



Faculté de médecine

Année 2020/2021

N°

## Thèse

Pour le

**DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'État

par

**Andreea-Nicoleta LUCA**

Née le 2 février 1990 à Constanta (Roumanie)

---

**Comment les Médecins Généralistes du Loir-et-Cher ont-ils adapté leur organisation au début de la pandémie de Covid-19 ?**

---

Présentée et soutenue publiquement le **24 mars 2021** devant un jury composé de :

Présidente du Jury :

Professeur Catherine GAUDY-GRAFFIN, Bactériologie-Virologie, Hygiène Hospitalière,  
Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur François MAILLOT, Médecine Interne, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Louis BERNARD, Maladies Infectieuses et Maladies Tropicales, Faculté de Médecine –  
Tours

Docteur Séverine DURIN, Médecine Gériatrique, Praticien Hospitalier – Vendôme

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Jacques CHANDENIER  
Pr Alain CHANTEPIE  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Pascal DUMONT  
Pr Dominique GOGA  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Dominique PERROTIN  
Pr Roland QUENTIN

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie

MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs || POTIER Alain..... | Médecine Générale |
| ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra .....	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....	Chirurgie infantile
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine .....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille .....	Immunologie
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno .....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte .....	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine .....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

---

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

---

## REMERCIEMENTS

**A Madame la Professeure Catherine GAUDY-GRAFFIN, Présidente du jury,**

Je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de présider ma thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma considération.

**A Monsieur le Professeur Louis BERNARD,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

**A Monsieur le Professeur François MAILLOT,**

Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury, veuillez trouver ici ma profonde considération.

**A Madame le Docteur Séverine DURIN, Directrice de thèse,**

Vous me faites l'honneur d'être la directrice de ce travail. Je vous remercie pour votre aide précieuse et pour toute votre disponibilité. Soyez assurée de mes sincères remerciements.

A Aurélien, Carolina, Anaïs, Marc, Manon, Khris, Rime, Antoine, Caty pour toute votre amitié depuis le début de l'internat. Aux voyages qui nous attendent ensemble.

A Andreea et Alina pour l'amitié qui nous lie depuis plus de deux décennies. Merci pour votre fidélité et pour votre complicité. Que les périodes qui nous séparent soient de plus en plus courtes.

A Anne et Chantal pour votre soutien et pour les moments heureux lors du confinement. A toute l'équipe Barillet.

A ma famille. Merci Maman pour tout ton soutien inconditionnel.

A ma belle-famille. Merci de m'avoir acceptée dans la famille.

A Rodolphe.

## RÉSUMÉ

### Introduction :

Le SRAS-CoV-2, initialement identifié en Chine, a rapidement provoqué une pandémie mondiale touchant la France à partir du début 2020. Afin de protéger les patients et les soignants des risques de transmission du virus, des mesures d'hygiène et d'organisation ont été préconisées dans les cabinets de Médecine Générale. L'objectif de notre travail est d'étudier la façon dont les médecins généralistes du Loir-et-Cher (41) ont adapté leurs pratiques face au début de la pandémie de Covid-19.

### Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive réalisée auprès de 228 médecins généralistes installés dans le 41, concernant l'organisation de leur cabinet libéral au début de la pandémie. Un questionnaire de 54 items leur a été adressé, portant sur les mesures d'hygiène qu'ils ont appliquées, l'organisation des soins mise en œuvre, et les difficultés rencontrées.

### Résultats :

22.5% des Médecins Généralistes du Loir-et-Cher ont répondu à l'enquête. Leur moyenne d'âge était 52 ans. 64,6% étaient des femmes. Tous les participants ont instauré des mesures spécifiques pour la prise en charge des patients suspects de Covid-19 et pour limiter la propagation du virus. 43.7% d'entre eux ont instauré cette nouvelle organisation à partir de la première quinzaine de mars 2020. Les documents de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ont été leur source principale d'information (66.6%). 70.8% ont ajusté au fil du temps leur organisation. Ils ont majoritairement adapté leur salle d'attente, mis en place des mesures de protection pour le secrétariat, et renforcé les mesures d'hygiène au sein du cabinet. 97,91% ont déclaré porter un masque lors des consultations des patients suspects Covid-19. 77,1 % ont développé la téléconsultation.

Les mesures appliquées en dehors du cabinet médical ont été la réduction des visites à domicile (56,5%), l'arrêt complet (39.5%) ou la réduction (44.7%) des visites en EHPAD. 70.8 % ont déclaré des difficultés d'approvisionnement en matériel.

### Conclusion :

Face à un risque sanitaire grave, la rapidité et l'efficacité des mesures mises en œuvre sont essentielles. Les médecins généralistes doivent s'approprier, en amont des crises, des outils efficaces leur permettant de répondre immédiatement à la menace afin de protéger chacun, sur la base d'informations scientifiques validées par un organisme clairement identifié, avec des moyens adaptés.

### Mots clés :

Covid-19, coronavirus, épidémie, pandémie, SRAS, SRAS-CoV, SRAS-CoV2, grippe A, grippe H1N1.

## **ABSTRACT**

### **Background:**

SARS-CoV-2, initially identified in China, caused quickly a global pandemic, affecting France from the beginning of 2020. In order to protect patients and the medical staff from the risks of transmission of the virus, hygiene and health measures have been recommended in general medicine practices. The objective of our work is to study how general practitioners in Loir-et-Cher (41) have adapted their practices to the beginning of the Covid-19 pandemic.

### **Methods:**

This is a descriptive quantitative study carried out among 228 general practitioners located in the 41, concerning the organization of their private practice at the beginning of the pandemic crisis. A 54-item questionnaire was sent to them, covering the hygiene measures they applied, the organization of their health care practice, and the difficulties encountered.

### **Results:**

22.5% of general practitioners in Loir-et-Cher responded to the study. Their average age was 52. 64.6% were women. All participants have introduced specific measures for the management of patients suspected of Covid-19 and to limit the spread of the virus. 43.7% of them set up this new organization from the first half of March 2020.

The documents of the Regional Health Agency (ARS) were their source of information (66,6%). 70,8% have adjusted their organization over time. Most of them have adapted their waiting room, put in place protective measures for the secretariat, and reinforced hygiene measures in the cabinet. 97,91% say they wear a mask during consultations with suspected Covid-19 patients. 77,1% have developed teleconsultation.

The measures applied outside the doctor's office were the reduction of home visits (56,5%), the complete stoppage (39,5%) or the reduction (44,7%) of EHPAD visits.

70,8% reported difficulties in procuring materials.

### **Conclusion:**

Faced with a serious health risk, the speed and effectiveness of the measures implemented are essential. General practitioners must acquire, upstream of crises, effective tools enabling them to respond immediately to the threat in order to protect everyone, on the basis of scientific information validated by a clearly identified uni, with appropriate means.

### **Keywords:**

Covid-19, coronavirus, epidemic, pandemic, SARS, SARS-CoV, SARS-CoV2, influenza A, H1N1 influenza

## Abréviations

A H1N1 = Virus de la grippe A/ Influenza A Viruses  
ALD = Affection de Longue Durée  
ARS = Agence Régionale de Santé  
ATCD = Antécédents  
AVC = Accident Vasculaire Cérébral  
CD4 = Cluster de Différenciation 4  
CDOM = Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins  
Covid-19 = Coronavirus 2019  
CPAM = La Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPTS = Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé  
SFSD = Société Française de Santé Digitale  
DMC = Dispositif Médical Connecté  
DGS = Direction Générale de la Santé  
DREES = Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
EHPAD = Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
EPI = Équipement de Protection Individuelle  
FFP2 = Filtering Face Piece Type 2  
FMC = Formation Médicale Continue  
HAD = Hospitalisation à Domicile  
HEGP = Hôpital Européen George Pompidou  
HPST = Loi de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires  
HTA = Hyper Tension Artérielle  
IAS = Infections Associées Aux Soins  
ICTV = International Committee on Taxonomy of Viruses  
IFOP = Institut Français d'Opinion Publique  
IMC = Indice de Masse Corporelle  
InVS = Institut de Veille Sanitaire  
J = Jour  
M = Médecin  
MSP = Maison de Santé Pluridisciplinaire  
NYHA = New York Heart Association  
OMS = Organisation Mondiale de la Santé  
SAMU = Service d'Aide Médicale Urgente  
SHA = Solution Hydroalcoolique  
SpO2 = Saturation en Oxygène  
SRAS = Syndrome Respiratoire Aigu Sévère  
SRAS-CoV = Syndrome Respiratoire Aigu Sévère du Coronavirus  
SRAS-CoV-2 = Syndrome Respiratoire Aigu Sévère du Coronavirus 2

## TABLE DES MATIERES

<b>PREMIÈRE PARTIE</b> .....	15
<b>A. Épidémies antérieures et protocoles d'organisation</b> .....	15
<b>1. L'épidémie du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère de 2002</b> .....	15
1.1 Contexte de l'épidémie .....	15
1.2. Les mesures gouvernementales préconisées lors de l'épidémie SRAS-CoV .....	15
1.3. Mesures de surveillance établies après l'épidémie SRAS 2002.....	16
<b>2. L'épidémie de grippe A (H1N1) de 2009</b> .....	16
<b>3. Modalités d'organisation des cabinets libéraux préconisées pendant les épidémies</b> .....	17
<b>B. Que sait-on de l'infection à SRAS-CoV-2 en avril 2020 ?</b> .....	18
1. Émergence de la maladie.....	18
2. Caractéristiques connues de la Covid-19 en avril 2020 .....	18
<b>C. Organisation et protocoles proposés au début de la pandémie</b> .....	20
1. Mesures gouvernementales à partir de mars 2020 .....	20
2. Modalités d'organisation des cabinets libéraux .....	21
3. Les mesures d'hygiène des cabinets libéraux .....	22
<b>DEUXIÈME PARTIE</b> .....	24
<b>Organisation des cabinets de médecine générale en avril 2020</b> .....	24
<b>face à la pandémie de Covid-19</b> .....	24
<b>A. Matériels et méthodes</b> .....	24
1. Type d'enquête .....	24
2. Objectif de l'étude.....	24
3. Les personnes interrogées .....	24
4. Le questionnaire.....	24
<b>B. RÉSULTATS</b> .....	26
1. Taux de réponse.....	26
2. Caractéristiques de la population étudiée.....	26
2.1. Genre et âge .....	26
2.2. Exercice professionnel .....	26
3. Contexte infectieux sur la période de l'étude .....	28
4. Mise en place d'une organisation spécifique lors de la pandémie .....	28
4.1. Les sources d'information utilisées .....	28
4.2. L'organisation du secrétariat .....	29
4.3. L'organisation de l'attente avant la consultation.....	30
4.4. L'organisation des consultations pour les patients suspects .....	31
4.5. La réalisation des tests diagnostiques de la Covid-19.....	32

<b>5. Les mesures de prévention de la contamination interhumaine par le SRAS-CoV2</b>	32
5.1. Pour les patients au sein du cabinet	32
5.2. Les mesures de prévention pour le médecin	33
5.3. Les mesures d'hygiène concernant les locaux et le matériel	34
<b>6. L'organisation hors cabinet</b>	35
6.1. Les visites à domicile	35
6.2. Les visites en EHPAD	35
<b>7. La téléconsultation</b>	36
7.1. Avant et pendant la pandémie	36
7.2. Le support de téléconsultation	36
7.3. Le nombre des téléconsultations	36
<b>8. Le matériel du cabinet</b>	36
8.1. Le stock avant la pandémie et au moment du questionnaire	36
8.2. La première commande	37
8.3. Difficultés d'approvisionnement et provenance du matériel	37
<b>9. Satisfaction de l'organisation lors de la pandémie</b>	38
<b>10. Les difficultés lors de la mise en place de cette organisation</b>	38
<b>12. Mesures prévues après la pandémie Covid-19</b>	39
12.1. Poursuite des mesures de prévention	39
12.2. Abandon des mesures de prévention	40
<b>13. Commentaires des participants</b>	41
<b>DISCUSSION</b>	43
A. Discussion de la méthode	43
B. Discussion des résultats	43
1. Sources d'information	43
2. Mesures sanitaires :	45
2.1. Adaptation globale des mesures sanitaires	45
2.2. Port du masque	46
2.5. Tenue de travail	48
2.6. L'hygiène du matériel et de l'environnement dans le cabinet	49
2.7. Délai de mise en œuvre des mesures sanitaires	50
3. Matériel	50
4. Organisation des consultations	51
4.1. L'organisation hors cabinet	51
4.2. La téléconsultation	52
<b>CONCLUSION</b>	55
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	56
<b>ANNEXE</b>	61

## INTRODUCTION

Depuis la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, le monde a connu plusieurs épidémies de virus respiratoires ayant déterminé des nouvelles organisations pour la prise en charge des malades et pour la gestion des crises sanitaires.

On rappelle l'épidémie de grippe Hong-Kong dans les années 1968-1970, moins médiatisée, considérée dans l'histoire comme «la première pandémie de l'ère moderne, celle des transports rapides ». (1) Cette épidémie a fait environ 31.000 victimes en France.

Dans les années 2002-2003, la France a été mise en alerte face à la menace de diffusion du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) apparu en Chine, dû à un coronavirus provoquant des symptômes chez l'homme. Suite à cette épidémie un décret de loi est paru en août 2004 en France, clarifiant l'organisation générale lors d'une nouvelle menace sanitaire : *« Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret détermine, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie. [...] Les frais d'exécution de ces mesures, en personnel et en matériel, sont à la charge de l'État »* (2).

Des plans d'urgence ont donc été élaborés afin de mettre en place un dispositif de prévention et de gestion des crises sanitaires. Ils ont été activés sur le territoire français, en 2020, devant la propagation de l'épidémie de Syndrome Respiratoire Aigu Sévère du Coronavirus-2 (SRAS-CoV-2), et déclarée pandémie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le 11 mars 2020. (3)

La Médecine Générale étant le premier recours de la population en situation épidémique, nous avons étudié la façon dont les médecins généralistes du Loir-et-Cher avaient adapté leurs pratiques pour la sécurité de tous au début de la propagation du SRAS-CoV-2 en France.

# **PREMIÈRE PARTIE**

## **A. Épidémies antérieures et protocoles d'organisation**

### **1. L'épidémie du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère de 2002**

#### **1.1 Contexte de l'épidémie**

La première épidémie causée par un coronavirus (virus nouvellement identifié à l'époque) est celle de 2002. Entre 1<sup>er</sup> novembre 2002 et le 31 juillet 2003, le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère du Coronavirus (SRAS-CoV) a provoqué 8098 cas identifiés dans le monde dont 774 décès. Le pays le plus affecté a été la Chine, épice de cette nouvelle crise sanitaire. Elle a enregistré 5327 cas, dont environ 1800 cas à Hongkong. (4)

Plus peur que du mal pour la France, puisque l'épidémie de SRAS n'a fait dans le pays qu'un décès parmi les sept malades identifiés positifs. Mais des mesures de protection et prévention ont rapidement été mises en place dès l'alerte mondiale officielle de l'OMS le 12 mars 2003, suite à une progression importante de la mortalité des personnes infectées et de la transmission rapide du virus. (5)

Les mesures de protection et de prévention ont permis d'arrêter la transmission du Coronavirus et d'arrêter l'épidémie. La propagation dans le monde de ce nouveau virus n'a pas atteint le stade de pandémie.

#### **1.2. Les mesures gouvernementales préconisées lors de l'épidémie SRAS-CoV**

A partir du moment où l'OMS a émis une alerte internationale sur les risques liés au SRAS-CoV (6), la France a mis en place des dispositifs de gestion de la crise, suite à une réunion de la Direction Générale de la Santé (DGS). Les axes de ces dispositifs étaient : (4)

- les moyens de prise en charge médicale,
- la surveillance sanitaire, y compris internationale,
- la surveillance des personnes revenant de zones affectées et les mesures à leur égard,
- l'information du personnel médical,
- l'information du public.

Les objectifs du dispositif de gestion du SRAS en 2003 étaient de réduire tout risque de transmission secondaire à partir d'un ou plusieurs cas possibles, en organisant le plus rapidement possible le transfert, l'hospitalisation et l'isolement des cas. Tout cas possible de SRAS devait immédiatement être transféré vers un centre hospitalier spécialisé, par ambulance sécurisée. Les cas possibles devaient placés en isolement strict en pris en charge

dans le service de Maladies Infectieuses des hôpitaux référents au plan Biotox®, ou à défaut, dans le service de Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire le plus proche. Les sujets contacts des cas probables devaient être identifiés et mis « en quarantaine » à domicile pendant 10 jours. (7)

La DGS recommandait à toute personne revenant récemment d'une zone infestée (Hanoï ou Hong Kong) et présentant des symptômes grippaux de se présenter dans un service d'urgence. Une ligne verte était mise à disposition.

Des informations pratiques étaient publiées sur le site de la DGS.

Un protocole de prise en charge des pneumopathies aiguës atypiques sévères était diffusé et régulièrement mis à jour en fonction des nouvelles informations scientifiques.

Le référencement des cas a été centralisé par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) à partir du 16 mars 2003.

L'InVS a créé un protocole de surveillance et d'alerte selon 4 niveaux : le niveau 1 correspondant à l'absence de cas et le niveau 4 à une propagation active en France du virus. Pour chaque niveau un protocole d'alerte et surveillance, d'information et d'action a été établi (4).

### **1.3. Mesures de surveillance établies après l'épidémie SRAS 2002**

Depuis 2003, tout cas évocateur d'un SRAS doit faire le sujet d'un signalement auprès de l'InVS. Les centres hospitaliers susceptibles de recevoir un cas suspect doivent être informés au préalable, ainsi que les médecins libéraux.

Si des cas groupés de pneumopathie aiguë atypique sévère sans exposition connue apparaissent, ils doivent également être déclarés (exemple : deux cas de ce type de pneumopathie apparus dans un centre hospitalier, chez le personnel soignant ou non, ou visiteurs ayant eu contact avec le même service). (4)

Dans la première semaine du déclenchement de l'alerte en France (mars 2003), environ 15 signalements par jour ont été déposés auprès de l'InVS. Jusqu'à la mi-avril ce nombre a été divisé par deux. En début mai, moins de 3 signalements par jour ont été constatés. (8)

### **2. L'épidémie de grippe A (H1N1) de 2009**

A partir du 24 avril 2009 la France a connu une nouvelle alerte épidémique suite à des signalements des plusieurs cas de maladies respiratoires graves apparues en Mexique. (9)

La France a enregistré 1334 cas graves et 312 décès jusqu'à la fin d'épidémie le 10 août 2010. L'épidémie a fait 17.171 décès dans le monde. (10)

Le plan d’alerte, d’information et d’action mis en place en 2009-2010 était identique à celui préconisé pour faire face à l’épidémie de SRAS de 2003. (9) (12)

### **3. Modalités d’organisation des cabinets libéraux préconisées pendant les épidémies**

Lors des épidémies de SRAS-CoV et de grippe H1N1, la DGS a clarifié les modalités de prise en charge des patients et a précisé l’organisation hospitalière, incluant le rôle du SAMU. (8)

Dans les hôpitaux, les procédures préconisaient de prendre en charge les personnes atteintes du virus séparément des autres patients et d’isoler au domicile les malades ne nécessitant pas une hospitalisation. Les gestes barrières recommandés étaient : port d’un masque, lavage des mains, utilisation des solutions hydro-alcooliques (SHA). (8)

Lors de l’épidémie de grippe A en 2009-2010, le Ministère de la Santé a proposé aux cabinets libéraux un protocole de prise en charge en ambulatoire comportant plusieurs mesures pratiques : (13)

- rappeler les mesures d'hygiène et de lavage des mains.
- mettre en salle d'attente des masques anti-projections à disposition des patients présentant un syndrome grippal : toux, fièvre >38°C, courbatures etc.
- équiper la salle d'attente de solutions hydro-alcooliques.
- proscrire les jouets et magazines en salle d'attente.
- aérer le cabinet régulièrement.
- réserver des plages horaires de consultations « grippe ».
- créer des espaces d’isolement des patients grippes dans la mesure du possible.
- protéger le personnel impliqué avec les masques FFP2 et la solution hydro-alcoolique (SHA)
- orienter les cas graves vers le Centre 15.

Cinq ans après cette épidémie, en 2016, K. Castellani constate dans sa thèse sur les perceptions et l’expérience lors des épidémies, que les médecins interrogés n’appliquent plus ces mesures recommandées lors des épidémies de grippe saisonnière. (14)

## **B. Que sait-on de l'infection à SRAS-CoV-2 en avril 2020 ?**

### **1. Émergence de la maladie**

En décembre 2019, la Chine connaît le début d'une épidémie de maladie respiratoire rapidement transmissible et sévère. Le virus est alors inconnu.

Des analyses en laboratoire sur des séquences du génome du virus, prélevées sur cinq patients en stade précoce de la maladie, ont permis de déterminer l'identité du virus. Il s'agissait d'un nouveau virus avec 79,5% ressemblance au SRAS-CoV et 96% avec le Coronavirus observé chez la chauve-souris. (15)

Le réservoir de ce nouveau virus était donc probablement animal, mais, malgré la similitude avec le Coronavirus détecté chez la chauve-souris, la voie de transmission chez l'homme n'était pas établie avec certitude. (3)

Le virus a été nommé Coronavirus 2 du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS-CoV-2) le 11 février 2020 par l'International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV). Le même jour, l'OMS a également nommé la maladie causée par ce virus : Covid-19 (Corona Virus Disease – 19). (16)

Les premiers cas de Covid-19 en Europe ont été annoncés le 24 janvier 2020 en France. Il s'agissait de 3 patients, deux à Paris et un à Bordeaux, d'origine chinoise revenant de la ville de Wuhan.

A partir de cette date, l'épidémie en France s'est propagée rapidement, les premières régions le plus affectées étant le Grand Est et la Région Parisienne.

Le 11 mars 2020 l'OMS annonce l'état de pandémie de la Covid-19. (14) A cette date la France a déjà enregistré plus de 1700 cas et plus de 30 décès.

Le 17 mars 2020, le gouvernement impose un confinement strict à la population française.

### **2. Caractéristiques connues de la Covid-19 en avril 2020**

La transmission du virus est interhumaine. Elle se fait par des gouttelettes infectées, soit par aéropontage, soit par manuportage. Le virus est détectable dans les liquides biologiques, dont les selles, mais la transmission oro-fécale n'est pas avérée.

Le SARS-CoV-2 semble se multiplier rapidement dans le système respiratoire supérieur. Une personne infectée peut transmettre le virus pendant sa période d'incubation, ce qui contribue à une multiplication et une transmission rapide du virus, contrairement à la grippe saisonnière

où le pic de transmission du virus est noté pendant la période symptomatique de la maladie. (18)

Le SARS-CoV-2 semble pouvoir survivre jusqu'à 3 heures sur les surfaces sèches et jusqu'à 6 heures en milieu humide. (19)

La durée d'incubation du virus est estimée entre 2 et 12 jours.

Les symptômes (fièvre, toux, rhinorrhée, myalgies, diarrhée, nausées, vomissements, dyspnée etc. (19)) s'installent progressivement, contrairement à la grippe saisonnière. Dans la plupart des cas la guérison est spontanée.

Le taux de létalité dans le monde est estimé entre 2% et 3%. (20)

Aucun traitement spécifique n'est connu. De nombreuses études cliniques et thérapeutiques nationales et/ou internationales sont rapidement débutées, à la recherche d'un traitement curatif, notamment pour les cas graves.

Le mode de transmission du virus, ses caractéristiques, notamment la forte contagiosité, justifient la préconisation des mesures barrières et l'application générale de celles-ci au stade le plus précoce de la pandémie.

## **C. Organisation et protocoles proposés au début de la pandémie**

### **1. Mesures gouvernementales à partir de mars 2020**

Une semaine après la déclaration de l'état de pandémie de SRAS-CoV-2 par l'OMS, le gouvernement français met en place un confinement de la population pour une durée minimale de deux semaines. 150 décès ont déjà été enregistrés à cette date. (21)

Le 27 mars 2020 le Premier Ministre annonce le renouvellement du confinement pour deux semaines supplémentaires.

Les déplacements sont interdits, sauf dans des conditions particulières (22) :

- déplacement dans l'intérêt du travail, si l'activité professionnelle ne peut pas être organisée sous forme de télétravail,
- déplacement pour achats de fournitures nécessaires
- déplacement pour des raisons médicales
- déplacement de courte durée pour une activité physique
- déplacement pour l'assistance aux personnes vulnérables
- convocations judiciaires etc.

Toute sortie doit être munie d'une attestation. Toute infraction est soumise à une contravention.

Le 13 avril 2020 le confinement est prolongé jusqu'au 11 mai. A ce moment la France enregistre plus de 26.000 décès dus au Covid-19.

Au début de notre étude, soit le 17/04/2020 la France enregistrait 1891 nouveaux cas de Covid-19 par jour. Le 08/05/2020, jour de clôture de l'étude, le nombre de nouveaux cas de Covid-19 par jour était de 531. La courbe de l'évolution du nombre de cas Covid-19 en France est représentée dans la figure 1. (23)

Toutefois, pendant cette période, le Loir-et-Cher se situe parmi les départements les moins touchés de la région Centre-Val-de-Loire. Le département enregistre 11 personnes en réanimation, 48 décès en établissement de santé et 36 résidents décédés dans leur établissement d'accueil. (24)

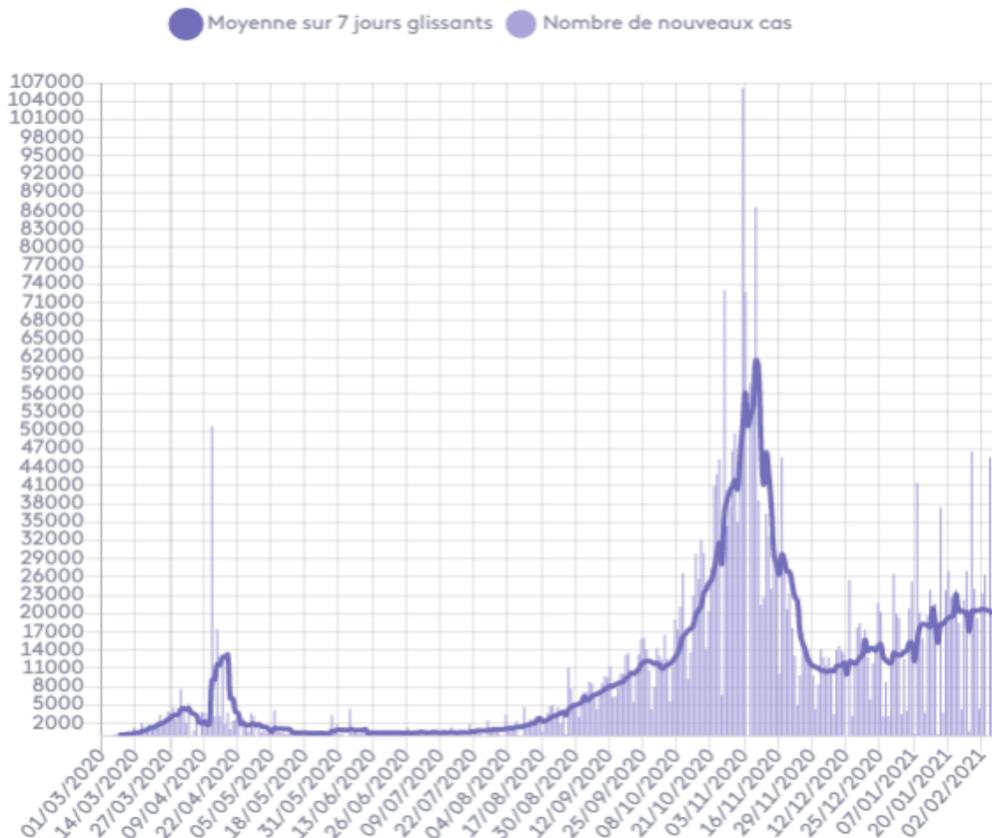


Figure 1: Évolution des cas Covid-19 en France

## **2. Modalités d'organisation des cabinets libéraux**

Le 20 mars 2020, l'ARS publie une fiche des conseils pour la gestion en libéral des patients symptomatiques du virus. Cette fiche contient des consignes sur la gestion des cabinets libéraux et des officines, les règles d'hygiène à appliquer en cabinet, ainsi que des gestes barrières à recommander aux patients. Les stratégies de prise en charge, de diagnostic et de suivi sont présentées. (25)

Il est conseillé aux professionnels libéraux de santé d'organiser la prise en charge des patients suspects de la Covid-19 sur rendez-vous ou sur de plages de consultations spécifiques.

### Consignes pour l'organisation du cabinet : (25) (26)

- prévoir des lieux d'attente isolés pour les patients suspects Covid-19
- respecter une distance d'un mètre au moins entre les patients, quand une salle d'attente spécifique n'est pas possible pour les patients suspects
- pas d'accompagnement (ou maximum une personne si nécessaire)
- afficher les mesures barrières dans la salle d'attente ou sur les portes du cabinet médical
- proposer des masques, surtout aux patients présentant des symptômes

- mettre à disposition du patient des SHA et des mouchoirs en papier
- prévoir et donner aux patients des fiches explicatives sur le Covid-19
- enlever les jouets, les magazines et le mobilier non nécessaires des salles d'attente
- pas de poignée de mains avec les patients

L'ARS conseille en outre les téléconsultations, quand celles-ci sont possibles, pour les patients suspects de la Covid-19, ainsi que pour le suivi (soit pour le suivi des patients initialement vus en consultation physique, soit pour le suivi des patients pris en charge entièrement en téléconsultation).

Un questionnaire initial pour aide au diagnostic et à la prise de décision d'orientation est mis à disposition pour les téléconsultations. (25)

Un support vidéo est fortement conseillé.

### **3. Les mesures d'hygiène des cabinets libéraux**

Les mesures d'hygiène pour le cabinet comportent les gestes et mesures barrières pour le médecin, le patient, ainsi que pour le personnel présent, notamment pour les secrétaires.

Les consignes données par l'ARS sont (25) :

#### Au niveau du secrétariat :

- respect d'une distance d'un mètre au moins entre l'accueil du secrétariat et chaque patient
- installation des protections en plexiglass pour le secrétariat si possibles
- nettoyage des mains après chaque patient présentant des signes respiratoires
- nettoyage des objets qu'un patient présentant des signes respiratoires a pu manipuler

#### Au niveau de la salle d'attente :

- nettoyage régulier des lieux d'attente
- désinfection deux à trois fois par jour des surfaces
- mise à disposition des SHA, des mouchoirs en papier et des corbeilles avec couvercles

#### Au niveau du cabinet médical :

- port des masques, notamment lors des consultations des patients suspects Covid-19
- lavage des mains entre chaque patient
- désinfection du matériel utilisé entre chaque patient, notamment le stéthoscope (pas d'examen ORL avec l'abaisse-langue si pas de symptômes pharyngés)
- nettoyage au moins deux à trois fois par jour des surfaces de travail (bureau, clavier, téléphone, poignées des portes etc.)

Les mesures de prévention pour les personnes domiciliées en Établissement d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont mises au point par le Haut Conseil de la Santé Publique. Il est préconisé de réduire ou complètement arrêter les visites extérieures, d'arrêter les activités collectives, de renforcer les mesures d'hygiène, de limiter les déplacements en consultation de non-urgence (suivi de pathologies chroniques). Il est également recommandé d'hospitaliser le premier cas Covid-19 afin d'éviter la contamination du collectif. Pour les EHPAD ayant un médecin coordonnateur, il est justifié que la prise en charge des patients soit faite par celui-ci en collaboration avec le médecin traitant référent, afin d'éviter des déplacements dans le centre d'accueil. (27)

Confrontés à un virus très contagieux, potentiellement mortel, les médecins généralistes ont dû mettre en œuvre des mesures de protection, afin de limiter le risque de contamination de leurs patients, de leur personnel et d'eux-mêmes. Compte tenu de l'expérience des épidémies antérieures et des nouvelles consignes donnés par les instances sanitaires, nous avons étudié à partir de quand et comment les médecins généralistes du Loir-et-Cher ont modifié leur organisation habituelle et comment ils se sont appropriés les conseils sanitaires préconisés.

## **DEUXIÈME PARTIE**

### **Organisation des cabinets de médecine générale en avril 2020**

#### **face à la pandémie de Covid-19**

#### **A. Matériels et méthodes**

##### **1. Type d'enquête**

Il s'agit d'un travail quantitatif et descriptif réalisé grâce à un questionnaire adressé aux médecins généralistes installés dans le Loir-et-Cher.

##### **2. Objectif de l'étude**

Le but de ce travail est de réaliser une analyse descriptive de l'organisation des cabinets de médecine générale au début de la pandémie Covid-19, afin d'étudier comment les médecins généralistes se sont appropriés les consignes de prévention face au virus.

Certaines questions étaient ouvertes, ce qui nous a permis de réaliser une courte analyse qualitative sur les difficultés rencontrées dans les premières semaines de la pandémie et lors de la mise en place de l'organisation spécifique du cabinet libéral.

##### **3. Les personnes interrogées**

En 2016, 253 médecins généralistes étaient installés dans le Loir et Cher, hors mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture etc.) (28)

Nous avons interrogé 228 d'entre eux, pour lesquels nous avons identifié une adresse internet.

##### **4. Le questionnaire**

Le questionnaire comporte 54 questions sur (cf. annexe) :

- les caractéristiques des médecins et de leur milieu d'exercice
- le mode d'organisation du cabinet au début de la pandémie
- les modalités de prise en charge des patients Covid-19
- les mesures d'hygiène mises en place au cabinet
- l'organisation des consultations hors cabinet
- les difficultés rencontrées pendant la pandémie

Le questionnaire de format informatique (Google Forms) a été envoyé par courrier à 228 médecins généralistes du Loir-et-Cher le 17/04/2020.

Un message de rappel leur a été envoyé le 01/05/2020. L'enquête a été clôturée le 08/05/2020.

Les réponses au questionnaire ont été analysées par le support statistique Google Forms.

## **B. RÉSULTATS**

### **1. Taux de réponse**

Quatorze adresses internet sur 228 n'étaient pas valides et un médecin a répondu n'être pas concerné du fait de son départ en retraite récent.

Quarante-huit médecins généralistes sur 213 ont répondu à l'enquête soit un taux de réponse de 22,5%.

L'étude est basée sur 48 questionnaires valides (19 % des médecins généralistes du Loir-et-Cher)

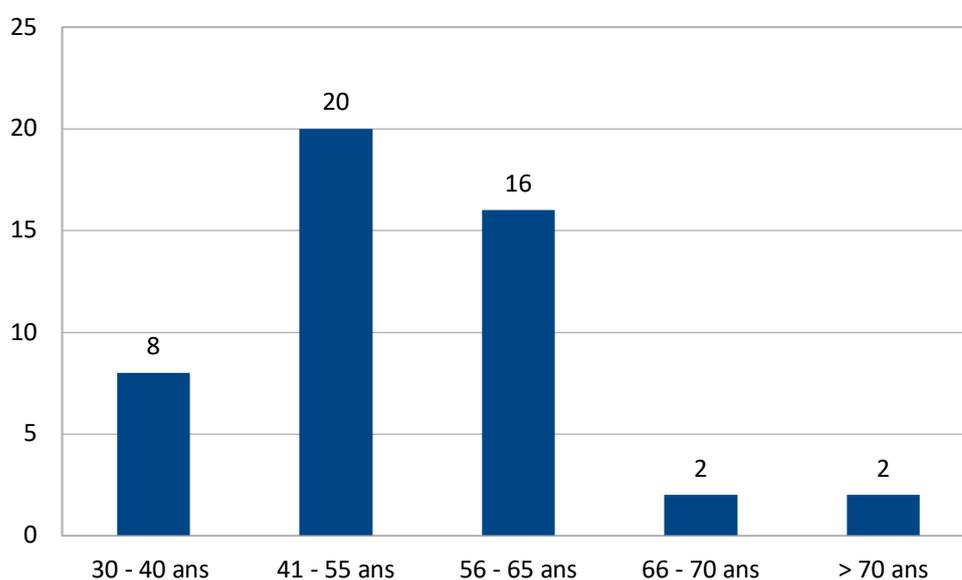
### **2. Caractéristiques de la population étudiée**

#### **2.1. Genre et âge**

La population avoir répondu à cette étude est majoritairement féminine (taux de participation de 64,6%, et de 35,4% pour les hommes).

L'âge moyen des participants est de 52 ans.

La tranche d'âge majoritaire est celle de 41 et 65 ans (41,6%) suivie par celle des 56-65 ans (33,3%).



*Figure 2 : Représentation par tranches d'âge*

#### **2.2. Exercice professionnel**

=> Durée d'installation :

Quatorze médecins (soit 29,1%) sont installés depuis 6 à 15 ans.

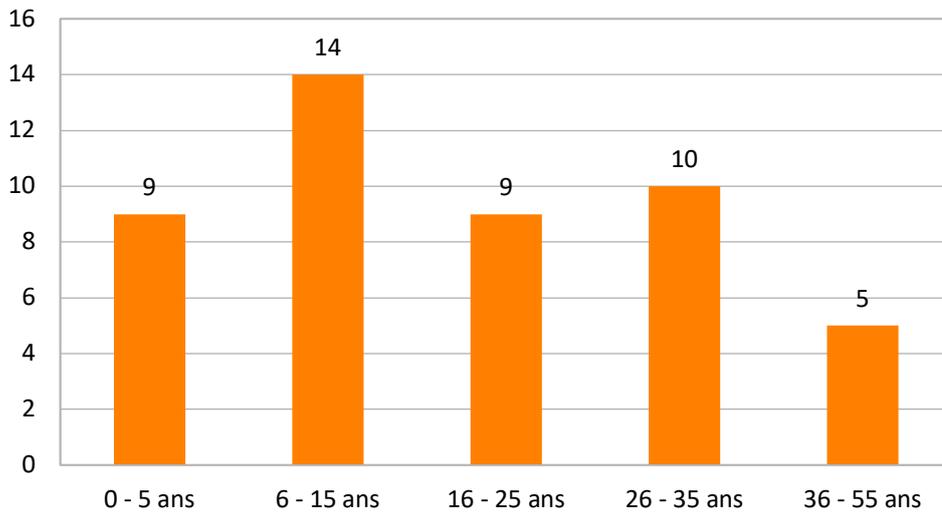


Figure 3 : Répartition par durée d'installation

=> Lieu d'installation :

La majorité des médecins répondants exerce en milieu semi-rural (64,6%).

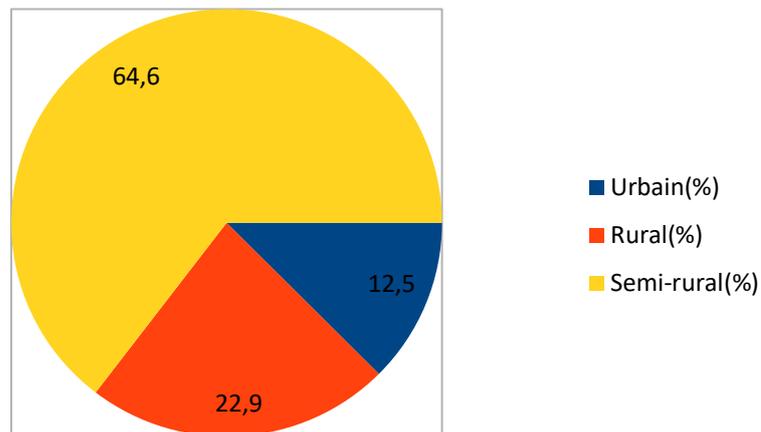


Figure 4 : Répartition par lieu d'installation

=> Mode d'exercice :

Vingt médecins exercent dans un cabinet de groupe, 15 sont installés seuls et 13 travaillent dans une maison de santé pluridisciplinaire.

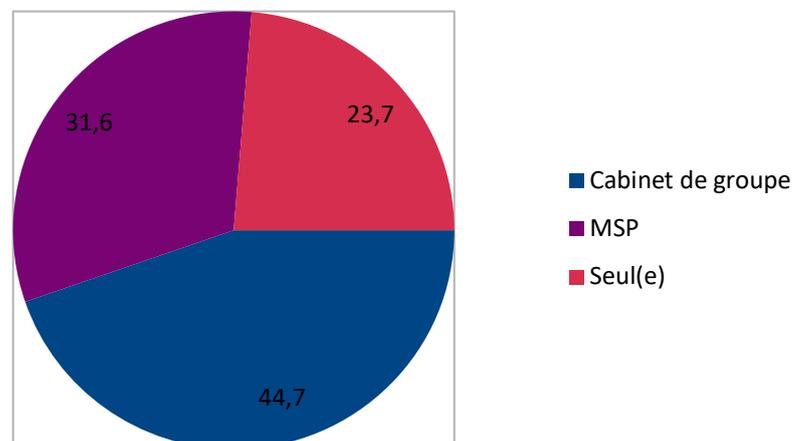


Figure 5 : Répartition par mode d'exercice

=> Implication universitaire :

37,5% de médecins déclarent être maître de stage de médecine générale.

=> Recours à un(e) remplaçant(e) pendant la pandémie :

Trente-deux médecins (66,6%) n'ont pas eu recours à un remplaçant pendant la pandémie.

### **3. Contexte infectieux sur la période de l'étude**

97,9 % des médecins répondants déclarent une incidence inférieure à 5 cas de Covid-19 ou cas suspect Covid-19 par jour.

Un seul médecin affirme consulter entre 6 et 10 cas suspects par jour.

### **4. Mise en place d'une organisation spécifique lors de la pandémie**

La totalité de médecins déclarent avoir mis en place une organisation spécifique lors de la pandémie de la Covid-19 pour la prise en charge de patients suspects.

Cette nouvelle organisation est débutée par 21 médecins (43,7%) entre le 1<sup>er</sup> et le 15 mars, soit avant le début du confinement officiel.

Vingt-six médecins (54,1%) l'ont mis en place entre le 16 et le 31 mars.

Un seul médecin change l'organisation de son cabinet après le 1<sup>er</sup> avril (le 17 avril).

#### **4.1. Les sources d'information utilisées**

Pour mettre en place l'organisation pendant la pandémie Covid-19, les médecins ont utilisé plusieurs sources d'information. A cette question plusieurs réponses ont été possibles.

Les principales sources utilisées par les généralistes sont par ordre décroissant : les documentations ARS, les sites internet professionnels, les conseils des confrères généralistes, les publications professionnelles.

Les conseils des confrères spécialistes sont utilisés comme source d'information par un seul généraliste.

Huit médecins (16,6%) déclarent ne pas avoir utilisé de source particulière pour l'organisation de leur cabinet.

En réponse libre deux médecins déclarent comme source Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et le Conseil de l'Ordre des Médecins.

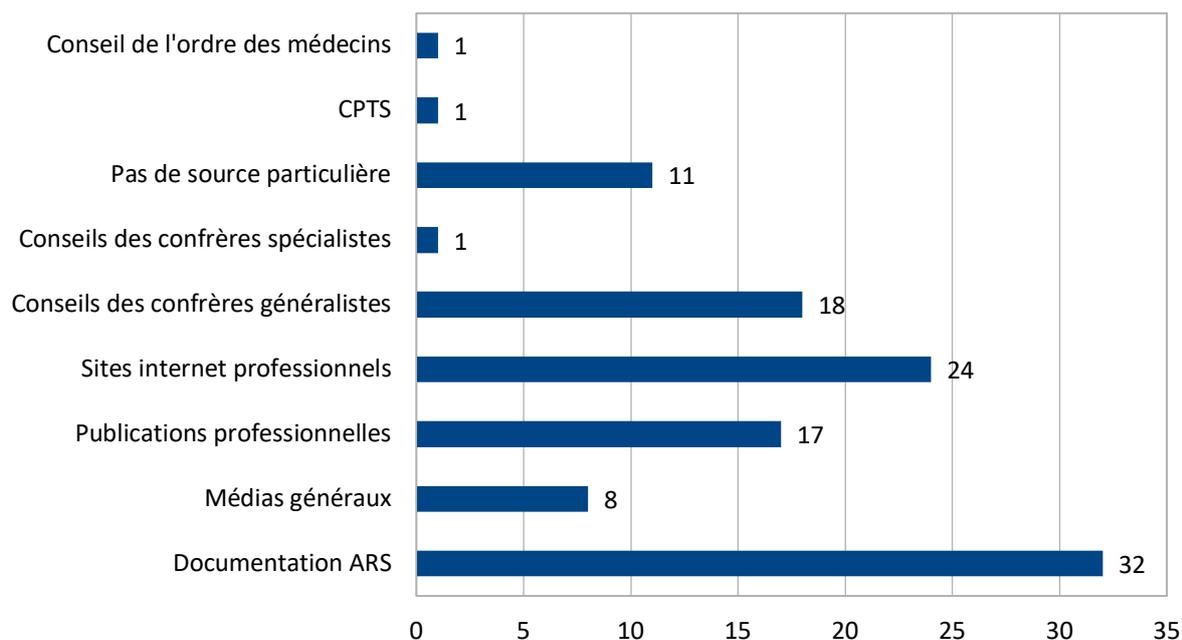


Figure 6 : Sources utilisées pour la nouvelle organisation

Dans la partie libre du questionnaire, les médecins s'expriment sur les difficultés de suivre les sources d'information, parfois contradictoires.

M1: « multiples sources de recommandation, parfois contradictoires, pas toujours évident d'avoir une marche à suivre claire... »

M2: « .... absence de protocoles et de directives de la DGS et ARS au début de l'épidémie (début mars), puis directives de 61 pages par exemple!!! Pagaille dans les demandes d'arrêts de travail [...] »

M3: « beaucoup de paroles des différents administrations et peu d'effets. La CPAM n'appliquait pas les consignes de l'État au début du confinement. »

M4: « un peu trop d'info tout le temps mais pas d'info précise sur mon territoire. »

M5: « trop d'infos tue l'info (CDOM, ARS, DGS, pompiers, syndicats) »

#### **4.2. L'organisation du secrétariat**

Treize médecins (27,1%) n'ont pas de secrétariat sur place en temps habituel.

Sur les 35 médecins qui ont habituellement un secrétariat, 8,3 % déclarent ne pas l'avoir maintenu pendant la période de la pandémie.

Les 31 médecins ayant gardé un secrétariat physique dans le cabinet, ont mis en place des mesures pour protéger leur personnel : plusieurs mesures barrières, notamment le port d'un masque et la matérialisation d'une distance entre le secrétariat et les patients.

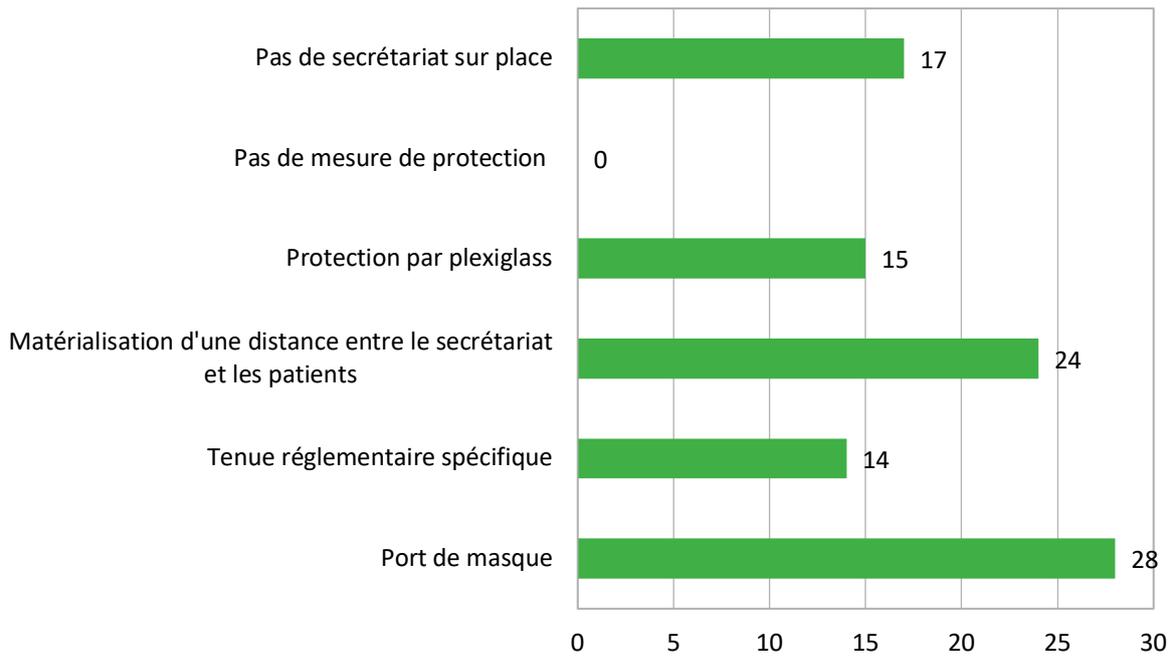


Figure 7 : Mesures barrières au niveau du secrétariat :

Les réponses correspondent à la rubrique « pas de secrétariat sur place » incluent les médecins sans secrétariat en temps habituel et les 4 médecins avoir condamné leur secrétariat pendant la pandémie.

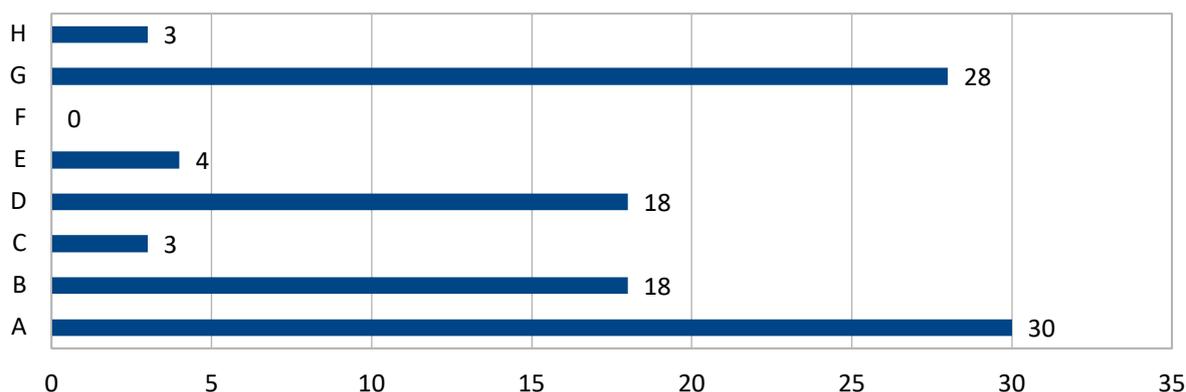
#### **4.3. L'organisation de l'attente avant la consultation**

La réponse à cette question est à choix multiples.

Le mode d'organisation privilégié pour la salle d'attente est l'attente à l'extérieur du cabinet (soit dans le véhicule personnel (30 réponses) du patient soit à l'extérieur 18 réponses) et la réduction de nombre des patients dans la salle d'attente (28 réponses).

Lorsqu'une salle d'attente est maintenue, des consignes spécifiques sont données aux patients : port d'un masque (37,5%), distanciation seule (6,3%), port d'un masque associé à une distanciation.

Aucun médecin n'a maintenu une attente en salle d'attente habituelle multi-pathologies sans masque avec consignes de distanciation.



- A : Attente dans le véhicule personnel jusqu'au moment de la consultation  
 B : Attente en extérieur avec consignes de distanciation  
 C : Attente en salle d'attente dédiée Covid-19 sans masque avec consignes de distanciation  
 D : Attente en salle d'attente dédiée Covid-19 avec un masque  
 E : Attente en salle d'attente habituelle multi-pathologies avec un masque  
 F : Attente en salle d'attente habituelle multi-pathologies sans masque avec consignes de distanciation  
 G : Réduction du nombre de patients en salle d'attente  
 H : Autre

Figure 8 : Organisation de la salle d'attente

#### **4.4. L'organisation des consultations pour les patients suspects**

##### => Le tri des patients suspects

Le tri des patients suspects est fait lors de la prise de rendez-vous à l'aide d'un questionnaire Covid-19 dans 45,8% des cas. 50% utilisent la toux et la fièvre comme critères de risque de la Covid-19.

Un médecin déclare ne pas utiliser un système de tri, car «*un seul patient dans la salle d'attente*».

Un autre généraliste utilise comme critère de tri un «*rappel des patients suite au rendez-vous ou appel au secrétariat téléphonique*».

64,6% des médecins ont déclaré avoir changé leurs critères de tri au fil du temps.

Dans la partie libre du questionnaire un médecin déclare avoir changé les critères de tri en fonction des recommandations officielles.

##### => Lieu de consultation pour les cas suspects

87,5% des médecins ont pris en charge les patients suspects dans leur cabinet habituel de consultation. 12,5 % ont dédié une pièce spécifique aux consultations des patients suspects Covid-19.

### => Horaires de consultation pour les patients suspects

Des plages horaires spécifiques ont été organisées quotidiennement pour 87,5% des participants. Aucun médecin n'a choisi une organisation hebdomadaire.

### => La consultation

89,58% des médecins déclarent avoir pris en charge eux-mêmes les patients suspects.

Trois médecins (6,25%) ont organisé la prise en charge des patients suspects par un médecin dédié. Deux médecins (4,16%) ont privilégié la consultation des patients suspects Covid-19 par des médecins plus jeunes.

## **4.5. La réalisation des tests diagnostiques de la Covid-19**

97,9% des médecins ont fait réaliser le test PCR par un professionnel au laboratoire.

Un seul médecin déclare avoir effectué certains tests lui-même.

## **5. Les mesures de prévention de la contamination interhumaine par le SRAS-CoV2**

### **5.1. Pour les patients au sein du cabinet**

#### => Mise à disposition des SHA

81,3% des généralistes ont mis à disposition de leurs patients des solutions hydro-alcooliques.

#### => Mise à disposition des masques

83,3% des médecins ont distribué au sein de leurs cabinets, des masques uniquement aux patients suspects Covid-19. 6,3% ont distribué à tous les patients (suspects ou pas de la Covid-19).

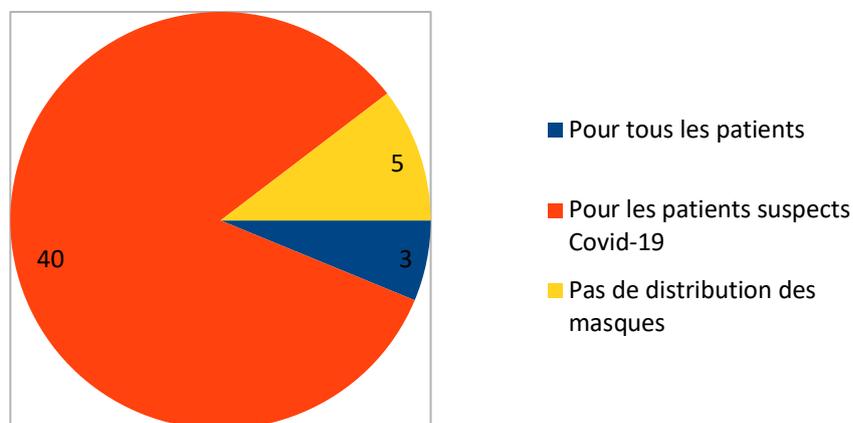


Figure 9 : Mise à disposition des masques

## 5.2. Les mesures de prévention pour le médecin

### => La tenue pour les cas suspects

Tous les médecins ont pris des mesures de protection lors de la consultation des cas suspects Covid-19. 97,91%, soit 47 médecins déclarent porter un masque (chirurgical ou FFP2).

En dehors du port d'un masque, ils ont adopté aussi une tenue spécifique comme présenté dans la figure 10. Dans la rubrique « Autre », les médecins ont rajouté les gants et les charlottes.

Neuf médecins (18,75%) déclarent n'avoir adopté aucune tenue de protection particulière (tenue complète, surblouse ou blouse portée uniquement au travail) et avoir utilisé des vêtements venant du domicile avec une protection par masque et/ou gants.

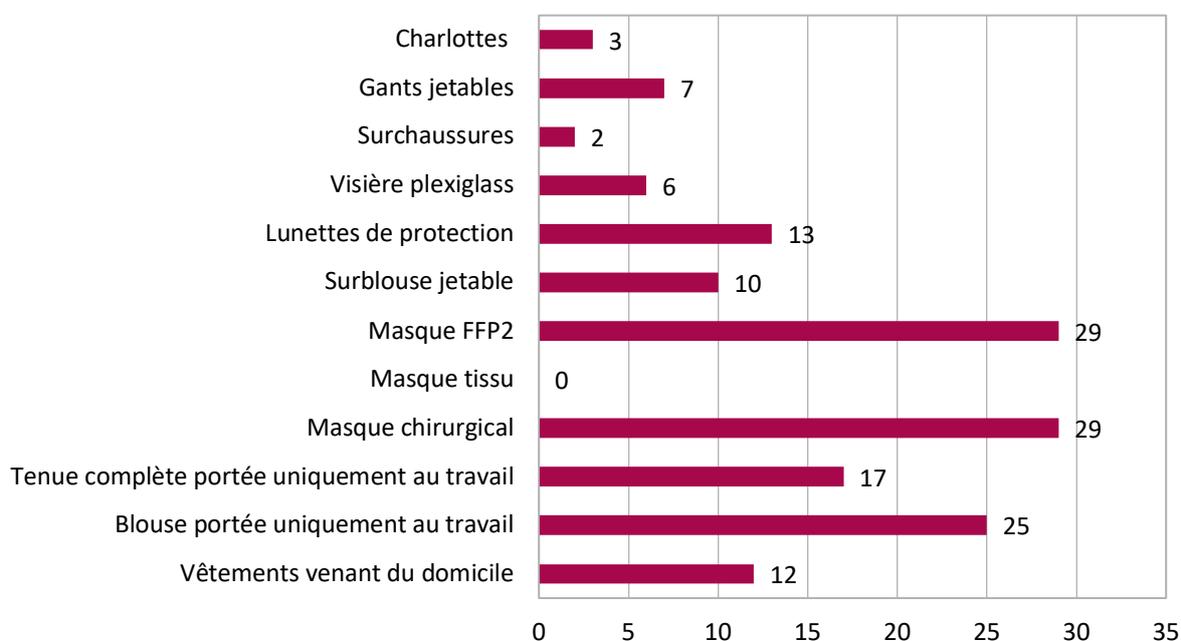


Figure 10 : La tenue pour les cas suspects Covid-19

### => La tenue pour les patients non suspects Covid-19

Huit médecins (16,6%) déclarent avoir porté des vêtements venant du domicile sans autre mesure de protection et un médecin a porté uniquement un masque.

Onze médecins (22,91%) ont gardé une tenue complète identique à celle pour les cas suspects Covid-19.

En croisant les réponses concernant la tenue utilisée pour les cas suspects et celle pour les cas non suspects, nous concluons que 18 médecins (45%) utilisent soit une blouse portée uniquement au travail, soit une tenue complète portée uniquement au cabinet.

### 5.3. Les mesures d'hygiène concernant les locaux et le matériel

#### => La désinfection du cabinet

89,6% des généralistes désinfectent pendant l'épidémie plus souvent le cabinet que d'habitude. Sept médecins affirment désinfecter le cabinet une fois par jour. 48,9 % des médecins déclarent avoir effectué une désinfection entre chaque patient suspect de Covid-19.

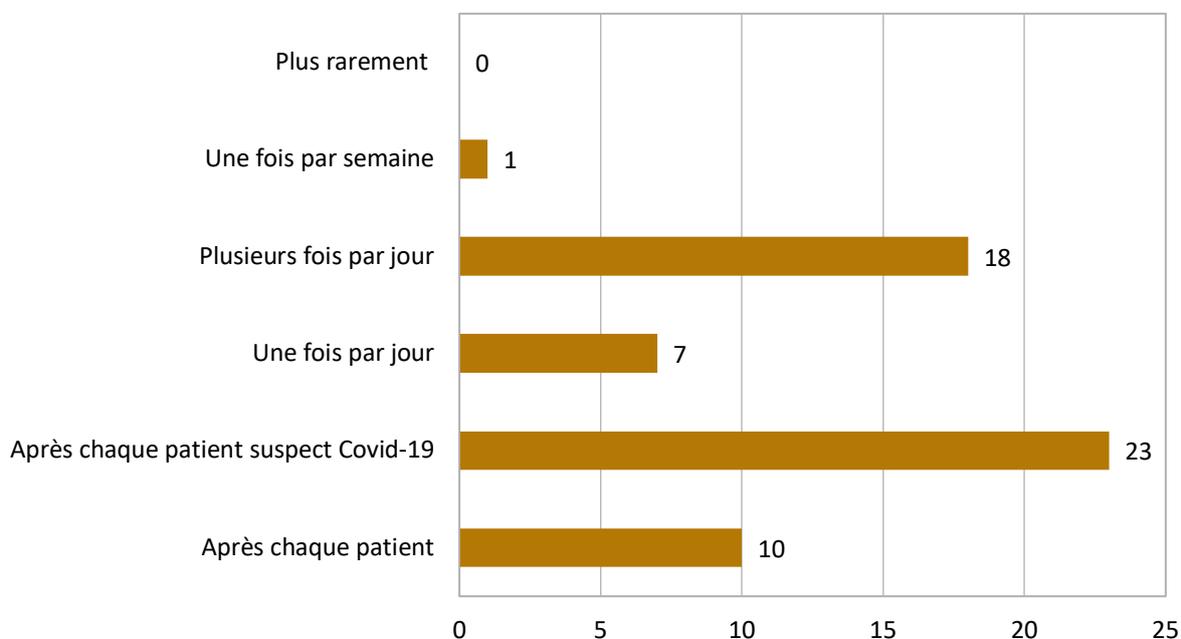


Figure 11 : Fréquence de désinfection du cabinet (nombre de médecins)

#### => La désinfection du matériel

58,3% désinfectent le stéthoscope après chaque patient.

25% le désinfectent après chaque patient suspect Covid-19.

14,6% désinfectent leur stéthoscope plusieurs fois par jour.

Un médecin nous a affirmé ne pas utiliser le stéthoscope pendant la période de pandémie, donc pas de désinfection faite. Il est le seul médecin avoir répondu à cette question «une fois par jour».

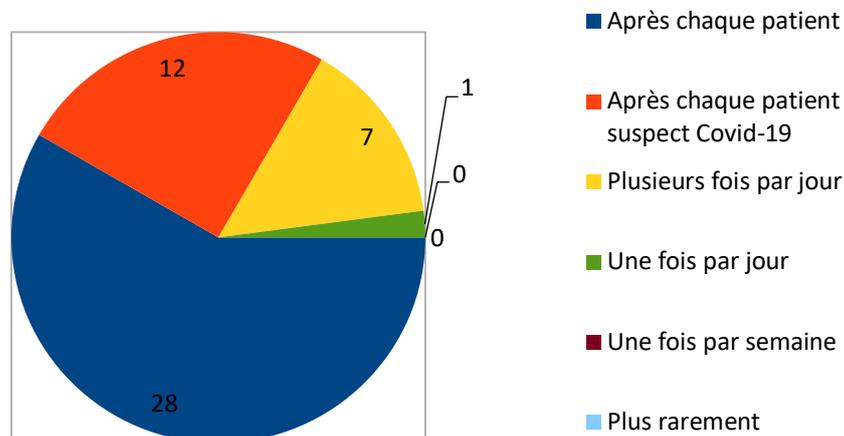


Figure 12 : Fréquence de désinfection du stéthoscope (nombre de médecins)

## 6. L'organisation hors cabinet

### 6.1. Les visites à domicile

Deux médecins déclarent ne pas effectuer en temps habituel des visites à domicile, pour 95,8% les visites à domicile font partie de leur pratique.

21,7% n'ont pas modifié leur organisation des visites pendant la pandémie.

Deux médecins (4,3%) ont réduit à zéro le nombre de visites à domicile.

17,4% ont effectué plus de visites que d'habitude et 56,5% ont réduit leurs nombres.

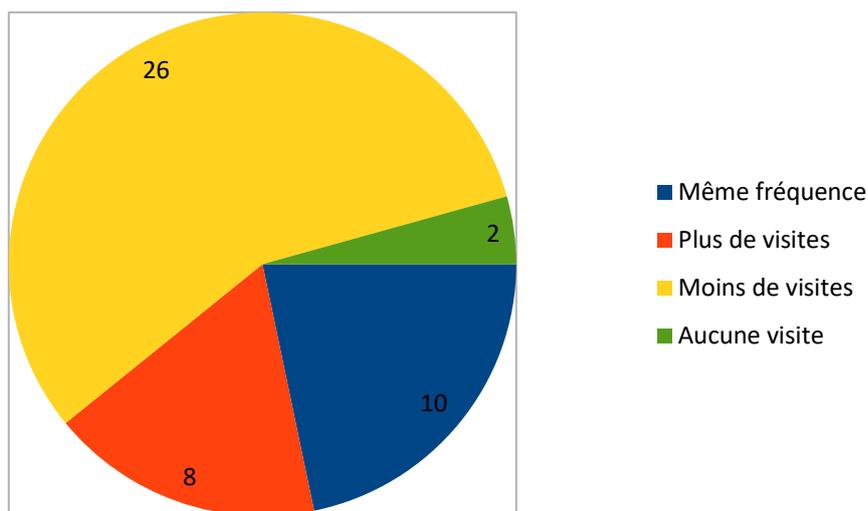


Figure 13 : Fréquence des visites à domicile (nombre de médecins)

### 6.2. Les visites en EHPAD

79,2% effectuent en temps habituel de visites en EHPAD.

L'organisation habituelle des visites en EHPAD a subi plus de modifications que celle des visites à domicile : 39,5% des médecins affirment avoir complètement arrêté les consultations en EHPAD, et 44,7% ont réduit leur fréquence.

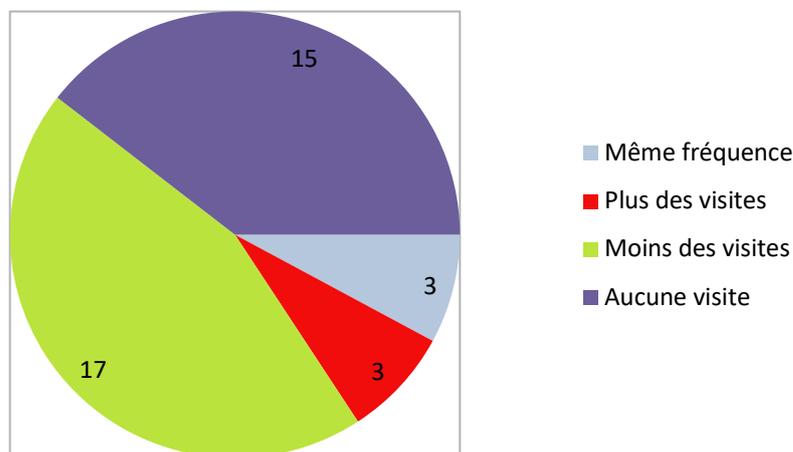


Figure 14 : Fréquence des visites en EHPAD (nombre de médecins)

## **7. La téléconsultation**

### **7.1. Avant et pendant la pandémie**

81,2% des médecins généralistes n'effectuaient pas de téléconsultation avant la pandémie.

Depuis le début de la pandémie Covid-19 77,1% ont mis en place une téléconsultation.

### **7.2. Le support de téléconsultation**

Le support préférentiellement utilisé est le téléphone (21 généralistes) et le support vidéo-audio dans le cabinet (25 médecins).

Les applications sur le portable personnel sont utilisées par 7 médecins.

Un médecin utilise comme support de téléconsultation une « *tablette personnelle restant au cabinet* ».

### **7.3. Le nombre des téléconsultations**

67,6% des médecins déclarent effectuer moins de 5 téléconsultations par jour.

27% effectuent entre 6 et 10 et 5,4% entre 11 et 15 téléconsultations par jour.

Aucun médecin n'assure plus de 16 téléconsultations par jour.

## **8. Le matériel du cabinet**

### **8.1. Le stock avant la pandémie et au moment du questionnaire**

68,8% déclarent avoir eu un stock de matériel avant la pandémie.

Au moment de la participation à cette étude, le stock de matériel permet à 20 médecins (41,7%) de tenir entre 15 et 30 jours.

Aucun médecin ne déclare avoir un stock lui permettant de tenir moins de 3 jours.

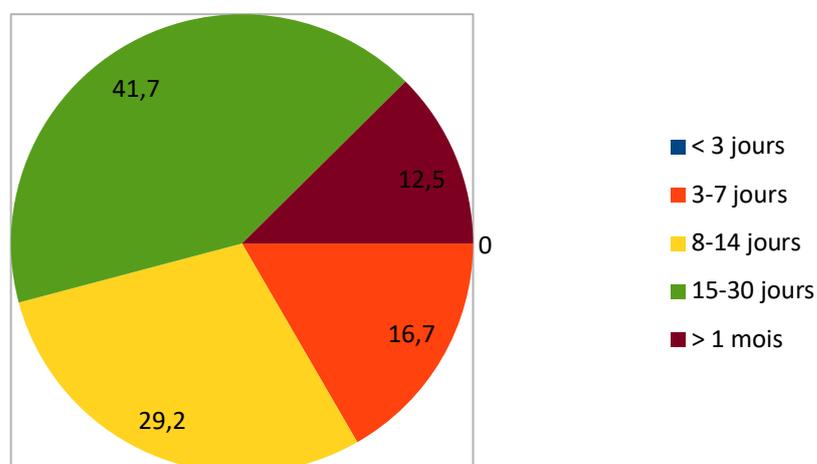


Figure 15 : Durée du stock actuel (jours)

## 8.2. La première commande

39,6% ont effectué la première commande du matériel au début du confinement entre 16-31 mars. 10,4% ont débuté leur première commande avant le mois de février, donc avant l'annonce officielle de pandémie mondiale.

Tous les généralistes ont commandé leur matériel avant le mois d'avril.

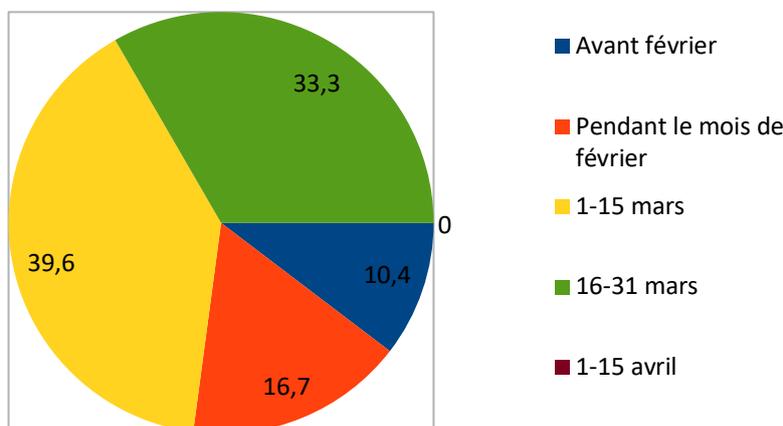


Figure 16 : Première commande de matériel (date)

## 8.3. Difficultés d'approvisionnement et provenance du matériel

70,8% des médecins généralistes affirment avoir connu des difficultés d'approvisionnement en matériel.

41,7% déclarent avoir connu des périodes de pénurie depuis le début du confinement.

Le matériel a été fourni en totalité par les pouvoirs publics pour 16,7 % des médecins.

79,2% des médecins affirment avoir acheté une partie du matériel et 2,1% la totalité.

Cinq médecins (10,41%) confirment avoir manqué d'un seul produit (masques : 1 médecin, surchaussures : 3 médecins et produits de désinfection du cabinet : 1 médecin).

Un médecin déclare avoir un stock insuffisant de tous les produits.

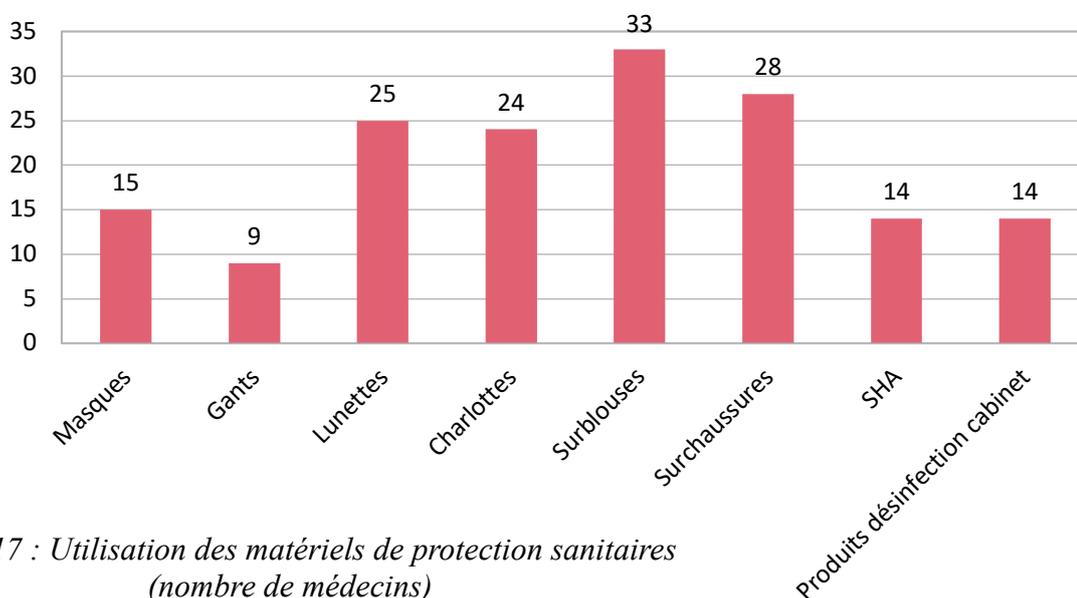


Figure 17 : Utilisation des matériels de protection sanitaires (nombre de médecins)

## **9. Satisfaction de l'organisation lors de la pandémie**

70,8% des médecins généralistes se déclarent satisfaits de la nouvelle organisation de leur cabinet. 14,6% affirment être moyennement satisfaits.

Aucun ne se déclare pas du tout satisfait.

## **10. Les difficultés lors de la mise en place de cette organisation**

Huit généralistes (16,7%) ont rencontré des difficultés pour la mise en place de l'organisation du cabinet pendant la période de pandémie Covid-19.

Parmi les difficultés rencontrées au début de la pandémie et lors de l'organisation du cabinet, les médecins mentionnent une baisse de la charge du travail, et « *l'angoisse d'autres pathologies pouvant être potentiellement sérieuses et vues tard* ».

La baisse de l'activité en ville due en partie à « *la peur des patients de venir au cabinet par rapport aux risques* ».

Le renforcement des mesures d'hygiène pose parfois des difficultés : « *désinfection chronophage* », ainsi que l'organisation des salles d'attente : « *pas de salle dédiée possible pour l'accueil des suspects Covid* ».

Un médecin décrit des difficultés d'organisation dans un cabinet de groupe où « *une salle d'attente donc malgré les échanges nous ne faisons pas tous pareil, le retard des uns impactent la prise en charge des patients des autres, même si les heures dédiées sont bien définies* ».

Un autre médecin généraliste s'interroge sur le déconfinement : « *Inquiétude pour le déconfinement comment allons-nous nous organiser ? Les patients risquent de se mélanger* ».

## **11. Les modifications de l'organisation initiale**

70,8% des médecins généralistes confirment avoir modifié l'organisation du cabinet depuis les premières mesures appliquées. Les raisons motivant le changement ont été divers.

Trente-et-un médecins ont répondu à cette question non obligatoire. Nous avons classé les réponses en cinq catégories : concernant la tenue, l'organisation de la salle d'attente, les mesures générales de prévention et désinfection, l'organisation des horaires et la téléconsultation et l'organisation hors cabinet.

Majoritairement les modifications impliquent les horaires de travail et la mise en place d'une téléconsultation. Les téléconsultations sont privilégiées pour la prise en charge des patients.

Plusieurs médecins ont signalé une baisse de l'activité au cabinet, ce qui a déterminé une

*« augmentation du nombre des plages présentielle non Covid » et une ouverture « à toute demande de consultation, même non urgente ».*

Les plages des consultations pour les pathologies chroniques sont rouvertes *« très peu de consultations Covid sur plages horaires dédiées donc progressivement plages restreintes au profit des pathologies autres ».*

*Les « plages horaires dédiées suspicion Covid [sont] plus longues ».*

Un médecin affirme avoir modifié son organisation concernant les visites à domicile *« visites à domicile le matin, avant de commencer les consultations au cabinet »*

Secondairement, les modifications signalées concernent les mesures barrière et d'hygiène du cabinet *« plus de nettoyage », « limiter le risque de contamination », « protection des patients et de moi-même », « amélioration des mesures barrière », « désinfection plus approfondie », « mise à disposition des patients du produit désinfectant des mains ».*

Des modifications des mesures barrières pour les salles d'attentes sont signalées : *« changement de la salle d'attente »,* ou même *« fermeture de la salle d'attente et réception dans mon propre cabinet »* ou *« renvoie du secrétariat à distance ».*

Un médecin confirme *« le retrait des jouets et le retrait des magazines »* de la salle d'attente.

Les mesures de prévention sont optimisées pour la protection du médecin et des patients: *« port d'un masque à chaque consultation »,* ou bien *« masque pour tous les patients, même non symptomatiques ».*

Le même médecin avoir affirmé le changement d'organisation pour les visites à domicile, améliore aussi les mesures barrière : *« douche et changement de vêtements avant de partir du cabinet ».*

## **12. Mesures prévues après la pandémie Covid-19**

### **12.1. Poursuite des mesures de prévention**

Nous avons interrogé les médecins sur la poursuite des mesures de prévention actuelles en période d'épidémie saisonnière (gastro-entérite aiguë, grippe saisonnière etc.).

81,3% affirment vouloir garder certaines de ces mesures.

Les mesures de prévention susceptibles à rester en place lors des épidémies saisonnières sont : la tenue des médecins, la désinfection des locaux, l'organisation au cabinet (de la salle d'attente et du secrétariat) et l'organisation des horaires des consultations et de la téléconsultation.

Les médecins affirment vouloir poursuivre particulièrement les mesures d'hygiène au sein du cabinet et pour les patients : « *désinfection plus fréquente des locaux et du matériel* », « *lavage des mains obligatoire à l'entrée du cabinet* », « *proposition des masques et du gel hydro-alcoolique* », « *port de masque pour les patients suspects* », « *arrêt serrage de mains* ».

Ils envisagent garder également les mesures barrière pour le secrétariat et la salle d'attente : « *abandon des magazines, espacement des fauteuils dans la salle d'attente* », « *salle d'attente dédiée* », « *isolement dans une salle d'attente dédiée* », « *sortie différente de l'entrée, donc pas de croisement des patients* », « *distanciation sociale* », « *plexiglass protection secrétariat* ».

En ce qui concerne l'organisation des horaires de consultations, les généralistes souhaitent « *garder des plages de consultations dédiées* », et « *l'espacement des plages de rendez-vous* ».

Deux médecins affirment vouloir continuer « *quelques téléconsultations* ».

Un médecin pense à « *arrêter de la consultation libre* ».

Presque la moitié de réponses fait référence à la tenue de médecins. Ils sont donc nombreux à prévoir le port d'une blouse spécifique pour le cabinet ou le port d'un masque : « *port de la blouse au cabinet* », « *blouse professionnelle au travail* ».

## **12.2. Abandon des mesures de prévention**

Neuf de 48 généralistes déclarent ne pas appliquer les mêmes mesures prises pendant la pandémie Covid-19 lors des épidémies saisonnières. La question n'est pas obligatoire. Nous avons reçu peu de réponses explicatives.

Toutefois, les raisons pour lesquelles les médecins généralistes pensent à ne pas poursuivre certaines de mesures barrières appliquées pendant la pandémie Covid-19 sont très variables.

Un médecin déclare ne pas avoir de « *réflexion actuelle sur le futur* ».

Un de ses confrères attend une « *vaccination Covid effective* ».

Deux autres médecins déclarent une « *désinfection régulière déjà faite* » et une organisation « *uniquement sur rendez-vous* ».

Certains accusent des difficultés d'organisation lors des épidémies saisonnières : « *cela [n'est] pas possible en période normale où la fréquentation des cabinets n'est pas la même* », ou « *travailler avec masque en permanence de 8h à 20h c'est un peu lourd* ».

Trois médecins pensent que la poursuite de ces mesure barrière n'est pas nécessaire due à une « *moindre dangerosité de la grippe ou des gastro* » ou à « *peu de cas* ».

Un médecin déclare que sa pratique « *homéo-phyto-micronutrition axée sur la prévention fait que je vois en général peu de grippes, si oui, je ferai ces mesures* ».

Une autre raison pour laquelle un praticien préfère ne pas poursuivre les mêmes mesures de prévention est de « *ne pas paniquer au moindre problème d'épidémie, c'est notre rôle de soignant d'être en contact régulièrement mais rester vigilant* ».

### **13. Commentaires des participants**

Nous avons demandé aux médecins généralistes participants à cette étude s'ils souhaitaient ajouter des choses pour décrire leur organisation ou les difficultés rencontrées lors de la mise en place de cette organisation pendant la pandémie Covid-19.

On note principalement des remarques sur les sources d'information sur le SRAS-CoV-2 et sur la prise en charge des patients : « *trop d'infos tue l'info* », « *multiples sources de recommandations, parfois contradictoires* », « *absence de protocoles et de directives [...] au début de l'épidémie* » etc.

Ils ont décrit une diminution de la charge du travail pendant la période du confinement. Les mêmes remarques ont été faites lors de la modification de l'organisation initiale au cabinet, ce qui a déterminé pour certains cette modification.

M1 : « *travail réduit d'environ 50% mais pas les charges d'un grand cabinet privé* ».

M2 : « *la baisse drastique et jamais vue de l'activité a été le point marquant de cette période de confinement* ».

Un généraliste évoque la diminution de l'activité de médecins dentistes de son secteur et de paramédicaux : « *j'ai constaté avec effroi que les dentistes n'étaient plus joignables et le kiné de mon secteur ne travaillait plus sauf dans l'EHPAD !!!* »

Depuis le début du confinement les cabinets dentaires sont fermés au public dans le contexte de pandémie Covid-19. Les articles du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes codifié aux articles R 4127-201 à R 4127-367 du Code de la Santé Publique et notamment l'article R 4127-204 alinéa 1 prévoyant que « *le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients. Il doit notamment prendre, et faire prendre par ses adjoints ou assistants, toutes les mesures propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit* ». (29)

L'arrêté n°0064 du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus de la Covid-19 au terme de laquelle *"Les chirurgiens-dentistes recevront des masques chirurgicaux leur permettant de gérer uniquement les activités les plus prioritaires, étant entendu que les patients cas possibles ou confirmés et les cas contacts à haut risque sont invités à reporter leurs soins dentaires (pour les urgences, un masque de norme FFP2 pourra être mis à disposition ponctuellement)"*(30)

Les urgences dentaires sont assurées à tour de rôle par les médecins dentistes du secteur.

Le médecin qui critique l'absence de protocole et des directives des structures spécifiques, décrit également les difficultés dans son secteur avec *« les nombreux patients qui n'ont plus de médecin traitant »*.

Pendant la période du confinement les personnes sans médecin traitant ayant besoin d'un conseil médical ou les personnes suspectes de la Covid-19 sans médecin traitant sont invitées à contacter un médecin de ville de leur secteur. Les personnes ayant fait appel au Centre 15 sont dirigées vers les médecins généralistes du secteur. (25)

Certains généralistes nous décrivent des difficultés pour la mise en place d'une téléconsultation, ainsi que le temps que cela prend pour les *« non habitués »* : *« beaucoup de temps à passer à expliquer la téléconsultation »*, *« téléconsultation en visio compliquée quand pas habituée, le téléphone seul pourrait suffire quand on connaît le patient et qu'on peut le suivre sur plusieurs jours »*.

Un médecin signale que *« plusieurs patients nous ont apporté du matériel de protection des leurs réserves personnelles »*.

Un de ses confrères affirme que *« j'ai distribué largement des masques de la grippe H1N1 (qui heureusement étaient toujours en place dans ma vitrine) à mes patients fragiles ou atteints Covid»*.

Nous n'avons pas reçu de remarques sur la difficulté d'approvisionnement du matériel médical.

# **DISCUSSION**

## **A. Discussion de la méthode**

Notre étude descriptive rétrospective porte sur l'organisation des médecins généralistes du Loir-et-Cher face à la pandémie de COVID-19. Elle est réalisée sur la base d'un questionnaire comportant des questions fermées et des questions ouvertes, ce qui en limite la portée scientifique. Néanmoins, les questions ouvertes, non obligatoires, ont contribué à une analyse qualitative des difficultés rencontrées par les généralistes.

Malgré le délai court entre le début de la pandémie et la réception du questionnaire, l'étude comporte également un biais de mémorisation et la déclaration des pratiques ne permet pas d'affirmer totalement la conformité des faits.

Le genre, l'âge et le mode d'exercice des médecins réponders reflètent les caractéristiques de la population étudiée. (28)

La représentativité de notre échantillon (48 réponses sur 228 médecins interrogés) est néanmoins limitée par un taux bas de réponses, classique dans ce type d'étude. La période de pandémie, préoccupante pour les médecins généralistes, et le type de questionnaire (internet) peuvent avoir contribué à ce faible taux de réponse.

## **B. Discussion des résultats**

### **1. Sources d'information**

Lors des épidémies saisonnières, les médecins ont utilisé comme source d'information principale les revues médicales officielles (47% pour l'épidémie de grippe saisonnière selon une étude en Alsace en 2019 (31) ou les formations médicales (66% des soignants selon une étude de 2013 sur la grippe (13)).

Les médecins de notre étude ont déclaré un taux comparable de recours aux sources d'information officielles. Néanmoins, la majorité d'entre eux a regretté les difficultés d'accès à une information fiable, évoquant également des données parfois contradictoires selon les sources. 39,6% d'entre eux ont interrogé des confrères, recherchant une expertise de proximité et des solutions concrètes pour l'organisation de leur cabinet.

Nous notons en outre que 16,6% des participants ont déclaré n'avoir consulté aucune source, ni pour définir l'organisation, ni pour le suivi de la pandémie Covid-19. Notre questionnaire ne permet pas d'analyser cette attitude qui pourrait témoigner d'un niveau de formation

antérieur suffisant ou d'un recours au simple « bon sens » sur lequel il serait légitime de s'interroger. Une étude qualitative sur ce thème pourrait compléter notre travail.

La meilleure stratégie pour informer les médecins et les convaincre d'adopter des nouvelles mesures en cas de pandémie reste difficile à établir : Dans une étude de 2011 dans le Val de Marne lors de l'épidémie de grippe en 2009/2010, 43% des médecins interrogés indiquaient ne jamais visiter le site officiel du Ministère de la Santé pour s'informer. (32)

Concernant la pandémie de Covid-19, le premier obstacle pour informer les médecins était l'absence de connaissances scientifiques sur le SRAS-CoV2, son mode de transmission, sa contagiosité réelle et sa dangerosité. Les premières données scientifiques validées n'ont été publiées en janvier 2020 par l'OMS. (33)

Le Ministère de la Santé a ensuite diffusé ses premières recommandations le 20 mars, en plein pic épidémique : même si ce document contenait des informations très pratiques (fiches), la perspective d'avoir à analyser 56 pages semblait contraignante pour des généralistes déjà très sollicités (25) :

M1: *«... absence de protocoles et de directives de la DGS et ARS au début de l'épidémie (début mars), puis directives de 61 pages par exemple!!! Pagaille dans les demandes d'arrêts de travail [...]»*

M2: *«multiples sources de recommandation, parfois contradictoires, pas toujours évident d'avoir une marche à suivre claire...»*

M3: *«un peu trop d'info tout le temps mais pas d'info précise sur mon territoire.»*

M4: *«trop d'infos tue l'info (CDOM, ARS, DGS, pompiers, syndicats)»*

D'autres formats d'information auraient pu être mis en avant par les autorités sanitaires, comme les documents synthétiques du RHC-CPias Centre-Val de Loire : le Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins a en effet pour mission l' *«Expertise dans la gestion et la prévention du risque infectieux associé aux soins dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et le secteur des soins de ville de la région Centre-Val de Loire, dans le cadre des plans et programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins (IAS) et de la résistance microbienne aux antibiotiques.»* Il a mis, par exemple, à disposition des professionnels le 02/04/2020 un diaporama didactique sur les mesures sanitaires afin d'aider les acteurs du secteur libéral. (34) Ces publications sont peu connues des Généralistes mais sont conçues pour répondre à leur besoin d'informations concrètes, assimilables en délai court.

Nous identifions donc le besoin de développer un portail officiel unique sur internet, dédié aux situations épidémiques, et contenant des fiches pratiques, des tutoriels vidéo courts, des solutions de e-learning, répondant aux attentes des médecins généralistes. Pour être efficient, cet outil de diffusion devrait être clairement fléché par tous les acteurs institutionnels (Ministère de la Santé, ARS, Conseil de l'Ordre, CPTS...), mis à jour en temps réel et alimenté par des sources scientifiques rigoureuses.

## **2. Mesures sanitaires :**

### **2.1. Adaptation globale des mesures sanitaires**

L'objectif des précautions d'hygiène en secteur hospitalier comme en secteur libéral est de limiter la transmission croisée entre patients et de protéger les professionnels de santé. Dans ce but, à l'occasion des épidémies annuelles de grippe et des pandémies antérieures, des recommandations ont été publiées afin d'aider les médecins généralistes à mettre en place les mesures sanitaires essentielles (9) (12) (13) (32) : port du masque, hygiène des mains en privilégiant la friction avec un produit propriété virucide (norme NF EN 14476), distanciation et précautions en salle d'attente, entretien du petit matériel, bio-nettoyage des locaux. Ces conseils sont supposés connus de tous et simples à mettre en œuvre.

Des études ont néanmoins mis en évidence une adhésion partielle ou faible à ces préconisations et des difficultés à transformer les pratiques des médecins libéraux :

Dans une étude de 2011 en Val de Marne sur l'organisation des médecins généralistes lors de l'épidémie de grippe A 2009/2010, 55% des généralistes ont déclaré consulter les cas suspects uniquement sur rendez-vous, mais 57% n'ont pas appliqué dans leurs cabinets les mesures de protection recommandées. (32)

En 2013 en Normandie, face à la pandémie de grippe A, seuls 30% des généralistes avaient réorganisé la salle d'attente en isolant les cas suspects de grippe et 13,5% avaient examiné les cas suspects sur des plages des consultations spécifiques. (13)

En 2016 dans les Alpes-Maritimes, une étude sur l'expérience des médecins généralistes lors de l'épidémie de grippe saisonnière a conclu que la majorité d'entre eux n'avait pas changé leur organisation lors de l'épidémie et que tous les médecins avaient arrêté les mesures de protection proposées lors de la pandémie A H1N1. Les hypothèses évoquées pour l'abandon ou la non mise en place des mesures étaient : la bonne couverture vaccinale pour la grippe

saisonnaire, l'épreuve physiquement difficile, la routine et la conviction que la grippe et une maladie bénigne. (14)

Par contre, dans l'étude en Val de Marne il était noté que la participation à une formation (notamment dans le cadre d'une Formation Médicale Continue (FMC)) avait favorablement incité les médecins généralistes à organiser leurs salles d'attentes lors de l'épidémie de grippe A. (32)

Contrairement aux études précédentes, nous observons que tous les médecins de notre enquête ont affirmé avoir changé leur organisation habituelle, afin de s'adapter aux recommandations Covid-19. Les mesures appliquées répondaient en grande partie aux consignes de la fiche ARS du 20/03/2020 : Nous formulons l'hypothèse que l'annonce d'une contagiosité et d'une létalité supposées importantes ont contribué à motiver les médecins généralistes à changer leurs pratiques.

## **2.2. Port du masque**

L'importance du port du masque, son taux de protection et la façon de l'utiliser ont été au cœur des polémiques en début de pandémie. Puis, en avril 2020, la Société Française d'Infectiologie a publié un article sur les mesures de protection contre la Covid-19, afin de mettre fin aux notions inexactes concernant les masques. Plusieurs études comparatives entre le virus SRAS-CoV-1 et le SRAS-CoV-2 ont été citées, permettant de conclure à une efficacité garantie pour les masques chirurgicaux pour la population générale et pour le cadre médical, les masques FFP2 n'étant supérieurs aux masques chirurgicaux, que lors des gestes respiratoires à haut risque. (36)

Les taux de protection d'un masque chirurgical est estimé supérieur à 95 % pour un aérosol d'une taille moyenne de 3  $\mu\text{m}$  et les masques FFP2 filtrant au moins 94 % des aérosol de taille moyenne de 0,6  $\mu\text{m}$ . Les deux types de masques sont estimés avoir une durée de protection de 3 à 8 heures, mais la durée du port permanent est conseillée de 4 heures. (37) (38)

Dans notre étude, le respect massif du port du masque (93%) était un point important, d'autant que la réticence à cette mesure a été décrite dans plusieurs études antérieures :

Suite à la pandémie de SRAS de 2002/2003, une étude comparative a été effectuée sur l'utilisation d'un masque chez les médecins généralistes de Hong Kong et de Toronto. Les

médecins hongkongais étaient plus susceptibles de porter un masque (97,7%) que leurs collègues canadiens (52,7%). Le résultat était similaire pour les secrétaires des cabinets. (39)

De la même façon dans l'étude normande de 2013, seuls 21,3% des Généralistes portaient eux-mêmes un masque FFP2 et 10,6% un masque chirurgical. Ils évoquaient pour principal obstacle au port du masque une mauvaise tolérance. (13)

En 2019 en Alsace, seuls 4,1% des généralistes gardaient un masque pendant les consultations des patients suspects de grippe, mais plus de la moitié des médecins utilisaient cette protection quand eux-mêmes présentaient des symptômes. (31)

Néanmoins, pour Ribaut, en 2008, 97% des généralistes exprimaient l'intention de porter un masque FFP2 en cas d'épidémie de grippe aviaire. (40)

En outre, une étude publiée en mai 2020, comparait le nombre des contaminations Covid-19 en Taïwan et New-York : elle a conclu à une très faible contamination en Taïwan grâce au port intensif du masque dans le pays et à une disponibilité des masques plus facile pour la population générale, contrairement à l'État de New-York. (41)

Le port du masque est, depuis notre enquête, devenu obligatoire dans les lieux fermés (42) et fortement recommandé aux médecins dans toute leur pratique. (43)

Malgré la contrainte, son utilisation est large dans toute la population en France, avec des qualités d'usage très variable. La perspective d'une pandémie de longue durée devrait, théoriquement, inscrire le masque durablement dans les pratiques des soignants, et, peut-être dans les habitudes de la population.

### **2.3. Mesures de distanciation**

L'importance d'éviter les contacts entre les patients lors de l'attente de la consultation, a imposé aux médecins généralistes une nouvelle organisation de leur cabinet.

L'article publié par le Ministère de la Santé en mars 2020 précisait en effet les mesures à appliquer afin d'isoler les patients suspects Covid-19 : plages de rendez-vous spécifiques, lieux d'attente différés pour les patients suspects Covid-19 ou quand cela n'est pas possible, la mise en place d'une distanciation d'un moins d'un mètre entre les patients. Les mêmes mesures de distanciation étaient précisées pour la protection du personnel d'accueil. (25)

Dans notre étude le respect de cette mesure est massif : attente dans le véhicule personnel (30 réponses), attente à l'extérieur du cabinet (18 réponses), réduction du nombre des patients

dans la salle d'attente (28 réponses). La distanciation comme seule mesure applicable en salle d'attente n'est choisie que par 6,3 % des généralistes.

#### **2.4. Hygiène des mains**

L'hygiène des mains est définie comme une mesure préventive essentielle à promouvoir. La friction avec une SHA est préférable si les mains ne sont pas souillées. Elle est fortement conseillée après un contact avec les sécrétions respiratoires. (33)

Une étude comparative de 2002 entre le lavage des mains à l'eau et au savon et l'utilisation des SHA par le personnel soignant, montrait que l'observance du lavage des mains ne dépassait pas 30% à 50%. Les raisons essentielles étaient le manque du temps lié à la charge du travail, le manque d'accessibilité, la sous-estimation des risques. Au contraire, l'accès immédiat à la SHA et la rapidité du geste (durée de friction de 10-20 secondes pour les SHA versus 40-80 pour le lavage) rendaient l'utilisation des SHA plus facile pour le personnel soignant. (44). Depuis 2002, l'usage de la SH s'est beaucoup développé : ainsi, une étude de 2013 concernant l'hygiène des cabinets médicaux en Midi-Pyrénées montrait que 83,3% des médecins généralistes interrogés se lavaient les mains entre chaque patient. Le manque de temps pour le lavage fréquent des mains était néanmoins un obstacle important signalé. (45)

Mais, s'ils utilisent personnellement la SHA, les généralistes ne mettent pour autant pas toujours à disposition des patients les produits d'hygiène : En 2019 en Alsace, la moitié des généralistes interrogés sur la prise en charge de la grippe saisonnière ne mettaient pas à disposition des patients de la SHA, des masques ni des mouchoirs jetables. (31)

Dans notre étude la mise à disposition de SHA a été large (81,3%) témoignant d'une claire prise de conscience du risque de transmission croisée par manuportage.

#### **2.5. Tenue de travail**

Dès le premier article publié par l'OMS en janvier 2020, l'utilisation d'une tenue spécifique de travail pour les médecins était recommandée, adaptée aux risques encourus. Le port d'une blouse propre, non stérile, à manches longues était préconisé pour éviter la contamination par le contact et les gouttelettes. (33). Cette tenue vise à protéger le médecin, mais également ses proches lors de son retour au domicile.

Les médecins généralistes de notre étude ont adopté le port d'une tenue spécifique comme 2ème mesure de prévention et protection après le port d'un masque : tenue complète portée

uniquement au cabinet (17 médecins), blouse portée uniquement au travail (25 médecins), surblouse jetable (10 médecins).

Pour 50% d'entre eux le port d'une tenue spécifique au travail était la mesure qui aurait le plus de chances d'être pérennisée après la pandémie.

## **2.6. L'hygiène du matériel et de l'environnement dans le cabinet**

Une étude suisse conduite pendant cinq mois en 2009 a relevé une contamination égale ou voir plus importante d'un stéthoscope après un examen clinique, que la main dominante du médecin. L'étude ne prenait pas en compte les virus respiratoires mais incitait les médecins à une désinfection du matériel après chaque patient. (46)

L'hygiène du matériel est donc au cœur de la prévention de la transmission croisée : nous retenons que 89,6% des Généralistes de notre étude ont déclaré désinfecter plus souvent leur cabinet qu'en temps habituel, et particulièrement leur stéthoscope (58,3% après chaque patient). Par contre, seuls 48.9% déclaraient désinfecter l'environnement après le passage d'un patient suspect de Covid-19, prenant le risque d'une contamination durable des surfaces du cabinet en raison de la persistance du SRAS-CoV-2, estimée maintenant à 24 voire 48 heures (19). Par contre, 97.9 % d'entre eux déclaraient ne pas prélever de test PCR au cabinet limitant ainsi, bien sûr, grandement les risques de projection dans l'environnement.

Mêmes incomplètes, ces dispositions sont importantes et témoignent d'une attention renforcée à l'hygiène, meilleure que dans un précédent état des lieux concernant l'hygiène des cabinets médicaux en Midi-Pyrénées en 2013 où seulement 5,8% des généralistes nettoyaient leurs stéthoscopes entre chaque patient en dehors d'état d'épidémie, et 30,8% une fois par jour. (45)

Dans l'étude de 2019 de Kuentzmann P. sur la prise en charge de la grippe en cabinet de médecine générale, 61,2% des généralistes nettoyaient leurs stéthoscopes au moins une fois par jour. (31)

Dans l'étude de 2013 en Normandie sur la pandémie de grippe A, moins de 50% des participants désinfectaient la surface de travail une fois par jour et seulement 8% après chaque patient. Presque la moitié des généralistes avaient eu le sentiment d'avoir modifié leurs pratiques habituelles pendant la période de l'épidémie. (13)

Sans renforcement du personnel, il paraît donc impossible de demander aux Généralistes d'accentuer leurs procédures d'hygiène. Mais, conscients des risques potentiels liés au manuportage, au cabinet comme ailleurs dans la vie quotidienne, ils doivent inciter leurs patients à une bonne hygiène des mains qui limiterait les risques de contamination.

## **2.7. Délai de mise en œuvre des mesures sanitaires**

Aucun médecin n'a anticipé la mise en œuvre de précautions « contact » ou « respiratoire » avant le 1<sup>er</sup> mars malgré les alertes sur la dangerosité du SRAS-CoV2 : 43,7% d'entre eux ont débuté cette nouvelle organisation entre le 1<sup>er</sup> et le 15 mars, soit avant le confinement officiel obligatoire, et 54.1% entre le 16 et 31 mars. Cette réactivité peut sembler lente mais elle doit être mise en perspective avec le nombre de cas de Covid-19 encore très limité en Loir-et-Cher à cette période (environ 500 nouveaux cas par jour pendant la période de notre étude, soit entre 17/04/2020 et le 08/05/2020, et seulement 11 personnes en réanimation à la date de clôture du questionnaire (22)(23))

L'expérience acquise durant la pandémie de COVID-19 pourrait, à l'avenir, améliorer le délai entre l'annonce d'un danger d'épidémie et la mise en œuvre par les médecins des mesures de protection limitant la transmission d'un virus respiratoire.

## **3. Matériel**

Il est de la responsabilité des médecins généralistes de disposer en permanence du matériel sanitaire de base pour l'exercice quotidien de leurs activités (masques, SHA, produits nettoyants-désinfectants, tenue adaptée). Il incombe par ailleurs aux pouvoirs publics de prévoir le matériel et la procédure pour sa délivrance immédiate en cas de crise sanitaire aiguë. Les experts interrogés en 2019 sur la stratégie de constitution d'un stock de masques pour faire face à une pandémie grippale, ont estimé que « *le besoin en masques est d'une boîte de 50 masques par foyer, à raison de 20 millions de boîtes en cas d'atteinte de 30% de la population* » (49)

Mais, le stock disponible début mars 2020 s'est avéré insuffisant pour couvrir tous les besoins en début de pandémie COVID-19. L'ARS Centre-Val de Loire a été contrainte de publier un appel au don de matériel médical (gants, masques chirurgicaux ou FFP2, surblouses etc.) auprès des entreprises du secteur, afin de faire face aux difficultés d'approvisionnement dans le secteur sanitaire et social. (47). Heureusement, 70% des généralistes de notre étude disposaient d'un stock de matériel avant même le début de la pandémie en France. Cette anticipation n'a pas suffi à empêcher des périodes de pénurie (essentiellement dans les 2 premières semaines de confinement) ou de réelles difficultés d'approvisionnement (70,8%), en particulier pour les masques 31,25%). 79,2% de ces médecins ont donc opté pour l'achat direct de matériel, en dehors des circuits prévus par l'ARS. L'impact réel de ces retards d'approvisionnement sur la circulation du virus est difficile à distinguer des autres facteurs de progression de la pandémie : le nombre de cas de COVID 19 dans la région a été en continue

augmentation, avec un pic dans la période de décembre 2020 et le taux d'occupation des lits en réanimation était de 69% à la mi-février 2021. (48)

Dans les suites de la pandémie Covid-19, il est donc crucial de clarifier la gestion d'un stock de masques de sécurité : le Sénat a donc décidé la constitution d'un stock de 1 milliard de masques pour faire face à une éventuelle nouvelle menace sanitaire. Le Ministère de la Santé a proposé de constituer deux types de stock :(50)

- *un stock stratégique national de masques FFP2 et chirurgicaux dont la dimension doit permettre de couvrir 10 semaines de consommation de crise ;*

- *un stock de sécurité détenu par les établissements de santé correspondant à 3 semaines de consommation de crise et qui intégrerait également les autres Équipements de protection individuelle (EPI) (surblouses, tabliers, gants, etc.).*

#### **4. Organisation des consultations**

##### **4.1. L'organisation hors cabinet**

Les visites à domicile du patient représentent une pratique courante en médecine générale, pouvant exposer le patient au risque d'être contaminé par son médecin traitant.

Dans les années 1990 les visites à domicile représentaient environ 30% de l'activité des généralistes, entraînant un coût considérable à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Pour réduire le déficit général, une réforme des visites à domicile commence en 2002, suivi d'un nouvel arrêté de loi en 2006. La réforme consiste en appliquer des restrictions sur le remboursement des visites, ainsi qu'à une revalorisation des tarifs pour les médecins. (51)(52)

Une étude de 2002-2003 réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur 992 médecins généralistes libéraux sans mode d'exercice particulier, constate que les visites à domicile représentent 18% de l'activité des médecins de l'Île de France et 23% en moyenne pour les généralistes dans le reste de la France. (53)

Malgré une réduction progressive du nombre des visites à domicile effectuées par les généralistes, celles-ci semblent bien « chronophages » et difficile à organiser, comme Vialtel S-E. l'évoque dans son étude qualitative réalisée en 2012 en Lorraine. (54) Elles sont généralement réservées aux patients les plus fragiles, qui se déplacent difficilement au cabinet libéral.

Afin de réduire le risque de contamination par le SARS-CoV-2 des patients fragiles et des résidents en EHPAD, les généralistes de notre étude ont diminué voire complètement arrêté au début de la pandémie Covid-19 de se rendre au domicile ou en EHPAD. 56,5% ont réduit les visites à domicile, 39,5% les consultations en EHPAD et 44,7% ont complètement arrêté les visites en EHPAD, déléguant au médecin coordonnateur la continuité des soins des résidents et la gestion des éventuels cas groupés.

Ces précautions appliquées prudemment par les médecins généralistes s'ajoutent aux protocoles stricts limitant ou interdisant les déplacements des résidents au sein de leur établissement, ainsi que les visites de leurs proches. (55). Les conséquences de ces choix sur la santé des résidents sont difficiles à évaluer pour l'instant, faute d'études recherchant une sur-morbi-mortalité liée à la non prise en charge de certaines pathologies hors Covid.

#### **4.2. La téléconsultation**

Il arrive assez souvent qu'un patient essaie de contacter par téléphone son médecin généraliste pour un conseil médical, une demande d'une ordonnance ou d'un document, ou même pour un avis diagnostique. Cette pratique définit la téléconsultation et est encadrée par la loi depuis 2004. Elle a été consolidée dans la loi « Hôpital Patients Santé Territoires » promulguée en 2009 et inscrite dans le Code de la Santé Publique en 2010. (56)

Le premier projet structuré de télémédecine et de téléconsultation en France a été établi en 2009 entre deux établissements publics des Hôpitaux de Paris : l'hôpital européen George Pompidou (HEGP) et l'hôpital gériatrique Vaugirard-Gabriel-Pallez pour une durée de huit mois. Le but était d'éviter un déplacement long, parfois fatiguant et perturbant des patients hospitalisés dans le service de gériatrie, nécessitant un avis spécialisé à l'HEGP.

Conçue initialement pour couvrir la déficience d'offre de soins due aux déserts médicaux, la télémédecine s'est développée au-delà, se révélant comme un outil efficace pour des personnes âgées isolées et en difficulté pour se déplacer. (57)

Mais, malgré le développement rapide d'internet, la pratique de la télémédecine en France ne semblait néanmoins pas dépasser quelques centaines par an avant 2020 et la téléconsultation ne faisait pas partie de la pratique habituelle des médecins généralistes participant à notre étude (81,2%).

Parmi les freins au développement de la pratique à distance, la question de la responsabilité juridique était soulevée par les assureurs des professionnels de santé : Le numéro 45 de la revue Responsabilité (éditée depuis 2001 par le groupe MACSF abordant des sujets comme le droit de la santé, la responsabilité civile professionnelle, le risque médical etc.) fixait en particulier des limites à cette pratique : les auteurs mettaient en garde les généralistes sur la

responsabilité juridique d'une téléconsultation, notamment sur les appels importuns qui interrompent les consultations en cours. Une note systématique dans le dossier du patient était conseillée lors de chaque appel. (58)

Partant donc d'une télémédecine non structurée, la pandémie Covid-19 a agi comme un catalyseur pour amener les médecins généralistes à développer cette pratique dans leurs cabinets : alors qu'ils n'étaient que 18,8% à déclarer une activité de téléconsultation avant la pandémie. 77,1% ont mis en place ce mode de consultation. En ce sens, ils ont suivi les incitations de la DGS à utiliser des applications comme Skype®, WhatsApp®, FaceTime® et, dans certains territoires, des solutions d'échanges vidéo proposées par les ARS. (59) Une standardisation de la téléconsultation a également été suggérée (à l'aide d'un questionnaire) pour détecter l'évolution des facteurs de gravité des patients interrogés à distance. La Société Française de Santé Digitale (SFSD) relève les avantages de ce mode de téléconsultation : il permet de dépister le plus tôt des formes graves, d'éviter un déplacement du patient au cabinet libéral ou dans un Service d'Accueil des Urgences, et d'éviter la contamination des autres patients consultant le cabinet médical libéral. (60)

En complément, le recours aux Dispositifs Médicaux Connectés (DMC) semble pouvoir contribuer à une prise en charge sécurisée des patients à distance. La surveillance de la saturation en oxygène par un oxymètre connecté pourrait, par exemple, être systématisée pour les patients présentant des signes respiratoires de la COVID-19.

Le sujet de la téléconsultation pendant la pandémie de Covid-19 est abordé aussi dans deux études réalisées par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) :

La première, réalisée entre le 2 et le 3 avril 2020 sur 2639 actes médicaux de 138 médecins généralistes révèle que la téléconsultation représentait alors 30% du total des actes. 22,3% du total des actes concernait une suspicion de Covid-19, dont 45% ayant eu lieu en téléconsultation. (61)

La deuxième enquête est réalisée le 6 avril sur 2541 actes médicaux de 117 médecins généralistes de France. Une discrète baisse du nombre de consultations pour les patients suspects Covid-19 était remarquée, mais pas une diminution de la téléconsultation (26% du total des actes et 44% pour les cas Covid-19). (62)

Il serait intéressant de rechercher l'impact de la téléconsultation sur les médecins généralistes et leurs ressentis lors de cette pratique. Plusieurs participants à notre enquête ont en effet signalé les difficultés rencontrées pour la mise en place de la téléconsultation, qu'ils décrivent comme « chronophage » lorsqu'ils n'en sont pas familiers. Nous n'avons pas interrogé les

médecins sur la poursuite de cette pratique en dehors de la pandémie, mais deux d'entre eux ont spontanément déclaré vouloir continuer quelques téléconsultations.

Si la télémédecine s'est développée en raison d'une crise aiguë, il reste maintenant à structurer les usages et les limites dans tous les champs de la médecine, et en particulier dans la planification des outils prévus en cas d'épidémie.

## **CONCLUSION**

Face à un risque sanitaire grave, la rapidité et l'efficacité des mesures mises en œuvre sont essentielles. Les médecins généralistes du Loir-et-Cher interrogés dans cette étude ont déclaré s'être approprié les mesures sanitaires dans les 5 grands axes préconisés par les autorités de santé : port du masque, mesures de distanciation, hygiène des mains, tenue au travail et désinfection du matériel et de l'environnement. Leur délai de réactivité peut sembler long au regard d'une pandémie grave mais il doit être mis en perspective avec les difficultés d'information au stade initial de l'épidémie et la faible diffusion du virus dans leur département à cette période.

Dans l'idéal, l'adoption de la majorité des mesures sanitaires au quotidien dans les cabinets de Médecine Générale garantirait la sécurité de tous à tout moment. La baisse notable de circulation des virus saisonniers (grippe et gastro-entérites) durant l'hiver 2020-2021 (63) est en ce sens très incitative : elle pourrait influencer positivement les Généralistes et éviter l'abandon de ces mesures, déjà observé par le passé.

A la faveur de cette pandémie, la télémédecine s'est développée mais elle doit maintenant être clairement encadrée, de même que la diffusion d'outils connectés qui pourraient contribuer à une meilleure sécurité des patients : des études doivent être développées pour évaluer la performance de ces nouvelles prises en charge.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Sardon J-P. From the long history of epidemics to Covid-19. Anal Popul Avenir. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02557027>
2. Code de la santé publique - Article L3114-4. Code de la santé publique.
3. Maladie Covid-19 (nouveau coronavirus). Institut Pasteur. 2020. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus>
4. Jacques C. Plan de réponse contre une menace de SRAS. :47.
5. OMS | l'OMS lance une alerte mondiale à la suite de cas de pneumonie atypique. WHO. World Health Organization; Disponible sur: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr22/fr/>
6. WHO | Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) - multi-country outbreak - Update WHO. World Health Organization; Disponible sur: [https://www.who.int/csr/don/2003\\_03\\_16/en/](https://www.who.int/csr/don/2003_03_16/en/)
7. Bitar D, Emmanuelli J. Syndrome respiratoire aigu sévère. 2003;40.
8. Paquet C, Quatresous I, Barboza P, Brindel P. L'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (Sras) dans le monde. :8.
9. La-veille-internationale-menee-a-lInstitut-de-veille-sanitaire-lors-de-la-pandemie-grippale-AH1N12009.pdf. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/profile/Arnaud\\_Tarantola/publication/230667914\\_La\\_veille\\_internationale\\_menee\\_a\\_lInstitut\\_de\\_veille\\_sanitaire\\_lors\\_de\\_la\\_pandemie\\_grippale\\_AH1N12009/links/0912f502b839de3de5000000/La-veille-internationale-menee-a-lInstitut-de-veille-sanitaire-lors-de-la-pandemie-grippale-AH1N12009.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Arnaud_Tarantola/publication/230667914_La_veille_internationale_menee_a_lInstitut_de_veille_sanitaire_lors_de_la_pandemie_grippale_AH1N12009/links/0912f502b839de3de5000000/La-veille-internationale-menee-a-lInstitut-de-veille-sanitaire-lors-de-la-pandemie-grippale-AH1N12009.pdf)
10. Grippe A (H1N1) de 2009-2010 par pays. In: Wikipédia. 2020. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Grippe\\_A\\_\(H1N1\)\\_de\\_2009-2010\\_par\\_pays&oldid=168627968](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Grippe_A_(H1N1)_de_2009-2010_par_pays&oldid=168627968)
11. Santé Publique France. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/rapport-synthese/la-veille-et-la-surveillance-pendant-la-pandemie-grippale-a-virus-a-h1n1-2009-bilan-de-l-invs>
12. Plan\_Pandemie\_Grippale\_2011.pdf. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Pandemie\\_Grippale\\_2011.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Pandemie_Grippale_2011.pdf)
13. Ho P. Pandémie grippale A/H1N1v en 2009: comment les médecins généralistes hauts normands ont-ils adapté leur pratique? (enquête auprès de 89 médecins généralistes). 2012;105.

14. Castellani K. Perceptions et expériences des médecins généralistes quant à la prescription des inhibiteurs de la neuraminidase lors d'une épidémie de grippe. 2016;58.
15. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. Discovery of a novel coronavirus associated with the recent pneumonia outbreak in humans and its potential bat origin. bioRxiv. 23 janv 2020;2020.01.22.914952.
16. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
17. Pandémie de Covid-19. In: Wikipédia 2020. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pand%C3%A9mie\\_de\\_Covid-19&oldid=169274077](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pand%C3%A9mie_de_Covid-19&oldid=169274077)
18. Heymann DL, Shindo N. COVID-19: what is next for public health? The Lancet. févr 2020;395(10224):542-5.
19. HCSP. COVID-19 : prise en charge des cas confirmés Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2020 mars. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=771>
20. Coronavirus : nombre de morts par pays dans le monde 2021. Statista. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/1101324/morts-coronavirus-monde/>
21. INFOGRAPHIE. Coronavirus : visualisez l'évolution du nombre de morts dans le monde en un graphique animé. Franceinfo. 2020. Disponible sur: [https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/infographie-coronavirus-visualisez-l-evolution-du-nombre-de-morts-dans-le-monde-en-un-graphique-anime\\_3903679.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/infographie-coronavirus-visualisez-l-evolution-du-nombre-de-morts-dans-le-monde-en-un-graphique-anime_3903679.html)
22. Info Coronavirus COVID-19 Gouvernement.fr. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>
23. INFOGRAPHIES. Coronavirus : morts, hospitalisations, âge des malades... Suivez l'évolution de l'épidémie en France et dans le monde. Franceinfo. Disponible sur: <https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/infographies-covid-19-morts-hospitalisations-age-malades-l-evolution-de-l-epidemie-en-france-et-dans-le-monde-en-cartes-et-graphiques.html>
24. 2020-05-02-bulletin information COVID-19.pdf. Disponible sur: [https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-05/2020-05-02\\_bulletin%20information%20COVID-19.pdf](https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-05/2020-05-02_bulletin%20information%20COVID-19.pdf)
25. covid-19\_doctrine\_ville\_v16032020finalise.pdf. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19\\_doctrine\\_ville\\_v16032020finalise.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_doctrine_ville_v16032020finalise.pdf)
26. 2020-03-10\_Modalités organisationnelles cabinets officines.pdf. Disponible sur: [https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2020-03/2020-03-10\\_Modalit%C3%A9s%20organisationnelles%20cabinets%20officines.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2020-03/2020-03-10_Modalit%C3%A9s%20organisationnelles%20cabinets%20officines.pdf)
27. HCSP. Avis provisoire Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2020 mars. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=775>

28. Professionnels de santé. Disponible sur: <http://www.pilote41.fr/social-et-sante/sante/professionnels-de-sante>
29. publication.pdf. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code/files/assets/common/downloads/publication.pdf>
30. Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19.
31. Kuentzmann P, Martinot M. Prise en charge de grippe saisonnière en cabinet de médecine générale en Alsace. *Médecine Mal Infect.* 1 juin 2019;49(4, Supplement):S106.
32. Claude MA. L'attitude des médecins généralistes au cours de l'épidémie de grippe A 2009/2010. :60.
33. 9789240000933-fre.pdf. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330675/9789240000933-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
34. prev\_COVID-19\_MED-LIB\_RHC-Cpias-CVDL03042020.pdf. Disponible sur: [https://rhc-arlin.pasman.fr/wp-content/uploads/2020/04/prev\\_COVID-19\\_MED-LIB\\_RHC-Cpias-CVDL03042020.pdf](https://rhc-arlin.pasman.fr/wp-content/uploads/2020/04/prev_COVID-19_MED-LIB_RHC-Cpias-CVDL03042020.pdf)
35. Paquet et al. - L'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (S.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2003/24\\_25/beh\\_24\\_25\\_2003.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2003/24_25/beh_24_25_2003.pdf)
36. choix-des-masques-14-avril-2020.pdf. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/choix-des-masques-14-avril-2020.pdf>
37. Masques chirurgicaux et masques FFP [Internet]. SFMC. Disponible sur: <https://www.sfmc.eu/communication/masques-chirurgicaux-et-masques-ffp/>
38. Risques biologiques. Masques de protection respiratoire et risques biologiques : foire aux questions - Risques - INRS. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/biologiques/faq-masque-protection-respiratoire.html>
39. Wong SYS, Wong W, Jaakkimainen L, Bondy S, Tsang KK, Lee A. Primary care physicians in Hong Kong and Canada--how did their practices differ during the SARS epidemic? *Fam Pract.* août 2005;22(4):361-6.
40. Ribaut N. La formation médicale continue des médecins généralistes face au risque de grippe aviaire: impact déclaré sur les pratiques de 377 médecins généralistes aquitains. 2008. 202 p.
41. Prather KA, Wang CC, Schooley RT. Reducing transmission of SARS-CoV-2. *Science.* 26 juin 2020;368(6498):1422-4.
42. Non-respect du port du masque : quelles sont les règles ? Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F35351>
43. covid-19\_distribution\_masque\_sortie\_confinement\_esms.pdf. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19\\_distribution\\_masque\\_sortie\\_confinement\\_esms.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_distribution_masque_sortie_confinement_esms.pdf)

44. La\_desinfection\_des\_mains\_par\_friction\_hydro-alcoolique\_-\_APHP.pdf. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_desinfection\\_des\\_mains\\_par\\_friction\\_hydro-alcoolique\\_-\\_APHP.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_desinfection_des_mains_par_friction_hydro-alcoolique_-_APHP.pdf)
45. 2013TOU31086.pdf. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/226/1/2013TOU31086.pdf>
46. Longtin Y, Schneider A, Tschopp C, Renzi G, Gayet-Ageron A, Schrenzel J, et al. Contamination of Stethoscopes and Physicians' Hands After a Physical Examination. *Mayo Clin Proc.* mars 2014;89(3):291-9.
47. Appels aux dons : masques et autres équipements de protection (surblouses...). Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/appels-aux-dons-masques-et-autres-equipements-de-protection-surblouses>
48. Nirasay S. Coronavirus Loir-et-Cher - suivez le COVID-19 dans le Loir-et-Cher (41) [Internet]. <https://www.cascoronavirus.fr/>. Disponible sur: <https://www.cascoronavirus.fr/stats/france/departement/loir-et-cher>
49. Santé Publique France. EXPERTISE AVIS D'EXPERTS RELATIF À LA STRATÉGIE DE CONSTITUTION D'UN STOCK DE CONTRE-MESURES MÉDICALES FACE À UNE PANDÉMIE GRIPPALE. mai 2019;55.
50. Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19 - Rapport [Internet]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r20-199-1/r20-199-18.html>
51. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins.
52. Arrêté du 27 octobre 2006 portant approbation des avenants n° 14 et n° 15 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
53. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. 2004;12.
54. Vialtel S-E. La visite à domicile: perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. :94.
55. Covid19-EHPAD-48-Recommandations-ARSIDF.pdf. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19-EHPAD-48-Recommandations-ARSIDF.pdf>
56. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
57. Mathieu-Fritz A, Esterle L. Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. *Rev Francaise Sociol.* 11 juin 2013;Vol. 54(2):303-29.
58. Lacoste MD, Carrié L, Duhoux B. La téléconsultation : les pièges à éviter. 2012;12(45):4.
59. DGOS. La télémédecine. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
60. Covid-19 : la SFSD appelle les professionnels à utiliser la téléconsultation et les DM connectés. Disponible sur: <https://www.healthandtech.eu/fr/tour/news/10568/covid-19-sfsd-appelle-professionnels-utiliser-teleconsultation-dm-connectes.html>

61. Les médecins généralistes face au COVID-19, [Baromètre AplusA] - Vague 1 [Internet]. IFOP. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-medecins-generalistes-face-au-covid-19-barometre-aplusa-vague-1/>
62. Les médecins généralistes face au COVID-19, [Baromètre AplusA] - Vague 2 [Internet]. IFOP. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-medecins-generalistes-face-au-covid-19-barometre-aplusa-vague-2/>
63. Grippe, gastro ou bronchite : les mesures anti-Covid-19 ont éteint presque toutes les autres épidémies hivernales. Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/02/07/grippe-gastro-bronchite-les-mesures-anti-covid-19-ont-permis-d-eviter-les-epidemies-saisonniere\\_6069066\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2021/02/07/grippe-gastro-bronchite-les-mesures-anti-covid-19-ont-permis-d-eviter-les-epidemies-saisonniere_6069066_4355770.html)

## ANNEXE

---

### Organisation des cabinets de médecine générale face à la pandémie Covid-19

---

**1. Date à laquelle vous répondez à ce questionnaire (réponse libre)**

**2. Avez-vous mis en place une organisation particulière de votre cabinet pour faire face à la pandémie de Covid-19 ?**

- Oui
- Non

**3. Date à laquelle vous avez mis en œuvre cette nouvelle organisation (réponse libre)**

**4. Quelles sources avez-vous utilisées pour élaborer votre nouvelle organisation pendant la pandémie Covid-19 ? (plusieurs réponses possibles)**

- Documentation ARS
- Médias généraux
- Publications professionnelles
- Sites internet professionnels
- Conseils des confrères médecins généralistes
- Conseils des confrères spécialistes
- Pas de source particulière
- Autres

**5. Exercez-vous :**

- Dans un cabinet de groupe
- Dans une MSP
- Seul(e)

**6. Dans votre nouvelle organisation, qui assure les consultations pour les cas suspects de Covid-19 ?**

- Chaque médecin pour sa patientèle
- Un(e) remplaçant(e)
- Un médecin dédié uniquement aux cas suspects
- Autre

**7. Avez-vous défini des plages horaires de consultation spécifiques pour les patients suspects ?**

- Quotidiennes
- Hebdomadaires
- Aucune

**8. Comment gérez-vous l'attente des patients suspects (plusieurs réponses possibles) ?**

- Attente dans le véhicule personnel jusqu'au moment de la consultation
- Attente en extérieur avec consignes distanciation
- Attente en salle d'attente dédiée au Covid-19 sans masque avec consignes distanciation
- Attente en salle d'attente dédiée Covid-19 avec un masque
- Attente en salle d'attente habituelle multi-pathologies avec un masque
- Attente en salle d'attente habituelle multi-pathologies sans masque avec consignes de distanciation
- Autre

**9. Avez-vous mis à disposition de vos patients des solutions hydroalcooliques ?**

- Oui
- Non

**10. Avez-vous mis à disposition de vos patients des masques ?**

- Oui, pour tous
- Oui, pour ceux suspects Covid-19
- Non

**11. Dans quelle pièce faites-vous les consultations pour les cas suspects Covid-19 ?**

- Mon bureau de consultation habituel
- Une pièce dédiée Covid-19

**12. Quelle est votre tenue pour la consultation des cas suspects (plusieurs réponses possibles) ?**

- Vêtements venant du domicile
- Blousée porte uniquement au travail
- Tenue complète portée uniquement au travail
- Masque chirurgical
- Masque tissu
- Masque FFP2
- Surblouse jetable
- Lunettes de protection
- Visière plexiglass
- Surchaussures
- Autre

**13. Quelle est votre tenue pour les consultations des autres patients ?**

- Vêtements venant du domicile
- Blouse portée uniquement au travail
- Tenue complète identique à celle pour les cas suspects Covid-19
- Autre

**14. A quelle fréquence nettoyez-vous votre stéthoscope pendant l'épidémie ?**

- Après chaque patient
- Après chaque patient suspect Covid-19
- Plusieurs fois par jour

- Une fois par jour
- Une fois par semaine
- Plus rarement

**15. Pendant l'épidémie, par rapport à d'habitude, désinfectez-vous votre cabinet :**

- Plus souvent
- Moins souvent
- Aussi souvent

**16. A quelle fréquence désinfectez-vous votre cabinet pendant l'épidémie ?**

- Après chaque patient
- Après chaque patient suspect Covid-19
- Une fois par jour
- Plusieurs fois par jour
- Une fois par semaine
- Plus rarement

**17. Pour les patients suspects que vous recevez en consultation, si un test est nécessaire, il est réalisé par (plusieurs réponses possibles) :**

- Les professionnels du laboratoire
- Un assistant salarié du cabinet
- Je réalise certains tests moi-même
- Je réalise 100 % des test moi-même

**18. Avez-vous maintenu un secrétariat physique sur place ?**

- Oui
- Non
- Pas de secrétariat physique en temps habituel

**19. Quelles mesures de prévention avez-vous mises en place pour votre (vos) secrétaire(s) ? (plusieurs réponses possibles)**

- Port de masque
- Tenue réglementaire spécifique
- Matérialisation d'une distance entre le secrétariat et les patients
- Protection par plexiglass
- Pas des mesures de protection
- Pas de secrétariat sur place

**20. Comment faites-vous le tri des patients au moment de la prise de rendez-vous?**

- Questionnaire Covid-19
- Toux ou fièvre seulement
- Autre

**21. Vos critères de tri ont-ils évolués au fil des jours ?**

- Oui
- Non

**22. Effectuez-vous des visites à domicile en temps ordinaire ?**

- Oui
- Non

**23. Si visites à domicile en temps habituel : Avez-vous modifié la fréquence des visites à domicile depuis le début de la pandémie ?**

- Non, même fréquence
- Oui, plus des visites que d'habitude
- Oui, moins des visites que d'habitude
- Oui, aucune visite

**24. Effectuez-vous des visites en EHPAD en temps habituel ?**

- Oui
- Non

**25. Si visites en EHPAD en temps habituel : Avez-vous modifié la fréquence des visites en EHPAD depuis le début de la pandémie ?**

- Non, même fréquence
- Oui, plus des visites que d'habitude
- Oui, moins des visites que d'habitude
- Oui, aucune visite

**26. Faisiez-vous des téléconsultations avant la pandémie Covid-19 ?**

- Oui
- Non

**27. Depuis la pandémie avez-vous développé une téléconsultation ?**

- Oui
- Non

**28. Si téléconsultations pendant la pandémie : Sur quel support effectuez-vous les téléconsultations ?**

- Support audio-vidéo au cabinet
- Application sur le portable personnel
- Par téléphone
- Autre

**29. Quel est votre nombre des téléconsultations par jour actuellement ?**

- < 5 téléconsultations
- 6 – 10 téléconsultations
- 11 – 15 téléconsultations
- 16 – 20 téléconsultations
- > 20 téléconsultations

**30. Aviez-vous un stock de matériel de protection dans votre cabinet au début de l'épidémie ?**

- Oui
- Non

**31. A quel moment avez-vous commandé vos premiers matériels de protection ?**

- Avant février
- Pendant le mois de février
- 1 – 15 Mars

- 16 – 31 Mars
- 1 – 15 Avril

**32. Avez-vous eu des difficultés dans l’approvisionnement initial du matériel de protection ?**

- Oui
- Non

**33. Votre matériel a-t-il été fourni en totalité par les pouvoirs publics ?**

- Oui
- Non

**34. Avez-vous acheté votre propre matériel de protection ?**

- En totalité
- Une partie
- Pas du tout

**35. Votre stock actuel vous permet de tenir :**

- < 3 jours
- 3 – 7 jours
- 8 – 14 jours
- 15 – 30 jours
- > 1 mois

**36. Avez-vous connu des périodes de pénurie de matériel depuis le début de confinement ?**

- Oui
- Non

**37. De quel type de matériel de protection êtes-vous le moins équipé ?**

- Masques
- Gants
- Lunettes
- Charlottes
- Surblouses
- Sur chaussures
- Solution hydroalcoolique
- Produits de désinfection du cabinet

**38. Êtes-vous satisfait(e) de l’organisation actuelle dans le sein de votre cabinet ?**

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Pas satisfait(e)

**39. Rencontrez-vous des difficultés dans l’organisation actuelle de votre cabinet ?**

- Oui
- Non

**40. Si difficultés : Lesquelles ?**

**41. Avez-vous modifié l'organisation de votre cabinet depuis les premières mesures appliquées ?**

- Oui
- Non

**42. Si modifications : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous fait des modifications ? Qu'avez-vous changé ?**

**43. Envisagez-vous d'appliquer certaines de vos mesures actuelles en période d'épidémie saisonnière ? (grippe, gastro-entérite)**

- Oui
- Non

**44. Si poursuite des mesures : lesquelles ?**

**45. Si arrêt des mesures : pourquoi ?**

**46. Quelles sont vos attentes en matière d'accompagnement lors d'une prochaine crise sanitaire ? (plusieurs réponses possibles)**

- Protocoles de prise en charge et d'organisation
- Mise en place de centres spécialisés
- Aide financière de l'état
- Aide matérielle de l'état
- Autre

**47. Quelle est l'incidence des cas de Covid-19 par jour en ce moment dans votre activité (en moyenne) ?**

- < 5 cas suspects par jour
- 6 – 10 cas suspects par jour
- 11 – 15 cas suspects par jour
- 16 – 20 cas suspects par jour
- > 20 cas suspects par jour

**48. Votre âge :**

**49. Genre**

- Homme
- Femme

**50. Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) ? :**

**51. Milieu d'exercice :**

- Urbain
- Rural
- Semi-rural

**52. Êtes-vous maître de stage en médecine générale ?**

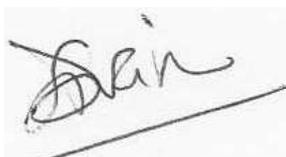
- Oui
- Non

**53. Avez-vous un(e) remplaçant(e) pendant cette période d'épidémie ?**

- Oui
- Non

**54. Souhaitez-vous ajouter des choses pour décrire votre organisation ou les difficultés rencontrées lors de la mise en place de cette organisation ?**

**Vu, le Directeur de Thèse**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'San', written on a light-colored background. A horizontal line is drawn below the signature.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

## LUCA Andreea-Nicoleta

70 pages - 17 Figures - 1 annexe

### RÉSUMÉ

**INTRODUCTION :** Le SRAS-CoV-2, initialement identifié en Chine, a rapidement provoqué une pandémie mondiale touchant la France à partir du début 2020. Afin de protéger les patients et les soignants des risques de transmission du virus, des mesures d'hygiène et d'organisation ont été préconisées dans les cabinets de Médecine Générale. L'objectif de notre travail est d'étudier la façon dont les médecins généralistes du Loir-et-Cher (41) ont adapté leurs pratiques face au début de la pandémie de Covid-19.

**MATERIEL ET METHODE :** Il s'agit d'une étude quantitative descriptive réalisée auprès de 228 médecins généralistes installés dans le 41, concernant l'organisation de leur cabinet libéral au début de la pandémie. Un questionnaire de 54 items leur a été adressé, portant sur les mesures d'hygiène qu'ils ont appliquées, l'organisation des soins mise en œuvre, et les difficultés rencontrées.

**RESULTATS :** 22.5% des Médecins Généralistes du Loir-et-Cher ont répondu à l'enquête. Leur moyenne d'âge était 52 ans. 64,6% étaient des femmes. Tous les participants ont instauré des mesures spécifiques pour la prise en charge des patients suspects de Covid-19 et pour limiter la propagation du virus. 43.7% d'entre eux ont instauré cette nouvelle organisation à partir de la première quinzaine de mars 2020. Les documents de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ont été leur source principale d'information (66.6%). 70.8% ont ajusté au fil du temps leur organisation. Ils ont majoritairement adapté leur salle d'attente, mis en place des mesures de protection pour le secrétariat, et renforcé les mesures d'hygiène au sein du cabinet. 97,91% déclarent porter un masque lors des consultations des patients suspects de Covid-19. 77,1 % ont développé la téléconsultation. Les mesures appliquées en dehors du cabinet médical ont été la réduction des visites à domicile (56,5%), l'arrêt complet (39.5%) ou la réduction (44.7%) des visites en EHPAD. 70.8 % ont déclaré des difficultés d'approvisionnement en matériel.

**CONCLUSION :** Face à un risque sanitaire grave, la rapidité et l'efficacité des mesures mises en œuvre sont essentielles. Les médecins généralistes doivent s'approprier, en amont des crises, des outils efficaces leur permettant de répondre immédiatement à la menace afin de protéger chacun, sur la base d'informations scientifiques validées par un organisme clairement identifié, avec des moyens adaptés.

**MOTS CLES :** Covid-19, coronavirus, SRAS, SRAS-CoV, SRAS-CoV2, grippe A, grippe H1N1, épidémie, pandémie.

### Jury :

Président du Jury :  
Membres du Jury :

Professeur Catherine GAUDY-GRAFFIN  
Professeur François MAILLOT,  
Professeur Louis BERNARD  
Docteur Séverine DURIN, directrice de Thèse

Date de soutenance : mercredi 24 mars 2021