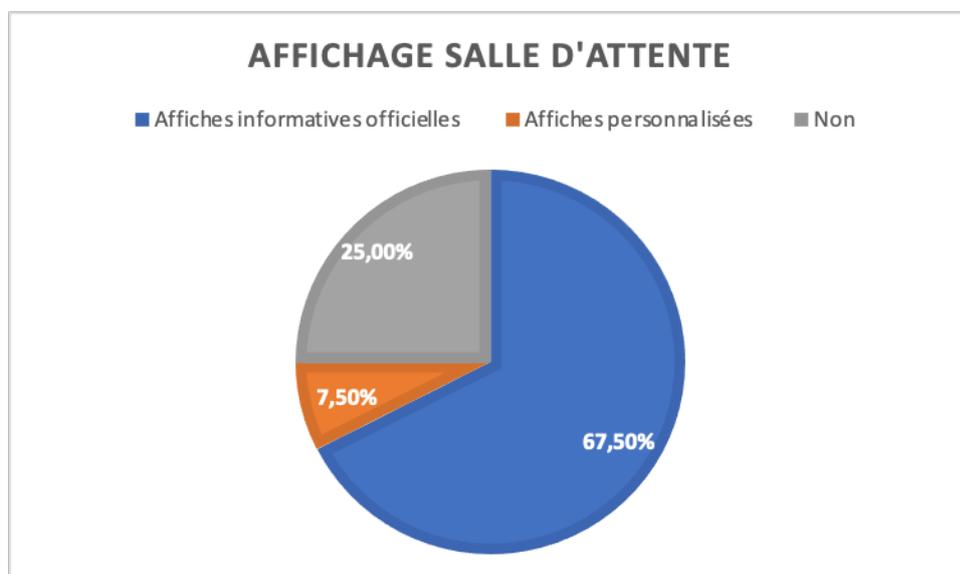
55 % des médecins ont mis à disposition pour les patients un moyen de se laver les mains en salle d'attente.

Question 16 : « Avez-vous affiché aux murs de la salle d'attente des fiches (rappel des gestes barrières, fiche « Alerte coronavirus ») à destination des patients ? »

Recommandation du référentiel :

Consignes à destination des patients affichées en salle d'attente.

Affichage salle d'attente	Nombre	Pourcentage
Affiches informatives officielles	27	67,50 %
Affiches personnalisées	3	7,50 %
Non	10	25,00 %



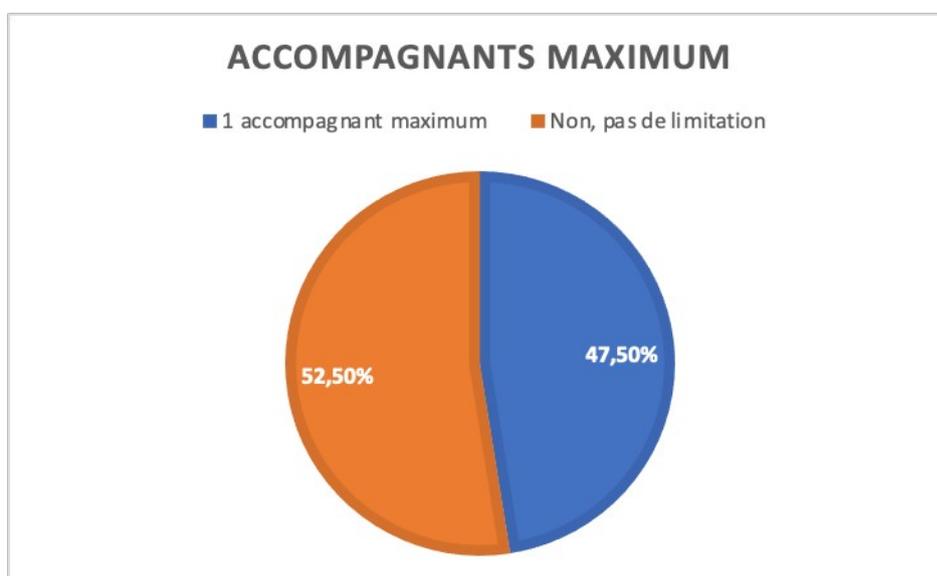
75 % des médecins ont affiché en salle d'attente des consignes et fiches informatives sur la pandémie et les gestes barrières.

Question 17 : « Limitez-vous le nombre d'accompagnants en consultation ? »

Recommandation du référentiel :

Limitation à 1 accompagnant maximum.

Nombre d'accompagnants maximum	Nombre	Pourcentage
1 accompagnant maximum	19	47,50%
Non, pas de limitation	21	52,50%



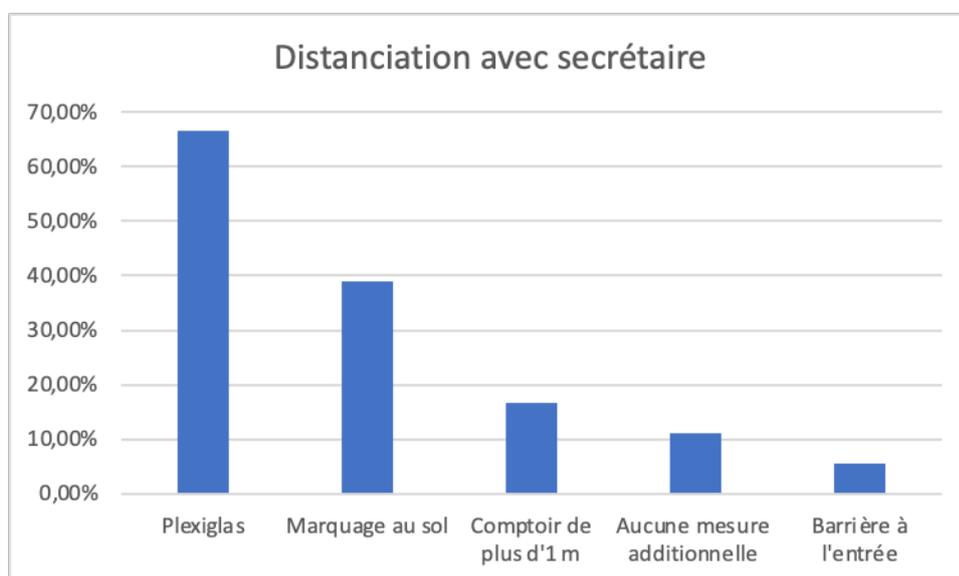
52,5 % des médecins ne limitent pas le nombre d'accompagnants.

Question 18 : « Avez-vous mis en place des mesures de distanciation au secrétariat ? »

Recommandation du référentiel :

Protection de la zone d'accueil par vitre ou plexiglas, distanciation par marquage au sol possible.

Distanciation avec secrétaire	Nombre (N=18)	Pourcentage
Plexiglas	12	66,6 %
Marquage au sol	7	38,8 %
Comptoir de plus d'1 m	3	16,6 %
Aucune mesure additionnelle	2	11,1 %
Barrière à l'entrée	1	5,5 %



66,6 % des médecins ont protégé leur secrétariat avec du plexiglas et 38,8 % d'entre eux ont mis en place un marquage au sol pour améliorer la distanciation sociale au niveau du secrétariat.

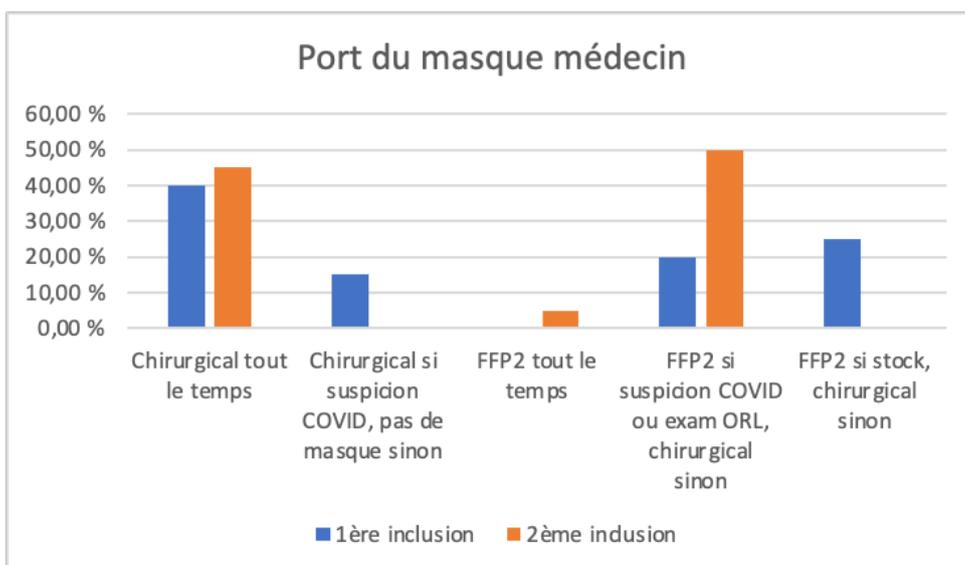
Question 19 : « Quel masque portez-vous lors de la consultation ? »

Recommandation du référentiel :

<p><u>Avant le 20 juillet coté médecin :</u></p> <p>Masque chirurgical si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distance d'1m non possible - Patient suspect COVID, cas contact ou COVID + - Médecin à risque de forme grave et ayant été en contact avec un patient COVID + <p>Masque FFP2 si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen ORL - Prélèvement naso-pharyngé. 	<p><u>Après le 20 juillet coté médecin:</u></p> <p>Masque chirurgical :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tout le temps <p>Masque FFP2 si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen ORL - Prélèvement naso-pharyngé.
--	---

Les réponses sont séparées en 2 parties distinctes : 20 réponses lors de la première inclusion de médecin au mois de juin 2020, 20 réponses de la deuxième inclusion au mois de septembre 2020.

Port du masque médecin	1ère inclusion		2ème inclusion	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Chirurgical tout le temps	8	40,00 %	9	45,00 %
Chirurgical si suspicion COVID, pas de masque sinon	3	15,00 %	0	0,00 %
FFP2 tout le temps	0	0,00 %	1	5,00 %
FFP2 si suspicion COVID, exam ORL ou prélèvement NP, chirurgical sinon	4	20,00 %	10	50,00 %
FFP2 si stock, chirurgical sinon	5	25,00 %	0	0,00 %



20 % des médecins lors de la première inclusion et 50 % lors de la deuxième inclusion portaient un masque FFP2 si examen ORL, prélèvement naspo-pharyngé ou suspicion COVID et portaient un masque chirurgical sinon.

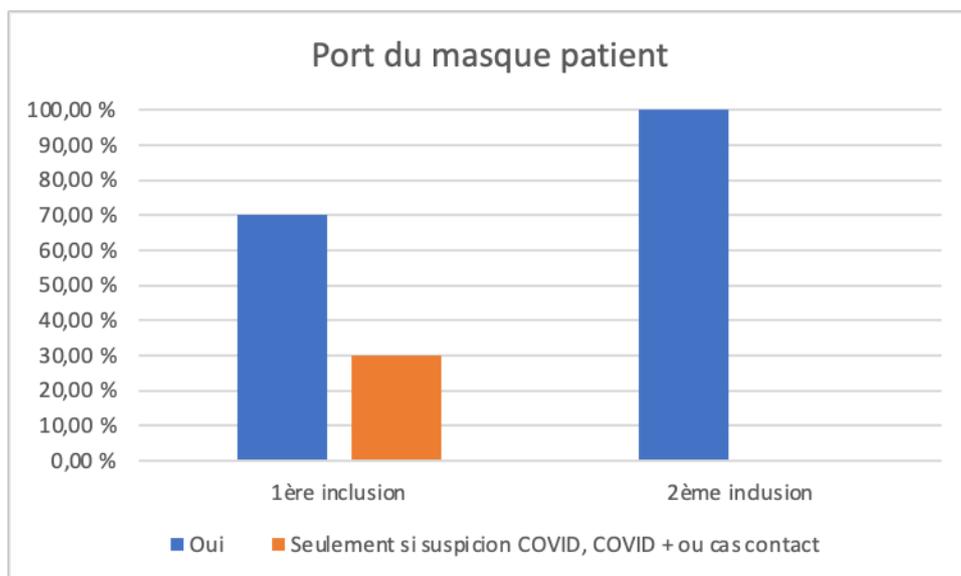
Question 20 : « Vos patients portent-ils le masque pendant la consultation ? »

Recommandation du référentiel :

Avant le 20 juillet coté patient :	Après le 20 juillet coté patient :
<ul style="list-style-type: none"> - Si personne à risque - Si suspect COVID, cas contact ou COVID+ 	<ul style="list-style-type: none"> - Tout le temps

Les réponses sont séparées en 2 parties distinctes : 20 réponses lors de la première inclusion de médecin au mois de juin 2020, 20 réponses de la deuxième inclusion au mois de septembre 2020.

Port du masque patient	1ère inclusion		2ème inclusion	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Oui	14	70,00 %	20	100,00 %
Seulement si suspicion COVID, COVID + ou cas contact	6	30,00 %	0	0,00 %



Lors de la première inclusion, 30 % des patients ne portaient pas le masque en consultation s'ils n'étaient pas COVID +, cas contact ou suspect d'une infection COVID.

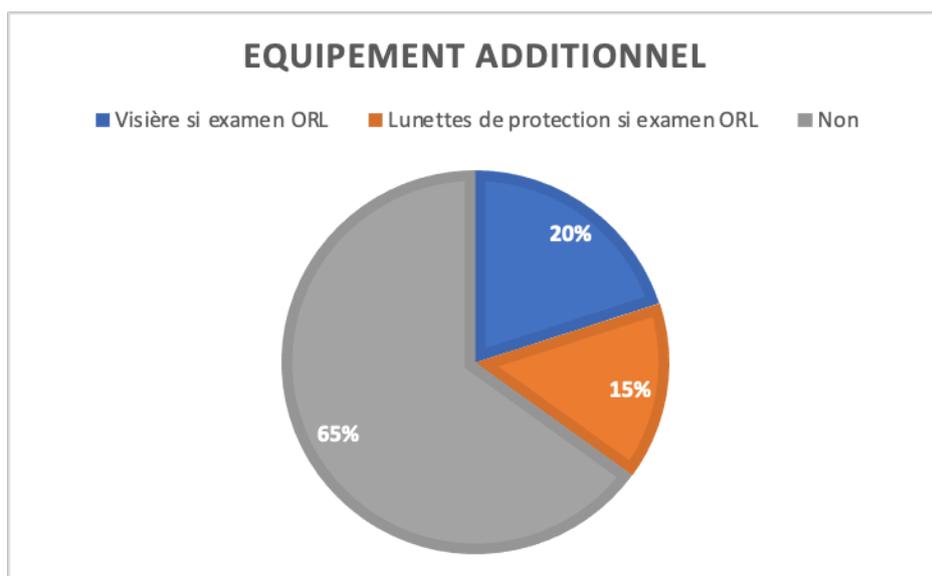
Les patients ont tous porté le masque lors de la deuxième inclusion.

Question 21 : « Utilisez-vous des équipements supplémentaires durant l'examen clinique ? »

Recommandation du référentiel :

Visière ou lunettes de protection en complément du masque si examen ORL.

Équipement pendant examen	Nombre	Pourcentage
Visière si examen ORL	8	20,00%
Lunettes de protection si examen ORL	6	15,00%
Non	26	65,00%



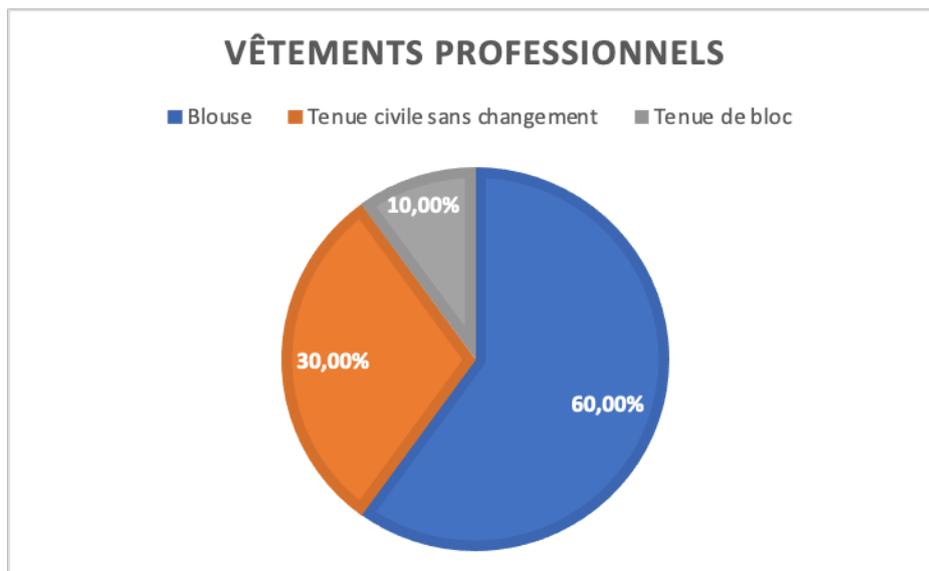
65 % des médecins n'utilisent pas de visière ou de lunettes de protection durant l'examen ORL.

Question 22 : « Portez-vous des vêtements à usage strictement professionnel ? »

Recommandation du référentiel :

Tenue à usage professionnelle manches courtes, qui s'ouvre sur le devant, à laisser au cabinet si possible.

Vêtements usage professionnel	Nombre	Pourcentage
Blouse	24	60,00 %
Tenue civile sans changement	12	30,00 %
Tenue de bloc	4	10,00 %



60 % des médecins mettent une blouse.

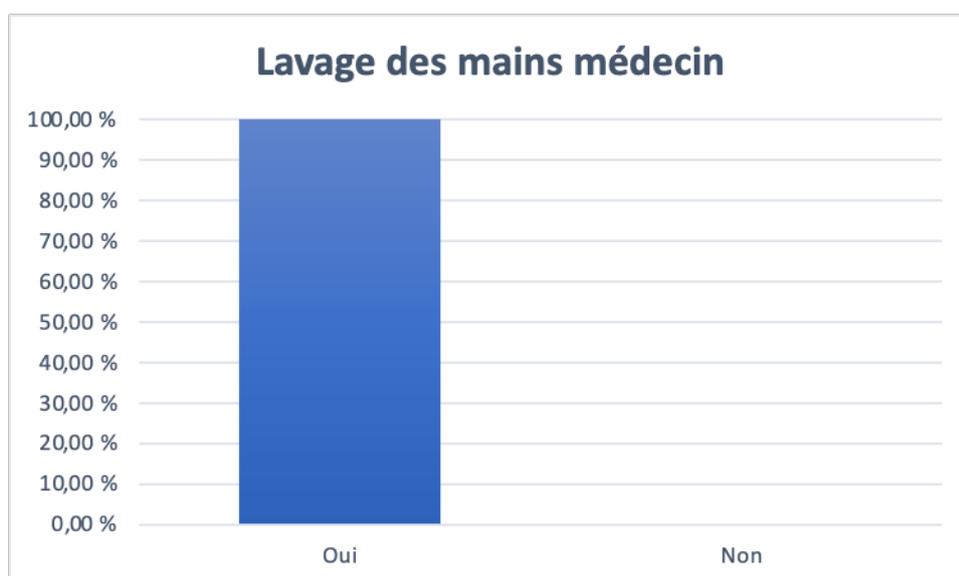
30 % n'ont pas de tenue professionnelle.

Question 23 : « Lavez-vous vos mains entre chaque patient ? »

Recommandation du référentiel :

Lavage des mains (gel hydro-alcoolique ou savon) entre chaque patient.

Lavage des mains entre chaque patient	Nombre	Pourcentage
Oui	40	100,00 %
Non	0	0,00 %



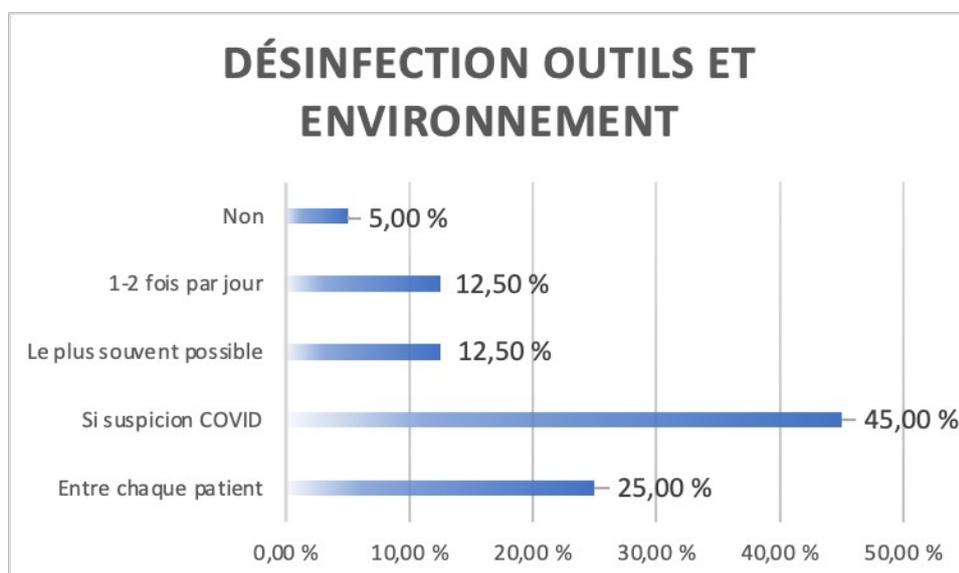
Tous les médecins se lavent les mains entre chaque patient.

Question 24 : « Désinfectez-vous les outils et surfaces utiles à la consultation (stéthoscope, tensiomètre, saturomètre, otoscope, chaise, table d'examen) ? »

Recommandation du référentiel :

Désinfection après chaque patient des instruments utilisés durant la consultation ainsi que des chaises et la table d'examen.

Désinfection outils et environnement proche patient	Nombre	Pourcentage
Entre chaque patient	10	25,00 %
Si suspicion COVID, COVID+ ou cas contact	18	45,00 %
Le plus souvent possible	5	12,50 %
1-2 fois par jour	5	12,50 %
Non	2	5,00 %



75 % des médecins ne nettoient pas le matériel et l'environnement proche entre chaque patient.

45 % le font après avoir vu un patient suspect de COVID, un patient COVID+ ou un patient cas contact.

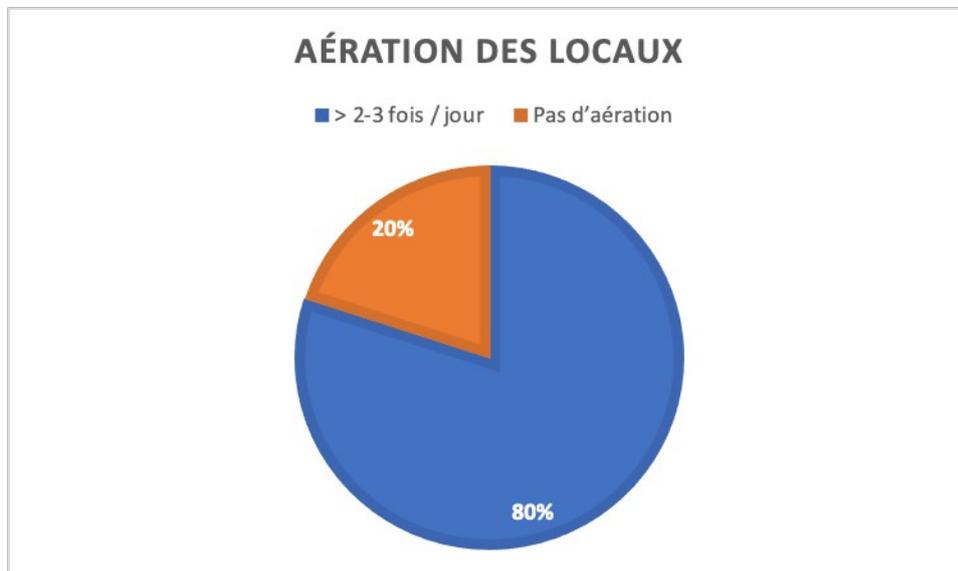
Donc 30% des médecins ne nettoient pas systématiquement après avoir vu un patient suspect COVID, COVID+ ou cas contact.

Question 25 : « A quelle fréquence aérez-vous les locaux ? »

Recommandation du référentiel :

Aération des locaux au moins 2 à 3 fois par jour.

Aération des locaux	Nombre	Pourcentage
> 2-3 fois / jour	32	80,00 %
Pas d'aération	8	20,00 %



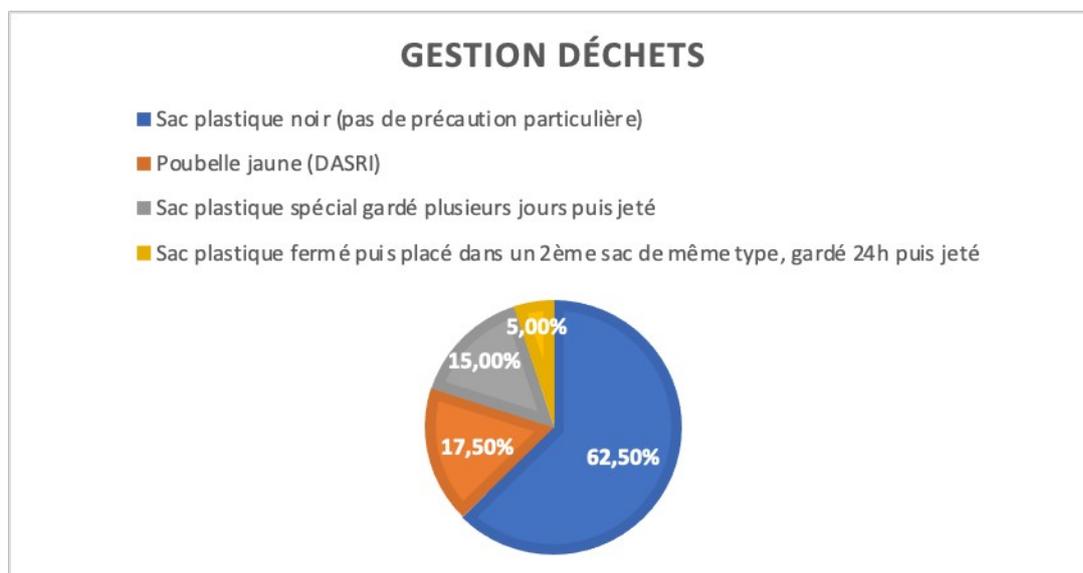
80 % des médecins aèrent les locaux au moins 2 à 3 fois par jour.

Question 26 : « Jetez-vous dans un contenant particulier les masques, papiers d'examen, mouchoirs à usage unique ? »

Recommandation du référentiel :

Jeter les masques, papiers d'examen, mouchoirs à usage unique dans un sac plastique opaque, le fermer, le placer dans un 2ème sac de même caractéristique, le stocker 24h puis le jeter dans la filière classique des ordures ménagères.

Gestion des déchets (masque, papier d'examen, mouchoirs)	Nombre	Pourcentage
Sac plastique noir (pas de précaution particulière)	25	62,50 %
Poubelle jaune (DASRI)	7	17,50 %
Sac plastique spécial gardé plusieurs jours puis jeté	6	15,00 %
Sac plastique fermé puis placé dans un 2ème sac de même type, gardé 24h puis jeté	2	5,00 %



5 % des médecins interrogés jettent les déchets potentiellement contaminés dans un sac plastique fermé, puis placé dans un deuxième sac de même type, qui est gardé 24h puis jeté aux ordures ménagères.

III.3 - Synthèse des résultats

	Accord avec recos	Désaccord avec recos
Privilégier les consultations sur RDV	33 (82,5%)	7 (17,5%)
Consigne de venir masqué	36 (90%)	4 (10%)
Fournit masque si absence	32 (80%)	8 (20%)
> 1m entre chaque patient en salle d'attente (SA)	33 (82,5%)	7 (17,5%)
Salle d'attente (SA) dédiée COVID	11 (27,5%)	29 (72,5%)
Matériel en SA enlevé	34 (85%)	6 (15%)
Mouchoirs en SA	4 (10%)	36 (90%)
Moyens de lavage des mains en SA	22 (55%)	18 (45%)
Affiches en SA	30 (75%)	10 (25%)
Limitation nombre d'accompagnants	19 (47,5%)	21 (52,5%)
Plexiglas au secrétariat (/18)	12 (66,6%)	6 (33,4%)
Marquage au sol au secrétariat (/18)	7 (38,8%)	11 (61,2%)
<u>Port du masque médecin</u>		
1ère inclusion de juin (/20)	4 (20%)	16 (80%)
2ème inclusion de septembre (/20)	11 (55%)	9 (45%)
<u>Port du masque patient</u>		
1ère inclusion de juin (/20)	14 (70%)	6 (30%)
2ème inclusion de septembre (/20)	20 (100%)	0
Visière/lunettes durant examen ORL	14 (35%)	26 (65%)
Tenue à usage professionnelle	28 (70%)	12 (30%)
Lavages des mains entre chaque patients	40 (100%)	0
Désinfection instruments et surfaces	10 (25%)	30 (75%)
Aération des locaux	32 (80%)	8 (20%)
Gestion des déchets	2 (5%)	38 (95%)

IV - Discussion

Les recommandations concernant les précautions à prendre pour éviter au médecin de se contaminer mais également pour limiter les risques de transmission au patient et entre patients n'ont pas toutes été appliquées par les médecins généralistes que nous avons interrogés. Certaines l'ont été par la majorité des médecins, d'autres très peu. On pourrait penser que c'est uniquement la difficulté d'application des mesures qui a limité leurs applications mais l'analyse fine des résultats indique que d'autres facteurs sont en cause.

Nous allons donc discuter les résultats en fonction de cette application sur le terrain et voir quelles ont été les facilitateurs ou les freins au respect ou non de ces recommandations. Nous discuterons ensuite les modalités de communication des autorités de santé vis-à-vis des médecins généralistes pendant cette période bien particulière de pandémie et les niveaux de preuve qui ont guidé l'élaboration des recommandations. Nous évaluerons également l'importance respective des différentes recommandations puis discuterons les limites de notre travail : points faibles et points forts.

IV.1 - Toutes les recommandations n'ont pas été appliquées de la même façon sur le terrain, pourquoi ?

IV.1.1 - Les recommandations appliquées par tous les médecins

La seule recommandation respectée par la totalité des médecins interrogés concerne le lavage des mains entre chaque patient (Question 23). Ce geste d'hygiène de base était déjà respecté par la majorité des médecins avant l'apparition du SARS-COV2 et faisait déjà l'objet de recommandations par la HAS en 2007 : friction des mains d'au moins 30 secondes avec du gel hydro-alcoolique entre chaque patient (48).

IV.1.2 - Les recommandations appliquées par une majorité des médecins (> 50%)

La grande majorité des médecins interrogés ne consultait que sur rendez-vous ou a arrêté de proposer des créneaux de consultation sans rendez-vous dès le confinement de mars 2020, en application des recommandations (Question 6). Le but affiché est de limiter au maximum l'attente, l'accumulation de patients en salle d'attente et ainsi de pouvoir respecter une distanciation physique de plus d'1 mètre. Cependant, l'arrêt de ces créneaux de consultation peut en-

traîner un retard de prise en charge d'un patient présentant une pathologie aiguë et ne pouvant consulter dans la journée son médecin traitant, faute de rendez-vous disponible.

La question 5 (modes de prise de rendez-vous) montre que la plupart des médecins interrogés avaient déjà pris le virage technologique : 29 d'entre eux proposent une prise de rendez-vous par internet. Cela peut expliquer le passage plus rapide à la téléconsultation quand cela leur a été demandé.

Les questions 7 et 8 portaient sur l'utilisation et l'importance de la téléconsultation chez les médecins généralistes interrogés. La grande majorité des médecins a eu recours à la téléconsultation durant le confinement. Cependant, la part de téléconsultation dans l'activité totale après le confinement a énormément baissé et représentait moins de 5 % des consultations totales chez 81 % des médecins généralistes après le confinement. Ce chiffre marque une envie de « retour à la normale » des médecins et des patients mais également une difficulté de tri des patients en amont devant les présentations cliniques multiples de la maladie : le patient peut, quel que soit le motif de consultation, être infecté par le SARS-COV2. Ces patients, quand ils prennent rendez-vous, ne savent pas forcément si leurs symptômes entrent dans le cadre d'une suspicion de COVID et ne prennent donc pas rendez-vous en téléconsultation alors qu'ils le devraient.

Une piste pour le futur pourrait être de créer un questionnaire que le patient remplirait au moment de la prise de rendez-vous et qui pourrait l'orienter soit vers une consultation au cabinet soit vers de la téléconsultation si la symptomatologie est évocatrice de COVID.

Les 4 médecins ne donnant pas pour consigne (par téléphone, internet, affiches à l'entrée du cabinet ou secrétariat) au patient de venir masqués (Question 9) et les 8 médecins ne fournissant pas de masque aux patients si besoin (Question 10) ont été interrogés lors de la première inclusion au mois de juin 2020, lors de la sortie de confinement. A cette période, la pression virale et le nombre de cas était plus faible, la vigilance coté médecin moins importante et le port du masque en lieu clos non obligatoire : tout cela peut expliquer ces réponses. Les 20 médecins interrogés lors de la deuxième inclusion ont tous suivi ces recommandations.

85 % des médecins interrogés ont enlevé les revues, journaux, jouets dans leur salle d'attente (Question 13). Il reste donc 15 % des médecins qui ne l'ont pas fait, ce qui interpelle au vu de la facilité de mise en œuvre de cette recommandation.

Nous constatons également que 25 % d'entre eux n'ont pas mis en place d'affiches (rappel des gestes barrières, fiches Alerte Coronavirus) en salle d'attente (Question 16) alors que ces

fiches sont disponibles à l'impression sur les sites de Santé Publique France et de la Direction Générale de la Santé. Cela peut dénoter de la part de certains médecins généralistes une part de démission, lassitude par rapport à la lourdeur et aux multiples changements demandés, ou une non-connaissance des recommandations. Ou alors, certains médecins ont peut-être estimé que le rôle des instances était de leur fournir le matériel nécessaire à la protection de la population ?

18 médecins sur les 40 interrogés (45%) ont répondu ne rien mettre à disposition en salle d'attente pour que les gens se désinfectent ou se lavent les mains (Question 16). Certains médecins ont expliqué le fait de ne pas en proposer au patient par le vol des flacons de gel hydroalcoolique. D'autres ont expliqué qu'ils avaient fermé les sanitaires à destination des patients afin de limiter les risques de contamination. Une solution aurait pu être de demander à chaque patient qui pénètre dans la salle de consultation, et non plus en salle d'attente, de se passer du gel hydroalcoolique en présence du praticien.

52,5 % des médecins n'ont pas limité le nombre d'accompagnants par patient (Question 17) alors que la recommandation est de restreindre à 1 accompagnant maximum en consultation. Ils ont justifié ce non-respect en expliquant que les accompagnants sont dans la grande majorité des cas des personnes vivant dans le même domicile que le patient.

Concernant le port du masque coté médecin et patient, les réponses entre la première et deuxième inclusion ont été sensiblement différentes (Questions 19 et 20). Les difficultés d'approvisionnement en masque et matériel de protection ont été l'explication la plus fréquente à ce non-respect. La prise de conscience collective, la parution d'études scientifiques montrant la transmission virale par des personnes contaminées asymptomatiques et l'obligation du port du masque en lieu clos par arrêté ministériel en date du 20 juillet 2020 peuvent expliquer les différences constatées entre les deux inclusions. Par ailleurs, avant l'obligation du port du masque en lieu clos les recommandations sur le port du masque côté médecins et patients étaient peu claires et précises et cette obligation a permis une simplification et une meilleure adhésion des médecins et patients.

80 % des médecins interrogés aèrent plus de 2 à 3 fois par jour leurs locaux, en accord avec la recommandation correspondante. Les 20 % restant n'ont pas pu et évoquent des problèmes de locaux : pas de fenêtre ou fenêtre s'ouvrant sur un couloir, fenêtre cassée...

Une tenue professionnelle (blouse ou tenue de bloc) est portée par 70 % des médecins interrogés. 30 % ont donc continué à porter une tenue civile sans précaution supplémentaire.

IV.1.3 - Les recommandations peu suivies

Dans les recommandations peu respectées, nous retrouvons l'absence d'équipements supplémentaires (lunettes ou visières) en complément du masque dans 65 % des cas lors de l'examen ORL (Question 21). Les médecins ont avancé des problèmes de fourniture de matériel, d'autres ont expliqué qu'ils portaient déjà des lunettes et que cela les protégeait de la même manière.

25 % des médecins nettoient les instruments utilisés durant la consultation et l'environnement proche du patient (Question 23). Ils le font dans 45 % des cas seulement si le patient est suspect de COVID ou COVID +. Donc dans 30 % des cas, les médecins ne désinfectent pas les instruments et l'environnement proche après avoir examiné un patient suspect de COVID ou COVID +. La contrainte temporelle est l'explication la plus avancée : devoir nettoyer la salle de consultation après chaque patient est chronophage et demande un changement d'organisation trop important. D'autres avancent un manque de matériel, la difficulté de se fournir ou le coût des produits désinfectants.

La gestion des déchets semble également avoir été problématique pour les médecins : 5 % des médecins ont respecté stricto-sensu la recommandation qui donnait le protocole suivant : jeter les masques, papier d'examen, mouchoirs dans un sac plastique, le fermer, le placer dans un deuxième sac de même type, le stocker 24h puis le jeter dans la filière classique des ordures ménagères (Question 26). Cette recommandation est une des plus contraignantes et la majorité des médecins n'a pas modifié sa pratique alors que d'autres ont trouvé des alternatives avec l'utilisation de la poubelle « jaune » DASRI mais qui pose la question du coût : la gestion d'une tonne de DASRI coûte entre 500 et 1 000 euros, soit 3 à 5 fois plus qu'une tonne de déchets ménagers (entre 150 et 200 euros), entraînant un surcoût non négligeable (49).

IV.2 - Communication, contraintes ?

IV.2.1 - Communication, diffusion des recommandations auprès des médecins généralistes

Le référentiel de recommandations créé pour la thèse reprend des directives rédigées par de multiples structures énoncées plus haut. L'ensemble de ces mesures n'a pas été donné directement aux médecins généralistes et aucun document officiel synthétique n'a été massivement « distribué » afin qu'elles soient parfaitement connues de tous. Cela interroge en termes de communication et sur l'accès à l'information des médecins généralistes : ils ont dû chercher et trouver les bonnes informations par leurs propres moyens avec la nécessité d'avoir, a minima, une connexion internet pour rester au fait des dernières recommandations. Le changement et les informations contradictoires à échéance courte notamment durant les premiers mois de pandémie, l'adaptation demandée, l'urgence logistique avec des mesures parfois difficiles à mettre en place, ont été source de confusion pour les médecins généralistes qui ont parfois eu un sentiment de découragement, d'abandon. Beaucoup ont regretté de ne pas avoir été mieux informés, mieux conseillés et guidés.

Ce travail de thèse court sur trois temporalités : une période de confinement du mois de mars à mai 2020, une période de « déconfinement » après mai puis une période estivale de « vivre avec » durant laquelle les mesures ont continué d'évoluer et de s'adapter à l'échelle territoriale (avec notamment, le port du masque rendu obligatoire dans tous les lieux clos le 20 juillet 2020). Les médecins généralistes ont été en première ligne à chaque nouvelle étape de l'épidémie, ce qui explique que certains n'ont pas su, n'ont pas pu ou n'ont pas voulu s'adapter.

IV.2.2 - Contraintes de plusieurs ordres

Les médecins généralistes interrogés ont rencontré des difficultés liées à des contraintes de plusieurs types : spatiales (cabinets médicaux inextensibles, nouvel agencement demandé parfois impossible), financières (budget insuffisant pour financer des modifications, des produits d'entretien en plus grande quantité), temporelles (mesures d'hygiène chronophages), pénibilité des tâches (certaines mesures contraignantes à mettre en œuvre, impactent leur fonctionnement habituel, demandent une nouvelle organisation et une certaine motivation).

Ces multiples recommandations ont demandé des changements et une adaptation tels aux médecins qu'une application par 100 % d'entre eux était impossible.

La contrainte spatiale a souvent été l'explication au non-respect de certaines recommandations par les médecins interrogés : salle d'attente trop petite, salle dédiée aux patients COVID inexistante, aération impossible, etc., leurs cabinets médicaux ne sont pas conçus pour recevoir les patients contagieux dans des conditions optimales.

Mais existe-t-il à l'heure actuelle des contraintes spatiales, d'aération, d'hygiène, de circulation dans le cahier des charges de construction des cabinets médicaux ?

Légalement, les cabinets médicaux reçoivent du public et doivent donc se conformer aux mêmes normes que les ERP en matière d'accessibilité aux personnes handicapées et de sécurité incendie (en application des articles R123-18 et R123-19 du Code de la Construction et de l'Habitation et de la loi de février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) (50). Il n'est fait nulle part mention de contraintes ou normes spatiales, d'aération ou de circulation des personnes dans le cabinet médical et il est donc normal que la plupart des médecins aient été dans l'impossibilité de respecter certaines mesures demandées.

Nous constatons également que les mesures peu éloignées de leur mode de fonctionnement sont les plus adoptées (lavage de mains entre chaque patient, jouets/revues/journaux enlevés de la salle d'attente, aération régulière des locaux, port d'une tenue professionnelle...) ce qui montre une capacité d'adaptation limitée, à cause de contraintes matérielles.

IV.2.3 - Questionnements des recommandations

Premièrement, même si certaines mesures sont plus connues et ancrées dans le quotidien (port du masque, lavage des mains) que d'autres, les recommandations ont été édictées sans hiérarchie claire : il n'est pas précisé qu'une recommandation est plus importante qu'une autre. Au vu du nombre de changements demandés en peu de temps, les médecins généralistes ont été confrontés à des injonctions impossibles à mettre en place (du point de vue matériel, organisationnel) et ont été moins enclins à respecter certaines mesures. Dans le futur, une hiérarchisation de l'ensemble des recommandations pourrait augmenter la lisibilité globale et favoriser l'adhésion aux recommandations les plus importantes à respecter.

Deuxièmement, il est à noter que déjà en 2009 durant la pandémie de Grippe A (H1N1), un rapport du réseau GROG (Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe) proposait en se

basant sur les modes de transmission de la grippe, une série de mesures barrières pour limiter la transmission virale : port du masque en consultation, boîtes de mouchoirs et gel hydro-alcoolique en salle d'attente, isolement des patients symptomatiques dans une salle dédiée, jouets/revues/journaux proscrits en salle d'attente, aération régulière des locaux, etc., des recommandations sensiblement similaires à celles demandées durant l'épidémie actuelle. Ce rapport précisait que ces mesures barrières auraient du sens à perdurer dans la pratique quotidienne des médecins exerçant dans les cabinets médicaux (51).

Troisièmement, nous posons la question du niveau de preuve de l'ensemble des recommandations émises. Hormis des travaux montrant la diminution de la transmission virale en cas de port du masque et de distanciation physique de 1 mètre (52), ou le lavage des mains au savon / gel hydro-alcoolique recommandé par l'ensemble des sociétés d'hygiéniste afin de baisser la transmission virale, la preuve de l'utilité des mesures demandées découle pour la plupart de données observationnelles recueillies lors de précédentes épidémies (de grippe, du SARS-CoV) et d'études expérimentales, de séries de cas ou d'avis d'expert.

IV.3 - Propositions pour une meilleure adhésion aux recommandations ?

IV.3.1 - Communication précise et directe

Améliorer la communication auprès des médecins généralistes pourrait favoriser leur adhésion aux recommandations car à l'heure actuelle les sources sont multiples et éparées. Le site Coronacliv.fr créé par le Collège de Médecine Générale a regroupé nombre d'entre elles et offre une aide à la pratique, mais tous les médecins n'ont pas connaissance de ce site (53). La création d'une plaquette « simple », où serait synthétisé l'ensemble des recommandations et distribué à l'ensemble des médecins généralistes pourrait être une solution afin que chaque médecin ait une connaissance complète des mesures qui lui sont demandées. On pourrait également penser à rendre ces recommandations obligatoires et les intégrer dans un protocole sanitaire strict sous peine d'amende ? Mais cela ne semble pas applicable à l'ensemble du référentiel (notamment le non-respect lié aux locaux inamovibles).

IV.3.2 - Formations initiale et continue des médecins généralistes

Il pourrait également être intéressant à l'avenir d'offrir aux médecins généralistes une meilleure formation à la gestion d'une épidémie (par des formations en ligne, en présentiel ou lors de congrès) : à l'heure actuelle, la formation des médecins généralistes à la gestion d'une

épidémie se résume à un item d'infectiologie (N°174) préparant à l'Examen Classant National de 6ème année, intitulé « Risques émergents, bioterrorisme, maladies hautement transmissibles » où est présentée différentes infections hautement transmissibles telles que la grippe aviaire ou pandémique, le SARS-CoV et le MERS-CoV (54). Il existe également un module « Gestion d'une pandémie » mais seulement dans le DESC d'infectiologie (55).

L'amélioration de la formation initiale ou continue des médecins généralistes à la gestion d'une pandémie et à l'infectiologie de façon plus globale, permettrait de meilleures connaissances, réduirait les résistances de certains médecins aux recommandations émises et permettrait une diffusion des vrais messages de prévention.

De même, le respect des règles d'hygiène au cabinet relève de la déontologie et une meilleure sensibilisation des médecins généralistes à ces règles permettrait qu'elles rentrent durablement dans la pratique quotidienne (56).

IV.3.3 - Cahier des charges national

Un cahier des charges commun à tous les futurs cabinets médicaux, pensé et optimisé pour respecter au mieux les recommandations nationales en cas de pandémie virale pourrait être mis en place dans le futur. Un tel cahier des charges existe déjà pour la mise en place des cabinets éphémères de consultation COVID, avec des contraintes logistiques, de configuration et d'aménagement des locaux, d'organisation et du déroulé de la consultation, ainsi que de la gestion du matériel et des déchets (57).

Si dans le futur, des cabinets médicaux devaient respecter de nouvelles normes, serait-ce le rôle du médecin généraliste d'investir financièrement dans un local qui respecterait les normes ? Ou alors, nous pourrions voir à l'avenir la construction de locaux dédiés aux suspicions de maladies infectieuses épidémiques financés par le service public où les médecins feraient des astreintes.

IV.3.4 - Simplification des recommandations

Certaines recommandations ont été très peu respectées telles que la désinfection de l'environnement proche du patient ou la gestion des déchets potentiellement contaminés. En tenant compte de certaines études parues secondairement qui tendent à minimiser certains modes de contamination et notamment le risque de contamination par les surfaces inertes qui n'est pas le mode de contamination standard de la maladie (58)(59)(60), un allègement voire une sup-

pression de certaines recommandations pourrait permettre une simplification et une meilleure adhésion à celles restantes ?

IV.3.5 - Financement plus conséquent

La contrainte financière a également été un frein au respect de certaines recommandations d'après certains médecins interrogés. Augmenter les moyens financiers alloués avec la gratuité ou la mise à disposition de matériels (blouses, masques, visières ou lunettes de protection, désinfectants) comme ce fût le cas pour la fourniture des masques par les pharmacies jusqu'au mois d'octobre 2020 permettrait une meilleure adhésion à certaines mesures (61).

IV.4 - Les limites de notre travail

60 % des médecins interrogés étaient dans la tranche d'âge 45-55 ans pour une moyenne d'âge des médecins en activité en Gironde de 47,8 ans (62) : l'échantillon étudié est dans les normes mais le faible nombre de médecins inclus dans l'étude ne permet pas d'être représentatif.

Le questionnaire a été rempli via entretien téléphonique ou visioconférence ce qui a permis un échange direct avec le praticien (avec parfois des précisions sur leur pratique quotidienne et les alternatives trouvées. Cependant, la courte durée de l'entretien est une limite majeure ne permettant pas aux médecins de toujours expliquer leurs choix et leurs changements de pratique.

D'autres limites apparaissent : un biais de désirabilité sociale qui consiste à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé : les médecins l'ont été au téléphone ou en visioconférence et certaines réponses sont donc invérifiables visuellement (toutes les questions portant sur l'organisation de la salle d'attente ou du secrétariat, le port de la blouse...). Il aurait pu être envisagé d'aller directement interroger les médecins généralistes dans leur cabinet afin de s'affranchir de ce biais.

Il existe un biais méthodologique avec une formulation insuffisamment claire de certaines questions qui ont pu orienter les réponses.

Il existe aussi un biais de sélection : les médecins ayant répondu au questionnaire étaient peut-être sensibles au sujet traité ou intéressés par le thème de cette thèse. Cela peut impliquer, a contrario, un biais de non-réponse pour les médecins qui se sentaient peu à l'aise avec le respect des recommandations ou peu réceptifs à ce travail.

Les médecins ont été inclus durant les mois de juin et de septembre, soit à des moments très précis. Si l'entretien avait été réalisé à une autre période avec les mêmes médecins, des résultats différents pourraient apparaître. De la même manière, les résultats pourraient différer suivant la région d'exercice des médecins interrogés : un médecin de Gironde ayant été peu impacté par la première vague épidémique de mars 2020 n'a peut-être pas la même pratique qu'un médecin d'Ile de France ou du Haut-Rhin où la circulation virale lors du premier confinement était plus importante.

V - Conclusion

Cette pandémie de COVID-19 a profondément marqué le monde médical et les médecins généralistes. Ces derniers n'ont pas pu respecter l'ensemble des changements demandés mais la grande majorité a modifié ses pratiques et nul doute que certaines modifications perdureront au-delà de l'épidémie. La seule recommandation appliquée par l'ensemble des médecins est le lavage des mains entre chaque patient. D'autres recommandations ont été appliquées par une majorité (consultations sur rendez-vous, journaux et jouets enlevés en salle d'attente, port d'une tenue professionnelle, port du masque, aération des locaux,...) et enfin certaines ont été peu respectées (salle d'attente dédiée pour les patients COVID, mise à disposition de mouchoirs ou de moyen de lavage des mains en salle d'attente, port de visières ou de lunettes de protection en cas d'examen ORL, désinfection des instruments et de la salle de consultation entre chaque patient, gestion des déchets,...).

Les médecins ont mis en avant des contraintes spatiales, temporelles, financières pour expliquer le non-respect de certaines mesures. Comme freins à l'adhésion, nous retrouvons aussi une communication et diffusion insuffisantes ainsi qu'une absence de centralisation des recommandations.

L'amélioration de la formation initiale et continue à la gestion des pandémies chez les médecins généralistes, la simplification des recommandations, une communication plus précise et centralisée, un financement plus conséquent du matériel médical et un changement du cahier des charges de construction des futurs locaux des cabinets médicaux sont des pistes pour améliorer l'adhésion future des médecins généralistes aux recommandations.

VI - Bibliographie

1. Kin N, Vabret A. Les infections à coronavirus humains. *Revue Francophone des Laboratoires*. 2016 ; 2016(487) : 25-33.
2. Greenberg SB. Update on human rhinovirus and coronavirus infections, *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. 2016 ; 37(4) : 555–571.
3. Coronavirus humains. Vabret A, Dina J, Brison E, Brouard J, Freymuth F. *Pathologie Biologie*. 2009 ; 57(2) : 149-160
4. Yang Y, Peng F, Wang R, Yange M, Guan K, Jiang T et al. The deadly coronaviruses: The 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China. *Journal of Autoimmunity*. 2020 ; 109 : 102434.
5. Santé Publique France. Le SRAS-CoV, un coronavirus à l'origine d'une épidémie mondiale d'une ampleur considérable. 2019. [Internet]. Cité le 26 avril 2021. Disponible sur : <<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/le-sras-cov-un-coronavirus-a-l-origine-d-une-epidemie-mondiale-d-une-ampleur-considerable>>.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV). 2019. [Internet]. Cité le 26 avril 2021. Disponible sur : <[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))>.
7. Institut Pasteur. MERS-CoV. 2019. [Internet]. Cité le 26 avril 2021. Disponible sur : <<https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/mers-cov>>.
8. Kin N, Vabret A. L'infection à MERS-CoV : enjeux sanitaires, diagnostic et épidémiologie. *La lettre de l'infectiologie*. 2016 ; 31(5) : 190-197.
9. Organisation Mondiale de la Santé. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. Mars 2020. [Internet]. Cité le 25 avril 2021. Disponible sur : <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>.

10. Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Euro Surveill*. 2020 ; 25(10) : 2000180.
11. Oran D, Topol E. Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection. *Annals of Internal Medicine*. 2020 ; 173(5) : 362-367.
12. Plaçais L, Richier Q. COVID-19 : caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques chez l'adulte, la femme enceinte et l'enfant. Une mise au point au cœur de la pandémie. *La Revue de Médecine Interne*. 2020 ; 41(5) : 308-318.
13. Eliezer M, Hautefort C, Hamel A, et al. Sudden and Complete Olfactory Loss of Function as a Possible Symptom of COVID-19. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*. 2020 ; 146(7) : 674–675.
14. Doyen D, Mocerri P, Ducreux D, Dellamonica J. Myocarditis in a patient with COVID-19: a cause of raised troponin and ECG changes. *Lancet Infectious Diseases*. 2020 ; 395(10235) : 1516.
15. Hubiche T, Cardot-Leccia N, Le Duff F, Seitz-Polski B, Giordana P, Chiaverini C et al. Clinical, Laboratory, and Interferon-Alpha Response Characteristics of Patients With Chilblain-like Lesions During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Dermatology*. 2021 ; 157(2) : 202-206.
16. Rousseau A, Fenolland JR, Labetoulle M. SARS-CoV-2, COVID-19 et œil : le point sur les données publiées. *Journal Français d'Ophtalmologie*. 2020 ; 43(7) : 642-652.
17. Murk W, Gierada M, Fralick M, Weckstein A, Klesh R, Rassen JA. Analyse d'ensemble des complications de la COVID-19 : étude d'auto-appariement pré- et post-exposition. *Canadian Medical Association Journal*. 2021 ; 193(11) : 389-398.
18. Organisation Mondiale de la Santé. Transmission du SARS-CoV-2 – Implications pour les précautions visant à prévenir l'infection. 2020. [Internet]. Cité le 25 avril 2021. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333340/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-fre.pdf>.

19. Jiang XL, Zhang XL, Zhao XN, Li CB, Lei J, Kou ZQ, Sun WK, Hang Y, Gao F, Ji SX, Lin CF, Pang B, Yao MX, Anderson BD, Wang GL, Yao L, Duan LJ, Kang DM, Ma MJ. Transmission Potential of Asymptomatic and Paucisymptomatic Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infections: A 3-Family Cluster Study in China. *The Journal of Infectious Diseases*. 2020 ; 221(12) : 1948-1952
20. Fears AC, Klimstra WB, Duprex P, Hartman A, Weaver SC, Plante KS, et al. Persistence of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Aerosol Suspensions. *Emergency Infectious Disease*. 2020 ; 26(9) : 2168-2171.
21. Stadnytskyi V, Bax CE, Bax A, Anfinrud P. The airborne lifetime of small speech droplets and their potential importance in SARS-CoV-2 transmission. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2020 ; 117(22) : 11875-11877
22. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *New England Journal of Medicine*. 2020 ; 382 : 1564-1567.
23. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Annals of Internal Medicine*. 2020 ; 172(9) : 577-582.
24. Petersen E, Koopmans M, Go U, Hamer DH, Petrosillo N, Castelli F, et al. Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics. *Lancet Infectious Diseases*. 2020 ; 20(9) : 238–244.
25. Zhao S, Lin Q, Ran J, Musa SS, Yang G, Wang W et al. Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak. *International Journal of Infectious Diseases*. 2020 ; 92 : 214-217.
26. Petersen E, Koopmans M, Go U, Hamer D, Petrosillo N, Castelli F et al. Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics. *Lancet Infectious Diseases*. 2020 ; 20 : 238–244.
27. Verity R., Okell LC, Dorigatti I. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infectious Diseases*. 2020 ; 20 : 30243–30247.

28. Abdollahi E, Champredon D, Langley JM, Galvani AP, Moghadas SM. Estimations du taux de létalité de la COVID-19 au Canada et aux États-Unis sur une période donnée. Canadian Medical Association Journal. 2020 ; 192(46) : 1482-1486.
29. Piroth L, Cottenet J, Mariet AS, Bonniaud P, Blot M, Tuber-Bitter P et al. Comparison of the characteristics, morbidity and mortality of COVID-19 and seasonal influenza : a nationwide, population-based retrospective cohort study. The Lancet Respiratory Medicine. 2021 ; 9(3) : 251-259
30. Chenal R, Ho Luc Ka S, Kokkinakis I, Selby K, Greub G, d'Acremont V et al. Détection du SARS-CoV-2 par RT-PCR sur frottis nasopharyngé) Forum Medical Suisse. 2020 ; 20(2730) : 415-419.
31. Kokkinakis I, Selby K, Favrat B, Genton B, Cornuz J. Performance du frottis nasopharyngé-PCR pour le diagnostic du Covid-19 - Recommandations pratiques sur la base des premières données scientifiques. Revue Medicale Suisse. 2020; 689(16) : 699-701.
32. Organisation Mondiale de la Santé. Détection des antigènes à l'aide de tests immunologiques rapides pour le diagnostic de l'infection à SARS-CoV-2. 2020. [Internet]. Cité le 25 avril 2021. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334409/WHO-2019-nCoV-Antigen_Detection-2020.1-fre.pdf>.
33. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ?. 2020. [Internet]. Cité le 25 avril 2021. Disponible sur : <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1150.pdf>>.
34. Fraih E. La Revue du Praticien. Organisation des cabinets médicaux depuis le déconfinement. 2020 ; 34(1047) : 642.
35. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? Encéphale. 2020 ; 46(3) : 73–80.
36. Ministère des Solidarités et de la Santé. Lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de COVID-19. Mars 2020. [Internet]. Cité le 6 mai 2020. Disponible sur : <https://afpa.org/content/uploads/2020/02/Ministere-Prise-en-charge-en-ville-patients-symptomatiques-epidemie-Covid-19_16-03-2020.pdf>.

37. Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiche professionnels de santé : prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de COVID-19. Avril 2020. [Internet]. Cité le 6 mai 2020. Disponible sur : <<https://splf.fr/wp-content/uploads/2020/04/CORRUS-Prise-en-charge-en-ville-par-les-medecins-de-ville-de-patients-symptomatiques-en-phase-epidemie-de-COVID-19-04-04-20.pdf>>.
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. Prise en charge des patients COVID-19 en ville. Annexe 9 : Consignes d'hygiène du cabinet médical. Mars 2020. [Internet]. Cité le 6 mai 2020. Disponible sur : <<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/consignes-hygiene-cabinets-ville-covid19.pdf>>.
39. Haut Conseil de Santé Publique. Préconisations du Haut Conseil de la Santé Publique relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre en population générale, hors champs sanitaire et médico-social, pour la maîtrise de la diffusion du SARS-COV2. Avril 2020. [Internet]. Cité le 24 mai 2020. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20200424_corsarcovmesdesanpu-benpopgnr.pdf>.
40. Haut Conseil de Santé Publique. Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics. Avril 2020. [Internet]. Cité le 24 mai 2020. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20200420_covperrisetmesbarspccesper.pdf>.
41. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Avis relatif aux indications du port des masques chirurgicaux et des appareils de protection respiratoire de type FFP2 pour les professionnels de santé. Mars 2020. [Internet]. Cité le 24 mai 2020. Disponible sur : <<https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-Masque-SF2H-SPIIF-04.03.2020.pdf>>.
42. Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif à l'opportunité de nettoyer et de désinfecter, avant réouverture à l'issue du confinement, les établissements recevant du public et lieux de travail fermés pendant la période de confinement, dans le contexte de la lutte contre la propagation du coronavirus SARS-CoV-2. Avril 2020. [Internet]. Cité le 1^{er} juin 2020. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20200429_cosaconeetdsdetaredupuetdelidetr.pdf>.
43. Haut Conseil de Santé Publique. Coronavirus SARS-CoV-2 : emploi des visières ou écrans faciaux dans le contexte de l'épidémie Covid-19. Mai 2020. [Internet]. Cité le 1^{er} juin 2020. Disponible sur : <<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=822>>.

44. Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif à la gestion des déchets d'activités de soins (DAS) produits au cours de l'épidémie de Covid-19, en particulier en milieu diffus. Mars 2020. [Internet]. Cité le 24 mai 2020. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20200319_corsarcovgesdesdchdactdesoi.pdf>.
45. Ministère des Solidarités et de la Santé. La place de l'hygiène des mains et des produits hydro-alcooliques dans la prévention de la transmission des infections. [Internet]. Cité le 1^{er} juin 2020. Disponible sur : <<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/mission-mains-propres-10472/article/la-place-de-l-hygiene-des-mains-et-des-produits-hydro-alcooliques-dans-la>>.
46. Collège de la Médecine Générale. COVID-19 / Phase 3 : Organisation du cabinet de médecine générale. Mars 2020. [Internet]. Cité le 6 mai 2020. Disponible sur : <<https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2020/03/Infog10ORGA.pdf>>.
47. Rolland-Brezetti B, Legrand J, Blanc JB et al. Guide pratique : Mesures barrières en cabinet de médecine générale. Mai 2020. [Internet]. Cité le 24 mai 2020. Disponible sur : <<https://www.sentinelles971.com/wp-content/uploads/2020/05/Hygiene-en-cabinet-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf>>.
48. Haute Autorité de Santé. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. Juin 2007. [Internet]. Cité le 15 septembre 2020. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_-_synthese.-doc.pdf>.
49. Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France. Etablissements de santé: réussir votre politique DASRI. [Internet]. Cité le le 10 décembre 2020. Disponible sur : <https://www.ilede-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/DASRI-plaquette_de_notoriete.pdf>.
50. Giraud-Baro E, Duprez M. Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. EMC-Psychiatrie. 2009 ; 6(3) : 1-12.
51. Debost E. XIV^{ème} Journée Scientifique Nationale du Réseau des GROG. Les mesures barrières en médecine générale. 2009. [Internet]. Cité le 11 novembre 2020. Disponible sur : <http://www.grog.org/documents/jour_2009/Mesures_barrieres_en_MG_09-10.pdf>.

52. Chu D, Akl E, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann H et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2020 ; 395(10242) : 1973-1987.
53. Le Collège de Médecine Générale. Coronacliv - toutes les informations utiles pour le médecin généraliste. 2020. [Internet]. Cité le 5 mai 2020. Disponible sur : <<https://lecmg.fr/coronacliv/>>.
54. Pilly. Risques émergents, bioterrorisme, maladies hautement transmissibles. 2020. [Internet]. Cité le 15 septembre 2020. Disponible sur : <<https://www.infectiologie.com/User-Files/File/formation/ecn-pilly-2020/ecn-2020-ue6-174-nb.pdf>>.
55. Santé Publique France. DESC Maladies infectieuses : Gestion d'une épidémie, gestion du risque biologique. Organisation de la veille épidémiologique internationale et nationale. 2016. [Internet]. Cité le 11 septembre 2020. Disponible sur : <<https://www.infectiologie.com/User-Files/File/formation/desc/2016/seminaire-octobre-2016/desc-didier-che.pdf>>.
56. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'hygiène et la prévention du risque infectieux au cabinet. 2019. [Internet]. Cité le 17 septembre 2020. Disponible sur : <<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/sante-publique/lhygiene-prevention-risque-infectieux-cabinet>>.
57. Centre d'Appui pour la Prévention d'Infections Associées aux Soins de Bourgogne France-Comté. Cahier des charges pour la mise en place d'un cabinet éphémère de consultations COVID-19. Avril 2020. [Internet]. Cité le 17 septembre 2020. Disponible sur : <https://neptune.chu-besancon.fr/rfclin/coronavirus/ville/cabinet_ephemere_consultation_covid-14-04.pdf>.
58. Goldman E. Exaggerated risk of transmission of COVID-19 by fomites. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020 ; 20(8) : 892-893.
59. Colinari M, Seminari E, Piralla A et al. Lack of SARS-CoV-2 RNA environmental contamination in a tertiary referral hospital for infectious diseases in Northern Italy. *The Journal of Hospital Infection*. 2020 ; 105(3) : 474-476.
60. Colinari M, Seminari E, Novati S et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 RNA contamination of inanimate surfaces and virus viability in a health care emergency unit. *Clinical Microbiology and Infection*. 2020 ; 26(8) : 1094.e1-1094.e5.

61. Direction Générale de la santé. Approvisionnement en masques et équipements de protection individuels. Juillet 2020. [Internet]. Cité le 17 septembre 2020. Disponible sur : <<https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do?id=30950&cmd=visualiserMessage>>.

62. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2020. [Internet]. Cité le 23 avril 2021. Disponible sur: <https://www.conseil-national-medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf>.

VII - Annexes

Annexe n°1 :

Synthèse des recommandations - Référentiel

Mesures de prévention primaire

Population à risque :

- Privilégier la télémedecine ou les consultations par téléphone
- Privilégier les consultations sur RDV
- Si symptômes évocateurs de COVID :
- privilégier télé-consultation ou visite à domicile
- consultation au cabinet avec circuit et horaire dédiée

Téléconsultation :

A privilégier si patient suspect COVID, COVID + ou cas contact

Masques :

Consigne au patient de venir masqué

Le médecin doit fournir le patient en masque si non masqué

Port du masque chirurgical :

Avant le 20 juillet:

*Coté médecin:

Si distance > 1m non possible

Si patient suspect COVID, COVID + ou cas contact

Si patient à risque de forme grave

*Coté patient:

Si personne à risque

Si suspect COVID, COVID+ ou cas contact

Après le 20 juillet:

Tout le temps

Port du masque FFP2 :

Si examen ORL

Si gestes médicaux invasifs / manœuvres au niveau de la sphère respiratoire (*Intubation/extubation/masque laryngé, Ventilation mécanique avec circuit expiratoire « ouvert », Ventilation mécanique non-invasive, Aspiration endo-trachéale (hors système clos), fibroscopie bronchique, aérosolthérapie, kinésithérapie respiratoire générant des aérosols (désencombrement, crachat induit..), prélèvement naso-pharyngé, Explorations fonctionnelles respiratoires, Autopsie, Soins de chirurgie dentaire*).

Port de la visière / lunettes de protection:

En complément du masque si examen ORL.

Autres mesures de prévention primaire :

- Lavage des mains à l'eau et au savon ou au SHA entre chaque patient
- Désinfection après chaque patient du stéthoscope, saturomètre et autres instruments pendant la consultation, ainsi que l'environnement proche du patient (chaise, table d'examen).

Organisation du cabinet

Organisation du planning :

- Plages horaires dédiées aux COVID si téléconsultation non possible.
- Limitation à 1 accompagnant maximum.

Salle d'attente :

- Distance physique < 1 m entre les personnes.
- Salle dédiée aux suspicions COVID, COVID+ ou cas contact.
- Enlever les objets non nécessaires (jouets, livres, revues, journaux...)
- Mettre à disposition des mouchoirs à usage unique
- Mettre à disposition du SHA ou un lavabo avec savon liquide et serviettes à usage unique.
- Consignes à destination des patients pour affichage en salle d'attente

Personnel d'accueil :

- Protection par vitre ou plexiglas de la zone d'accueil ou respect d'une distance > 1m

- Lavage des mains (eau + savon ou SHA) après chaque patient suspect de COVID ayant nécessité la manipulation d'objets appartenant au patient (Carte vitale, moyens de paiements...).

Consignes d'hygiène :

- Nettoyer les surfaces 2 à 3 fois par jour avec des produits détergents et désinfectants habituels

- Aérer régulièrement les locaux (> 2-3x/jour)

Vêtements :

- Lavage des vêtements à usage professionnel 30 minutes à 60°C.

- Surblouse à usage unique ?

Pas de recommandation claire

Gestion des déchets :

- Eliminer les déchets contaminés ou susceptibles de l'être dans la filière classique des ordures ménagères, les placer dans un 2ème sac de même caractéristique et les stocker pendant 24h avant élimination via la filières des ordures ménagères.

Annexe n°2 :

Questionnaire thèse :

Mesures barrières en période d'épidémie de COVID-19 : État des lieux chez les médecins généralistes de Gironde

Description de la population :

1) Sexe:

- Homme
- Femme

2) Tranche d'âge:

- 25-35 ans
- 35-45 ans
- 45-55 ans
- 55-65 ans
- 65-75 ans

3) Lieu d'exercice:

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

4) Mode d'exercice:

- Seul en cabinet
- Cabinet de groupe
- Maison de santé

5) Prise de RDV par

- Internet
- Secrétariat téléphonique
- Secrétariat physique
- Téléphone au médecin

Organisation au cabinet médical et durant la consultation :

6) Consultations sans RDV

- Poursuite
- Arrêt pendant confinement et reprise depuis
- Jamais de sans RDV

7) Avez-vous recours à la téléconsultation ?

- Oui
- Non
- Précisions:

8) Si recours à la téléconsultation, quelle est son importance dans votre activité totale ?

% ?

Précisions:

9) Demandez-vous aux patients de venir masqués ?

- Oui
- Non

10) Pouvez-vous fournir les patients en masque si symptômes suspects de COVID ?

- Oui
- Non

11) Est- il possible de maintenir une distance physique de > 1m entre chaque patient dans la salle d'attente ?

- Oui
- Non
- Précisions :

12) Existe-t-il une salle d'attente dédiée si vous recevez un patient suspect de COVID ?

- Oui
- Non
- Précisions :

13) Les jouets, livres, revues, journaux sont-ils retirés de la salle d'attente ?

- Oui
- Non
- Précisions :

14) Y-a-t-il à disposition des mouchoirs à usage unique dans la salle d'attente ?

- Oui
- Non
- Précisions :

15) Y-a-t-il à disposition du SHA dans la salle d'attente ou un lavabo avec savon liquide et serviettes à usage unique ?

- Oui
- Non
- Précisions :

16) Y-a-t-il des affiches au mur de la salle d'attente donnant des consignes à destination des patients (rappel des gestes barrières, fiches « alerte coronavirus »).

- Oui
- Non
- Précisions :

17) Limitez-vous le nombre d'accompagnant ?

- Oui
- Non
- Précisions:

18) Si secrétariat physique, mesures de distanciation ? (marquage au sol, plexiglass..)

- Oui
- Non
- Précisions:

19) Portez-vous un masque lors de la consultation ?

- Oui (quel type de masque / dans quelle situation)
- Non
- Précisions:

20) Est-ce que les patients portent un masque lors de la consultation ?

- Oui
- Non

21) Portez-vous une visière lors de la consultation ?

- Oui
- Non

22) Etes-vous équipé de matériel particulier durant l'examen clinique ? (penser examen ORL, frottis, DIU)

- Oui (tablier / lunette de protection / blouse ?)
- Non
- Précisions:

23) Utilisez-vous des vêtements à usage strictement professionnel ? (penser blouse ?)

- Oui
- Non (penser si non: lavez-vous ces vêtements séparément ?)
- Précisions:

24) Lavez-vous vos mains à l'eau/savon ou au SHA entre chaque patient ?

- Oui
- Non

25) Désinfectez-vous après chaque utilisation les instruments utiles à la consultation (stéthoscope/otoscope/tensiomètre/saturomètre) ?

- Oui
- Non
- Précisions:

26) Désinfectez-vous tout objet qui a été touché par le patient (carte vitale, stylo, chaise, table d'examen...)

- Oui
- Non
- Précisions:

27) Aérez-vous régulièrement les locaux ? (A quelle fréquence aérez vous les locaux)

- Oui
- Non
- Précisions:

28) Nettoyez vous fréquemment les surfaces (chaises, poignées de porte ..)

- Oui (avec lingettes pré imprégnées ou des lavettes microfines (papier sopalin) imprégnées de solution désinfectante virucide norme 14476?)
- Non
- Précisions:

29) Jetez-vous dans un contenant particulier les détritux type masque, papier d'examen, mouchoirs à usage unique ?

- Oui
- Non
- Précisions:

VIII - Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ en français

L'épidémie de COVID-19 a provoqué en France une réorganisation en urgence de l'offre de soins chez les médecins généralistes.

L'objectif principal de cette thèse est de déterminer si les recommandations concernant les mesures barrières au cabinet de médecine générale ont été suivies et de déterminer les écarts entre les recommandations et la pratique réelle des médecins généralistes. L'objectif secondaire était d'identifier les contraintes et difficultés rencontrées par les médecins pour appliquer ces recommandations.

Il s'agit d'une étude quantitative de type descriptive réalisée auprès des médecins généralistes de Gironde. Des entretiens ont été réalisés en se basant sur un questionnaire synthétisant les recommandations concernant les mesures barrière à appliquer au cabinet. L'étude a inclus 40 médecins généralistes entre les mois de juin et septembre 2020.

Seule la recommandation de lavage des mains entre chaque patient a été respectée par la totalité des médecins interrogés. Les médecins ont mis en avant des contraintes spatiale, temporelle, financière pour expliquer le non-respect aux autres recommandations. Comme freins à l'adhésion, nous retrouvons aussi une communication et diffusion insuffisantes, une absence de centralisation des recommandations. L'amélioration de la formation initiale et continue à la gestion des pandémies, la simplification des recommandations, une communication plus précise et centralisée, un financement plus conséquent du matériel médical et un changement du cahier des charges de construction des futurs locaux des cabinets médicaux sont des pistes pour améliorer l'adhésion future des médecins généralistes aux recommandations.

TITRE et RÉSUMÉ en anglais :

Barrier measures during the COVID-19 epidemic: State of play among general practitioners in Gironde

The COVID-19 epidemic has caused an urgent reorganization in France of the supply of care among general practitioners.

The main objective of this thesis is to determine whether the recommendations concerning barrier measures in the general practice have been followed and to determine the differences between the recommendations and the actual practice of general practitioners. The secondary objective was to identify the constraints and difficulties encountered by physicians in applying these recommendations.

This is a descriptive quantitative study carried out with general practitioners in Gironde. Interviews were carried out based on a questionnaire summarizing the recommendations concerning the barrier measures to be applied in the cabinet. The study included 40 general practitioner between June and September 2020.

Only the recommendation to wash hands between each patient was respected by all of the physicians questioned. The doctors put forward spatial, temporal and financial constraints to explain the non-compliance with the other recommendations. As a barrier to membership, we also find insufficient communication and dissemination, an absence of centralization of recommendations. The improvement of initial and continuing training in pandemic management, the simplification of recommendations, more precise and centralized communication, more substantial funding for medical equipment and a change in the specifications for the construction of future premises for medical practices are avenues for improving the future adherence of general practitioners to the recommendations.

MÉDECINE GENERALE

MOTS-CLÉS : COVID-19, pandémie, médecin généraliste, mesures barrières, cabinet médical.

UNIVERSITE DE BORDEAUX, UFR DES SCIENCES MEDICALES

146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex