



HAL
open science

Les médecins généralistes de Dordogne face à la première vague de COVID-19 : adaptation de l'exercice

Kenza Bennis, Raphaël Depetris, Julie Prevost

► **To cite this version:**

Kenza Bennis, Raphaël Depetris, Julie Prevost. Les médecins généralistes de Dordogne face à la première vague de COVID-19 : adaptation de l'exercice. Médecine humaine et pathologie. 2021. <dumas-03429260>

HAL Id: dumas-03429260

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03429260v1>

Submitted on 15 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.



HAL Authorization

Les médecins généralistes de Dordogne face à la première vague de COVID-19 : adaptation de l'exercice

Kenza Bennis, Raphaël Depetris, Julie Prevost

To cite this version :

Bennis K, Depetris R, Prevost J, Les médecins généralistes de Dordogne face à la première vague de COVID-19 : adaptation de l'exercice [Thèse d'exercice de médecine générale], Bordeaux : Université de Bordeaux, 2021.

Les médecins généralistes de Dordogne face à la première vague de COVID-19 : adaptation de l'exercice

THESE ARTICLE

Thèse n° 111A-111B-111C pour l'obtention du diplôme d'Etat de
MEDECINE GENERALE

Sous la direction du Docteur Arnaud CUGERONE

Présentée et publiquement soutenue devant
L'UFR des SCIENCES MEDICALES de BORDEAUX

Le 18 Octobre 2021

Par

Madame Kenza BENNIS

Née le 12/03/1993 à Paris (ÎLE-DE-FRANCE)

Monsieur Raphaël DEPETRIS

Né le 25/04/1994 à Antibes (PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR)

Madame Julie PREVOST

Née le 19/05/1995 à Sèvres (ÎLE-DE-FRANCE)

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Charles CAZANA VE

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON

Monsieur le Docteur Bernard CASTAN

Monsieur le Docteur Arnaud CUGERONE

Président

Rapporteur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

REMERCIEMENTS COMMUNS

Aux membres du jury :

A Monsieur le *Professeur Charles CAZANAVE*,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à notre travail. En tant que professeur universitaire en Maladies Infectieuses et Tropicale, votre contribution est grandement enrichissante du fait du sujet en rapport avec l'une des plus grandes pandémies mondiales.

A Monsieur le *Professeur Philippe CASTERA*,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de siéger dans notre jury et de l'intérêt porté à notre travail. Merci pour vos longues heures d'attention portée à notre travail écrit du fait de la réalisation de notre rapport, et pour vos suggestions.

A Monsieur le *Docteur Emmanuel PROTHON*,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de siéger dans notre jury et de l'intérêt porté à notre travail.

A Monsieur le *Docteur Bernard CASTAN*,

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de siéger dans notre jury et de l'intérêt porté à notre travail. Merci également pour votre apport à notre formation durant nos stages au CH de Périgueux. Nous sommes heureux de compter parmi notre jury l'infectiologue référent de ce beau département qu'est la Dordogne.

A Monsieur le *Docteur Arnaud CUGERONE*,

Nous te remercions d'avoir accepté d'être le directeur de notre thèse et de nous avoir soutenus et orientés durant toute la réalisation de ce travail. Merci de ta disponibilité et de ta bienveillance dans une période particulièrement dense. Merci également de nous avoir aidés et dirigés vers les bonnes personnes à différents moments de nos interrogations. Enfin, merci d'avoir entretenu notre motivation pendant ces longs mois parfois très chargés par nos cursus respectifs.

Aux participants de cette étude :

Merci du temps et de l'attention fournis en répondant à notre questionnaire de thèse.

REMERCIEMENTS INDIVIDUELS

Kenza BENNIS

Ce travail de thèse a commencé alors que tous les soignants faisaient face avec plus ou moins d'anxiété à la pandémie de COVID 19, et c'est dans un contexte de recherche scientifique mondiale intense que je me suis lancée, avec mes amis, dans cette aventure. Je voulais absolument faire entendre la cause des médecins généralistes de ville qui avaient le courage d'exercer leur métier en se mettant en danger pour le bien être des autres.

Notre périple à mes camarades et à moi fut long, parfois frustrant, mais j'en ressors plus forte et cela marque un tournant dans ma carrière.

A mon directeur de thèse Arnaud CUGERONE,

Qui m'a épaulée dans toutes les étapes de ma réflexion et surtout pour réaliser ces fiches statistiques, qui a su me rassurer dans les moments de doute voire de panique, un immense merci.

A mes co-thésards Raphaël et Julie,

Je vous félicite d'avoir supporté mes coups de gueule avec la diplomatie qui lie des amis. Merci à vous deux d'avoir accepté de vous embarquer là-dedans. Vous serez toujours des châtelains pour moi, et des loups expérimentés.

Aux tous premiers médecins généralistes que j'ai rencontrés, les Dr Lise LE TEXIER et Jean-Jacques BENICHOU,

Merci de m'avoir fait découvrir notre discipline que j'avais choisie sans véritablement la connaître. Vous m'avez montré que ce métier peut être fait avec passion et rigueur, mais aussi avec humanité. Merci surtout pour votre pédagogie bienveillante qui a su me conforter dans mon choix.

Au Dr Bruno LEPLAIDEUR,

Merci de m'avoir accueillie comme stagiaire et de m'avoir mise dans les chaussures d'un vrai médecin, en m'accordant ta confiance et surtout en me faisant me poser les bonnes questions pour être un meilleur médecin. Ta vision de la médecine générale influencera la mienne pour des années encore.

Aux médecins, paramédicaux, et secrétaires des services des Urgences de Pellegrin, de Pédiatrie de Périgueux, de Gériatrie de la Maison de Santé Protestante de Bagatelle, du Centre de Planification de l'hôpital de Bayonne et de l'HDJ d'Addictologie de l'hôpital de Bayonne,

Merci à tous pour ces moments de rigolade qui ont rendu le travail plaisant, d'avoir supporté mon caractère bien trempé et évidemment d'avoir cherché à me transmettre un maximum de connaissances. Disons que je déteste un peu moins l'hôpital grâce à vous tous !

A tous les internes d'Aquitaine qui ont croisé mon chemin,

Plus particulièrement ceux des Urgences de Pellegrin où j'ai fait mon premier stage d'interne, et bien sûr tous ceux avec qui j'étais en collocation, et ceux qui sont devenus de véritables amis,

Merci de l'ambiance de folie que vous avez mise pendant ces années, de l'entraide et de l'amitié qui nous ont liés. Vous avez rendu ces années mémorables et probablement parmi les meilleures de ma vie !

A Mlle Lena STORMS,

Merci de t'être embarquée en médecine avec moi. Comment aurais-je pu survivre à ce périple sans mettre des traces de chaussures sur tes jeans, sans pester contre les professeurs qui parlaient trop vite, et sans partager ma haine du RER avec toi ? Tu vois finalement, on va vraiment être docteurs.

A mes vieux amis, Pauline, Nico, Safae

Merci de votre présence pendant toutes ces années de travail où je n'ai pas du être toujours souriante. Vous étiez là pour m'écouter parler médecine et de temps en temps me sortir de mes livres !

A mes parents Dalila LALEJ et Farid BENNIS,

Merci de m'avoir fait naître dans une famille de médecins, de gens qui ne se laissent pas marcher sur les pieds. Je vous ai suivis dans cette voie pour le moins semée d'embûches et vous avez su toujours m'accompagner, même dans les moments où je voulais tout arrêter. Merci pour les multiples appartements, déménagements, courses, repas, vacances qui m'ont permis de me concentrer sur mes études. Je vous aime sans limite mais je refuse quand même d'être votre médecin traitant.

A mes frères et sœurs Yasmine, Driss, Alexandre, Alexandra et Vidal, et à ma troisième sœur aussi Elodie PUCHEU,

Merci pour la danse, pour les overdoses de sucreries, pour les séances de sport, pour les blagues dont seul nous avons le secret. Nous sommes un clan, tous ligüés contre les ennemis potentiels, OVTLN pour les intimes. Vous ne passerez pas. Wingardium Leviosa.

PS : une pensée toute particulière à ma grande soeur Yasmine que j'admire car son métier de chirurgien est une vraie vocation, et à ma petite soeur Alex, qui est en attente de ses résultats de PACES : tu vas y arriver ma p'tite !

Et enfin à Sacha DURAND SAINT OMER,

Merci d'avoir croisé mon chemin, d'avoir remis la musique dans ma vie, de partager toutes mes passions, de me suivre dans toutes mes folies et sur toutes les vagues (ou presque), d'être l'homme le plus adorable que j'ai jamais connu. Ton soutien a toujours été sans faille et sans condition. Et je me vois dans l'obligation de te prévenir que nos enfants seront probablement, au moins pour certains d'entre eux, des docteurs. Malédiction familiale.

Raphaël DEPETRIS

Aux médecins généralistes libéraux qui ont croisé mon chemin :

Aux Docteurs Any LABORIEUX et Maryline FERRARI,

Merci de m'avoir inspiré depuis mon enfance, en prenant soin de moi et de mes proches depuis de longues années. C'est votre humanité qui a fait naître en moi l'envie de pratiquer la médecine.

Aux Docteurs Véronique DUBAYLE et Jean-Luc FOLACCI,

Merci de m'avoir réconcilié avec ma vocation dans une période de doutes. Merci de m'avoir rappelé à la beauté de la médecine et d'avoir été les premiers à réellement me faire confiance.

Aux Docteurs Gaël AUGRIS, Gilles BEAUDOUIN, Pierre BRECHET et Aurélien BEYLOT-DAUDIGEOS,

Merci de m'avoir permis de confirmer cette vocation vers la médecine générale. Je garderai de chacun d'entre vous de bons souvenirs et de précieux conseils pour la suite de mon exercice.

Aux Docteurs Mathieu CHOMIENNE et Sylvie LACOSSE-TERRIN,

Merci de m'avoir accompagné au cours de mon SASPAS pour me permettre de gagner en aisance et autonomie. Merci d'avoir consolidé ma transition vers une plus grande autonomie et vers l'exercice libéral. Pour finir, merci des moments d'échange et de partage durant le stage.

Aux autres professionnels de santé qui ont partagé mon parcours :

Aux incroyables équipes des Urgences de Pellegrin de Bordeaux,

Merci de m'avoir accueilli, petit néo-interne de la Côte d'Azur, dans la grande jungle de l'internat Aquitain. Merci de votre bienveillance et d'avoir su m'épauler et me conforter dans cette grande étape de premier stage d'internat. Merci aux médecins de leur disponibilité et de leur confiance. Merci aux IDE, AS et autres professions de leur aide et de leur efficacité malgré une charge de travail intense pour un bébé interne. Une pensée spéciale à Céline, Nathalie et Olga.

A Mireille, la plus incroyable secrétaire,

Pour ta bienveillance et ces belles parties de rigolade avec la cigale et les mouettes.

A tout le personnel du service de Pédiatrie du CH de Périgueux,

Merci pour ce voyage au royaume des tout-petits. Aux Docteurs Laurent Pradeaux, Marie Percot-Blondy et Loïc Fritsch pour leurs enseignements et leur gentillesse. A Anto, Jordane et Miha. A mon extraordinaire Fatiha. A Flo, Anaïs, Mimi, Bebert, Estelle, Kevin, Amélie, Karine, Nico, Catherine, Laurence, Virginie, Alexane, Charline, Charlène, Jenny et tous les autres (j'en oublie tellement). Ces sept mois auraient été bien fades sans l'équipe adorable et tellement compétente que vous formez. Merci de m'avoir aidé à affronter, même à 4 heures du mat, le vingtième bébé toussueur qui « s'étouffe dans ses sécrétions », le rotavirus et la fièvre mesurée sans thermomètre. Grâce à vous tous, cette première vague de Covid aura été moins douloureuse.

Aux équipes de l'Hôpital Suburbain du Bouscat,

Merci pour ce semestre intense mais tellement formateur. Remerciements aux Docteurs Arabelle Boraud-Dufour, Sophie Pesque-Penaud et Sarah Shili pour votre gentillesse et tout le savoir transmis. A Sara, Marianne, Lucile, Camille, Roselyne, Fanny, Amélie, Anissa et aux autres membres de l'équipe soignante. Merci d'avoir été des collègues aussi drôles et fiables. Je n'oublierai jamais toute l'aide et le soutien apporté dans ce stage plein de joies mais aussi de moments délicats. Je n'oublierai pas non plus vos soins « particuliers » apportés lors de mon dernier jour.

Aux équipes de la Direction de la Promotion de la Santé du Département de Gironde,

Aux équipes de la MDPS, aux Docteurs Fabienne Brun, Isabelle Le Hen, France Ahano-Ducourneau, et à toutes les autres (Marlène, Delphine, Alix, Pauline, Estelle, Barbara, Sarah, Sandy, Chantal, Bérénice...). Merci pour votre accueil et votre enseignement, il n'y avait pas de meilleure possibilité pour finir cet internat. J'ai hâte de la suite !

Au Docteur Dominique Rives-Gallego, à Guylaine Caillau et aux puéricultrices de la PMI d'Ambarès.

Aux Docteurs Isabelle Veaux de la PMI de Gradignan et Sophie Renard de la PMI de Mérignac.

Au Docteur Abdelhafid Ghalem, à Sophie Giovagnoli, Letizia Biancarelli et Wilfried Gallo-Selva
Pour leur aide et leur bienveillance pendant mon cursus.

A Christine Tatin,

Merci d'avoir été une boussole bienveillante dans cette navigation hasardeuse.

A ma famille :

A mes parents,

Pour tout leur amour et leur soutien inconditionnel malgré les obstacles sur ce long parcours d'études. Merci de m'avoir toujours donné les meilleures chances de réussir et d'avoir toujours été là. Merci d'avoir pris et perdu du poids, stressé, crié, pleuré et triomphé avec moi. Je vous aime.

A mes grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, parrain, marraine,

Merci Poma, Apa, Tatananne, Mame, Papou, Cathy, Laurent. Pour votre amour et soutien, pour avoir été des bouffées d'air frais dans ce long chemin, et pour m'avoir toujours épaulé même dans les périodes de doutes et de fatigue.

A Marine et Ondine, pour notre trio incroyable et nos fous rires stupides, pour vos conseils et mots de réconfort,

A Candou, pour m'avoir entraîné dans cette aventure et m'avoir coaché et réconforté régulièrement,
A Alain et Véronique, pour leur soutien si précieux,

A Jean-Michel, Dominique, Marc et Anne pour leur écoute et leurs conseils,
A Pierre, Solenne, Emeline, Alix, Remy, Vincent, Thomas, Guillaume, Cécile, Florence, Eric pour tous les bons moments passés ensemble. J'espère pouvoir vous voir beaucoup plus souvent maintenant que les études sont terminées.

A mes amis :

A Morgane et Manon, à Sybille et Michel,

Merci de tous ces beaux souvenirs, de votre soutien incroyable pendant la dernière décennie. Vous êtes ma famille.

A mes vieux copains d'Antibes,

David, Manon, Lucie, Caro, Quentin, Thib, Melissa, Thomas, Océane, Noémie, Alex, Greg, Cha, Robin, Coco, Jé, Sander, Estelle, Alison, pour ces années d'amitié et m'avoir parfois sorti la tête des bouquins.

Aux Parpaings,

A Mélanie, Tomy, Amandine, Jean, Momo, Claire, Rudy, Elé, Merci d'avoir été là pendant toutes ces années, de tous ces merveilleux souvenirs que nous nous sommes créés, à Nice, au chalet, à Bordeaux, Rennes et ailleurs. Vous êtes les meilleurs compagnons de voyage dont on puisse rêver. Jamais je n'aurais pu affronter le rouleau compresseur que sont les études de médecine sans vous. A tous nos délires complètement stupides, nos repas (beaucoup trop) copieux, nos soirées endiablées au rythme de Beyoncé. Je vous aime comme un fou.

Aux Cochons,

A MS, Kenza, Théo, Aymeric, Marion, Eva, Gaëtan, Cécile, Odile, Laura, Lucile, Raphaël et Emeline, pour avoir été des co-internes au top, dans le service et en dehors. Le crash-test du premier semestre était une belle réussite tous ensemble, malgré le flux des urgences du CHU.

Aux Châtelains,

A Sana, Anne-Sophie, Sacha, Thomas, Clémence, et aux hybrides cochons-châtelains, pour ces sept mois dans la maison du bonheur et tous ces beaux moments qui ont rendu le confinement supportable, mémorable et paradoxalement facile à vivre. Pour votre réconfort et vos petites attentions.

Et pour certains, merci d'avoir été des collègues au top, en plus d'être des amis.

Aux copains de Nice, de Bordeaux et d'ailleurs,

A Boris, Marine, Leonor, Lucile, Elena, Passy, Lorenzo, Elliott, Nico, Nicki, Baptiste, Clément, Emma, Meghi, Alex, aux collègues du tut', pour les moments d'entraide et de répit partagés dans la course à l'internat,

A Laureline, ma marraine adorée, et Greg, pour toute l'aide et leurs précieux conseils,

A Mélanie, Hugo et Sylvain, mes fillots adorés. Je suis fan de vous.

A Hong Nhung, Léa, Hélié, Camille, Clément, pour ces moments de vie bordelaise. J'espère qu'il y en aura beaucoup d'autres !

A Hugo, Lucas, Julien, Neil, Nikos, Elise, Alexis, Robin, Danilo, Johan, Nicolas, Florent, Gildas, Klervi, Louis pour leur soutien.

A Lucas :

Pour la personne que tu es et celle que tu fais de moi. Grâce à toi cette fin d'internat a pris des airs de fin de conte de fée. Ils vécutent heureux et...

Julie PREVOST

Au Dr. Arnaud Cugerone,

Directeur de thèse impliqué qui nous a guidé à chaque étape de ce travail grâce à son expérience et son savoir-faire.

A mes co-thésards,

Je remercie d'une égale chaleur, Kenza Bennis et Raphaël Depetris pour leur amitié d'abord, mais aussi pour leur sérieux, leur implication et la bonne ambiance dans laquelle nous avons travaillé.

A toute ma famille,

Et particulièrement ma mère, mon père, mes deux sœurs et mon frère qui m'ont soutenue, ont cru en moi et m'ont encouragée toutes ces années. Ce soutien persiste peu importe la distance qui nous sépare et me permet d'avancer confiante dans la vie.

A mes amis,

Un grand merci à Cécile C., Océane R. (bientôt M.), Anne M., Barthélémy M. et Gaultier H., mes amis et mes soutiens depuis le lycée et pour encore longtemps, sans aucun doute. Ils m'ont permis de « changer d'air » lors de ces années d'études prenantes où la médecine devient le quotidien.

Je remercie aussi les CPO, bande d'incorrigibles bouts-en-trains qui m'ont accompagnée ces années d'études supérieur, les meilleurs comme les plus ardues, avec leurs encouragements et leur bonne humeur.

Merci également à mes amis et anciens colocs Kenza Bennis et Raphaël Depetris, Sanaba N., Marie Sophie M., Anne Sophie S., grâce à qui le premier confinement a pris des airs de « colonie de vacances » inattendue.

A mes co-internes des urgences de Périgueux,

Fabien D., Marie T., Marie W. Quentin T. Théo M. pour la bonne humeur, l'esprit d'équipe et d'entraide dont ils ont fait preuve lors de ces 7 mois. Lors de ce stage, tout n'a été que nouveauté : l'internat, les co-internes, les urgences... et le COVID ; j'ai été ravie de faire équipe avec eux pour toutes ces premières fois.

A Romain D,

Pour m'avoir soutenue et aidée lors de ma fiche de thèse et du fastidieux recueil de donnée des médecins généraliste.

A tous les médecins que j'ai rencontré dans ma vie et lors de mon cursus,

Qui m'ont inspiré, donné la volonté de devenir moi-même médecin, et de poursuivre dans cette voie. Merci de leur accompagnement, bienveillance et pédagogie dans ce compagnonnage un peu particulier qu'est la médecine.

TABLE des MATIERES

PREAMBULE.....	page 14
I/ INTRODUCTION.....	page 15
A/ Physiopathologie.....	page 15
B/ Naissance de la pandémie.....	page 16
C/ La France face à la COVID-19.....	page 16
D/ En Dordogne.....	page 16
E/ Des Recommandations pour Limiter les Contaminations.....	page 17
F/ Un contexte de pénurie.....	page 18
G/ Les généralistes en première ligne.....	page 19
H/ Bibliographie	page 19
II/ ARTICLE.....	page 21
A/ Introduction.....	page 22
B/ Matériel et Méthode.....	page 25
C/ Résultats.....	page 27
1) Caractéristiques de l'Echantillon.....	page 27
2) Matériel de Protection.....	page 28
3) Organisation du Cabinet.....	page 30
4) Prévalence, Symptômes et Ressentis	page 32
D/ Discussion.....	page 33
1) Difficultés Rencontrées Lors de la Réalisation de l'Etude.....	page 33
2) Utilisation et Approvisionnement en Matériel de Protection.....	page 33
3) Organisation du Cabinet de Médecine Générale.....	page 34
4) Prévalence et Sentiment d'Insécurité.....	page 35
III/ CONCLUSION.....	page 38
IV/ TABLEAUX et FIGURES.....	page 39
V/ REFERENCES.....	page 41
VI/ ANNEXES	page 45
A/ Questionnaire.....	page 45
B/ Répartition des Tâches.....	page 49
C/ Serment d'Hippocrate.....	page 51
D/ Abstract.....	page 53

PREAMBULE

Ce sujet de thèse sur la réaction des médecins généralistes en Dordogne durant la première vague de COVID 19 vient initialement d'une réflexion entre Kenza et le Dr CUGERONE.

En effet, à ce moment, nous étions internes à l'hôpital de Périgueux et il régnait un climat de peur face à une maladie nouvelle. Nous ne savions pas comment cela se passait en ville pour les médecins « isolés » en cabinet ou en maison de santé, et nous nous demandions si nos confrères avaient assez de moyens matériels et organisationnels pour exercer dans de bonnes conditions étant données les pénuries qui existaient à l'hôpital. De plus, nous n'avions pas de nouvelles exactes du taux de contamination de ces médecins. Nous étions sincèrement inquiets pour eux et voulions soutenir leurs efforts.

Il nous a donc semblé intéressant de commencer un travail de thèse pour avoir des réponses à nos nombreuses interrogations.

La première recherche bibliographique s'est déroulée en avril 2020 et s'est révélée être une tâche plutôt conséquente. Le sujet étant multiple, nous avons décidé de le traiter selon 4 grands axes : les caractéristiques démographiques des médecins généralistes de Dordogne et la prévalence du COVID 19 chez ces derniers, le matériel de protection et le sentiment de sécurité des généralistes, la téléconsultation, et l'organisation du cabinet. Ces 4 axes ont été répartis entre nous selon nos préférences.

Suite à ces recherches, il nous a semblé important d'aborder différents points clés pour traiter ce sujet : l'utilisation de masques chirurgicaux ou autres dispositifs de protection, les changements d'organisation du cabinet, son nettoyage, l'utilisation de la téléconsultation, la réorganisation des plannings de consultation, mais aussi la contamination des médecins et leur sentiment de sécurité lors de leur pratique pendant la première vague.

Il est apparu que nous pouvions réaliser une enquête quantitative auprès des médecins par questionnaire. La téléconsultation a été traitée à part dans une thèse qualitative. Compte tenu de l'étendue du sujet, de la quantité importante de travail qui en découle, et de nos affinités évidentes, nous avons convenu avec le Dr CUGERONE de réaliser une thèse à trois.

Avec la quatrième interne qui a travaillé sur la téléconsultation, nous nous sommes répartis les appels aux 254 médecins pour optimiser le recrutement. Ce travail fut long et nous avons dû relancer les médecins à de nombreuses reprises afin d'obtenir leur participation à notre questionnaire en ligne. Même avec le concours de quatre internes, ce travail a duré plusieurs mois.

Le questionnaire a été divisé selon les différents axes trouvés et chaque interne a pu réfléchir à sa partie en essayant de cibler les questions pertinentes.

Une fois les nombreuses données recueillies, le travail s'est naturellement réparti entre nous selon nos compétences, tout en restant un travail de groupe pour constituer une seule et même thèse autour de la situation des médecins généralistes pendant la première vague de COVID 19.

INTRODUCTION

Au début de l'année 2020, la pandémie de Covid-19 frappe le Monde.

Selon l'OMS (1) (Organisation Mondiale de la Santé), ce virus est apparu dans la région de Wuhan, en Chine, à la fin de l'année 2019. A la fin du mois de décembre, les autorités sanitaires locales lancent l'alerte. Ils ont constaté la survenue de formes de pneumopathies graves d'origine inconnue dans cette province.

Physiopathologie

L'agent causal est identifié dès le 9 janvier 2020 (2). Il s'agit d'un nouveau type de coronavirus, initialement nommé 2019-n Cov, puis officiellement SARS-CoV-2.

Le virus se transmet par émission de gouttelettes nasopharyngées et par manuportage.

Il pénètre dans la cellule en utilisant l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Après une incubation moyenne de 5 jours, la maladie à COVID-19 provoque notamment de la toux, de la fièvre et une dyspnée.

Chez certains patients, la phase d'invasion virale est suivie d'une phase d'aggravation (3). Elle survient en moyenne 8-10 jours après le début des symptômes. Il s'agit d'une réaction immunitaire excessive impliquant un orage cytokinique (3).

La complication principale est le SDRA (Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë) : le poumon est détruit par la réaction inflammatoire et l'hématose n'est plus assurée. Cette dégradation de la fonction respiratoire peut nécessiter une surveillance rapprochée voire une ventilation mécanique invasive en réanimation.

Peuvent également survenir des phénomènes de coagulopathie entraînant des évènements thrombotiques ainsi que des défaillances multiviscérales (3).

Naissance de la Pandémie

L'épidémie s'étend rapidement en Chine. Elle conduit les autorités locales à mettre en place des mesures pour ralentir la propagation (2). La population est confinée et mise en quarantaine. Le port du masque devient obligatoire. La saturation des services hospitaliers pousse les autorités à renforcer l'offre de soins. Dans la province de Wuhan, un hôpital est construit en quelques jours.

Une surveillance épidémiologique mondiale commence pour mieux comprendre le phénomène et réagir en termes de mesures de santé publique.

Contenu localement pendant quelques semaines, le virus atteint ensuite l'Europe. Le premier cas connu en France est diagnostiqué le 24 janvier 2020, en Nouvelle-Aquitaine. Il s'agit d'un homme revenant de Chine, pris en charge au CHU de Bordeaux (4).

Les foyers d'épidémie se multiplient dans de nombreux états comme la Corée du Sud, le Japon et Singapour. L'Iran et l'Italie sont également fortement touchés.

A la fin du mois de février 2020, le pic épidémique est atteint en Chine, alors que la situation se dégrade dans le reste du monde.

Le 11 mars 2020, l'OMS classe l'épidémie de COVID-19 au rang de pandémie (2).

La France Face à la COVID-19

L'épidémie continue de progresser en France, comme en Europe. Le gouvernement instaure alors diverses mesures pour ralentir la diffusion sur le territoire (2) :

- Le 14 mars, la France entre en stade 3 de l'épidémie. Les mesures de distanciation sociale sont décrétées. Les lieux de regroupement non indispensables sont fermés (discothèques, cafés, restaurants, bars, cinémas etc...).
- Le 16 mars, Emmanuel Macron annonce un dispositif de confinement qui débutera le lendemain. La plupart des entreprises et commerces ferment. Les déplacements sont très fortement limités. Initialement prévu pour 2 semaines, le premier confinement se prolonge jusqu'au 11 mai 2020.
- Le 23 mars, l'état d'urgence sanitaire est déclaré.

Le confinement limite très fortement les interactions sociales. Il aboutit à un effondrement du nombre de nouveaux cas. Le but premier est d'éviter une contamination massive qui surchargerait les hôpitaux. On espère ainsi éviter la situation de l'Italie, dont les réanimations sont saturées.

Le pic de la première vague est atteint en France le 8 avril 2020, avec 7148 patients en réanimation. (5)

En Dordogne

Il existe une disparité géographique en termes d'incidence et de tension hospitalière sur le territoire français. Sur la période du 1er mars au 19 avril, les régions Grand-Est et Île-de-France concentrent à elles seules 59.8% des décès hospitaliers (7219 sur un total de 12 061) (5).

Dans les régions peu touchées, on peut supposer que le confinement a ralenti et minimisé l'arrivée du virus, même s'il conviendra de chercher d'autres facteurs protecteurs.

La Nouvelle-Aquitaine (247 décès sur cette période) (5), et plus précisément la Dordogne, font parties des zones relativement épargnées.

Au niveau départemental, la Dordogne se situe au rang 78/101 des départements les plus atteints en termes d'hospitalisations (149 patients hospitalisés du 18 mars au 19 avril et 6 décès (6)).

Le pic local est survenu le 20 avril avec 61 patients hospitalisés, dont 7 en réanimation (7).

La prévalence de COVID-19 dans la population générale de Dordogne du 1er mars au 11 mai a été de 0.05%, chiffre obtenu grâce aux données hospitalières et des laboratoires de ville sur la même période (5).

Des Recommandations pour Limiter les Contaminations

Si pendant ce premier confinement, la plupart des entreprises et services sont fermés ou dématérialisés, les consultations médicales peuvent toujours avoir lieu. Elles représentent une potentielle circonstance de contamination pour les praticiens et leurs patients.

Pour limiter la transmission du virus dans ce contexte, le Ministère de la Santé, le Collège de Médecine Générale (8) et les Sociétés Savantes éditent des listes de mesures de protection pour l'exercice de la médecine intra-hospitalière et libérale.

Un effort important est demandé aux médecins de ville.

Ces recommandations guident le praticien sur l'organisation optimale des cabinets à la phase pré-épidémique (9) puis à la phase épidémique (10). Elles concernent notamment l'accueil des patients (symptomatiques ou non), la salle d'attente, le personnel d'accueil le cas échéant, l'usage de la télémédecine, la gestion du planning de consultations ou encore la désinfection des locaux.

Elles sont particulièrement appliquées (11) dans les Centres Ambulatoires dédiés au Covid-19, créés et optimisés spécialement à l'occasion de la pandémie. Leur fonctionnement peut inspirer les généralistes.

Cependant, les cabinets et modes d'exercices sont très disparates. Les praticiens ont pu se heurter à des difficultés organisationnelles ou structurelles, les forçant à adapter les mesures à leurs contraintes.

Les études sur l'application de ces consignes sont peu nombreuses et parfois imprécises. Au moment où nous lançons l'enquête en Juin 2020, les études françaises sur le sujet débutent à peine.

En plus de l'organisation du cabinet, les recommandations encouragent à s'équiper de matériel de protection adéquat et validé, ou PPE (Personal Protective Equipment).

Le Collège de Médecine Générale, via la plateforme Coronacliv (12), rend disponible à tous la liste de cet équipement. Il s'agit :

- des masques chirurgicaux ou FFP2, mis à disposition gratuitement dans les pharmacies sur présentation de la carte de professionnel de santé
- d'une désinfection régulière des mains, avant et après chaque contact avec un patient ou une surface contaminée, avec une solution hydroalcoolique (SHA) ou si non disponible des produits biocides à base d'éthanol ou d'isopropanol

- de gants non stériles à usage unique, dans les situations d'exposition à du sang, des liquides biologiques, une muqueuse ou peau lésée
- de lunettes de protection en cas de risque de projections de liquides biologiques
- de tabliers à usage unique si nécessaire (précautions standard)
- de contenants DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux)
- de thermomètres sans contact ou tympaniques avec embout de protection à usage unique

La Direction Générale de la Santé a publié le 20 avril 2020 une note (13) qui préconise pour les médecins de ville l'utilisation de 18 masques par semaine et par praticien dont maximum 6 masques FFP2.

Un Contexte de Pénurie

Il est difficile de savoir si les médecins ont pu réellement appliquer les recommandations en termes de PPE. En effet, il n'existe pas de circuit d'approvisionnement dédié aux médecins.

S'ajoutent à ces difficultés une pénurie nationale et internationale de PPE en raison de l'augmentation brutale des besoins hospitaliers et ambulatoires. C'est particulièrement le cas pour les masques et les SHA, du fait du mode de transmission.

Le temps d'augmenter les capacités de production industrielle de PPE, des alternatives au matériel homologué sont proposées.

Un arrêté du 13 mars 2020 (14) modifié le 17 avril 2020 autorise l'utilisation de produits annexes pour la désinfection des mains.

Un appel à propositions a même été publié dans le JAMA (Journal of the American Medical Association) du 20 mars 2020 (15). On y suggère des solutions « de secours » comme les masques en tissu artisanaux, le doublage des masques chirurgicaux par des morceaux de tissu lavables, les masques de plongée ou la décontamination des masques par la chaleur (passage au four à 70°C).

Les CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ont également publié des recommandations (16) d'utilisation des PPE en contexte de pénurie mondiale. Ils proposent de décontaminer les masques pour les réutiliser. Plusieurs méthodes sont citées comme les UV, la vaporisation de peroxyde d'hydrogène ou l'application de chaleur.

Les médecins ont cherché à quantifier le manque de PPE. Au Royaume-Uni, une application « PPE status » a été créée pour recenser le manque de matériel constaté dans les hôpitaux britanniques (17). Cependant, elle ne concerne pas la médecine de ville. Par ailleurs, les questionnaires diffusés en France ne s'adressent pas à tous les médecins et se focalisent surtout sur leur ressenti.

Des études sont donc nécessaires pour dresser un état des lieux du matériel de protection dont ont disposé les médecins de ville. Il serait également intéressant d'étudier les solutions adoptées pour pallier la pénurie.

On peut aussi se demander si les difficultés de déploiement des mesures barrière ont conduit à la contamination des praticiens.

Les Généralistes en Première Ligne

Si les données épidémiologiques sur les cas de COVID-19 sont nombreuses, celles concernant la contamination des médecins de ville sont très rares au début de notre travail de recherche. En France seuls sont médiatisés les cas de décès de médecins.

Ce point a d'ailleurs été soulevé par le Conseil de l'Ordre des Médecins de Dordogne qui, dans un mail d'information, a demandé à tous les médecins de Dordogne atteints du COVID-19 de se notifier.

Une étude publiée en décembre 2020 sur le ressenti des généralistes de Leicestershire (17), première ville anglaise à mettre en place un confinement, a mis en évidence un relatif sentiment de manque de soutien chez les praticiens. En France, les données sur le sujet sont rares à ce moment.

Nous avons donc jugé pertinent de documenter l'application des mesures dans le département de la Dordogne, où nous nous trouvons à ce moment dans le cadre de notre internat de médecine générale.

Quelles mesures les médecins généralistes de Dordogne ont-ils appliqué pendant la première vague de Covid-19 ? Ont-elles été efficaces pour éviter leur contamination ? Se sont-ils sentis en sécurité dans leur pratique ?

Bibliographie

1. World Health Organization. COVID-19 Dashboard [Internet]. 2020 [cité 21 novembre 2020]. Disponible sur : <https://who.sprinklr.com/region/euro/country/>
2. Institut Pasteur. Maladie Covid 19 (nouveau coronavirus) [Internet]. 2020 [cité 21 novembre 2020]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus#quelques-faits-marquants>
3. Bonny V, Maillard A, Mousseaux C, Plaçais L et al. COVID-19 : Physiopathologie d'une maladie à plusieurs visages. Revue de Médecine Interne 2020 ; 41(6) :375-389.
4. France Bleu. Coronavirus : un premier cas confirmé à Bordeaux, deux autres à Paris [Internet]. 24 janvier 2020 [cité 21 novembre 2020] Disponible sur : <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/virus-chinois-un-premier-cas-confirme-a-bordeaux-un-second-a-paris-1579893534>
5. Géodes. Santé publique France. Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. 2020 [cité 21 novembre 2020]. Disponible sur : https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&f=0&i=covid_hospit_clage10.dc&s=2020-04-19&t=a01&view=map1
6. Bilan coronavirus. Bilan en direct sur l'évolution du coronavirus (Covid-19) en France et dans le monde [Internet]. 2020 [cité 21 novembre 2020]. Disponible sur: <http://www.bilancoronavirus.fr/>

7. Nirasay S. Statistiques et cas coronavirus [Internet]. 2020 [cité 21 novembre 2020]
Disponible sur : <https://www.cascoronavirus.fr/stats/france/departement/dordogne>
8. Collège de Médecine Générale. Covid-19 / Phase 3 : Organisation du cabinet de médecine générale [Internet]. 20 mars 2020. [cité 22 nov 2020].
Disponible sur : <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2020/03/Infog10ORGA.pdf>
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Préparation au risque pré-épidémique de COVID-19 [Internet]. 20 février 2020. [cité 21 nov 2020].
Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19.pdf
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Préparation à la phase épidémique de COVID-19 [Internet]. 16 mars 2020. [cité 21 nov 2020].
Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidémique-v15-16032020.pdf>
11. Union régionale des professionnels de santé : médecins libéraux de Bretagne. Cahier des charges Centre ambulatoire dédié à la COVID-19 [Internet]. 26 mars 2020. [cité 21 nov 2020].
Disponible sur : <https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2020/03/CAD-cornouaille-V8-modele.pdf>
12. Collège National de Médecine Générale. Coronacliv. Matériel utile aux professionnels. [Internet]. 2020. [cité 22 novembre 2020]
Disponible sur : <https://lecmg.fr/coronacliv/>
13. Ministère des Solidarités et de la Santé. DGS (Direction Générale de la Santé). Délivrance des masques FFP2 et chirurgicaux aux professionnels [Internet]. 20 avril 2020 [cité 22 novembre 2020].
Disponible sur <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do?id=30756&cmd=visualiserMessage>
14. Journal officiel de la République française. Arrêté du 17 avril 2020 modifiant l'arrêté du 13 mars 2020 autorisant par dérogation la mise à disposition sur le marché et l'utilisation temporaires de certains produits hydro-alcooliques utilisés en tant que biocides désinfectants pour l'hygiène humaine [Internet]. 17 avril 2020 . [cité 20 avr 2020].
Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041810601&categorieLien=id>.
15. Bauchner H, Fontanarosa PB, Livingston EH. Conserving Supply of Personal Protective Equipment: A Call for Ideas. Journal of the American Medical Association 2020. 323(19):1911.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 3 avril 2020. [cité 22 novembre 2020].
Disponible sur : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html>
17. Trivedi N, Trivedi K, Moorthy A, Trivedi H, Recovery, Restoration and Risk: A Cross Sectional Survey of the Impact of COVID-19 on General Practitioners in the First UK City to Lockdown. British Journal of General Practice 2020. 5(1):151.

ARTICLE

INTRODUCTION

Au début de l'année 2020, la pandémie de Covid-19 frappe le Monde.

Apparu en Chine (1), le virus se propage rapidement aux autres continents. Il atteint la France fin janvier 2020 (2). La pandémie est déclarée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) le 11 mars 2020 (3).

La première vague en France survient au printemps 2020. Elle est responsable d'environ 30 000 morts (4).

Les systèmes de santé sont submergés, conduisant les gouvernements à mettre en place des mesures pour ralentir la propagation du virus.

En France, le premier confinement est instauré le 17 mars (3). Les lieux de regroupement non essentiels sont fermés. La plupart des entreprises sont dématérialisées. Les déplacements et interactions sociales sont très fortement limités. Les soins non urgents sont reportés.

Ces mesures aboutissent à une chute du nombre de contaminations, limitant la saturation des services de santé. Le pic est atteint le 8 avril avec 7148 patients en réanimation (5). Le confinement se poursuit jusqu'au 11 mai.

Le territoire français enregistre une forte disparité géographique en termes d'incidence et de tension hospitalière. Ainsi, près de 60% des décès sont enregistrés dans les régions Grand-Est et Île-de-France (5).

La Nouvelle-Aquitaine, et particulièrement la Dordogne, font partie des territoires relativement épargnés. Le département se situe au rang 78/101 des départements les plus touchés (6). Le pic local est survenu le 20 avril avec 61 patients hospitalisés, dont 7 en réanimation (7).

La prévalence de COVID-19 dans la population générale de Dordogne du 1er mars au 11 mai a été de 0.05%, chiffre obtenu grâce aux données hospitalières et des laboratoires de ville sur la même période (5).

Pour limiter les risques de transmission du virus lors des consultations, des recommandations sont éditées. Un effort important est demandé aux médecins de ville. Le Ministère de la Santé et le Collège de Médecine Générale (8, 9, 10, 11) guident les praticiens sur l'organisation optimale à adopter dans leurs structures d'exercice.

Il est recommandé d'utiliser du matériel de protection ou PPE (Personal Protective Equipment) : masques chirurgicaux et FFP2, solution hydro alcoolique (SHA), gants, lunettes, tabliers. Les consignes concernent aussi l'accueil des patients, la gestion du personnel et du planning, l'usage de la télémedecine et la désinfection des locaux.

Cependant, les cabinets et modes d'exercices sont très disparates. Les praticiens ont pu se heurter à des difficultés organisationnelles ou structurelles, les forçant à adapter les mesures à leurs contraintes.

S'ajoutent à cette variété d'exercice les potentielles difficultés d'approvisionnement en matériel. En effet, l'augmentation brutale des besoins hospitaliers et ambulatoires en PPE a créé un contexte de pénurie massive mondiale.

En attendant l'ajustement de la production industrielle à la demande, des solutions alternatives sont étudiées.

On utilise du matériel « de secours » comme les masques en tissu artisanaux ou de plongée (12). Des méthodes de décontamination des masques par la chaleur, les UV ou le peroxyde d'hydrogène sont préconisées (13). Les stocks gouvernementaux sont distribués. Les entreprises locales et particuliers sont invités à faire don de leurs réserves aux soignants (14).

Les SHA peuvent être remplacées par des produits annexes (15). Les pharmacies sont encouragées à en produire elles-mêmes (16).

Dans ce contexte, il est difficile de savoir si les médecins ont pu réellement appliquer toutes ces recommandations. Les données sur le sujet sont peu nombreuses et parfois imprécises. Au moment où nous lançons l'enquête en Juin 2020, les études françaises débutent à peine.

On peut aussi se demander si les difficultés de déploiement des mesures barrière ont joué un rôle dans la contamination des praticiens. Les données épidémiologiques sur les cas de COVID-19 sont nombreuses, mais celles concernant les médecins de ville sont rares au lancement de notre travail de recherche.

Face à cette situation, les généralistes ont pu ressentir de l'inquiétude. Leurs homologues anglais ont notamment exprimé un relatif sentiment de manque de soutien (17) de la part des autorités.

L'objectif principal de l'étude est de dresser un état des lieux des mesures adoptées par les médecins généralistes de Dordogne pour limiter leur contamination pendant la première vague de la pandémie de COVID-19 au printemps 2020.

Les objectifs secondaires sont :

- D'étudier la prévalence de la COVID-19 parmi les médecins généralistes de Dordogne
- D'identifier leurs difficultés d'organisation et d'approvisionnement en PPE
- D'identifier les alternatives utilisées pour pallier la pénurie de PPE
- D'étudier leur sentiment de sécurité.

MATERIEL et METHODES

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive et transversale.

L'étude se réfère à la période de la « première vague » de COVID-19 (du 1er mars au 11 mai 2020).

La population concernée est l'ensemble des médecins généralistes de Dordogne exerçant en cabinet, maison de santé ou structure coordonnée, de mars à mai 2020. Ont été inclus dans l'étude les médecins généralistes thésés et installés en Dordogne (24) dans ces structures.

Nous avons obtenu l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés via la Déléguée à la Protection des Données de l'Université de Bordeaux en juin 2020, avant le début de l'enquête.

Les données ont été conservées jusqu'à la soutenance des thèses réalisées sur leur base.

Le consentement des participants a été recueilli par écrit au début du questionnaire, qui leur a été adressé par mail.

À tout moment, les participants pouvaient demander le retrait, la rectification, l'effacement ou le retrait des données les concernant. Ils pouvaient s'opposer à leur traitement ou à leur portabilité.

Ces démarches pouvaient se faire en contactant la DPO (Déléguée à la Protection des Données) de l'Université de Bordeaux ou en adressant une réclamation à la CNIL.

Le recueil des données s'est fait par un questionnaire en ligne sur l'outil de sondage Lime Survey, avec des invitations à répondre envoyées par mail.

Le questionnaire a été conçu par 3 internes de médecine générale sous la supervision du Dr. Arnaud Cugerone, directeur de thèse et chef de clinique au département de médecine générale de l'Université de Bordeaux, qui exerce à Bergerac en Dordogne.

La version intégrale du questionnaire est disponible en annexe.

Il comporte 31 questions à réponse obligatoire, divisées en 4 parties :

- Les caractéristiques des médecins répondant au questionnaire
- L'organisation de leur cabinet
- Le matériel de protection dont ils ont disposé
- La prévalence de COVID-19 parmi ces médecins, leurs symptômes et sentiment de sécurité.

Le temps de réponse était d'environ 10 minutes.

La période de recueil des données s'est étendue du 30 juin au 31 décembre 2020.

Les coordonnées téléphoniques des médecins ont été obtenues grâce à l'Annuaire Santé de Dordogne, répertoriant 251 médecins généralistes exerçant dans le département. Les praticiens ont été contactés par téléphone. Pour ceux qui le souhaitaient, le lien du questionnaire a été envoyé par courrier électronique. Des relances par e-mail à une fréquence bimensuelle ont été régulièrement envoyées, jusqu'à la date de clôture du questionnaire le 31 décembre 2020.

Le logiciel de statistiques utilisé est le logiciel R studio Version 1.3.1093 © 2009-2020.

Une analyse descriptive de la population a été conduite sur l'échantillon. Les caractéristiques principales ont été comparées à la population cible grâce à des tests statistiques (test binomial et test de Wilcoxon).

Des analyses univariées ont été effectuées pour toutes les variables.

Des analyses bivariées ont ensuite été pratiquées pour rechercher des liens entre les variables, avec des tests d'indépendance de Khi^2 , Pearson, Fisher, Wilcoxon et Kruskal Wallis.

Les tests ont été réalisés avec un risque alpha de 5%. Les résultats qui présentaient un degré de significativité $p < 0,20$ ont été soulignés.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES de l'ECHANTILLON

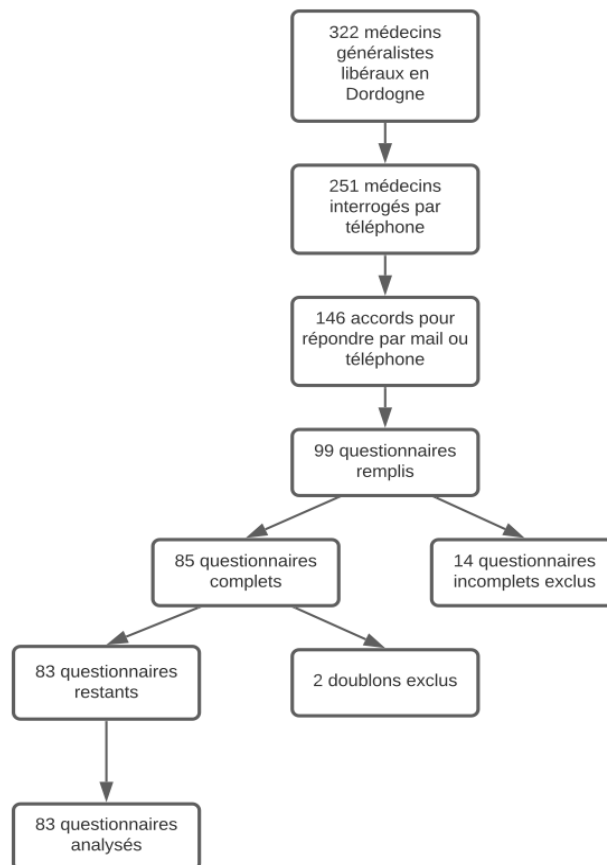
Effectif :

Il y a 322 médecins généralistes libéraux en Dordogne. Sur les 251 médecins contactés grâce à l'Annuaire Santé, 146 ont accepté de recevoir le questionnaire par e-mail. Nous avons obtenu 99 réponses.

Parmi ces réponses, 14 étaient trop incomplètes pour être exploitées, et 2 étaient en doublon. Au total, 83 réponses au questionnaire ont été analysées (33% environ des médecins contactés).
(cf figure 1 – Diagramme de Flux)

Les données manquantes ont été écartées systématiquement de l'analyse, ce qui explique que le nombre de réponse total peut être inférieur à 83 pour certaines questions.

Figure 1 : Diagramme de Flux :



Caractéristiques :

Le sexe et l'âge des participants ont été comparés à ceux de la population de médecins généralistes libéraux de Dordogne (chiffres récupérés auprès du Conseil de l'Ordre des médecins de Dordogne).

Il n'y avait pas de différence significative sur l'âge moyen (54 ans vs 55,5 ans dans la population cible, $p = 0,55$).

La proportion de femmes chez les médecins répondants était plus importante que dans la population cible (43% vs 37%, $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$, IC à 95% [0,33-0,55]).

Les médecins exerçaient majoritairement en cabinet de groupe (52%) et en milieu rural (51%).

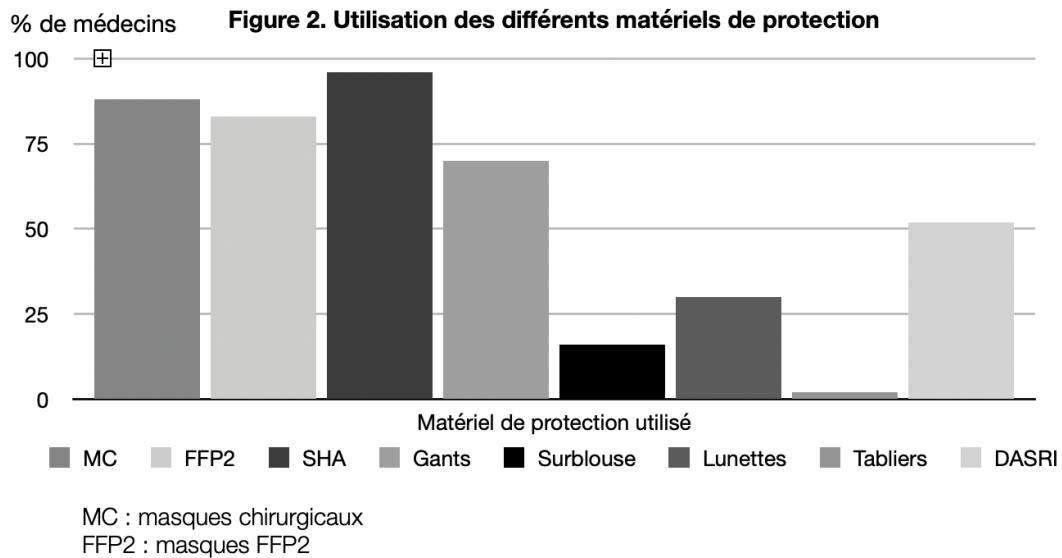
Les caractéristiques de la population étudiée sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'Echantillon

Caractéristique	n (%)
Sexe	
Féminin	36 (43.4)
Masculin	47 (56.6)
Âge Moyen	Moyenne = 53.8 (Ecart-type = 13.09)
Type d'Exercice	
Seul	19 (22.9)
Structure Coordonnée ou CPTS	21 (25.3)
En Cabinet de Groupe	43 (51.8)
Milieu d'Exercice	
Urbain	18 (21.7)
Semi-Urbain	23 (27.7)
Rural	42 (50.6)
Maître de Stage Universitaire	26 (31.3)

MATERIEL de PROTECTION

Parmi les médecins répondants, les matériels de protection les plus utilisés étaient : la SHA à 96%, les masques chirurgicaux à 88%, les masques FFP2 à 83% et les gants à 70%. Les DASRI n'étaient utilisés que par 51% des médecins. (Cf figure 2)



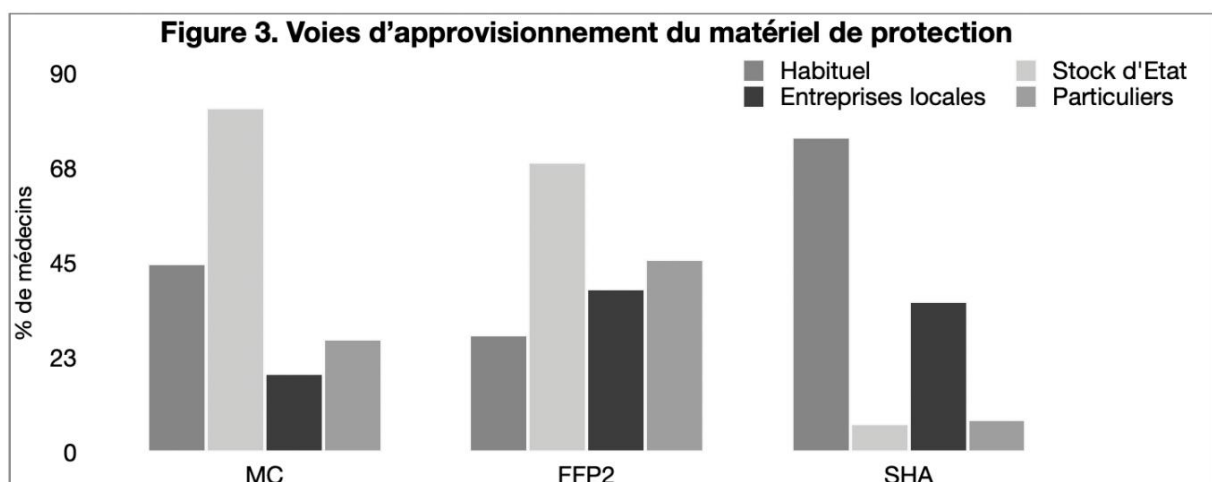
Quatre-vingt-onze pour-cent des médecins ruraux ont utilisé des masques FFP2 contre 61% des médecins urbains ($p < 0,03$). Cette différence n'est pas significative concernant les masques chirurgicaux, la SHA, ni les gants.

Il n'y avait pas de différence significative d'utilisation des masques, de la SHA et des gants entre les médecins exerçant seuls et en groupe.

Soixante-dix pour-cent des médecins ont déclaré avoir manqué de masques chirurgicaux, de masques FFP2 ou de SHA. Treize pour-cent des médecins ont utilisé des masques alternatifs (7% des masques en tissu, 4% des masques FFP1, et 2% des visières).

Les médecins qui ont manqué de masques ont eu plus tendance à utiliser des masques alternatifs que ceux qui n'en ont pas manqué (respectivement 21% vs 8%, $p = 0,14$).

La figure 3 décrit les voies d'approvisionnement pour les matériels de protection les plus utilisés.



MC : masques chirurgicaux
FFP2 : masques FFP2

L'approvisionnement en masques chirurgicaux était surtout basé sur des dons de l'Etat (82% des médecins) et sur les voies habituelles (45%).

Pour l'approvisionnement en masques FFP2, il s'agissait surtout de dons de l'Etat (69%), de particuliers (46%) ainsi que des entreprises locales (39%). Les voies habituelles ne représentaient que 28%.

Il n'y a pas eu de modification majeure de l'approvisionnement pour la SHA qui s'est fait à 75% par les voies habituelles mais on peut noter que 36% des médecins ont reçu des dons d'entreprises locales.

Les médecins qui n'ont pas utilisé de SHA étaient plus âgés que ceux qui en ont utilisé (65,7 ans en moyenne vs 50,58 ans, $p < 0,02$). Le manque de masques FFP2 tendait à être moins marqué chez les médecins plus âgés ($p = 0,05$).

ORGANISATION des CABINETS

Quinze médecins (18%) n'avaient pas de secrétaire. Quarante-sept médecins (57%) ont modifié l'organisation de leur secrétariat, dont 38 (46%) qui ont aménagé une protection du poste de travail de la secrétaire, et 6 (7%) qui ont mis leur secrétaire en télétravail.

Cinquante-neuf pour-cent des médecins ont mis en place des plages de consultation pour les patients suspects, 76% ont réalisé un tri des patients suspects, 23% ont créé une salle de consultation dédiée aux suspects, et 17% ont réservé une salle d'attente pour les patients suspects. Soixante pour-cent des médecins ont mis un mètre de distance entre les sièges dans les salles d'attente. Soixante-et-un pour-cent des médecins ont fait patienter leurs patients à l'extérieur du cabinet.

Parmi les médecins interrogés, 12% faisaient de la téléconsultation avant la 1ère vague, 92% en ont fait pendant la 1ère vague et 36% en faisaient après la 1ère vague.

Quatre-vingt-six pour-cent des médecins qui ne faisaient pas de téléconsultation avant se sont mis à en faire, et 6% ont arrêté la téléconsultation pendant la 1ère vague.

Le nettoyage au cabinet a été augmenté pour 94% des médecins. Il était fait par les médecins eux même pour 64%, par un professionnel pour 70% d'entre eux, par la secrétaire pour 30% d'entre eux, et par des volontaires pour 2% d'entre eux. (Cf tableau 2 en annexe)

Les modifications d'organisation ont été comparées en fonction de l'exercice seul/en groupe et rural/urbain. Les résultats sont présentés dans le tableau 3.

Les médecins en groupe ont plus souvent modifié leur secrétariat (74% vs 40%, $p = 0,07$), trié les patients suspects (81% vs 58%, $p < 0,04$), mis en place des plages de consultation dédiées aux suspects (67% vs 31%, $p < 0,01$), espacé les sièges d'un mètre en salle d'attente (66% vs 42%, $p = 0,06$) et fait patienter les patients suspects à l'extérieur (66% vs 47%, $p = 0,15$) que les médecins seuls. Ils ont également vu plus de patients suspects sur une journée (4,38 vs 2,36 en moyenne, $p < 0,03$) que ceux exerçant seul.

Tableau 3. Modifications des Pratiques en Fonction du Type d'Exercice :

Type de modification	Seul, n(%)	En groupe, n(%)	P	Urbain, n(%)	Semi-urbain, n(%)	Rural, n(%)	P
Modification du secrétariat	4 (40)	43 (74)	<0,08*	11 (79)	15 (75)	21 (62)	<0,46**
Tri des patients suspects	11 (58)	52 (81)	<0,04*	14 (78)	19 (83)	30 (71)	<0,64**
Plages dédiées aux suspects	6 (31)	43 (67)	<0,01*	14 (78)	15 (65)	20 (48)	<0,08**
Salle d'attente dédiée aux suspects	4 (21)	10 (16)	<0,84*	3 (17)	3 (13)	8 (19)	<0,93**
Salle de consultations dédiées	4 (21)	15 (23)	1*	2 (11)	2 (1)	15 (36)	<0,03**
Distance de 1m entre les sièges	8 (42)	42 (66)	<0,07*	14 (78)	12 (52)	24 (57)	<0,21**
Salle d'attente extérieure pour tous	9 (47)	42 (66)	<0,15*	10 (56)	13 (57)	28 (67)	<0,62**
Nombre maximum de patients suspects vus par jour (moyenne)	2,36	4,38	<0,01***	0,23	0,17	3,79	<0,37****
Réorientation	3 (16)	10 (16)	1*	6 (33)	4 (17)	3 (1)	<0,04**
Mise en place de téléconsultations	14 (74)	57 (90)	<0,10*	15 (83)	17 (74)	39 (93)	<0,11**
Ménage par professionnel	12 (63)	46 (72)	<0,47*	13 (72)	18 (78)	27 (64)	<0,52**

P : tests d'indépendance de Chi deux de Pearson*, Fisher**, Wilcoxon*** ou Kruskal Wallis****

Les praticiens exerçant en milieu rural ont proposé plus de salles de consultations dédiées que ceux en milieu urbain ou semi-urbain (respectivement 36% vs 11% vs 1%, $p < 0,03$). Les médecins urbains ont proposé plus de plages dédiées aux suspects qu'en semi-urbain ou en rural (78% vs 65% et 48% respectivement, $p = 0,07$).

Il y a eu plus de réorientations de patients en milieu urbain qu'en rural (33% vs 1%, $p < 0,05$), et chez les médecins qui n'ont pas fait de téléconsultation par rapport à ceux qui en ont fait (57% vs 12%, $p < 0,01$).

Il y a eu une tendance à mettre en place plus souvent de la téléconsultation chez les médecins jeunes (48,04 ans en moyenne chez les téléconsultants vs 54,17 ans chez les autres, $p = 0,14$), chez ceux exerçant en groupe par rapport à ceux qui étaient seuls (90% vs 74%, $p = 0,09$), et chez les médecins ruraux (93% vs 83% en urbain et 74% en semi-urbain, $p = 0,10$).

PREVALENCE, SYMPTÔMES et RESSENTIS

Parmi les médecins répondants, 13 (16%) ont présenté des symptômes de COVID 19, dont 9 (69%) ont été testés. Quatre médecins (5%) asymptomatiques ont également été testés.

Parmi les médecins testés, 12 ont réalisé une PCR (92%). Un seul médecin a eu un test PCR positif (1,20% des médecins répondants). Deux médecins ont réalisé une sérologie (un symptomatique et un asymptomatique) qui sont revenues négatives.

Pendant la 1ère vague, 9 (11%) médecins ne se sont jamais sentis en sécurité, 21 (25%) se sont sentis parfois en sécurité, 39 (47%) se sont sentis souvent en sécurité et 14 (17%) se sont sentis toujours en sécurité.

La prévalence du COVID 19 chez les médecins interrogés était significativement supérieure à celle de la population générale de Dordogne ($0,01$ vs $0,05 \cdot 10^{-2}$, $p < 0,02 \cdot 10^{-18}$, IC à 95% [$0,03 \cdot 10^{-2}$ - $6,53 \cdot 10^{-2}$]).

Les personnes symptomatiques ont été plus testées que celles qui n'ont pas eu de symptômes (69% vs 7%, $p < 0,01$). Les femmes ont présenté plus de symptômes que les hommes (30% vs 5%, $p < 0,01$) et se sont faites plus tester que les hommes (28% vs 6%, $p < 0,02$).

La recherche d'un lien de dépendance entre le sentiment de sécurité et plusieurs autres variables est rapportée dans le tableau 4 en annexe.

Parmi les médecins qui se sentaient souvent ou toujours en sécurité, il y avait plus de praticiens travaillant en groupe que seuls (69% vs 47%, $p = 0,08$), le nombre maximum de patients suspects vus par jour était moins important (3,3 en moyenne vs 5, $p < 0,02$), il y avait plus souvent un recours à la téléconsultation (67% vs 33%, $p = 0,09$), la réorientation de patients était moins fréquente (31% vs 69%, $p < 0,02$), et le ménage était plus souvent fait par un professionnel (55% vs 45%, $p < 0,03$).

DISCUSSION

Difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'étude

Le fait de contacter les médecins par téléphone, parfois via leur secrétariat et pendant leurs horaires de consultations, a pu être à l'origine d'un biais de recrutement.

Le taux de réponse des praticiens de 33% reflète les difficultés rencontrées à l'inclusion. De ce fait, il existe un manque de puissance pour la plupart des variables étudiées. Les résultats non significatifs obtenus ne permettent que de formuler des tendances, qui doivent faire l'objet d'études complémentaires.

Les dates et heures de réponse au questionnaire ont également pu générer des biais. En effet, le recueil des données a débuté le 30 juin 2020, soit plusieurs semaines après la fin de la première vague. Les réponses ont souvent été enregistrées en soirée. Ces circonstances ont pu favoriser les biais de mémorisation de la part des médecins interrogés.

Enfin, le mode de recueil déclaratif peut être responsable de données approximatives ou inexactes. Il a pu inciter les médecins interrogés à donner des réponses socialement acceptables. Il est donc possible que les adaptations de pratiques soient surestimées.

Utilisation et Approvisionnement en Matériel de Protection

Les répondeurs à notre questionnaire semblent avoir majoritairement utilisé le matériel de protection préconisé par les directives (8, 9, 10, 11). Pour preuves : l'utilisation de solution hydroalcoolique (SHA) à 96%, de masques chirurgicaux à 88%, de masques FFP2 à 83% et de gants à 70%.

Les médecins généralistes libéraux de Dordogne interrogés sont 70% (58) à avoir manqué de masques ou de SHA lors de la première vague. Ces résultats sont cohérents avec le contexte de pénurie mondiale et le chiffre de 60% retrouvé dans un sondage national d'avril 2020 (18).

Des résultats similaires sont retrouvés au Royaume-Uni (19) et en Provence-Alpes Côte d'Azur (20). Les praticiens britanniques étaient 72% à s'inquiéter du manque d'équipement de protection. Les médecins de la région PACA jugeaient à 75% avoir manqué de matériel.

Les approvisionnements habituels en masques ont fait défaut. Ils ne représentaient que 45% des approvisionnements pour les masques chirurgicaux et seulement 28% pour les masques FFP2.

On remarque une mobilisation du gouvernement pour approvisionner les praticiens (82% pour les masques chirurgicaux et 69% pour les FFP2). La réquisition de l'ensemble des stocks nationaux par décret ministériel (21) le 3 mars 2020 a permis la redistribution de 25 millions de masques. Les dotations ont été priorisées dans les zones de circulation active du virus.

En comparaison, seuls 46% des généralistes de Lombardie ont reçu une dotation de l'état en PPE. (22)

Pour palier la pénurie causée par la hausse brutale de la demande, les quatre producteurs de masques sur le territoire se sont activés dès le mois de mars 2020 (23). La Chine a offert un million de masques à la France. Les entreprises locales et particuliers ont été encouragées à fournir leurs stocks aux soignants.

En effet, on retrouve cette tendance dans notre étude. Parmi les praticiens, 19% ont reçu des masques chirurgicaux d'entreprises locales et 39% ont reçu des masques FFP2. Concernant les dons de particuliers, ils ont contribué à l'approvisionnement à 26% pour les masques chirurgicaux et 69% pour les masques FFP2.

Le manque de matériel aurait pu influencer le mode de pratique des médecins et les motiver à proposer de la téléconsultation et à réorienter les patients. Ceci n'est pas ressorti de manière significative dans notre étude (respectivement 85% vs 88%, $p = 0.94$ et 14% vs 20%, $p = 0.48$).

Toutefois, il existe une tendance à utiliser des masques alternatifs pour pallier le manque (14, 15, 16) (17% vs 4%, $p = 0.20$).

Le manque de SHA est rapporté chez 43% des praticiens interrogés. Ce chiffre semble faible comparé à des sondages (18) français qui rapportent des chiffres de l'ordre de 53%.

Pour 36% des praticiens interrogés, les entreprises locales ont aidé à l'approvisionnement en SHA. En Dordogne, des sociétés comme Siron, Bouchillou Alka (entreprise de peinture à Bergerac), Sigoulès, Eurengo ou Hydrosud se sont mobilisées. Avec les vigneron, ils ont fourni glycérine et éthanol, des composés de SHA (24).

Par ailleurs l'âge moyen des utilisateurs de SHA était significativement plus bas que celui des non utilisateurs de SHA (65,7 ans en moyenne vs 50,6 ans, $p < 0,02$). Une tendance similaire est retrouvée dans une étude espagnole menée en soins primaires (25).

La moyenne d'âge nationale des médecins est de 51.6 ans (26). Pour notre étude, la moyenne d'âge est de 54 ans. Les praticiens plus âgés utilisant moins de SHA, ils en ont possiblement moins senti le manque.

Etonnamment, les médecins qui ont rapporté un manque de masques FFP2 étaient plus jeunes que ceux qui n'en ont pas manqué (47 ans vs 54 ans en moyennes, $p = 0.05$).

L'âge est un facteur de risque majeur de gravité de COVID-19. On aurait pu imaginer qu'une inquiétude accrue pour leur santé aurait poussé les médecins plus âgés à se protéger davantage.

Organisation du Cabinet de Médecine Générale

Les cabinets, conformément aux directives, ont pour la grande majorité modifié leur organisation. Cinquante-sept pour-cent des cabinets possédant un secrétariat ont opéré des modifications.

Des mesures de distanciation ont été mises en place entre patients suspects et non suspects. On retrouvait 76% de tri des patients et 59% de mise en place de plages réservées. Soixante et un pour cent des cabinets avaient mis en place une salle d'attente extérieure.

Les chiffres sont cohérents une étude similaire réalisée sur le plan national (27). On y retrouvait une adaptation des pratiques pour 70.9% des praticiens et un tri des patients pour 76.9%. Au niveau international, des chiffres similaires étaient enregistrés en Italie (22).

La mise en place de ces mesures concernait en majorité les cabinets de groupe (67% contre 31%, $p < 0.006$) et en milieu rural (36% vs 11% vs 1%, $p < 0.03$). Cette tendance est cohérente avec l'étude nationale, qui montre un ratio de 1.32 (avec $p = 0.001$) (27).

Les cabinets urbains ont davantage eu tendance à mettre en place des plages dédiées aux patients suspects (78% vs 65% et 48%, $p = 0,07$). Les médecins exerçant en groupe ont plus espacé les sièges de la salle d'attente que leurs homologues exerçant seuls (66% vs 47%, $p = 0,15$).

On peut supposer que pour des raisons pratiques, les cabinets ruraux, plus spacieux, ont plus facilement mis en place ces mesures que les cabinets urbains plus étroits. Cela pourrait faire l'objet de plus d'investigations.

Ainsi, les médecins exerçant seuls dans de petits cabinets, ne pouvant pas séparer les patients suspects et non suspects dans des salles différentes, ont possiblement privilégié la mise en place de consultations différenciées.

La nette progression de la téléconsultation (12% avant la première vague et 92% pendant) est en accord avec les chiffres enregistrés sur le plan national. L'étude française observationnelle publiée en novembre 2020 (27) rapporte une augmentation de 66%. Les données de l'Assurance Maladie (28) rapportaient une progression de quelques milliers à près d'1.1 millions par semaine.

Conformément aux recommandations nationales d'hygiène (8, 10, 11), le ménage a été renforcé pour 94% des praticiens.

On aurait pu penser que le manque de matériel, l'âge, le type d'exercice et l'absence de plages dédiées aux cas suspects de COVID-19 auraient pu amener les médecins à réorienter les patients présentant des signes d'infection. Mais notre étude n'a pas pu le démontrer de façon significative.

A l'inverse, l'exercice urbain a favorisé les réorientations (46% vs 23% pour les ruraux, $p < 0.05$). On peut se demander si c'est une conséquence de la proximité d'autres infrastructures de soins.

Comme on pouvait le penser, les praticiens ne pratiquant pas la téléconsultation ont plus réorienté (57% vs 12% $p < 0.01$). Son intérêt semble donc se confirmer dans le maintien de l'offre de soins, en évitant les risques de contagion.

Enfin, les praticiens plus jeunes ont plus eu tendance à utiliser la téléconsultation (48,04 ans en moyenne chez les téléconsultants vs 54,17 ans chez les autres, $p = 0,14$) que les plus âgés. Cela pourrait s'expliquer par une facilité à l'utilisation des outils numériques chez les plus jeunes.

Prévalence et sentiment d'insécurité

Comme précédemment décrit (6, 7), la Dordogne n'a pas été parmi les départements les plus touchés par la pandémie. La prévalence dans la population générale sur cette période était de $0,05 \cdot 10^{-2}$ (5).

Chez les praticiens interrogés, les 13 médecins (16%) qui ont présenté des symptômes n'ont été que 9 à être testés (69% des symptomatiques). Chez les asymptomatiques, ils étaient 4 sur 61 (7%).

A cette période précoce de la pandémie, la stratégie française tester-tracer-isoler n'était pas encore développée. Les capacités de prélèvement et d'analyse des tests virologiques étaient encore limitées. On ne testait à ce moment que les cas sévères (29). Au 19 mars, 36 747 tests ont été pratiqués, contre 2 350 000 la semaine précédant Noël 2020 (30).

De cette relative absence de tests des cas non-sévères et des cas contacts découle sûrement une sous-estimation de la prévalence. Cela peut expliquer la présence d'un seul test positif dans notre échantillon (1.20% des répondants).

Pour rappel, la prévalence chez les médecins était significativement supérieure à celle de la population générale (0.01 vs $0,05 \cdot 10^{-2}$, $p < 0.001$). Même dans une zone faiblement touchée, les médecins généralistes semblaient donc plus à risque de contracter la COVID-19.

Néanmoins la survenue d'un seul cas dans un échantillon réduit pourrait être attribuée au hasard. Ce résultat devrait donc être interprété très prudemment.

Etonnamment, les praticiens qui se sont contaminés n'ont pas vu plus de patients suspects (3.95 vs 1, $p = 0.16$).

D'autre part, le nombre de consultations a chuté pendant cette période de confinement. Un rapport de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a évoqué mi-avril une baisse de 40% des consultations de médecine générale libérale sur les trois premières semaines de confinement (31).

La diminution du volume de consultations, associée à la mise en place des mesures de protection, pourrait avoir diminué le nombre de contaminations parmi les médecins libéraux, d'autant plus dans les régions où le virus a peu circulé.

Par ailleurs, seuls 17% des médecins interrogés se sont toujours sentis en sécurité. Parmi les autres, 11% ne se sont jamais sentis en sécurité, 47% se sont souvent sentis en sécurité et 25% se sont parfois sentis en sécurité.

Cette inquiétude a pu induire des troubles mentaux comme de l'anxiété ou des troubles dépressifs, tel que cela a pu être décrit chez les généralistes italiens (32) ou dans la thèse réalisée en région PACA (20) qui rapporte un taux d'anxiété de 75% chez les généralistes à cette période.

Ce sentiment a pu notamment être accentué par la crainte d'être insuffisamment protégé du fait du manque d'équipement. Trente-huit pour-cent des médecins qui ont rapporté un manque de matériel ne se sont jamais ou parfois sentis en sécurité. Ils étaient 32% chez les médecins qui n'ont pas manqué ($p = 0.61$). Notre étude n'a donc pas montré de différence significative.

En revanche, une exposition plus importante aux patients suspects était associée à cette crainte. Les praticiens qui ne se sentaient jamais ou parfois en sécurité ont vu plus de patients suspects (5 en moyenne vs 3.3, $p < 0,02$). Les médecins qui ne se sont sentis souvent ou toujours en sécurité ont eu plus recours à un professionnel pour faire le ménage dans leur cabinet (55% vs 45%, $p < 0.03$).

Les médecins qui ne se sentaient que parfois ou jamais rassurés ont plus souvent réorienté les patients suspects (69% vs 31%, $p < 0,02$).

Il pourrait être intéressant d'étudier l'influence de consignes claires sur la réorganisation et l'hygiène des cabinets de la part des autorités. Le sentiment de panique face à l'ampleur inattendue de la pandémie a parfois engendré des recommandations jugées contradictoires, imprécises et trop changeantes. Ces modifications multiples et brutales ont été vécues comme une source de contrariété (32). Dans l'étude de Lombardie (22), les médecins étaient 18% à reprocher un manque de clarté et de communication avec les autorités sanitaires. En PACA, ils étaient 68% (20), ceci corrélé à un niveau de stress plus élevé.

Enfin, la crainte d'une perte de revenus due au ralentissement de l'activité a pu jouer sur le sentiment de sécurité des praticiens.

CONCLUSION

Notre étude met en évidence un sentiment important de manque de matériel de protection chez les médecins généralistes de Dordogne. Cela coïncide avec le contexte de pénurie nationale et mondiale.

Dans un premier temps, l'impact de ce manque a pu être minimisé grâce aux dotations de l'état et à la mobilisation des entreprises et des particuliers locaux. L'ajustement de la production a ensuite pu palier cette situation.

La pénurie de SHA et de masques FFP2 a plus impacté les praticiens jeunes, qui en utilisent plus.

Les praticiens de Dordogne ont majoritairement réorganisé les consultations afin de suivre les recommandations et de limiter le risque de contamination à la COVID-19 dans ces circonstances, comme leurs confrères du reste du monde.

Le tri des patients, la mise en place de plages réservées aux patients suspects, la réorganisation du secrétariat et des espaces d'attente ont été largement déployés.

Mais l'applicabilité de ces mesures a pu se heurter à des obstacles structurels et organisationnels. Les cabinets de groupe et les cabinets ruraux ont eu plus de facilité à adopter ces modifications.

L'essor de la téléconsultation est largement confirmé sur le territoire. Les praticiens ne la proposant pas ont davantage réorienté les patients vers des confrères.

Si la Dordogne est un département relativement épargné à ce stade de la pandémie, les médecins généralistes semblent tout de même plus largement touchés que la population générale. Cependant, la faible puissance de notre étude ne permet pas de conclure avec certitude à propos de ce surrisque. Des études de plus grande ampleur sont nécessaires pour confirmer cette tendance.

Il est certain que les médecins généralistes se sont sentis exposés et ont craint pour leur sécurité et leur santé. Les répercussions sur leur santé mentale pourraient faire l'objet d'études complémentaires.

TABLEAUX et FIGURES

Tableau 2. Réorganisation des cabinets

Secrétariat	n(%)
Pas de secrétaire	15 (18)
Modification du secrétariat	47 (57)
Protection du poste de travail	38 (46)
Télétravail	6 (7)
Autre	3 ()
Gestion des patients suspects	n(%)
Tri	63 (76)
Plages réservées	49 (59)
Salle d'attente dédiée	14 (17)
Salle de consultation dédiée	19 (23)
Distance de 1m entre les sièges	50 (60)
Salle d'attente extérieure pour tous	51 (61)
Nombre maximum de patients suspects vus par jour	3,9 (2,9)
Réorientation	13 (16)
Téléconsultation	n(%)
Avant	10 (12)
Pendant	76 (91)
Après	30 (36)
Nettoyage des locaux	n(%)
Fréquence augmentée	78 (94)
Participation du médecin	53 (64)
Participation d'un professionnel	58 (70)
Participation de la secrétaire	58 (70)
Participation d'un volontaire	2 (2)

Tableau 4. Sentiment de Sécurité en Fonction des Caractéristiques des Répondeurs :

Caractéristique des répondeurs	Jamais ou parfois en sécurité, n (%)	Souvent ou toujours en sécurité, n (%)	P
Sexe			<1,00*
Féminin	13 (36)	23 (64)	
Masculin	17 (36)	30 (64)	
Age (moyenne)	50,2	48,2	<0,66***
Type d'exercice			<0,09*
Seul	10 (53)	9 (47)	
En groupe	20 (31)	44 (69)	
Lieu d'exercice			<0,27**
Rural	12 (29)	30 (71)	
Semi urbain	9 (39)	14 (61)	
Urbain	9 (50)	9 (50)	
MSU	8 (31)	18 (69)	<0,50*
Manque de masques ou SHA	22 (38)	36 (62)	<0,61*
Manque de masques chirurgicaux	14 (44)	18 (56)	<0,26*
Manque de masques FFP2	17 (43)	23 (57)	<0,25*
Modification du secrétariat	20 (43)	27 (57)	<0,28*
Nombre maximum de patients suspects vus par jour (moyenne)	5	3,3	<0,02***
Réorientation	9 (69)	4 (31)	<0,02*
Téléconsultations	25 (33)	51 (67)	<0,11*
Augmentation de la fréquence du ménage	29 (37)	49 (62)	<0,77*
Ménage réalisé par un professionnel	26 (45)	32 (55)	<0,03*
Ménage réalisé par le médecin	19 (36)	34 (64)	<0,95*
Symptômes de COVID	6 (46)	7 (54)	<0,25*
Test	6 (46)	7 (54)	<0,42*
Test positif	0	1	1*

P : tests d'indépendance de Chi deux de Pearson*, Fisher**, Wilcoxon*** ou Kruskal Wallis****

REFERENCES

1. World Health Organization. COVID-19 Dashboard [Internet]. 2020 [cité 21 novembre 2020]. Disponible sur : <https://who.sprinklr.com/region/euro/country/>
2. Le Monde. Coronavirus : un troisième cas d'infection confirmé en France [Internet]. 24 janvier 2020 [cité 21 novembre 2020] Disponible sur : https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/01/24/coronavirus-deux-premiers-cas-confirmes-en-france-a-bordeaux-et-paris_6027158_3244.html
3. Institut Pasteur. Maladie Covid 19 (nouveau coronavirus) [Internet]. 2020 [cité 21 novembre 2020]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus#quelques-faits-marquants>
4. Première vague de Covid-19 : la surmortalité bien moindre en France que chez ses voisins | LCI [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lci.fr/sante/coronavirus-la-surmortalite-due-au-covid-19-moins-elevee-en-france-chez-ses-voisins-durant-la-premiere-vague-2167096.html>
5. Géodes. Santé publique France. Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. 2020 [cité 21 novembre 2020]. Disponible sur : https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&f=0&i=covid_hospit_clage10.dc&s=2020-04-19&t=a01&view=map1
6. Bilan coronavirus. Bilan en direct sur l'évolution du coronavirus (Covid-19) en France et dans le monde [Internet]. 2020 [cité 21 novembre 2020]. Disponible sur: <http://www.bilancoronavirus.fr/>
7. Nirasay S. Statistiques et cas coronavirus [Internet]. 2020 [cité 21 novembre 2020] Disponible sur : <https://www.casacoronavirus.fr/stats/france/departement/dordogne>
8. Collège de Médecine Générale. Covid-19 / Phase 3 : Organisation du cabinet de médecine générale [Internet]. 20 mars 2020. [cité 22 nov 2020]. Disponible sur : <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2020/03/Infog10ORGA.pdf>
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Préparation au risque pré-épidémique de COVID-19 [Internet]. 20 février 2020. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19.pdf
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Préparation à la phase épidémique de COVID-19 [Internet]. 16 mars 2020. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidémique-v15-16032020.pdf>
11. Collège National de Médecine Générale. Coronacliv. Matériel utile aux professionnels. [Internet]. 2020. [cité 22 novembre 2020] Disponible sur : <https://lecmg.fr/coronacliv/>
12. Bauchner H, Fontanarosa PB, Livingston EH. Conserving Supply of Personal Protective Equipment: A Call for Ideas. Journal of the American Medical Association 2020 ;323(19):1911.

13. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 3 avril 2020. [cité 22 novembre 2020].
Disponible sur : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html>
14. Pignot M. Coronavirus en Nouvelle-Aquitaine : L’approvisionnement en gel hydroalcoolique assuré par la solidarité. 20 minutes [Internet]. 23 mars 2020. [cité 8 avr 2021].
Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/societe/2746375-20200323-coronavirus-nouvelle-aquitaine-approvisionnement-gel-hydroalcoolique-assure-solidarite>
15. Journal officiel de la République française. Arrêté du 17 avril 2020 modifiant l’arrêté du 13 mars 2020 autorisant par dérogation la mise à disposition sur le marché et l’utilisation temporaires de certains produits hydro-alcooliques utilisés en tant que biocides désinfectants pour l’hygiène humaine [Internet]. 17 avril 2020 . [cité 20 avr 2020].
Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041810601&categorieLien=id>.
16. Chauve O. Coronavirus en Dordogne : des pharmacies fabriquent leur propre solution hydroalcoolique. France Bleu Périgord [Internet]. 12 mars 2020. [cité 10 avr 2021].
Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/coronavirus-en-dordogne-des-pharmacies-fabriquent-leur-propre-solution-hydroalcoolique-1583957654>
17. Trivedi N, Trivedi K, Moorthy A, Trivedi H, Recovery, Restoration and Risk: A Cross Sectional Survey of the Impact of COVID-19 on General Practitioners in the First UK City to Lockdown. British Journal of General Practice 2020;5(1):151.
18. Verger P, Scronias D, Monziols M, Chaput H et al. Ministère des Solidarités et de la Santé. Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19 [Internet]. Etudes et Résultats 1151. 29 mai 2020. [cité 22 déc 2020].
Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/perception-des-risques-et-opinions-des-medecins-generalistes-pendant-le>
19. Ali P, Adam Z, West J, Pareek M et al. Perceptions of COVID-19-related risk and mortality among ethnically diverse healthcare professionals in the UK. Ethno Health 2021;26(1):1-10.
20. Luzet J. Crise du COVID-19 : Vécu des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient. Thèse d’exercice de médecine générale, Marseille : Université d’Aix-Marseille. ; 25 novembre 2020.
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. COVID-19 : Stratégie de gestion et d’utilisation des masques de protection [Internet]. 13 Mars 2020. [cité 7 avr 2021].
Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/covid-19-strategie-de-gestion-et-d-utilisation-des-masques-de-protection>
22. Fiorino G, Colombo M, Danese S, Natale C et al. Clinician Education and Adoption of Preventive Measures for COVID-19: A Survey of a Convenience Sample of General Practitioners in Lombardy, Italy. American College of Physicians. Annals of Internal Medicine 2020;20:1447.
23. Godeluck S. Coronavirus : la pénurie de masques suscite colère et incompréhension. Les Echos [Internet]. 19 mars 2020. [cité 7 avr 2021].
Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/coronavirus-la-penurie-de-masques-suscite-colere-et-incomprehension-1187031>

24. Pignot M. Coronavirus en Nouvelle-Aquitaine : L'approvisionnement en gel hydroalcoolique assuré par la solidarité. 20 minutes [Internet]. 23 mars 2020. [cité 8 avr 2021].

Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/societe/2746375-20200323-coronavirus-nouvelle-aquitaine-approvisionnement-gel-hydroalcoolique-assure-solidarite>

25. Martin-Madrazo C, Salinero-Fort MA, Canada-Dorado A, Carrillo De Santa P et al. Evaluation of hand hygiene compliance in a Primary Health Care area of Madrid. Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clinica 2011;29(1) :32-35.

26. Médecine générale France. Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialistes en hausse - MG France [Internet]. 11 juin 2014 [cité 11 avr 2021].

Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/545-demographie-medicale-generaliste-en-baisse-specialistes-en-hausse>

27. Saint-Lary O, Gautier S, Breton JL, Gilberg S et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. British Medical Journal 2020;10(12):1-8.

28. Assurance Maladie. Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages [Internet]. 21 juillet 2020. [Cité le 07 avril 2021].

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

29. Dagorn G. Coronavirus : la France pratique-t-elle assez de tests ? [Internet]. 20 mars 2020. [cité 11 avr 2021].

Disponible sur : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/03/20/coronavirus-la-france-pratique-t-elle-assez-de-tests_6033865_4355770.html

30. Ferry C, Baralon M. Avant les fêtes, le nombre de tests Covid explose... et la facture pour la Sécurité aussi. Europe 1 [Internet]. 24 décembre 2020. [cité 11 avril 2021].

Disponible sur: <https://www.europe1.fr/societe/avant-les-fetes-le-nombre-de-tests-covid-explose-et-la-facture-pour-la-secu-aussi-4014422>

31. Roy S. Coronavirus : l'inquiétante baisse des consultations médicales en ville. Le Figaro [Internet]. 16 avril 2020 [cité 20 avr 2020].

Disponible sur : <https://sante.lefigaro.fr/article/coronavirus-l-inquietante-baisse-des-consultations-medicales-en-ville/>

32. Amerio A, Bianchi D, Santi F, Costantini L et al. Covid-19 pandemic impact on mental health : a web-based cross-sectional survey on a sample of Italian general practitioners. Acta Biomed 2020;91(2):83-88.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Caractéristiques

1. Vous êtes (réponse unique) :

- A) Un homme
- B) Une femme

2. Quel âge avez-vous ?

3. Vous exercez (réponse unique) :

- A) Seul
- B) En cabinet de groupe
- C) En structure coordonnée (MSP ou CPTS)

4. Vous exercez en milieu (réponse unique) :

- A) Urbain
- B) Semi-urbain
- C) Rural

5. Êtes-vous maître de stage universitaire (réponse unique) ?

- A) Oui
- B) Non

Organisation du Cabinet

1. Lors de la pandémie, avez-vous modifié l'organisation du secrétariat de votre cabinet (réponse unique) ?

- A) Oui
- B) Non
- C) Pas de secrétaire

1bis. Comment avez-vous adapté l'organisation du secrétariat (réponse unique) ?

- A) Secrétariat en télétravail
- B) Secrétariat conservé dans le cabinet avec une protection du poste de travail
- C) Autre : [zone de texte libre]

2. Lors de la pandémie, avez-vous mis en place dans votre cabinet (réponses multiples) :

- A) Des plages horaires réservées aux patients COVID-19 ?
- B) Un triage des consultations entre suspect COVID-19 et non suspect COVID-19
- C) Une salle de consultation différente pour les suspects COVID-19 et nonsuspects COVID-19
- D) Autre : [zone de texte libre]

3. Comment avez-vous géré l'attente des patients avant leur consultation lors de la pandémie (réponses multiples) ?

- A) Un mètre de distance entre les sièges de la salle d'attente
- B) Une salle d'attente dédiée aux patients suspects de COVID-19
- C) L'attente se faisait sur le parking / à l'extérieur du cabinet
- D) Autre : [zone de texte libre]

4. Concernant la téléconsultation (réponses multiples) :

- A) Vous en faisiez avant l'épidémie de COVID-19
- B) Vous en avez fait pendant l'épidémie de COVID-19
- C) Vous souhaitez continuer à en faire après l'épidémie de COVID-19

5. Avez-vous augmenté la fréquence de nettoyage et de désinfection de votre cabinet lors de la pandémie (réponse unique) ?

- A) Oui
- B) Non

6. Qui faisait le ménage dans votre cabinet (réponses multiples) ?

- A) Vous
- B) L'agent de ménage
- C) Le/la secrétaire
- D) Des volontaires/bénévoles
- E) Autre : [zone de texte libre]

Matériel de Protection

1. Pour diminuer les risques de transmission de COVID-19 au cabinet, vous avez-pu utiliser (réponses multiples) :

- A) Masque chirurgical
- B) Masque de type FFP2
- C) Gants stériles à usage unique
- D) Friction des mains à la solution hydro-alcoolique
- E) Lunettes de protection
- F) Surblouse à usage unique
- G) Tablier plastique à usage unique
- H) Contenants de déchets infectieux (type DASRI)
- I) Autre : [zone de texte libre]

2. Avez-vous eu le sentiment de manquer de matériel de protection pendant le confinement ? Si oui lequel/ lesquels ? (réponses multiples) :

- A) Masque chirurgical
- B) Masque de type FFP2
- C) Gants stériles à usage unique
- D) Friction des mains à la solution hydro-alcoolique
- E) Lunettes de protection
- F) Surblouse à usage unique
- G) Tablier plastique à usage unique
- H) Contenants de déchets infectieux (type DASRI)
- I) Autre : [zone de texte libre]

3. Avez-vous utilisé des masques alternatifs (autres que les masques chirurgicaux et FFP2 homologués) (réponse unique) ?

- A) Oui
- B) Non

3bis. Quels types de masques alternatifs avez-vous utilisé (réponses multiples) ?

- A) Masques en tissus
- B) Masques de type FFP1
- C) Visière avec interface transparente
- D) Autre : [zone de texte libre]

4. Concernant les masques FFP2, de quels moyens d'approvisionnement avez-vous bénéficié durant la durée du confinement (réponses multiples) ?

- A) Voies d'approvisionnement habituelles
- B) Dons des autorités de santé gouvernementales
- C) Dons d'entreprises locales
- D) Dons de particuliers locaux
- E) Autre : [zone de texte libre]

5. Concernant les masques chirurgicaux, de quels moyens d'approvisionnement avez-vous bénéficié durant la durée du confinement (réponses multiples) ?

- A) Voies d'approvisionnement habituelles
- B) Dons des autorités de santé gouvernementales
- C) Dons d'entreprises locales
- D) Dons de particuliers locaux
- E) Autre : [zone de texte libre]

6. Concernant les solutions hydro-alcooliques, de quels moyens d'approvisionnement avez-vous bénéficié durant la durée du confinement (réponses multiples) ?

- A) Voies d'approvisionnement habituelles
- B) Dons des autorités de santé gouvernementales
- C) Dons d'entreprises locales
- D) Dons de particuliers locaux
- E) Autre : [zone de texte libre]

7. Avez-vous mis du matériel de désinfection des mains à disposition de la patientèle (réponse unique) ?

- A) Oui
- B) Non

7bis. Pourquoi n'avez-vous pas mis à disposition du matériel de désinfection des mains dans le cabinet pour la patientèle (réponses multiples) ?

- A) Manque de solution hydro-alcoolique
- B) Peur du vol du produit
- C) Doute sur l'efficacité/la pertinence
- D) Autre : [zone de texte libre]

8. En une seule journée, quel a été le nombre maximal de patients suspects de COVID-19 que vous avez- vu ?

9. Le manque de matériel de protection vous a-t-il à un moment amené à réorienter un patient suspect de COVID-19 (réponses multiples) ?

- A) Vers un confrère
- B) Vers le 15
- C) Vers les urgences
- D) Vers une structure spécifique de dépistage
- E) Vous n'avez jamais réorienté de patient par manque de matériel disponible
- F) Autre : [zone de texte libre]

Prévalence de COVID-19

1. Avez-vous eu des symptômes suspects de COVID-19 (réponse unique) ?

- A) Oui
- B) Non

2. Avez-vous fait un test diagnostique pour la COVID-19 (réponse unique) ?

- A) Oui
- B) Non

2bis. Méthode diagnostique utilisée (réponses multiples) ?

- A) RT-PCR sur écouvillon nasopharyngé
- B) TDM thoracique
- C) Sérologie
- D) Autre : [zone de texte libre]

3. Était-il positif (réponse unique) ?

- A) Oui
- B) Non

4. Date du test ?

5. Vous êtes-vous senti en sécurité pendant cette période (réponse unique) ?

- A) Jamais
- B) Parfois
- C) Souvent
- D) Toujours

REPARTITION DES TÂCHES

	Kenza Bennis	Raphaël Depetris	Julie Prevost
Elaboration de la fiche de thèse	X	X	X
Elaboration de la fiche numéro 1	X	X	X
Démarches auprès de la CNIL	X		X
Rédaction du Questionnaire	X	X	X
Recherche de l'Annuaire Santé	X		
Recrutement des Médecins Par Téléphone	X	X	X
Envoi des invitations par e-mail	X		
Envoi des rappels de participation par mail	X	X	
Extraction des données du questionnaire	X		
Réalisation de l'analyse statistique	X		
Ecriture de l'Introduction de la Thèse		X	
Ecriture de l'Introduction de l'article		X	
Ecriture de Matériel et Méthodes			X
Ecriture des Résultats	X		
Ecriture de la Discussion et de la Conclusion		X	
Ecriture et Traduction de l'Abstract		X	
Reformulation de l'Introduction	X	X	X
Reformulation de Matériel et Méthodes	X	X	X
Reformulation des Résultats	X	X	X
Reformulation de la Discussion	X	X	X
Relecture	X	X	X
Mise en forme et adaptation de la bibliographie		X	
Mise en forme du document final		X	
Soumission du document à la Revue Exercer		X	X
Organisation de la soutenance		X	
Mise en Forme de la Présentation		X	
Soutenance	X	X	X

SERMENT d'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) 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(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

ABSTRACT

Les médecins généralistes de Dordogne face à la première vague de COVID-19 : adaptation de l'exercice

Kenza Bennis, Raphaël Depetris, Julie Prevost

INTRODUCTION : En France, la première vague de COVID-19 survient de mars à mai 2020. Dans ce contexte de crise mondiale et de confinement, les généralistes ont dû s'adapter selon les recommandations pour limiter les risques de transmission. La pénurie de matériel et les disparités d'exercice ont pu poser problème. Nous avons étudié les mesures déployées par les généralistes de Dordogne durant cette période, leur exposition au virus et leur ressenti.

METHODE : Un questionnaire LimeSurvey en ligne a été envoyé aux praticiens après accord téléphonique. Des analyses univariées et bivariées ont été réalisées avec un risque α de 5% via le logiciel R studio.

RESULTATS : Quarante-trois réponses ont pu être analysées.

Les médecins ont majoritairement utilisé solution hydroalcoolique (96%), masques chirurgicaux (88%), FFP2 (83%) et gants (70%). Un sentiment de manque est retrouvé à 76%. Pour y remédier, ils ont pu utiliser des masques alternatifs et compter sur des dons (état, entreprises, particuliers).

Parmi les mesures les plus adoptées, on note la téléconsultation (92%), le tri des patients (76%), l'attente extérieure (61%) et la modification du secrétariat (57%). Le nettoyage a été renforcé (94%). Les praticiens exerçant en groupe et en rural ont davantage modifié leurs pratiques.

Un médecin a eu un test positif, mais la rareté des tests pratiqués à cette période a pu sous-estimer la prévalence. Trente-six pour cent des praticiens ne se sont jamais ou parfois sentis en sécurité. Le sentiment de sécurité est associé à l'exercice en groupe ($p = 0.08$), un nombre moindre de patients quotidiens ($p < 0.02$), la téléconsultation ($p = 0.09$), le ménage par un professionnel ($p < 0.03$) et une réorientation moins fréquente.

CONCLUSION : Les généralistes de Dordogne ont largement modifié leurs pratiques pendant la première vague. Ils rapportent un sentiment de manque de matériel et d'insécurité. Des études de plus grande ampleur pourraient être menées pour étudier notamment l'impact de cette crise sur leur santé mentale.

MEDECINE GENERALE

Mots-clefs : COVID-19, médecins généralistes, santé publique, sondages et questionnaires

General Practitioners of Dordogne against the first wave of COVID-19 : adjustments

Kenza Bennis, Raphaël Depetris, Julie Prevost

INTRODUCTION : In France, the first wave of the COVID-19 pandemic occurred from March 1st to May 11th 2020. In a lockdown context, the general practitioners had to adapt to avoid contamination during consultations, directed by guidelines. The lack of personal protective equipment (PPE) and differences between medical practices may have caused difficulties. We wanted to study the adjustments made by the independent PhD general practitioners of Dordogne during that period, their exposure to the virus and their experience.

METHODS : A LimeSurvey survey was sent to them by email. For statistics, we used the R studio software version 1.3.1093 © 2009-2020.

RESULTS : Eighty three responses were included in the analysis. Doctors mainly used hydro-alcoholic solution (96%), surgical masks (88%), FFP2 (83%) and gloves (70%). A feeling of lack of protective equipment was found in 76% of the responses. To cope, they used alternative masks and equipment given by local companies, patients and the government. The most frequent adjustments were the use of telehealth (92%), sorting patients (76%) and changes in the organization of secretaries. Cleaning has been increased (94%). Practitioners working in group structures and rural areas made more adjustments. Only one doctor received a positive COVID-19 test result, but as testing was uncommon at this time, prevalence is probably underestimated. Thirty-six percent of doctors never or rarely felt safe. The feeling of safety is associated with working in a group structure ($p = 0.08$), fewer patients seen daily ($p < 0.02$), telehealth ($p = 0.09$), cleaning by a professional ($p < 0.03$) and less re-orientation of patients.

CONCLUSION : The general practitioners of Dordogne largely made adjustments during the first wave of the pandemic. They report feeling a lack of protective equipment and insecurity. Larger studies could assess in particular the impact of the crisis on their mental health.

GENERAL MEDICINE

MeSH : COVID-19, general practitioners, public health, surveys and questionnaires

UFR des Sciences Médicales – Université Victor Segalen – Bordeaux 2

Campus Carreire
146 rue Léo Saignat
33 076 Bordeaux Cedex
+ 33 5 57 57 15 92