

MÉDECINE DE PREMIÈRE LIGNE DANS LA GESTION DE LA PANDÉMIE SARS-CoV-2 : PERSPECTIVES INTERNATIONALES



Pourquoi revenir encore sur la Covid ? N'avons-nous pas été saturés, sursaturés d'informations sur l'épidémie depuis plus de deux ans ? Que peut-on encore dire qui n'a pas été dit, reproduit, ressassé ? Justement, c'est peut-être le bon moment, le moment où il y a quelque chose à en dire, à tête reposée, de ce qui nous est arrivé. Le bon moment peut-être parce si on ne le fait pas maintenant, nos souvenirs encore frais s'évaporeront et nous perdrons quelque chose de notre regard sagace. Et alors ? N'est-il pas temps de passer à d'autres sujets ? Mais alors ne perdrons-nous pas quelque chose, l'analyse d'une expérience -qui n'a pas été banale-, pour ne garder que fatigue et émotions ?

Dans ce numéro vous trouverez de l'espoir. L'espoir que cette crise sanitaire nous amène à construire un avenir mieux préparé aux crises futures. Avec le bienveillant accueil de nos amis suisses, un symposium de médecins généralistes de quatre pays francophones s'est tenu à Lausanne, fin août. Pour le préparer, chacun a fait le bilan de ce qui s'était passé chez lui, puis les ateliers riches de la diversité de leurs participants ont réfléchi à la notion d'expertise, à l'intérêt de l'interprofessionnalité et ouvert quelques pistes pour l'enseignement, la recherche et le lien entre la première ligne et la santé publique.

Ces articles ont été, dès le départ, destinés à être publiés en même temps en Suisse, en France, en Belgique. Louvain Médical qui les accueille aujourd'hui dans ce numéro le fait en même temps que la Revue médicale suisse et la revue Exercer. C'est un petit signe d'espoir en plus : les universités ont repris les chemins de partage vers les pays amis.

Professeur Cassian Minguet
Président du master de spécialisation en médecine générale
Responsable du Centre Académique de Médecine Générale (CAMG)
Faculté de médecine et médecine dentaire
B-1200 Belgique



MÉDECINE DE PREMIÈRE LIGNE DANS LA GESTION DE LA PANDÉMIE SARS-CoV-2 : PERSPECTIVES INTERNATIONALES

POURQUOI UN TEL SYMPOSIUM ?

En hiver 2021, alors que les prémises d'une possible sortie de la crise Covid-19 apparaissaient, plusieurs d'entre nous ont fait le même constat: la médecine de première ligne, cette médecine qui va du cabinet médical individuel ou de groupe aux grandes polycliniques urbaines en passant par les maisons de santé, a certes joué un rôle important dans la gestion de la pandémie, mais son potentiel a été insuffisamment exploité, notamment par les autorités en charge des décisions publiques. Ce constat a d'ailleurs été confirmé par des instances internationales telles que l'OMS et l'OCDE. Nous avons dès lors estimé qu'il serait intéressant de lever la tête du guidon, prendre de la distance par rapport à l'ensemble de nos activités déployées pendant la pandémie (soins, dépistage, vaccination...) et organiser un échange d'expériences afin de construire un corpus de connaissances et proposer des recommandations dans quatre pays: Belgique, Canada, France et Suisse. Les points communs partagés par ces quatre pays, que ce soit aux niveaux historique (merci Napoléon!), linguistique, culturel, sociétal, académique et bien sûr du système de santé (couverture universelle, assureurs privés et/ou publics, entre autres), facilitent une telle dynamique d'échanges.

Ce supplément synthétise ainsi une série de conférences durant le premier semestre de 2022 et un colloque international organisé en août 2022 par Unisanté. Il est publié simultanément en Suisse (*Revue Médicale Suisse*), en Belgique (*Louvain Médical*), de manière échelonnée en France (*Exercer*) et, nous l'espérons, prochainement au Québec. Les objectifs étaient de capitaliser sur nos vécus respectifs pour apprendre des réussites et des erreurs de chacun d'entre nous. Plus concrètement, il s'agissait de: a) tirer les premiers enseignements pour être possiblement plus « efficaces » lors d'une nouvelle situation de crise; b) permettre à des collègues venant de différents pays francophones de bénéficier d'expériences d'autres réalités sociétales; c) profiter de ces expériences francophones pour trouver un dénominateur commun afin de développer un corpus de connaissances pour la formation prégraduée (étudiants), postgraduée (internes, résidents, médecins assistants) et continue (médecins et autres professionnels de la santé) et d) susciter une dynamique internationale permettant de lancer des projets de collaboration, en particulier pour l'enseignement et la recherche clinique et communautaire.

Le but final est de proposer prochainement des recommandations aux facultés de médecine et/ou de santé publique, aux autorités politiques, aux organismes médicaux, aux sociétés savantes sur la manière d'engager la médecine de première ligne en cas de crise systémique. Nous sommes bien conscients que notre regard n'aborde que l'une des composantes des soins de première ligne (la médecine), que d'autres composantes en sont absentes (par exemple, soins infirmiers ou pharmacie) et que les patients ou les citoyens n'ont pas été intégrés. Mais c'est à dessein: à trop embrasser, on prend le risque de mal êtreindre.

Pr Jacques Cornuz¹



Claire-Marie Schertz²



Dre Christine Cohidon³



Dr Alexandre Gouveia⁴



Rev Med Suisse 2022; 18: 2231 | DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.805.2231

AFFILIATIONS

1. Direction générale, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, Lausanne
2. Coordination académique, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, Lausanne
3. Département de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, Lausanne
4. Département des polycliniques, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, Lausanne

Médecine générale face à la pandémie de Covid-19

Situation en France

Pr Serge GILBERG^a, Dr Xavier GOCKO^b

Rev Med Suisse 2022; 18: 2233-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2233

INTRODUCTION

Voilà plus de 18 mois que le monde est confronté au virus du Covid-19. En France, la médecine générale a été totalement impliquée tout au long de la crise malgré l'impréparation et une prise en charge initiale très hospitalo-centrée. Début mars 2020, les autorités de santé donnent la consigne suivante: «si vous êtes souffrant et pensez être atteint par le nouveau coronavirus, n'allez pas chez votre médecin traitant, appelez le 15 (numéro d'urgence en France)». L'objectif était de contenir la propagation du virus en limitant sa circulation. Très rapidement, les hôpitaux ont été débordés alors que la plupart des patients présentaient des formes cliniques qui ne nécessitaient pas le recours à l'hôpital. Une conséquence importante et inattendue de ce message est que les autres patients, en particulier ceux qui souffraient de maladies chroniques, ont déserté les cabinets médicaux. Ce papier de position décrit l'organisation des médecins généralistes (MG) au cabinet, la place de la médecine générale dans les institutions, l'organisation de la veille scientifique face à la pandémie, l'implication dans la vaccination, le confinement, la pandémie et ses conséquences sur la recherche.

ORGANISATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La crise du Covid-19 a fortement impacté les professionnels de santé de soins primaires en France, en particulier les MG. Rien n'avait été anticipé pour ce secteur. En effet, pour faire face à une pandémie, le plan blanc existant ne concernait que l'hôpital (plan qui anticipe une réorganisation de l'offre de soins en situation d'urgence et/ou de crises sanitaires majeures).

Les soignants ne disposaient pas, pour la plupart, de matériel adapté de protection (masques, charlottes, surblouses, lunettes, etc.). Certains avaient conservé des masques fournis pendant l'épidémie de la grippe H1N1, d'autres ont bénéficié de matériel mis à disposition par des dentistes, voire des patients.

La réorganisation des soins a été nécessaire tant au niveau de la prise en charge des patients que de l'organisation des équipes. Un travail de collaboration des équipes de soins primaires s'est mis en place, ce d'autant plus que

préexistaient des maisons de santé et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).^{1,2}

Les bouleversements des soins primaires ont concerné tous les pays disposant d'une offre de première ligne.³ Les avis scientifiques émis par les différentes agences concernaient essentiellement la prise en charge des patients relevant d'une pratique hospitalière et répondaient mal aux situations rencontrées en médecine générale.

C'est pourquoi le Collège de la médecine générale (CMG) et le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) ont rapidement proposé au Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de réaliser un document d'information synthétique à destination des MG. Puis ils ont régulièrement collaboré avec la Haute Autorité de santé (HAS) pour produire des fiches dites «réponses rapides» sur la prise en charge des patients positifs et des cas contacts, la prescription des tests, l'utilisation de l'oxygène à domicile ou le «Covid long».

PLACE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LES INSTITUTIONS

La médecine générale a collaboré avec l'ensemble des structures existantes préalablement à la pandémie ou mises en place à cette occasion. Soit par une participation régulière d'un MG intégré aux structures, soit par des collaborations ponctuelles.

Il s'agit du Conseil scientifique Covid-19 (en lien direct avec le ministère de la Santé et la présidence de la République), du HCSP, de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), de la Task-Force vaccins, du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV) et de la HAS.

ORGANISATION DE LA VEILLE SCIENTIFIQUE FACE À LA PANDÉMIE

Les MG ont été très vite confrontés à la vitesse et à la multiplication des sources d'information qui changeaient fréquemment au fil de l'évolution épidémique. Noyés, comme tous les autres professionnels de santé, dans le brouillard médiatico-scientifique qui a couvert le début de

la crise, les MG ont eu du mal à intégrer dans leur pratique les nombreux avis émis par les autorités sanitaires et leurs diverses agences. Ces documents, très longs, étaient peu ou pas adaptés aux besoins des MG.

C'est pourquoi le CMG a, dès début mars 2020, mis en place un outil d'information: Coronaclac (<https://lecmg.fr/coronaclac/>), mis à jour régulièrement (120 mises à jour actuellement). Il a été très utilisé et plébiscité par la profession avec des milliers de connexions journalières.

Le conseil scientifique du CNGE a publié plusieurs avis importants. Dès mars 2020, il se positionnait contre l'utilisation de l'hydroxychloroquine et a proposé aux MG une boîte à outils pour une décision partagée concernant la vaccination.

La revue *Exercer* (www.exercer.fr/) a publié 24 articles sur le Covid-19 de février 2021 à février 2022.

IMPLICATION DANS LA VACCINATION

Le début de la campagne vaccinale Covid-19 ayant débuté en centre de vaccination, pour des raisons logistiques, les MG se sont sentis partiellement dépossédés d'une pratique qui, pour eux, était auparavant routinière. Certains ont délaissé leur cabinet pour s'investir avec les étudiants, les remplaçants, les retraités et d'autres professionnels de santé de première ligne, dans les centres de vaccination où les vacances étaient généreusement payées. D'autres, beaucoup moins nombreux, ont pris à bras-le-corps leur mission de santé communautaire/publique pour organiser ou faciliter les circuits de vaccination au sein des CPTS.

Dans les centres de vaccination, aux difficultés d'implémentation des stratégies vaccinales se sont ajoutées celles de la relation avec un public inhabituel, dont la confiance n'était pas acquise, très demandeur d'être vacciné par un vaccin à ARNm, réputé plus efficace, et ne comprenant pas les critères d'éligibilité des personnes qualifiées de plus fragiles.

À l'opposé des centres, l'inertie des cabinets de ville a été d'autant plus forte que les pharmaciens ont massivement investi le rôle de vaccinateur de proximité. Les contraintes logistiques ont joué un rôle majeur: temps réduit de conservation des vaccins, flacons multidoses, logistique de rendez-vous, flux de patients réduits, non-maîtrise des commandes de vaccins. Toutefois, la concurrence des centres, les difficultés devant les refus ou l'hésitation vaccinale (le pourcentage d'hésitants dans une patientèle fixe est mécaniquement invisible dans les pharmacies ou en centre, où seuls les volontaires sont vaccinés) ont aggravé cette inertie.

Par ailleurs, le CMG et le CNGE ont mis en place un groupe de travail hebdomadaire pour préparer la vaccination dans les cabinets de médecine générale et mettre à disposition de leurs collègues des fiches pratiques ou des outils d'aide à la décision. Si les documents du CMG, orientés sur les aspects pratiques ont repris assez fidèlement les avis et

rapports des agences, voire ceux du COSV, les outils d'aide à la décision du CNGE témoignent d'une position critique pour chaque vaccin en lien avec une forte exigence de niveaux de preuve, pas toujours atteignable en situation de crise et d'incertitude. Pour autant, une enquête, non publiée, réalisée en début de campagne en janvier 2021, a montré que 85 % des MG se sentaient prêts à vacciner dans leur cabinet et 75 % disposaient d'un réfrigérateur (enquête sur 2500 MG adhérents au CMG ou au CNGE).

LE CONFINEMENT, LA PANDÉMIE ET SES CONSÉQUENCES

Les consignes de ne pas «fréquenter les cabinets médicaux», suivies du confinement, ont eu un impact important auprès des patients avec des retards au diagnostic de pathologie aiguë. Il y a aussi eu un manque de suivi des patients souffrants de maladies chroniques,⁴ même si les MG se sont organisés pour préserver la continuité des soins des patients chroniques, alors que les solutions techniques n'étaient pas encore installées.^{1,2}

Cette pandémie a touché de façon plus importante les populations précaires et fragilisées. Un certain nombre de patients se plaignent par ailleurs de symptômes persistants regroupés dans le cadre de ce qui est appelé «Covid long». Il convient, comme toujours en médecine générale, de faire la part des choses pour évaluer la causalité. Enfin, nous ne mesurons pas encore l'ampleur de l'impact sociologique comme sociétal de cette pandémie.

LA RECHERCHE

Il est très vite apparu que nous manquions de données concernant les formes asymptomatiques ou paucisymptomatiques. Pourtant, il aurait été possible d'avoir ces données en MG, en particulier avec des études de séroprévalence. Un premier projet de recherche à l'initiative d'une équipe d'universitaire de MG «SeropreVco» n'a pas été retenu par l'agence nationale de recherche (ANR), étant en concurrence avec deux projets de recherche de l'INSERM (SAPRIS et EpiCOV). Les circuits et modalités de dépôts de projets étant longs et contraignants, les équipes de MG qui, dans le même temps réorganisaient les cabinets et prenaient en charge les patients, tout en disposant d'une très faible infrastructure pour préparer les documents et procédures, y accédaient moins facilement.

Toutefois, une prise de conscience a eu lieu par un certain nombre de partenaires. Ils ont décidé de s'appuyer sur la médecine ambulatoire pour disposer de données, en particulier en matière d'essais thérapeutiques, pour proposer des traitements de façon précoce afin d'éviter les complications pour les populations à risque. C'est pourquoi le CNGE s'est associé à l'étude «Coverage», qui avait vocation à tester différents traitements. De plus, cette étude a permis d'initier un mode de prise en charge innovant qui allège le travail des investigateurs. Une

collaboration a aussi eu lieu avec le réseau «Covireivac» pour envisager la participation de la médecine générale aux essais vaccinaux.

D'autres projets ont été menés, en particulier sur les conséquences du retard aux soins chez les patients chroniques.

CONCLUSION

La pandémie de Covid-19 a révélé une fois de plus que la médecine générale a une capacité d'adaptation face à des pathologies émergentes mais aussi des besoins d'organisation différents (ce que nous avons déjà

observé face au VIH et à la grippe H1N1). Toutefois, cette organisation émane essentiellement des professionnels, avec une faible implication des pouvoirs publics. Il semble désormais nécessaire de finaliser un plan blanc pour la médecine générale et les soins de premières lignes. Le CMG a débuté ce travail d'élaboration.

Concernant les données scientifiques et la délivrance d'information vers les professionnels, la médecine générale universitaire a joué cette fois un rôle essentiel. Les autorités de santé commencent à comprendre l'enjeu de disposer d'un réseau de recherche en MG réactif face aux maladies émergentes. Faut-il encore que des décisions soient prises pour aider à le structurer et lever de nombreuses contraintes administratives.

RÉFÉRENCES

1. Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. *BMJ Open*. 2020;10(12):e042119. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-042119.
2. Bourgueil Y, Falcoff H, Ramond-Roquin A, et al. La première vague de Covid-19 en France et les soins primaires. *Rev Med Suisse*. 2020;16(713):2123-6.
3. Tsopra R, Frappe P, Streit S, et al. Reorganisation of GP surgeries during the COVID-19 outbreak: analysis of guidelines from 15 countries. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):96. DOI: 10.1186/s12875-021-01413-z.
4. Fournier J, Amelineau J, Hild S, et al. Patient-safety incidents during COVID-19 health crisis in France: An exploratory sequential multi-method study in primary care. *Eur J Gen Pract*. 2021;27(1):142-51. DOI: 10.1080/13814788.2021.1945029.

AFFILIATIONS

^a Département de médecine générale, Université Paris Cité, 16 rue Henri Huchard, 75018 Paris, France,

^b 2 rue des Martyrs de la Résistance, 42230 Roche-La-Molière, France, gilberg@parisdescartes.fr | xavier.gocko@univ-st-etienne.fr

Médecine de première ligne dans la gestion de la pandémie de Covid-19

Situation au Québec et au Canada

Pre FRANCE LÉGARÉ^{a,b,c} C.Q., BSc Arch, MD, MSc, PhD, CCMF, FCMF, SABRINA GUAY-BÉLANGER^b, PhD, GEORGINA-SUELENE DOFARA^b, MSc
Rev Med Suisse 2022 ; 18 : 2239-41 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2239

PRÉAMBULE

La pandémie de Covid-19 a eu des impacts majeurs sur les soins et les services de santé au niveau mondial. Afin d'y faire face, le Canada, avec ses 14 systèmes de santé, a mis en place plusieurs interventions visant des changements de pratique dans les soins et services de santé. Les professionnel-le-s œuvrant en première ligne ont été sollicité-e-s à tous les niveaux et ont été déployé-e-s dans plusieurs organisations afin de prêter main-forte. Les issues de santé, les expériences des patients, le bien-être des équipes cliniques et l'efficacité des systèmes de santé ont grandement été affectés. Cet article vise à dresser le portrait de la première ligne au Canada, et plus particulièrement au Québec, dans la gestion de la pandémie de Covid-19.

SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN ET QUÉBÉCOIS

Le Canada est composé de 10 provinces et 3 territoires, qui sont responsables de coordonner et administrer les soins et services de santé à la population. Un 14^e système de santé, administré au niveau fédéral, fournit des soins et services aux premières nations, militaires, demandeur-euse-s d'asile et détenu-e-s des pénitenciers. Le niveau politique fédéral est également responsable de la législation et d'une portion du financement. Toutefois, afin de recevoir la portion de financement du fédéral, les provinces doivent respecter les principes de la loi canadienne sur la santé et les priorités partagées en matière de santé.

Au Québec, le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) chapeaute la coordination des soins et services de santé, la santé publique, et est responsable d'administrer le budget. Pour chacune des 18 régions sociosanitaires du Québec, les soins et services de santé sont dispensés par des centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS), qui sont également responsables, pour plusieurs, d'activités d'enseignement et de recherche. La majorité des médecins de famille pratique dans les groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U), en lien avec des CISSS ou CIUSSS.

GESTION DE LA PANDÉMIE AU CANADA ET AU QUÉBEC

Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 janvier 2022, 6388 interventions concernant les déplacements, la distanciation, l'état d'urgence, la gestion des cas et les services de santé ont été recensées au Canada, avec une très grande variabilité au niveau des provinces.¹ Au Québec, on a comptabilisé 788 interventions sur la même période, plusieurs d'entre elles visant des changements de pratique en santé. Par ailleurs, un plan provincial de priorisation des activités cliniques en première ligne au Québec a été développé, sous la présidence d'un médecin de famille, témoignant ainsi d'un leadership notable de la profession.

RÔLE DE LA PREMIÈRE LIGNE DANS LA GESTION DE LA PANDÉMIE

La pandémie et la réorganisation des pratiques cliniques ont eu des impacts sur chacun des éléments du quadruple objectif dans le cadre de l'amélioration continue des systèmes de santé.²

ISSUES DE SANTÉ

Le **tableau 1** présente une synthèse des observations ayant eu cours lors de la pandémie. Dans l'ensemble du Canada, une diminution des visites à l'urgence pendant les périodes où les infections à SARS-CoV-2 augmentaient dans la population a été notée.³ Il s'agissait notamment d'une diminution des admissions liées aux infections respiratoires chez les enfants et les adultes, des chutes et blessures accidentelles chez les enfants et des intoxications à l'alcool chez les adolescent-e-s. En revanche, une augmentation des admissions pour les personnes vivant dans des quartiers à faibles revenus pour des méfaits liés à la consommation de substances psychoactives, ainsi que pour les jeunes femmes victimes de blessures auto-infligées, a été observée. Dans la plupart des provinces, une diminution de l'activité des médecins de famille pendant la pandémie a été notée: une étude ontarienne rapporte une diminution de 28% des visites

en première ligne, particulièrement pour les visites en cabinet, où une diminution de 79% a été observée.⁴ Au Québec, on a également noté une diminution importante de l'utilisation des services de santé de première ligne pendant la pandémie.⁵

TABLEAU 1. Observations faites durant la pandémie de Covid-19 (synthèse)

Visites aux urgences	Diminution
Admissions liées aux infections respiratoires chez les enfants et les adultes	Diminution
Admissions liées aux chutes et blessures accidentelles chez les enfants	Diminution
Admissions liées aux intoxications à l'alcool chez les adolescents	Diminution
Admissions de personnes vivant dans des quartiers à faibles revenus pour des méfaits liés à la consommation de substances psychoactives	Augmentation
Admissions de jeunes femmes victimes de blessures auto-infligées	Augmentation
Activité des médecins de famille	Diminution
Utilisation des services de santé de première ligne	Diminution

EXPÉRIENCE DES PATIENT-E-S

Les aîné-e-s dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) ont été les personnes les plus affectées par la pandémie, avec un taux de mortalité plus élevé dans cette population. Au Québec, cela a mené à plusieurs enquêtes sur les milieux de vie des aîné-e-s, notamment par le Protecteur du citoyen, afin de faire la lumière sur la gestion de la première vague de la pandémie. De plus, un rapport de la commissaire à la santé et au bien-être a conclu que les organisations avaient une gestion opaque et un manque de préparation pour faire face à la situation. Enfin, l'enquête de la coroner Géhane Kamel a fait plusieurs recommandations pour repenser la prise en charge des aîné-e-s au Québec et préciser le rôle des différentes organisations. En lien avec les séjours à l'hôpital, 66% des patient-e-s rapportent avoir eu une expérience positive durant leur séjour. Toutefois, bon nombre d'entre eux ont indiqué que leurs proches n'ont pas eu l'occasion de participer à leurs soins autant qu'ils l'auraient souhaité.⁶ L'expérience des patient-e-s avec les soins de santé a grandement été modifiée pendant la pandémie avec la mise en œuvre rapide des téléconsultations. Dans un CIUSSS de Québec, l'expérience a été jugée positive, avec 81% des patient-e-s qui se disaient satisfait-e-s des services reçus (données non publiées mais disponibles auprès des auteures).

BIEN-ÊTRE DES ÉQUIPES CLINIQUES

Les médecins de famille ont agi à titre de cellules pluripotentiels et ont été déployés dans plusieurs organisations afin de prêter main-forte, telles que les cliniques de médecine familiale, les unités pour les soins aux patient-e-s hospitalisé-e-s, les centres de soins de longue durée et les salles d'urgence.⁷ Très peu de médecins ont été impliqués dans les campagnes de vaccination, les efforts ayant été plutôt concentrés dans les soins à la population. Les professionnel-le-s œuvrant en première ligne se sont également adapté-e-s rapidement aux modifications de pratique avec une augmentation considérable des téléconsultations.⁸ Enfin, la pandémie a entraîné un épuisement et une détresse chez certain-e-s professionnel-le-s de la santé. Un rapport du Collège des médecins de famille du Canada a démontré qu'en 2021, les médecins de famille étaient plus nombreux à se sentir fatigués et que le pourcentage de médecins épuisés a triplé entre 2020 et 2021.⁹

EFFICIENCE

La pandémie a engendré des coûts importants pour les systèmes de santé, de même que des impacts économiques dans tous les secteurs, certains encore insoupçonnés. Au Québec uniquement, la crise sanitaire a coûté plus de 15 milliards de dollars au réseau de la santé. Les projections budgétaires au niveau canadien pour les prochaines années prévoient également une augmentation considérable des coûts associés à la pandémie et à la reprise postpandémique.

ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

La pandémie a eu des impacts sur l'enseignement dispensé aux résident-e-s en médecine familiale. En effet, en raison des contraintes sanitaires, les résident-e-s ont été sous exposé-e-s aux examens physiques lors des consultations avec des patient-e-s. De plus, leur formation a été accélérée et des permis temporaires ont été émis afin de leur permettre de prêter main-forte pour la gestion de la pandémie, notamment dans les CHSLD et les centres de convalescence dédiés. On note aussi des ajustements au niveau des méthodes d'enseignement, qui ont rapidement basculé en mode virtuel, avec la création de nouvelles politiques pour la formation des étudiant-e-s dans un contexte de télémédecine. En ce qui concerne la recherche, les Instituts de recherche en santé du Canada ont lancé des appels spéciaux afin de financer des projets de recherche sur le Covid. Plusieurs initiatives ont été mises sur pied, notamment via le développement de plateformes reliées aux soins primaire, à la surveillance et à l'expérience des patient-e-s.^{10,11}

Concernant l'engagement des patient-e-s, une revue systématique a démontré que les patient-e-s ont été davantage impliqué-e-s dans les consultations et le monitoring à la maison mais très peu d'études ont démontré une implication des patient-e-s dans la coconception des projets, dans la prise de décision et au niveau de l'organisation des soins.¹²

CONCLUSION

Des variations dans la gestion de la pandémie ont été observées entre les provinces et les territoires canadiens, avec une multitude d'interventions mises en place tant au niveau fédéral que provincial et territorial. Les médecins de famille ont été impliqués à tous les niveaux et ont été déployés dans divers sites cliniques, ce qui a engendré un changement rapide des pratiques et, dans certains cas, de l'épuisement professionnel. Néanmoins, une étude récente indique que le Canada, comparativement aux autres pays du G10, a obtenu de meilleurs résultats en termes de pourcentage de la population vaccinée et de mesures évaluant l'effet direct de la crise (nombre d'infections et de décès), probablement en lien avec les mesures restrictives importantes qui ont été mises en place dès le début de la pandémie.¹³ Il est donc légitime de conclure que, malgré une crise sociosanitaire sans précédent, les équipes de première ligne incluant les médecins de famille ont su faire preuve de résilience.

RÉFÉRENCES

1. Institut canadien d'information sur la santé. Calendrier des interventions liées à la COVID-19 au Canada. Disponible sur : www.cihi.ca/fr/calendrier-des-interventions-liees-a-la-covid-19-au-canada. Consulté le 30 juin 2022.
2. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12:573-6.
3. Institut canadien d'information sur la santé, Incidence de la COVID-19 sur les services d'urgence. Disponible sur : www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/visites-a-lurgence. Consulté le 30 juin 2022.
4. Glazier RH, Green ME, Wu FC. et al. Shifts in office and virtual primary care during the early COVID-19 pandemic in Ontario, Canada. *CMAJ*. 2021;193:E200-10.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient :

- MSSS Québec: Dr Bruno Piedboeuf, directeur des affaires universitaires, direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, et Dr Réal Barrette, coprésident et médecin-conseil Comité clinique de dépistage et première ligne.
- Unité de soutien SSA du Québec: Dr Antoine Groulx, Mme Mylène Lévesque, Mme Myra Drolet et M. Joe-Guillaume Pelletier.
- Réseau-1: Pr Yves Couturier et Ms Ysendre Cozic-Fournier.
- Université de Sherbrooke: Pr Mylaine Breton et Dre Catherine Hudon.
- CIUSSS Capitale-Nationale: Dre Andréane Lalumière-Saindon et Dre Isabelle Samson.
- Vigie Covid: Dr Jean Sébastien Paquette et Dre Caroline Rhéaume.
- Département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université Laval: Dre Sonia Sylvain et Dr Samuel Boudreault.
- GMF U Saint-François d'Assise: Dre Genevieve Desbiens et Mme Catherine Guillemette.

8. Breton M, Deville-Stoetzel N, Gaboury I, et al. Telehealth in Primary Healthcare: A Portrait of its Rapid Implementation during the COVID-19 Pandemic. *Healthc Policy*. 2021;7(1):73-90.
9. Collège des médecins de famille du Canada, Résultats du sondage sur la COVID-19 réalisé en mai 2021 auprès des membres du CMFC. Disponible sur : www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Recherche/COVID-19-Summary-May2021-FRE.pdf. Consulté le 30 juin 2022.
10. Vigie-COVID. Disponible sur : <https://vigie-covid.ca/>. Consulté le 30 juin 2022.
11. MAVIPAN, Ma vie et la pandémie au Québec. Disponible sur : <https://mavipan.ca/>. Consulté le 30 juin 2022.
12. Cadel L, Marcinow M, Sandercock J, et al. A scoping review of patient engagement activities during COVID-19: More consultation, less partnership. *PLoS One*. 2021;16(9):e0257880.
13. Razak F, Shin SC, Naylor D, et Slutsky AS. Canada's response to the initial 2 years of the COVID-19 pandemic: a comparison with peer countries. *CMAJ*. 2022;194(25):E870-7.

AFFILIATIONS

- ^a Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval, Pavillon Ferdinand-Vandry, 1050, avenue de la Médecine, Québec, QC, Canada, G1V 0A6,
- ^b VITAM – Centre de recherche en santé durable, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2480, chemin de la Canardière, Québec, QC, Canada, G1G 2G1,
- ^c Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval, Site Saint-François-d'Assise, 10, rue de l'Espinay, Québec, QC, Canada, G1L 3L5, france.legare@fmed.ulaval.ca | sabrina.guay-belanger.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca georgina-suelene.dofara.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Médecine de première ligne dans la gestion des pandémies : l'exemple du SARS-CoV-2

Situation en Belgique

Pr CASSIAN MINGUET^a

Rev Med Suisse 2022 ; 18 : 2242-4 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2242

LES DÉBUTS : LA PREMIÈRE VAGUE

Fin janvier 2020, on pouvait lire sur le site internet d'information mis en place par le gouvernement: «Les autorités sanitaires belges sont vigilantes et suivent de près la situation en Chine. Notre pays dispose de très bonnes procédures pour le dépistage du coronavirus. Les hôpitaux et les médecins généralistes savent comment reconnaître le coronavirus et comment le gérer».¹ Le premier cas belge est annoncé le 4 février. Le 18 février, les Cercles des médecins généralistes francophones et les syndicats médicaux envoient un courrier aux ministres de la Santé^a pour attirer leur attention et proposer un plan pour l'implication des médecins généralistes.² Le 5 mars, le Collège de médecine générale (CMG), structure faitière des organisations francophones de médecine générale incluant les départements universitaires, les syndicats et les associations de médecine générale, adresse une lettre ouverte «à la médecine générale», se positionnant comme porte-parole de la profession pour la fédération Wallonie-Bruxelles.

La première recommandation du CMG concerne le tri téléphonique des patients. Le 14 mars, un arrêté ministériel décrète que toutes les consultations, examens et interventions non urgents dans les hôpitaux et dans les cabinets privés du pays sont reportés. Dans le même temps, un honoraire de consultation téléphonique, de 20 euros, est mis en place, que les praticiens facturent directement à l'Institut national de maladie-invalidité. La télémédecine est née en Belgique, avec aval de l'Ordre des médecins. Le confinement est décrété le 18 mars à midi.

L'insuffisance d'équipements de protection individuels empêche le plus souvent les médecins généralistes d'examiner leurs patients.³ Ils trient et assurent la continuité des soins par téléphone. Nombreux sont ceux qui étendent spontanément leur disponibilité téléphonique plus tard en soirée et le week-end.³ Certaines pratiques mettent en place des centres de tri, seules ou avec l'aide de leur

cercle ou de leurs autorités locales. La plupart s'installent à proximité des hôpitaux, sous la dénomination «centres de tris préhospitaliers». Les médecins coordinateurs des centres de tri se sont autodésignés pour cette tâche.⁴ La plupart endossaient déjà des fonctions de coordination en tant que responsables de cercles ou de postes de garde.⁴ Ceux-ci ont témoigné du recrutement aisé de volontaires pour le fonctionnement quotidien des centres de tri. Les étudiants en formation de médecine générale et leurs maîtres de stage y ont participé activement.

La situation se dégrade dans les institutions résidentielles pour personnes âgées. Près de 50% des décès déclarés durant cette période et dus au Covid-19 ont lieu dans ces centres. L'interdiction des visites pour les proches et les médecins traitants a rendu la situation dramatique sur le plan humain.

À la fin de cette première phase, malgré la pénurie d'équipements de protection, les médecins généralistes ont montré leur capacité d'organisation dans le cadre d'une prise en charge préventive dans la première phase de la pandémie.⁵ La mesure principale de soutien des autorités a été de permettre de financer les téléconsultations. Et, comme le souligne un éditorial du *BMJ*, la Belgique ne disposant pas de services de santé préventifs décentralisés à soutenir de façon opérationnelle, la mise en œuvre du protocole a été laissée aux professionnels de santé.⁶

LE DÉCONFINEMENT, LE TESTING/TRACING, LES DEUXIÈME ET TROISIÈME VAGUES ET LE DÉBUT DE LA VACCINATION

Les cas «possibles» sont enregistrés par les médecins généralistes via un formulaire en ligne et testés en centre de tri ou en cabinet, s'il est équipé. Le tracing est mis en place par les autorités via des call centers. Le CMG envoie des recommandations régulières basées sur l'analyse de la littérature faite par son équipe scientifique, cellule d'appui scientifique et universitaire.

Dans les médias, c'est le temps des questionnements. Le gouvernement s'est principalement concentré sur les aspects virologiques de la pandémie. Certains ont suggéré

^a Il y a en Belgique 9 ministres de la Santé pour les 6 gouvernements (fédéral, communautaires, régionaux).

que la cellule d'experts conseillant le gouvernement, principalement composée de virologues, soit élargie aux acteurs de la première ligne. Ils ont alerté sur le danger du report de soins pour les autres pathologies et sur le peu de prise en compte des mesures spéciales pandémie sur la santé de la population.⁷

Cette deuxième période est marquée par la prise en main des autorités, via ses différents niveaux de pouvoir, pour cadrer les procédures, organiser le testing, mettre en place un tracing indépendant de la première ligne et lancer la vaccination en ouvrant des centres où sont recrutés des médecins généralistes et des infirmières.

RÉOUVERTURES PROGRESSIVES, CERTIFICATS DE VACCINATION ET NOUVELLES VAGUES

À partir de l'été 2021, les vaccins sont accessibles en cabinet via les pharmacies. La médecine générale travaille de plus en plus en parallèle des centres de testing et des centres de vaccinations. Les pharmaciens font les tests antigéniques, les médecins généralistes de moins en moins de PCR. Les voyages sont autorisés moyennant une carte de vaccination. De nouvelles vagues se succèdent mais les taux d'hospitalisation et de décès diminuent. Les centres de vaccination ferment progressivement et sont prêts à rouvrir sur décision des autorités. La médecine générale et la médecine hospitalière s'activent à rattraper les retards de soin. On décrit dans les hôpitaux et en médecine générale un certain degré d'épuisement.

PREMIER BILAN DE L'ÉPIDÉMIE

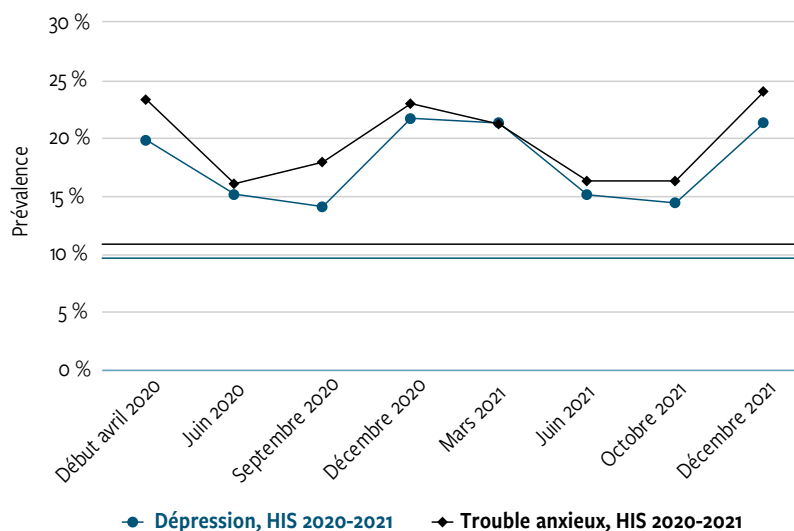
Selon Sciensano,⁸ organisme fédéral belge, entre le premier mars 2020 et le 26 juin 2022, en Belgique, 37% de la population a été touchée par le Covid-19, 1,1% a été admise à l'hôpital et 0,27% est décédée du Covid-19. À peu près 50% des décès ont concerné les plus de 85 ans; 80% si on compte les patients de plus de 75 ans. Les deux tiers des patients sont décédés à l'hôpital, un tiers en institution pour personnes âgées. Il n'y a quasiment pas eu de décès du Covid-19 au domicile du patient.

Il y a, en Belgique, à peu près un médecin généraliste pour 1000 habitants. On peut déduire des chiffres ci-dessus, en schématisant, qu'un médecin généraliste moyen a vu, parmi sa patientèle, 12 patients être hospitalisés et 3 décéder, dont 2 à l'hôpital et 1 en institution résidentielle pour personnes âgées.

Durant la période qui s'étend du début de la pandémie au 30 juin 2021, 89% des téléconsultations ont été effectuées par les médecins généralistes, avec une moyenne de 1124 téléconsultations par médecin généraliste (12 700 482 téléconsultations/11 295 médecins généralistes).⁹

Certaines données concernant l'état général de santé de la population seraient intéressantes à examiner, comme l'impact du report des soins dû à la pandémie et à sa gestion. En ce qui concerne la santé mentale, la **figure 1** présente l'augmentation de troubles anxieux et dépressifs dans la population belge durant la pandémie.

FIGURE 1. Prévalence de l'anxiété et de la dépression dans la population belge



Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus présentant une anxiété ou une dépression dans les enquêtes de santé Covid-19 2020-2021 par rapport à l'enquête de santé par interview 2018, Belgique, 2020-2021. Les deux lignes horizontales noire et bleue représentent respectivement la prévalence du trouble anxieux et de la dépression selon la HIS 2018. HIS : Health Interview Survey. (Source : Enquêtes de santé Covid-19 et HIS 2018, Sciensano).

CONCLUSION

Au début de la pandémie, les médecins généralistes se sont organisés et structurés pour trier les patients, gérer les appels et travailler à distance afin de garantir la continuité des soins, en bénéficiant du financement de la téléconsultation.

Lors de la deuxième période, les autorités ont organisé les centres de tri, la vaccination, le testing/tracing, invitant les médecins généralistes à y prendre part.

Lors de la troisième période, pendant que les autorités fermaient progressivement les centres et relâchaient les mesures prises pour diminuer la circulation du virus, les pharmaciens se sont intégrés, testant et distribuant les vaccins, et les médecins généralistes, tout en gardant une part importante de téléconsultations, ont repris progressivement leurs activités habituelles auprès d'une population dont la santé mentale, entre autres, a été marquée par la pandémie.

RÉFÉRENCES

1. Coronavirus Covid-19. Disponible sur : www.info-coronavirus.be
2. Minguet C. Covid et médecine générale. *Louvain Méd.* 2020;139(5-6):283-9.
3. Belche JL, Joly L, Crismer A, Giet D. Résilience et réactivité de la médecine générale durant la pandémie Covid-19. *Rev Med Liege.* 2020;75: Supplément :S29-37.
4. Jamar H, Van Maele L, Ferguson M, et al. La première vague de Covid-19 en Belgique et les soins primaires. *Rev Med suisse.* 2020;16(713):2119. DOI: 10.53738/REVMED.2020.16.713.2119.
5. Schellens PJ, Fauquert B. Organisés et agiles : les médecins généralistes au temps du Covid-19. *Rev Med Brux.* 2020;41(3):132-3.
6. Van Olmen J, Remmen R, Royen P, et al. Regional coordination and bottom-up response of general practitioners in Belgium and the Netherlands. *BMJ.* 2020;369:m1377. DOI: 10.1136/bmj.m1377.
7. Le blog du #covidrationnel. Disponible sur : www.covidrationnel.be
8. Sciensano. Disponible sur : www.sciensano.be
9. Réponse à la question parlementaire n° 1200 du 4 janvier 2022.

AFFILIATIONS

- ^a Faculté de médecine, Université catholique de Louvain, 1200 Bruxelles, Belgique, cassian.minguet@uclouvain.be

Médecine de première ligne dans la gestion des pandémies : l'exemple du SARS-CoV-2

Situation en Suisse

Dr ALEXANDRE GOUVEIA^a, Dre CHRISTINE COHIDON^b

Rev Med Suisse 2022 ; 18 : 2245-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2245

PRÉAMBULE

La Confédération suisse est un État fédéral composé de 26 cantons, qui jouissent d'une importante autonomie administrative et juridique (Office fédéral de la statistique (OFS), 2022). En 2020, la Suisse comptait 8 670 300 habitants, dont la majorité parlait l'allemand (62,3 %), et des minorités le français (22,8 %), l'italien (8 %) et le romanche (0,5 %).

Après l'annonce des premiers cas de Covid-19 en Suisse fin février 2020, le Conseil fédéral a d'abord décidé d'interdire les manifestations de plus de 1000 personnes dans tout le territoire. Quelques semaines plus tard, la Suisse est formellement placée en « état d'urgence », selon la loi sur les épidémies, et ceci de façon concomitante avec d'autres pays européens. La situation exceptionnelle d'« état d'urgence » a permis temporairement au Conseil fédéral de prendre des décisions sans besoin d'approbation parlementaire ou cantonale, comme le début du semi-confinement, l'interruption des activités éducatives et la généralisation de l'éloignement social.

Durant l'été 2020, la stratégie de testing, traçage, isolement et quarantaine est déployée sous la gouvernance des autorités sanitaires cantonales et le port du masque devient obligatoire dans les transports publics, mesure qui a perduré durant presque deux ans. La gestion de la pandémie s'est progressivement outillée avec les tests de diagnostic rapide, la vaccination, les autotests et le certificat Covid, comme un peu partout dans le monde. Les principales mesures appliquées sont décrites de façon chronologique dans le **tableau 1**.

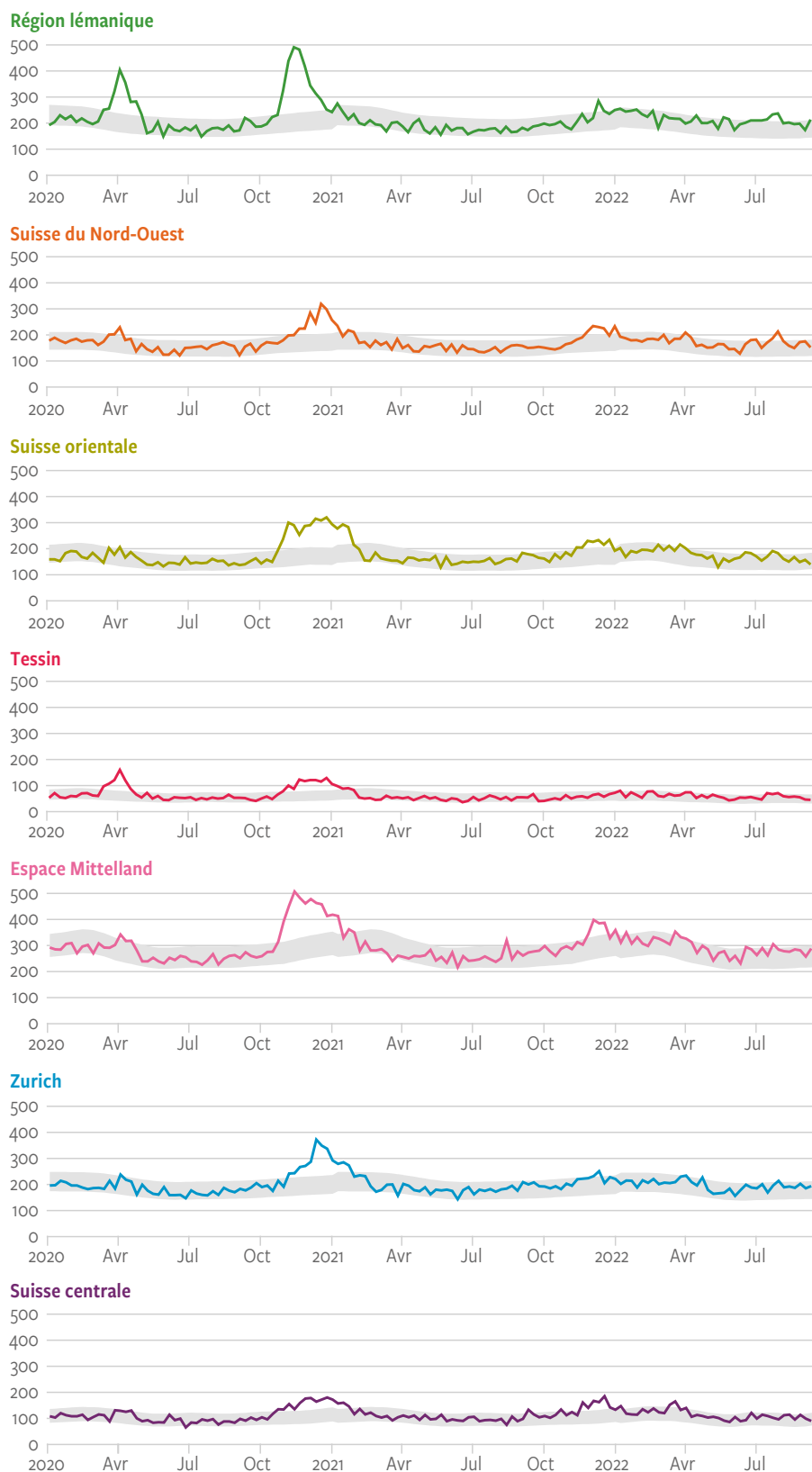
Durant les deux premières années de pandémie en Suisse, l'infection à coronavirus a été particulièrement fréquente chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Comme conséquence, une surmortalité dans cette catégorie d'âge a été identifiée dans certaines régions suisses, notamment durant les deux premières vagues d'avril et de novembre 2020, mettant en évidence des différences régionales à plusieurs niveaux (OFS, 2022) (**figure 1**).

TABLEAU 1. Gestion de la pandémie en Suisse

Date	Événements et mesures
25.02.2020	Premier cas d'infection à SARS-CoV-2 diagnostiqué en Suisse (canton du Tessin)
28.02.2020	Interdiction de manifestations de plus de 1000 personnes
16.03.2022	Déclaration de l'« état d'urgence » par le Conseil fédéral, avec interruption de toute activité scolaire et fermeture des frontières
20.03.2020	Interdiction des rassemblements de plus de 5 personnes
19.06.2020	Déploiement de la stratégie « testing, traçage, isolement et quarantaine », réouverture des frontières
01.07.2020	Port du masque obligatoire dans les transports publics
19.10.2020	Imposition du télétravail
02.11.2020	Utilisation des tests de diagnostic rapide Covid-19 pour le testing de patients symptomatiques
28.12.2020	Début de la vaccination Covid-19 en Suisse
01.03.2021	Assouplissement progressif des mesures restrictives avec réouverture des espaces commerciaux et culturels
07.04.2021	Distribution des autotests Covid-19 à la population par le biais des pharmacies
12.05.2021	Déploiement du certificat Covid, interfacé avec le certificat Covid-19 européen
31.10.2021	Fin de la gratuité du testing Covid-19 pour les personnes asymptomatiques
16.02.2022	Fin de l'utilisation du certificat Covid-19 en Suisse
31.03.2022	Fin du traçage des contacts et des mesures d'isolement et de quarantaine
01.04.2022	Fin de l'obligation de port du masque dans les transports publics

Moments et mesures clés de la gestion de la pandémie de coronavirus en Suisse, de février 2020 à avril 2022.

FIGURE 1. Décès par semaine et par grande région, patients de 65 ans et plus



Statistiques expérimentales de l'OFS – État des données 03.05.2022.

Le nombre de décès est extrapolé pour la période en cours sur la base des cas signalés jusqu'à la veille, en tenant compte du délai de présentation d'une notification. (Sources OFS : surveillance de la mortalité).

Afin de comparer comment les systèmes de santé ont pu s'adapter et faire face à la pandémie de coronavirus, Lupu et Tiganasu ont publié une analyse d'efficacité des systèmes de santé européens durant les deux premières vagues dans 34 pays de l'OCDE. Cette analyse s'est basée sur de multiples indicateurs de performance dont, par exemple, le nombre de cas de Covid-19, les ressources médico-soignantes à disposition ou la perception de la qualité des services sanitaires. Selon cette étude, durant la première vague de coronavirus, le système de santé suisse a répondu moins efficacement que celui d'autres pays européens, et ceci au même niveau que la Roumanie, la Suède ou l'Allemagne.¹ La réponse à la pandémie durant les périodes suivantes, notamment celle de relaxation et la deuxième vague, a été jugée au même niveau que la majorité des pays évalués.

Il est important de signaler que la répartition des responsabilités à plusieurs niveaux entre la Confédération et les cantons a été un facteur déterminant dans la réponse du système de santé suisse et dans la gestion décentralisée de la pandémie de coronavirus. Le leadership de certains organismes nationaux, comme l'Office fédéral de la santé publique en Suisse, présente indubitablement des avantages importants, tels que l'uniformisation de certaines mesures qui doivent être appliquées rapidement et de façon homogène dans tout le pays. Toutefois, ce sont les cantons qui possèdent la capacité à identifier et déployer les mesures qui s'avèrent les plus adaptées aux réalités régionales, de façon plus immédiate et en mobilisant les ressources locales existantes. Les autorités cantonales ont eu, durant la majeure partie de la pandémie, la compétence de la gestion quotidienne de la crise sanitaire et de déploiement des directives fédérales.

RÔLE DE LA MÉDECINE DE FAMILLE

Pour la seconde partie de cet article, nous proposons d'illustrer le rôle des cabinets de médecine de famille (MF) durant la pandémie du Covid-19, en nous appuyant sur quelques données recueillies au début de la crise sanitaire dans le canton de Vaud. En effet, le fonctionnement libéral de la médecine de première ligne en Suisse et le peu de données disponibles en routine dans ce secteur ont nécessité la mise en place d'études ad hoc afin d'avoir non seulement une idée de l'implication des médecins généralistes (MG) mais également des conséquences de la pandémie sur leur activité.

SOURCES DE DONNÉES

La source principale sur laquelle reposent les résultats présentés est une enquête réalisée par le Département de médecine de famille (DMF) d'Unisanté, sur mandat des autorités de santé publique du canton de Vaud.² L'objectif de cette enquête, de design mixte, était de décrire la situation des cabinets de MF dans le canton de Vaud (800 000 habitants) lors de la première vague de Covid-19.

Un questionnaire électronique a été renseigné par 222 cabinets, soit un taux de participation de 41 %. Il a été complété d'un volet qualitatif pour lequel des entretiens ont été réalisés auprès de 12 MG.

Par ailleurs, quelques statistiques issues du système VACOVID, via l'étude COVID-FM, également menée au DMF d'Unisanté sur mandat des autorités de santé publique viennent compléter les données d'enquête.³

RÉSULTATS PRINCIPAUX

Prise en charge des patients Covid, suspects ou avérés

Les MG en cabinet avaient le choix de s'impliquer dans la prise en charge de patients Covid, suspects ou avérés.⁴ Les données montrent que durant la première vague, environ deux tiers des cabinets de MF du canton ont choisi de prendre en charge les patients suspects de Covid-19, moyennant une réorganisation de leur cabinet alors que le tiers restant envoyait ces patients vers des centres de test ou des structures ambulatoires renforcées. Ce recours aux centres de test a augmenté avec le temps, puisqu'à l'automne 2020, 45 % des cabinets de MF y réfèrent leurs patients.

Activités de dépistage et de vaccination

Durant la première vague de la pandémie, 46 % des cabinets ont déclaré avoir réalisé moins d'un frottis par jour ; 32 % des cabinets de MF ont rapporté une limitation du nombre de frottis par manque de disponibilité. Par ailleurs, la **figure 2** montre la place faible des cabinets de médecine générale dans le processus de vaccination contre le Covid-19 en 2021 dans le canton.

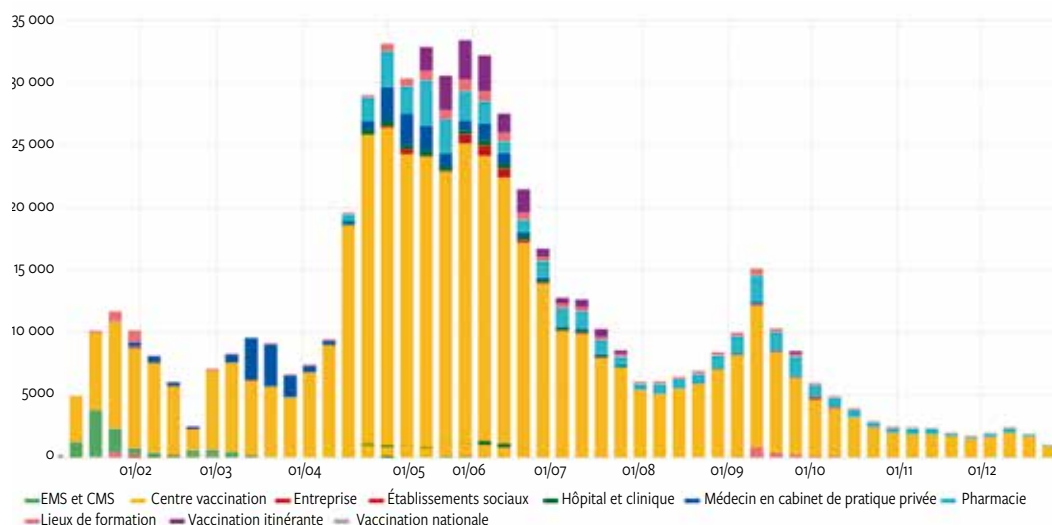
Prise en charge des autres patients

Environ la moitié des cabinets (52 %) ont déclaré avoir modifié leur organisation pour la prise en charge de leurs autres patients, en particulier en réservant des plages horaires spécifiques à ceux-ci et en développant la téléconsultation (essentiellement par téléphone). À l'automne 2020 cependant, ce mode de consultation avait été complètement abandonné par près de la moitié d'entre eux (48 %).

Opinions des MG sur leur implication, la gestion de la crise et les relations avec les autorités de santé publique durant cette crise

- *Un choix naturel pour ceux qui se sont impliqués mais qui a pu s'effriter avec le temps: « Dans les faits, on est déjà un centre de référence naturel pour le patient » – « Si on n'avait pas pu jouer un rôle nous là-dedans, je me serais senti comme si on m'avait empêché de jouer mon rôle, ma mission. »*

FIGURE 2. Nombre de premières doses de vaccin administrées en 2021



Données par semaine et par type de structure. (Source VACOVID – exploitation pour l'étude Covid-FM).

- *Un sentiment d'abandon de la part des autorités de santé publiques:* «J'ai senti qu'on était tout seuls, isolés [alors] qu'on avait vraiment envie de bien faire les choses» – [Il y a eu] «peu de préoccupation des cabinets, savoir comment ça se passait et connaître les besoins».
- *Un manque de reconnaissance:* «Est-ce que [...] ce qu'on fait a servi à la communauté? Personne ne nous l'a dit!»
- *Un circuit de communication à revoir* car il impliquait une triangulation avec les associations professionnelles: «Quand la SVM [Société vaudoise de médecine] m'écrit pour me mettre un lien sur une lettre de la santé publique, je ne comprends pas pourquoi la santé publique ne m'a pas écrit directement.»

RÉFÉRENCES

1. Lupu D, Tiganasu R. COVID-19 and the efficiency of health systems in Europe. *Health Econ Rev.* 2022 Feb;12(1):14. DOI: 10.1186/s13561-022-00358-y.
2. Cohidon C, El Hakmaoui F, Senn N. Gestion de la crise liée à l'épidémie de Covid-19 en médecine de premier recours dans le canton de Vaud. *Raisons de santé* 324. Lausanne: Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2021. <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/324>
3. Maeder M, Auderset D, Senn N, Müller Chabloy Y. Développement d'un système de surveillance de la COVID-19 de la perspective de la médecine de famille dans le canton de Vaud. *Raisons de santé* 331. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2022. <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/331>
4. Cohidon C, El Hakmaoui F, Senn N. The role of general practitioners in managing the COVID-19 pandemic in a private healthcare system. *Fam Pract.* 2022 Jul;39(4):586-91. DOI: 10.1093/fampra/cmab112.

AFFILIATIONS

- ^a Policlinique de médecine générale, Département des policliniques, Unisanté, 1011 Lausanne,
- ^b Département de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, alexandre.gouveia@unisante.ch | christine.cohidon@unisante.ch

Médecine de première ligne et Covid

Situation à Genève

Pr IDRIS GUESSOUS^{a,b}

Rev Med Suisse 2022 ; 18 : 2249-50 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2249

INTRODUCTION

De toute évidence, la médecine de première ligne a participé et participe encore actuellement (juillet 2022) à la réponse au Covid-19. On peut bien sûr déjà dire qu'elle a fait et fait son travail, en contribuant notamment à la prise en charge des patients souffrant d'infection aiguë due au SARS-CoV-2. C'est déjà bien. Mais ces deux dernières années ont également illustré comment la médecine de première ligne, en Suisse dans notre cas, a pu, a dû contribuer au-delà de ce qu'on imaginait sans doute.

De nombreux exemples ont été présentés lors du cycle de conférences sur la médecine de première ligne dans la gestion des pandémies «L'exemple du SARS-CoV-2» organisé par Unisanté. Ces exemples sont résumés ailleurs. Nous présentons ici très brièvement quelques illustrations en provenance du canton de Genève. Canton de Suisse qui a été frappé très tôt et très fortement par le SARS-CoV-2.

PENSER UNE STRUCTURE D'ACCUEIL

Dans le canton de Genève, le Service hospitalo-universitaire de médecine de première ligne¹ était déjà concerné par la situation depuis quelques semaines lorsque le 28 janvier 2020, il participa, avec d'autres spécialités à un moment très particulier, au rassemblement de la plupart des professionnels de santé dans un auditorium des Hôpitaux universitaires de Genève pour parler de ce nouveau virus qui sévissait alors en Chine. Un moment déjà fort et singulier parce que rassemblant les diverses spécialités pas toujours ensemble au même moment, au même endroit, concernées par une même situation.

La médecine de première ligne a tout d'abord contribué à construire pour délivrer les soins. Elle a été très concrètement impliquée dans la construction de sites d'accueil de patients. Elle a dû contribuer à l'élaboration de ces constructions parce qu'elle anticipait, aussi grâce à l'analyse d'autres spécialités, l'arrivée simultanée non pas de patients mais de populations de patients nécessitant des soins de première ligne. Il a donc fallu construire plus grand, pour un certain temps mais un temps incertain, des structures pour accueillir des patients dont la distribution et le spectre de gravité des symptômes étaient encore mal connus. Accueillir uniquement des patients testés?

Une majorité de patients testés positivement à soigner? Une majorité de patients en détresse respiratoire? Quels risques pour les équipes et comment les protéger? Telles furent les premières questions. Pour se préparer à faire face à ces différents scénarios, différents métiers se sont réunis et parmi eux la médecine de première ligne, pour construire la meilleure structure d'accueil avec le meilleur flux possible.

LA MÉDECINE COMME MAÎTRE D'OUVRAGE

C'est cette médecine de première ligne totalement intégrée parmi des métiers de la construction, de la logistique et souvent consultée et écoutée qui a déjà marqué cette crise. On sait que de telles réalisations ont vu le jour dans de nombreux cantons suisses et d'autres pays. On sait aussi que dans ces différents endroits, il a fallu monter, démonter, construire, reconstruire, en dur, en provisoire. À Genève et ailleurs, la médecine de première ligne a été l'un des maîtres d'ouvrage de ces chantiers. On peut imaginer que c'est son caractère généraliste et créatif qui a donné cette capacité et ce privilège à la médecine de première ligne. Ce sont du reste ces mêmes attributs qui lui ont permis de construire en virtuel cette fois et proposer rapidement un dispositif de téléconsultation pour compenser les consultations en ville qui avaient été interrompues.

INFORMATION, FORMATION ET RECHERCHE

La médecine de première ligne a participé à l'information et à la formation. Elle a aidé à gérer cette information et l'incertitude, souvent elle a rappelé des concepts. Elle l'a fait pour ses pairs, les patients, les populations de patients, des populations entières et les décideurs politiques. Masque, pas masque? Blouse, surblouse? Comment et dans quelle structure effectuer un frottis nasopharyngé? Performances d'un test PCR? Dépistage, testing? Mesure de santé publique, mesures individuelles? Compétitions des risques? Niveaux de preuves? À Genève du moins, la médecine de première ligne a été un élément essentiel du dispositif d'information et de formation. Elle a pu compter sur les métiers de la communication pour disposer des meilleures technologies de diffusion de l'information pour

faire passer ses messages de façon efficace et dynamique. Qu'il s'agisse d'interfaces internet, de courtes vidéos, de réseaux sociaux, d'applications, de webinaires, ou encore d'interventions plus conventionnelles dans les médias, la médecine de première ligne genevoise, comme d'autres ailleurs, a pu communiquer à l'instar et au côté de ses collègues des maladies infectieuses par exemple.²

La médecine de première ligne a contribué à étudier le SARS-CoV-2 dans ses effets directs et indirects. En effet, ce qui marque aussi et peut-être un peu plus pour les établissements de médecine de première ligne universitaires, c'est la capacité que cette médecine a eu à poursuivre, à adapter le plus souvent, ses missions de recherche. Elle a eu un rôle majeur dans l'étude des conséquences des effets directs et indirects du SARS-CoV-2 et su réaliser cette recherche alors qu'en parallèle elle devait participer à une immense réponse clinique.

Construire pour délivrer les soins, informer et former, étudier. La médecine de première ligne l'a fait non seulement lors de chaque vague mais également à tous les stades de la pandémie: pour l'infection aiguë ambulatoire, le suivi posthospitalisation, la (les) vaccination(s), la prise en charge thérapeutique (y inclus les anticorps monoclonaux), le post-Covid, et malheureusement, le rattrapage de situations décompensées de maladies chroniques dont le suivi a été, pour beaucoup, interrompu ou fortement perturbé. Se souvenir aussi des collaborations de la médecine de première ligne avec les ONG: médecins sans frontière et la Croix-Rouge genevoise, par exemple, pour l'ouverture de postes et centres d'enregistrement administratif afin d'inscrire à la vaccination les populations vulnérables économiquement et/ou socialement.

QUEL BILAN ?

Après plus de deux ans et demi de pandémie, l'occasion ne s'est toujours pas complètement présentée à la médecine de première ligne de se poser, de s'arrêter, et de se retourner pour faire le bilan. À défaut de cela, quelques

coups d'œil rapides dans le rétroviseur parce qu'il nous faut bien sûr garder toute notre attention sur ce qui se présente et notamment sur la gestion d'une probable 7^e vague au moment où ces lignes sont rédigées. On conclura cette synthèse par quelques éléments et pistes d'amélioration basés sur ces coups d'œil.

Force est de constater que les dernières vagues ont été mieux gérées que les premières et que la médecine de première ligne aurait pu mieux faire, aurait pu faire plus encore. Elle fera mieux. On devra, par exemple, s'assurer que le matériel et les équipements (testing, protection, etc.) ne viennent plus à manquer pour le personnel de première ligne. Il faudra faire en sorte que la médecine de première ligne soit d'emblée et officiellement intégrée dans les cellules de crise/task force politiques. Il faudra que la mobilisation des équipes et ressources pour mener des projets de recherche en pleine crise sanitaire soit perçue d'emblée par le politique comme d'utilité et d'intérêt majeurs pour la réponse à la crise.

Il faudra identifier et fournir aux décideurs politiques des informations plus précises pour leur permettre de proposer des solutions plus ciblées et peut-être éviter de confiner un canton, un pays entier. Avoir des outils de précision comme la géomédecine sur laquelle la médecine de première ligne travaille déjà,³ pour savoir où se trouve le début de clusters et réagir vite et localement. Finalement, on sait que nombreux sont les collègues de médecine de première ligne en ville qui se sont sentis isolés, oubliés même, durant les premiers mois de la pandémie. Il faudra donc que, même sidérés par la situation, concentrés sur l'action, le politique et la médecine de première ligne hospitalo-universitaire soient plus inclusives.

Cette pandémie était annoncée de longue date et pourtant nous sommes quasiment partis de zéro. Combien de temps gardera-t-on cette pandémie en mémoire, et qui sera continuellement responsable de la réponse et prêt à mettre en place tout ce que nous avons appris? La médecine de première ligne peut-être, et ce cycle de conférence d'Unisanté y contribue déjà un peu.

RÉFÉRENCES

1. Service de médecine de premier recours (SMPR), Hôpitaux universitaires de Genève. 21 février 2022. Disponible sur : www.hug.ch/medecine-de-premier-recours 21 février 2022. Disponible sur : www.hug.ch/medecine-de-premier-recours
2. CoviCare 24. Plateforme de partage de processus Covid-19. Disponible sur : www.covicare24.com/francais
3. Geographic Information Research and Analysis in Population Health. Disponible sur : www.giraph.org/

AFFILIATIONS

- ^a Service de médecine de premier recours, Département de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, Faculté de médecine de Genève, 1211 Genève 14,
- ^b Membre du Comité de direction de la Société suisse de médecine interne générale, idris.guessous@hcuge.ch

Une expérience de terrain en milieu rural : la médecine de première ligne au second plan

Dr OLIVIER PASCHE^a

Rev Med Suisse 2022 ; 18 : 2251-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2251

La pandémie liée au SARS-CoV-2 a pris de court bon nombre de collectivités publiques et d'institutions sanitaires, en particulier dans le domaine de la première ligne, situation à laquelle n'ont pas fait exception les cabinets de médecine de famille en Suisse romande.¹ Cette crise a confronté les professionnels de la santé et le public en général à une avalanche de nouvelles diffusées tant par les médias traditionnels que par les réseaux sociaux, avec un champ lexical et des thématiques souvent étrangères à la majorité du public. Au printemps 2020, nombreux sont les professionnels prenant publiquement la parole se déclarant «sur le pont», en référence à l'intense activité concrète des matelots sur les navires d'une époque pas si lointaine où le commerce et la guerre s'exerçaient dans la réalité matérielle du monde. Cet article illustre la perspective de la médecine de famille telle qu'elle a été ressentie sur le terrain durant la crise du SARS-CoV-2.

MOBILISATION SPONTANÉE

D'emblée, cette crise, qui marque une nouvelle époque, s'est invitée par les médias au travers d'informations, d'abord en provenance de Chine, puis de plus en plus proches jusqu'en Italie, avec ses photographies de cercueils ou de soignants en scaphandre.² Ces images ont rapidement fait résonner les peurs endormies des anciennes épidémies et rappelé aux praticiens les courbes exponentielles de leurs études. Les premiers cas parmi nos patients et nos collègues ayant achevé de faire grimper le «trouillomètre» et les consignes pratiques pour les cabinets tardant à venir de la part des autorités, nombre de praticiens de notre région ont sollicité, de leur propre initiative, des collègues travaillant dans les institutions afin d'avoir un éclairage sur le nouveau rôle qu'ils pressentaient devoir jouer. Les institutions cantonales ou hospitalières donnant l'impression d'improviser envers les praticiens de première ligne, la majorité des cabinets de notre région du Nord vaudois et de la Broye ont commencé à s'organiser seuls, faisant appel à leurs ressources personnelles et à leurs relais dans les communes et auprès des associations locales où ils jouissent souvent d'une reconnaissance importante et trouvé l'expression d'une solidarité et générosité aussi bienvenues qu'inattendues (**figure 1**).³

FIGURE 1. Solidarité villageoise au début de la crise SARS-CoV-2



Implication d'une société locale, qui a mis à disposition une tente de fête pour construire un centre ambulatoire renforcé.

Avec une large place laissée à la créativité, la majorité des cabinets se sont dotés, en deux petites semaines, de dispositifs opérationnels au moment du confinement, fin mars 2020, pour une prise en charge sécuritaire des patients contagieux et des malades ordinaires.

L'une des difficultés majeures rencontrées par la médecine de famille à cette époque a été le sentiment d'un décalage entre la réalité concrète et le discours officiel. En particulier, ce début de pandémie a été caractérisé par la découverte d'une pénurie de moyens à laquelle notre société n'était pas coutumière, doublée d'un discours peu rassurant de la part des autorités.^{4,5} À cette époque, la communication semblait dictée plus par la logique des moyens que par celle de l'évidence ou de principes éthiques, comme celui de la précaution.⁶ La question des masques, en particulier, en est un exemple emblématique, la pénurie semblant dicter des tergiversations quant à la recommandation de son usage, dans la sphère privée, en public, dans les institutions pour personnes âgées ou dans les soins, semblant oublier l'incroyable capacité des gens du terrain à trouver des solutions à un problème de pénurie.⁷ N'y a-t-il pas eu un peu partout et sans que l'État ne dicte de règle des initiatives pour fabriquer des masques, des visières ou du gel hydroalcoolique? À l'échelle des cabinets de notre région, le discours finalement le plus aidant n'est pas le langage officiel mais celui qu'ont tenu de manière

officiuse et en dehors des canaux habituels nombre de nos collègues engagés dans les cercles autorisés lorsqu'ils ont su adopter un « parler vrai » avouant les limites anticipatoires de notre système sanitaire en véhiculant des encouragements aux personnes du terrain à prendre toute initiative pouvant servir à éviter le pire. C'est cette confiance exprimée dans les ressources propres des cabinets de médecins de famille et la solidarité entre cabinets qui les a encouragés à payer de leur personne pour adapter leurs structures.

ISOLEMENT ET DÉMOBILISATION

Fort heureusement, les mesures de confinement inédites, appliquées en début de crise en Suisse, ont eu pour effet de réduire rapidement la contagiosité, avec pour corollaire une rapide diminution des cas les plus graves amenant, à la fin de la première vague, à une fréquentation fortement en baisse dans les cabinets de premier recours, entraînant des questionnements sur la pérennisation des dispositifs mis en place. Devant la non-utilisation de ces dispositifs et, à nouveau, en l'absence de signaux clairs de la part des autorités sur les besoins futurs de ces installations, la grande majorité a été démantelée par les médecins eux-mêmes, la quasi-totalité de ceux-ci ayant repris leur fonctionnement de consultation normal en septembre 2020.⁸ À ce stade, les cabinets étaient occupés à essayer de négocier un remboursement des investissements financiers mis en œuvre durant la première vague et devant les difficultés administratives rencontrées, peu sont ceux qui ont jugé de leur devoir de s'engager de la même manière lorsque la deuxième vague a « surpris » la Suisse à l'automne.

À la fin 2020, la politique sanitaire semblait résolument tournée sur la priorité aux soins intensifs et, début 2021, sur la vaccination.⁹ À cette période, la médecine de famille a montré à nouveau son engagement en se mettant à disposition pour participer au dispositif de vaccination de l'État. Plusieurs éléments sont venus compliquer cette participation, en particulier les problématiques en lien avec la chaîne du froid, le conditionnement du vaccin en doses multiples et, du point de vue administratif, les exigences de documentation et le financement particulier, bien en dessous du tarif ambulatoire habituel du TARMED. La montée en puissance des grands centres de vaccination a eu progressivement raison de l'engagement de la médecine de famille dans cette aventure si bien qu'en 2022 les cabinets de médecine de famille n'étaient plus intégrés dans le dispositif de vaccination.

Il ne s'agit pas ici de revendiquer un règlement de comptes a posteriori, mais au moment où les espérances de voir se terminer la pandémie s'envolent avec l'apparition de nouveaux variants tels que le variant Centaure issu

de la lignée Omicron, force est de constater que, la résistance à la vaccination dans la population aidant, un retour des médecins de proximité dans le processus de vaccination est souhaitable.¹⁰ En effet, à défaut d'être aussi économiques que prévu, les grands centres de vaccination sont aussi de plus en plus perçus avec méfiance par une frange de la population tentée par une lecture complotiste de la crise. Quelle que soit la part de responsabilité de la communication officielle à cette évolution, et notamment les tendances « rassuristes » exprimées en début de crise, le constat d'une augmentation grandissante de manifestations sociales de défiance face aux autorités et aux politiques de santé publiques pilotées d'en haut devrait nous faire réfléchir à l'importance que peut occuper le médecin de terrain, en particulier dans les cabinets médicaux.^{11,12} Ceux-ci n'ont-ils pas pour métier d'être au centre de la vaccination de la population, y compris pour des vaccinations annuelles comme celle de la grippe? Nombreux sont les médecins de famille de notre région qui souhaiteraient pouvoir participer aux vaccinations futures dans un setting le plus proche possible des conditions de vaccination habituelles, avec l'avantage de pouvoir jouer de tout leur savoir motivationnel et des connaissances qu'ils ont de la personnalité de leurs patients, en particulier les plus hésitants, dans l'espoir d'infléchir les positions de ceux tentés par les discours complotistes.¹³

PLACE À TROUVER FACE AUX CRISES DU FUTUR

Pour que cela soit possible, il paraît urgent que médecins de famille et autorités améliorent la connaissance mutuelle des contingences et limites qui leur sont propres.¹⁴ Les médecins de famille ont besoin de sentir qu'ils font partie du réseau sanitaire, qu'ils sont entendus et que leur autonomie et leur créativité sont respectées. La force de la médecine de famille est de s'appuyer sur des professionnels très bien formés et fins connaisseurs du terroir dans lequel ils exercent leur art.¹⁵ Leur indépendance et leur hétérogénéité apparente sont en réalité une force dont la société aurait tort de vouloir se passer. Il est urgent que ceux-ci puissent participer aux décisions qui les concernent et ne soient pas systématiquement informés par voie de presse ou par leurs patients des évolutions de la politique sanitaire et du dispositif de crise. Il y a, à n'en pas douter, matière à améliorer l'interconnexion du monde de la médecine de terrain et des cercles institutionnels où sont définies les stratégies de lutte contre la crise SARS-CoV-2, à l'heure où de nouvelles crises semblent vouloir jouer à la collision en chaîne, que ce soit des crises climatiques, migratoires ou énergétiques.

RÉFÉRENCES

1. La coordination a fait défaut en Suisse durant la première vague de Covid. RTS. (En ligne). 31 mars 2022. (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.rts.ch/info/suisse/12981828-la-coordination-a-fait-defaut-en-suisse-durant-lapremiere-vague-de-covid.html
2. Terrible record pour l'Italie : 475 morts en un jour. Paris Match. (En ligne). (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.parismatch.com/Actu/International/Terrible-record-pour-l-Italie-475-morts-en-un-jour-1679249
3. Coronavirus – EMS : un médecin vaudois tire la sonnette d'alarme. 24 Heures. (En ligne). 18 mars 2020. (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.24heures.ch/ems-un-medecin-vaudois-tire-la-sonnette-d-alar-me-539115961510
4. Coronavirus : matériel de protection à nouveau bloqué depuis l'UE. Le Nouvelliste. (En ligne). 25 mars 2020. (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.lenouvelliste.ch/suisse/coronavirusmaterieldeprotectiona-nouveau-bloquedepuis-l-ue-923155
5. Comment une équipe romande a acheté des masques en Chine. 24 Heures. (En ligne). 14 avril 2020. (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.24heures.ch/comment-une-equip-eromande-a-achete-des-masques-enchine-976185726124
6. Suisse – La pénurie de masques a dicté la communication des autorités. 24 Heures. (En ligne). 2 août 2020. (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.24heures.ch/la-penurie-de-masques-a-dicte-la-communication-des-auto-rites-292522187102
7. Faut-il généraliser le port du masque en public ? La Suisse dit toujours non. RTS. (En ligne). 5 avril 2020. (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.rts.ch/info/suisse/11224019-faut-il-generaliser-le-port-du-masque-en-public-lasuisse-dit-toujours-non.html
8. Vaud : plusieurs centres Covid ont fermé, faute de patients. 24 Heures. (En ligne). 21 avril 2020. (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.24heures.ch/vaud-plusieurs-centres-covid-ont-ferme-faute-de-patients-466102130228
9. Un premier drive-in de dépistage ouvre en Suisse romande. Le Temps. (En ligne). 30 avril 2020. (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.letemps.ch/suisse/un-premier-drive-in-de-pistage-ouvre-suisse-romande
10. Covid-19 : vers une nouvelle vague des variants BA.4 et BA.5 cet été ? Le Temps (En ligne). 13 juin 2022 (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.letemps.ch/sciences/covid19-vers-unenouvelle-vague-variants-ba4-ba5-cet
11. Du rejet des masques à la « prétendue » deuxième vague... comment le discours des médecins « rassuristes » a émergé. (En ligne). Le Monde. 12 novembre 2020. (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/11/09/covid-19-du-rejet-des-masques-a-la-remise-en-cause-de-la-deuxieme-vaguecomment-le-discours-des-medecins-rassuristes-a-emerge_6059095_4355770.html
12. Majority of Covid misinformation came from 12 people, report finds. The Guardian (En ligne). (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.theguardian.com/world/2021/jul/17/covid-misinformation-conspiracy-theories-ccdhd-report
13. La faille du complotiste ? « Son doute autodestructeur ». Le Temps (En ligne). 29 avril 2022. (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.letemps.ch/societe/faille-complotiste-doute-autodestructeur
14. Redaktion SÄZ / Rédaction BMS. Généraliste, psychiatre, chirurgien : leur bilan de la pandémie. Bull Med Suisses (En ligne). 2022;103(17):565-8. DOI: 10.4414/bms.2022.20706.
15. Pandémie, guerre : de nouveaux talents pour des crises à répétition. Le Temps (En ligne). 31 mars 2022. (Consulté le 7 septembre 2022). Disponible sur : www.letemps.ch/economie/pandemie-guerre-nouveaux-talents-crises-repetition

AFFILIATIONS

- ^a Institut de médecine de famille, Université de Fribourg, 1700 Fribourg, olivier.pasche@unifr.ch

Médecine de première ligne dans la gestion des pandémies : l'exemple du SARS-CoV-2

Synthèse des principaux constats du Symposium international du 22 août 2022

Pr Jacques CORNUZ^a

Rev Med Suisse 2022 ; 18 : 2254-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2254

RAPPORT COLLECTIF DES PERSONNES QUI SONT INTERVENUES DURANT LE SYMPOSIUM

1. Dans chaque pays, on a noté une **diminution des consultations** de médecine générale, en partie sur recommandation des autorités. Ceci s'est révélé défavorable, en particulier pour les patients souffrant de maladies chroniques dont la prise en charge (en l'absence d'un dispositif de remplacement) a été interrompue.

- La médecine générale doit questionner l'application d'une telle mesure sans discernement qui peut – in fine – provoquer plus d'inconvénients que d'avantages.

2. Hormis en France, il apparaît qu'une **veille scientifique (synthèse des connaissances) pour la médecine de première ligne** n'ait été que peu réalisée.

- Une telle veille doit être mise sur pied entre pays francophones, notamment par souci de mutualisation des efforts pour gérer le flux de nouvelles connaissances en soins de première ligne.

3. En parallèle au constat précédent, il a été noté une **surabondance d'informations**, ce qui a parfois complexifié le travail de la médecine de première ligne.

- Une mutualisation des efforts doit être envisagée afin de gérer cette infobésité et trier ce qui est pertinent pour la première ligne.

4. L'équipe médico-soignante de première ligne est bien placée pour occuper un rôle central dans la gestion d'une pandémie ou d'une crise, car elle connaît **la communauté** dans laquelle elle exerce.

- Cette plus-value, par rapport à d'autres lieux de soins (hôpital), doit être reconnue et valorisée!

5. À plusieurs égards, la pandémie de Covid-19 a été une **syndémie**, avec un net gradient social quant à son impact.

- Il est crucial de le relever et ainsi de rappeler l'importance des déterminants socioéconomiques de la santé; dans cette perspective, la littérature

et la numérotation doivent devenir des enjeux de priorisation de notre système de santé.

6. La **fatigue des soignant-e-s** et leur « grande démission » (nombreux départs, retraite anticipée) ont été notées dans de nombreux pays.

- Les institutions/cliniques/facultés en charge de la médecine de première ligne doivent plus s'impliquer dans la valorisation et la reconnaissance de l'activité des soignant-e-s.

7. À certains égards, les représentants de l'hôpital et les spécialistes ont parfois véhiculé un **discours anxiogène**.

- La médecine de première ligne doit dès lors se positionner comme un contrepoids à ce discours, ceci sans tomber dans le « rassurisme ».

8. De manière générale, la **recherche** (clinique, épidémiologique, etc.) a été peu organisée et peu coordonnée.

- Les institutions de première ligne doivent mettre à l'agenda ce souci de coordination en vue d'une future crise systémique.

9. Les jeunes médecins en formation (internes, résidents, assistants) ont parfois été très (trop?) exposés, générant de la fatigue, une certaine désillusion et ainsi **moins d'attractivité** pour les études de médecine, en particulier pour la première ligne.

- Les facultés et les lieux de formation médicale se doivent d'intégrer cet état de fait.

10. Les données montrent, en particulier en Suisse, une **grande hétérogénéité des attitudes**, des pratiques au sein des cabinets de première ligne.

- Cette diversité doit être reconnue, puis ensuite questionnée, car un spectre aussi large est-il souhaitable du point de vue de la santé de la population?

11. En cas de crise, **les incertitudes cliniques sont souvent nombreuses**, que ce soit sur le diagnostic et

ses méthodes (testing), la prévention (dépistage utile ou non?), le pronostic et l'efficacité des traitements.

- Cette gestion de l'incertitude doit être au cœur de la formation des professionnels, en particulier la manière de la partager avec le patient.
- Cette gestion doit aussi s'accompagner de l'acceptation que l'on ne peut pas toujours poser un diagnostic, mais parfois assumer que l'on se satisfait d'une position ou d'une stratégie diagnostique.

12. L'écoute et les échanges avec la patientèle de première ligne sont des bons **indicateurs des processus, des évolutions sociétales**, par exemple, la montée du complotisme, de la méfiance face à l'expertise scientifique, des fausses certitudes venant des réseaux sociaux.

- Un monitoring et une surveillance de ces phénomènes devraient être mis sur pied afin de les anticiper et préparer des stratégies de communication appropriées.

13. Le recours aux téléconsultations, à la **télé médecine a explosé** pendant le Covid.

- Les facultés de médecine et les institutions de formation postgraduée doivent s'assurer que les enjeux de ce nouveau type de consultation soient dorénavant enseignés.

14. La notion de **territorialité** des soins apparaît comme une possible réponse à la gestion de la crise.

- Fort de ce constat, la taille du « bon » territoire pour déployer des soins en de telles circonstances (superficie, densité populationnelle, découpage politique, administratif, etc.) doit être mise à l'agenda.

15. La **responsabilité sociétale** de première ligne est apparue au grand jour, responsabilité à laquelle l'hôpital ne peut d'ailleurs pas prétendre.

- Il faut dès lors favoriser cette reconnaissance, notamment sur les plans politique, public, financier : une des pistes pourrait être l'établissement d'un

rapport formel, voire contractuel, entre le patient, le médecin et la société/les autorités.

- Le médecin de première ligne pourrait être considéré, par certains aspects, comme l'un des acteurs « responsables » de la santé de sa communauté, notamment de son adhésion aux politiques publiques (vaccination). Il s'agirait en l'occurrence d'une responsabilité de moyens, pas de résultats, c'est-à-dire une responsabilité en termes de « accountability » (rendre des comptes); par exemple, en s'impliquant quant à l'information, la communication, la disponibilité pour la vaccination, le testing.

16. L'ensemble de ces remarques et questions incite à créer un **référentiel de soins, de pratique et de recherche-enseignement pour positionner la médecine de première ligne** en cas de pandémie, voire de crise systémique.

- Ce référentiel pourrait souligner l'expertise du généralisme, notamment par une analyse systémique.
- Ce référentiel pourrait également signaler l'importance de monter un programme de recherche.

17. La question de l'**interprofessionnalité** est importante, mais en l'occurrence complexe. En effet, écrire un référentiel pour une profession ou pour l'interprofession, ce n'est pas la même chose ! Mieux vaut rédiger un document destiné aux seuls médecins plutôt que de faire quelque chose en interpro, possiblement moins ciblé, dont personne ne tiendrait compte. On peut par contre espérer que cela lancera une dynamique au sein des autres professions médicales. Sans oublier que, selon les pays, les réponses sont différentes.

18. Les questions soulevées ci-dessus et le référentiel évoqué feront l'objet d'un prochain travail piloté par Unisanté.

AFFILIATIONS

^a Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1011 Lausanne, jacques.cornuz@unisante.ch

L'interprofessionnalité face à la pandémie

Rédaction : CLÉMENCE LAMIRAND – Expertes : Pre FRANCE LÉGARÉ^a, FATIMA EL HAKMAOUI^b, Dre CHRISTINE COHIDON^b
Rev Med Suisse 2022 ; 18 : 2256 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2256

Les situations de crise comme booster des pratiques de collaboration interprofessionnelle dans les soins de première ligne.

L'interprofessionnalité est définie par l'OMS comme un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des personnes issues d'au moins deux professions travaillent conjointement. Cette collaboration interprofessionnelle, compétence collective menée autour d'un patient ou plus largement d'un territoire, doit permettre une meilleure prise en charge des personnes malades, ainsi qu'une meilleure coordination des soins.

Avec la crise du Covid, la question des rôles et des responsabilités de chaque professionnel sollicité s'est fréquemment posée. Qui pour vacciner? Qui pour dépister? Qui pour prendre en charge les cas peu symptomatiques? Pour y répondre, tous ont dû s'adapter et coopérer, dans de très brefs délais.

DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES AU CANADA

Dans le cadre de l'atelier de travail centré sur l'interprofessionnalité proposé lors du dernier symposium sur la médecine de première ligne dans la gestion des pandémies, la Pre France Légaré est revenue sur sa propre expérience. «En 2007, mon équipe a été sollicitée pour travailler sur un projet de décision partagée en soins à domicile, décrit en introduction la clinicienne québécoise, nous avons essayé de conceptualiser un outil déclinable d'aide à la prise de décision pour soutenir un choix éclairé en matière de milieu de vie.» Cet outil devait profiter aux familles, aidants et professionnels de santé variés, ces derniers étant en général très nombreux à intervenir auprès des personnes âgées (infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, logopédistes, médecins, auxiliaires de santé...). L'outil, qui comprend une grille d'évaluation, a finalement permis à l'information de mieux circuler. L'interprofessionnalité a alors pu se mettre concrètement en place.

«Notre projet, construit dans la durée, s'est retrouvé confronté à la pandémie, rappelle la Pre France Légaré. Durant la crise sanitaire, la question d'admettre ou de retirer son père ou sa mère d'une institution s'est posée encore plus fréquemment. Nombreuses sont les personnes qui se sont approprié l'outil dans une version

adaptée, pour une prise de décision plus juste et basée sur des données probantes mais surtout sur les valeurs et préférences des personnes concernées.»

LE PROJET MOCCA EN SUISSE

Autre exemple de collaboration interprofessionnelle, cette fois-ci en Suisse romande: le projet Mocca – Vieillir 2030. En intégrant un infirmier dans les cabinets de médecine de famille, il vise à améliorer la coordination et la continuité des soins, en particulier pour les patients avec des maladies chroniques. De 2019 à 2021, dans le cadre d'une phase pilote, huit cabinets de médecine de famille, répartis en zones rurale et urbaine, ont expérimenté un nouveau modèle d'organisation.

«L'un des objectifs de l'analyse réalisée durant la première vague de Covid était de décrire l'évolution du rôle infirmier, présente Fatima El Hakmaoui, cheffe de projet au Département de médecine de famille à Unisanté. Nous avons souhaité comprendre l'organisation mise en place entre le trinôme médecin, infirmier et assistant médical et identifier les éléments facilitant ou freinant la collaboration interprofessionnelle.»

Les premiers résultats montrent que l'intégralité du temps infirmier a, sur cette période, été consacrée à l'urgence épidémiologique. Le tri téléphonique était distribué au sein du trinôme. Les frottis nasopharyngés ont plutôt été copartagés entre infirmiers et médecins. «Les consultations de cas suspects de Covid étaient majoritairement prises en charge par les médecins, précise Fatima El Hakmaoui. Les éléments qui ont pu freiner une pratique collaborative sont le type de leadership collaboratif du cabinet médical, l'absence de financement pour des activités réalisées par les infirmiers, comme la téléconsultation ou les frottis, et enfin la pénurie de matériel pour la réalisation de ces frottis.»

Durant cette période, médecins, infirmiers et assistants médicaux ont travaillé ensemble, se sont fait confiance et ont avancé conjointement. «De manière générale, la collaboration interprofessionnelle dépend à la fois de la volonté politique d'un canton à développer de nouveaux rôles dans les cabinets médicaux et d'une culture du travail qui met, ou non, en avant l'interprofessionnalité», conclut Fatima El Hakmaoui.

PAS D'ATELIER SANS PRATIQUE

En seconde partie de l'atelier, deux groupes de participants ont été invités à réfléchir, à partir d'une situation donnée, vécue ou fictive, sur l'interprofessionnalité. Qu'ils aient fait une analyse réflexive sur la prise en charge des migrants en période de pandémie ou sur le rôle du pharmacien dans l'application des recommandations vaccinales, ils sont arrivés aux mêmes constats: l'interprofessionnalité prend du temps et nécessite que les professionnels soient formés et soutenus, notamment par les instances

dirigeantes. La confiance et la reconnaissance des rôles entre les différents professionnels de santé doivent être approfondies. Il est également nécessaire qu'un objectif commun soit partagé. «Il faut finalement consacrer des ressources à l'interprofessionnalité, ressources qui doivent exclusivement travailler à sa mise en place, conclut la Pre France Légaré. Nous devons être plus ambitieux dans ce domaine et valoriser ceux qui innovent.»

AFFILIATIONS

- ^a Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval, Pavillon Ferdinand-Vandry, 1050, avenue de la Médecine, Québec, QC, Canada, G1V 0A6, france.legare@fmed.ulaval.ca
- ^b Département de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, fatima.el-hakmaoui@unisanté.ch, christine.cohidon@unisanté.ch

Pandémie de Covid-19 : Quel enseignement prégradué/facultaire ?

Rédaction : CLÉMENTINE FITAIRE – Experts : Pr CASSIAN MINGUET^a, Dr ALEXANDRE GOUVEIA^b
Rev Med Suisse 2022 ; 18 : 2257-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2257

Encourager l'enseignement prégradué des connaissances et compétences nécessaires à la gestion d'une crise systémique.

Durant la pandémie de Covid-19, de nombreuses activités d'enseignement universitaire ont été suspendues ou modifiées, en devenant bimodales (en présentiel et en virtuel) ou dispensées exclusivement en ligne. Les outils techniques existant au préalable, une adaptation des contenus a pu être proposée pour la plupart de ces enseignements. Le développement de cours et formations en ligne a permis de moduler les enseignements pour les adapter à la situation particulière.

D'après un rapport de l'Université de Lausanne mesurant la satisfaction des étudiants vis-à-vis de ces adaptations, le bilan s'avère positif: 71 % des étudiants sondés estiment en effet s'être bien adaptés à ce contexte d'apprentissage à distance^a (figure 1).

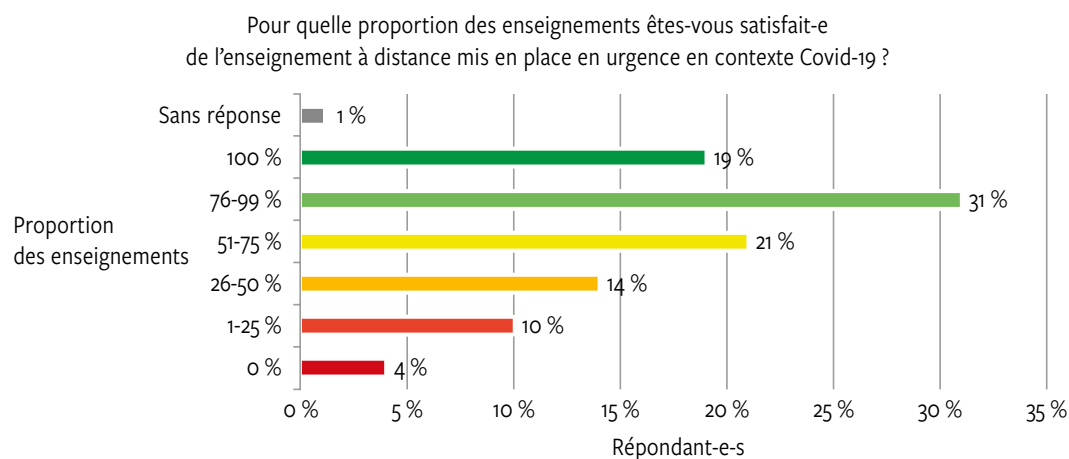
La diminution du temps passé dans les activités cliniques a pu être compensée par une immersion sur le terrain, comme l'activité de dépistage communautaire de masse menée par Unisanté avec une trentaine d'étudiants.^b

En formation postgraduelle, une importante diminution des expériences cliniques, en particulier dans les spécialités chirurgicales ou nécessitant des gestes techniques (ophtalmologie, gastroentérologie, etc.), n'a pas toujours pu être compensée par les cours à distance. Un impact sur l'enseignement auquel s'ajoutent les conséquences parallèles en temps de crise sanitaire: augmentation du nombre d'heures de travail, sentiment d'épuisement, burnout, diminution de la motivation, etc. Ces facteurs cumulés peuvent probablement impacter les connaissances et compétences des médecins en formation, une réalité qu'il serait intéressant de mesurer.

La formation continue s'est, elle aussi, adaptée à cette situation particulière. Unisanté a été particulièrement impliqué dans la transmission de connaissances via des sessions d'e-learning permettant d'acquérir un regard critique sur les informations circulant, mais abordant aussi des questions pratiques comme le risque de transmission, le dépistage, la sérologie ou encore le traçage.

Toutes ces adaptations opérées promptement dans l'urgence de la crise Covid amènent à réfléchir aux objectifs d'apprentissage qui peuvent être acquis en prévision de futurs épisodes similaires.

FIGURE 1. Satisfaction des étudiant-e-s par rapport à l'enseignement à distance et la situation Covid-19



(Source : enquête, mai 2020).

ENSEIGNEMENT TRANSVERSAL DES ÉPIDÉMIES

La pandémie de Covid-19 a engendré un changement majeur d'équilibre dans la gestion de la santé des populations. Comment dès lors, se doter de compétences générales pour s'adapter à une crise sanitaire ?

Tout d'abord, la problématique doit être étendue à une notion plus large que celle d'épidémie infectieuse, afin d'englober toute crise liée à un événement soudain entraînant une situation nouvelle, non prévisible, sans préparation en amont, menant à une mobilisation particulière des professionnels de santé et de la médecine de première ligne. Outre les maladies infectieuses émergentes, ces crises peuvent concerner, par exemple, une pénurie de ressources, ou encore un changement météorologique majeur comme une sécheresse longue et intense ou des inondations rapides et étendues.

Partant de cette définition, l'enseignement en médecine et en santé publique doit oser envisager une approche alternative, en s'interrogeant sur le rôle des disciplines fondamentales (par exemple, la biologie) et cliniques (par exemple, médecine générale, infectiologie, pharmacologie) dans cette formation spécifique.

Un intérêt particulier peut être porté à la compréhension de la gouvernance du système de santé et des différentes attitudes participatives. La question se pose aussi de savoir qui doit participer à cet enseignement spécifique et dans quelle mesure. En bref, la mise en place rapide d'une cellule de crise doit se doter d'une vision macroscopique en impliquant tous les acteurs dans la gestion de crise.

Cette vision prendrait en compte les aspects de tous les niveaux de soins, aussi bien la première ligne que les approches de la deuxième et de la troisième lignes qui, durant la crise de Covid-19, ont été au cœur des préoccupations et doivent être revalorisées dans les enseignements.

Enfin, le contenu pédagogique, au-delà des aspects théoriques, pourrait développer une méthodologie basée sur l'exemple de la classe inversée. Un dispositif favorisant la réflexion et la prise de décision, et visant à résoudre – à petite échelle et de façon interactive – un problème très concret pouvant se présenter.

ENSEIGNEMENT DU RÔLE DE LA PREMIÈRE LIGNE

Le rôle de la médecine communautaire et de la médecine de première ligne pour susciter des interactions et de la dynamique dans l'enseignement est évident. Plus que l'expert, c'est l'acteur ayant des responsabilités directes dans la réponse aux crises qui peut apporter des connaissances et des expertises.

La difficulté ici est la grande hétérogénéité territoriale du système de santé. Les missions de la médecine de première ligne sont en effet très différentes selon les cantons et les communes (par exemple, testing de la population, mobilisation de ressources, délivrance de formations, etc.).

Les approches pédagogiques visées tendraient donc plutôt à créer des compétences de gestion et de management d'une crise, de réflexion, de création d'idées (en petits groupes de 4 à 6 personnes) et de résolution pragmatique de problèmes.

D'avantage que des connaissances spécifiques sur le rôle de la médecine de première ligne, c'est une connaissance générale du territoire et de sa communauté – basée sur une grande curiosité et une réelle capacité d'observation – qui est à cultiver. De la sagacité clinique à la sagacité en santé publique !

ENSEIGNEMENT SUR LES RISQUES

Les risques observés chez les professionnels de santé durant la pandémie sont finalement les mêmes que ceux survenant en contexte ordinaire, mais ils apparaissent en période de crise de façon exacerbée. Parmi eux, la solitude, l'isolement, voire le burnout de certains professionnels de la santé, qui n'ont pu bénéficier du soutien de leurs pairs et du partage d'expériences dans cette période particulière. Les collaborateurs d'établissements médico-sociaux (comme les établissements pour personne âgées et dépendantes) se sont retrouvés particulièrement isolés et démunis dans les premiers temps de la crise Covid.

D'autres risques, comme les conséquences financières du cabinet ou de la pratique des médecins et des autres prestataires de première ligne survenant en contexte épidémique, ne peuvent être ignorés.

L'enseignement de la médecine de première ligne en période de crise devrait donc s'orienter vers des propositions de solutions basées sur des expériences concrètes et du vécu, comme l'acquisition de compétences de leadership communautaire, pour mieux s'organiser dans sa propre pratique et rechercher des ressources afin de déléguer certaines tâches.

ENSEIGNEMENT DES RÉPERCUSSIONS

La question qui se pose ici est celle du lien entre les déterminants de la santé et les répercussions des pandémies. Quelles sont les retombées sur la société et comment minimiser le plus possible cet impact ?

Un enseignement spécifique sur la prévention et la santé globale pourrait être développé pour anticiper les périodes de crise, qui sont par ailleurs à risque d'amener à une décompensation des problèmes sociétaux sous-jacents.

Une sensibilisation particulière peut enfin rappeler la nécessité de maintenir une accessibilité aux soins de première ligne, quels qu'ils soient, indépendamment des problèmes de santé générés par la crise elle-même. Car une hiérarchisation de l'accès aux soins favorisant les personnes atteintes directement par la crise en cours mènerait en effet à un risque d'exclusion des autres

patients qui nécessitent peut-être aussi d'autres soins spécifiques.

ENSEIGNEMENT SUR LA RECHERCHE DE CONNAISSANCES

La difficulté lors de l'apparition d'une situation nouvelle et inattendue pour le médecin généraliste est de parvenir à collecter des connaissances nouvelles, mais aussi d'acquérir des outils critiques concernant les informations générées par les médias, les politiques et le monde scientifique.

L'une des pistes serait de partir de l'analyse de ses propres données et des données générales en pratique clinique, en observant leur impact dans l'enseignement et l'amélioration de la qualité des soins. C'est aussi l'une des missions des institutions académiques, comme Unisanté, de récolter et d'analyser une masse critique de connaissances générées durant la pandémie.

La notion d'incertitude est permanente en médecine, mais exacerbée lors d'une crise sanitaire. Le socle evidence based medicine, ou médecine fondée sur les preuves, sur lequel reposent les politiques de santé publique, peut être ébranlé dans ce contexte et, pourtant, il est plus que jamais nécessaire. Si l'esprit critique n'est pas enseigné en médecine, il s'impose cependant comme un prérequis aux études médicales. Un enseignement spécifique sur la sensibilisation aux indicateurs auxquels porter attention (par exemple, quels types de monitorages sont à surveiller en période de crise) peut néanmoins s'avérer nécessaire.

Enfin, la possibilité d'ouvrir la porte de l'enseignement à d'autres professions non médicales (sociologues, communicants, journalistes, etc.) apporterait un nouvel angle de vue des problématiques et permettrait de bénéficier de connaissances et compétences nouvelles.

L'approche des humanités médicales (sciences humaines, sciences sociales) associées aux enseignements fondamentaux faciliterait en effet la compréhension de la communication en contexte de crise.

AFFILIATIONS

- ^a Faculté de médecine, Université catholique de Louvain, 1200 Bruxelles, Belgique, cassian.minguet@uclouvain.be
- ^b Policlinique de médecine générale, Département des policliniques, Unisanté, 1011 Lausanne, alexandre.gouveia@unisante.ch

Pandémie : quelle expertise de la première ligne la médecine générale peut-elle apporter ?

Rédaction : LAETITIA GRIMALDI – Experts : Pr SERGE GILBERG^a, Pr IDRIS GUESSOUS^b
 Rev Med Suisse 2022 ; 18 : 2259 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2259

Renforcer le rôle du médecin généraliste comme relais entre les patients et les autorités de santé.

Confrontée à la fermeture obligatoire des cabinets pour certains, à une réorganisation complète des consultations pour d'autres, ou encore à l'instauration de téléconsultations en urgence, le tout dans un climat de directives souvent changeantes et complexes, la médecine générale a fait face à des défis inédits lors de la pandémie de Covid-19. Quels enseignements, quelles forces, quels défis en a-t-elle tiré ? Regards croisés d'experts de Suisse, de Belgique et de France.

Qu'elle s'exerce en cabinet privé, en maison de santé ou à l'hôpital, en ville ou en milieu rural, la médecine générale se dénote par un socle commun d'aptitudes pouvant se muer en autant de forces dans un contexte exceptionnel comme l'a été la pandémie de Covid-19. C'est cet ADN spécifique qui a d'abord été discuté lors de l'atelier.

Premier élément soulevé : la notion de travail de terrain. « La formation à la médecine générale et son exercice incluent une expertise pratique propice à l'organisation de flux, à la mise en place de structures et de protocoles de soins, parfois en urgence ou dans des lieux imprévus », résume le Pr Idris Guessous, médecin-chef du Service de médecine de premier recours des HUG. Journées de consultations repensées pour éviter les contaminations entre patients, organisation des vaccinations et de la désinfection quotidienne des cabinets, déplacements dans les maisons de retraite pour la vaccination (en France notamment), consultations exclusivement par téléconsultations lors de la fermeture des cabinets (en Belgique) : « Quels que soient les lieux où elle se pratique, les imprévus ou les changements de pratiques, la médecine générale fait preuve d'une réelle capacité à manier ses compétences, indépendamment de l'environnement ou des circonstances », poursuit le Pr Guessous.

ATTENTION CENTRÉE SUR LE PATIENT

Et puis, il y a eu le regard aigu du médecin généraliste pour repérer précocement les situations d'urgence. « Très vite, dans le cadre de la pandémie de Covid-19, les facteurs de risque ont été identifiés (surpoids, âge avancé, etc.). Parmi le flot de patients pris en charge par les médecins généralistes, il était évident que tous ne devaient pas se rendre à l'hôpital. Notre mission était notamment d'agir au plus tôt pour repérer les personnes fragiles et organiser rapidement leur prise en charge, en collaboration avec les services d'urgence si besoin », relate le Pr Serge Gilberg, médecin généraliste et ancien directeur du Département de médecine générale de la Faculté Paris Descartes (France). Et d'ajouter : « Cette mission s'est accompagnée d'une préoccupation constante : rester centré sur le patient, dans un contexte exceptionnel qui était surtout dicté, lui, par le virus, la pandémie et l'obsession générale de ne pas saturer les hôpitaux. »

Autre atout discuté : la force de frappe que peut représenter la médecine de première ligne dans le cadre d'une collaboration avec la santé publique. « Les médecins généralistes représentent un nombre d'experts en lien direct avec les patients absolument considérable, note le Pr Guessous. Dès lors, dans un contexte de pandémie, ils constituent des relais, des acteurs, des diffuseurs incontournables, et peut-être sous-estimés... »

SANTÉ PUBLIQUE ET RECHERCHE

S'est alors ouvert, au cours de l'atelier, le volet de différences – entre structures ou pays – pouvant influencer l'expertise propre à la médecine de première ligne.

La question de la place du médecin généraliste vis-à-vis du système de soins a été discutée, notamment au sein de

l'hôpital. Ainsi, tandis que la médecine générale tient une place centrale dans les structures hospitalières suisses, elle est sans équivalent au sein des structures françaises par exemple, où la prise en charge des patients se fait préférentiellement par spécialité.

Une autre divergence a été soulignée au sujet de la collaboration entre la médecine générale et la santé publique. Évidente en Suisse, elle est marginale en France. «La santé publique française est surtout régie par des expertises épidémiologiques et, à ce jour hélas, trop peu associée à la pratique clinique, déplore le Pr Serge Gilberg. Nombre de médecins généralistes ont de leur côté ressenti une grande frustration de ne pouvoir apporter plus

d'expertises, faute de pouvoir collecter des données par exemple ou mener à bien des protocoles de recherche.»

Si le champ des discussions a été vaste, deux idées fortes relatives à l'expertise de la médecine de première ligne ont conclu cet atelier. La première a rappelé le rôle précieux du médecin généraliste en tant que représentant des patients face aux autorités de santé, pour relayer leurs souhaits, leurs doutes ou encore leurs souffrances. La seconde a souligné la place, encore trop modeste sans doute, du médecin généraliste à la table des décisions politiques. D'où cette question qui a résonné en conclusion des échanges : et si le premier pas était que les médecins généralistes eux-mêmes, forts de leur expertise, osent prendre cette place ?

AFFILIATIONS

- ^a Département de médecine générale, Université Paris Cité, 16 rue Henri Huchard, 75018 Paris, France, gilberg@parisdescartes.fr
- ^b Service de médecine de premier recours, Département de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, Faculté de médecine de Genève, 1211 Genève 14, Membre du Comité de direction de la Société suisse de médecine interne générale, idris.guessous@hcuge.ch

Pandémie : quel lien entre la première ligne et la santé publique ?

Rédaction : ÉLODIE LAVIGNE – Experts : Pr FRANCK CHAUVIN^a, VIRGINIE SPICHER^b, Dr OLIVIER PASCHE^c
 Rev Med Suisse 2022 ; 18 : 2260-1 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.805.2260

Réunir les professionnels de la première ligne et les responsables des politiques publiques pour définir les missions et les rôles de chacun.

Les crises mettent en lumière les zones d'ombre et les dysfonctionnements. La pandémie de Covid-19 n'échappe pas à cette règle. Elle a mobilisé tous les acteurs de la santé : le médecin, le patient, la société et l'État, notamment. Ces acteurs se connaissent-ils vraiment ? Quelle perception ont-ils les uns des autres ? Quels contrats les lient ? Ont-ils des buts communs ? Et, surtout, quel est le rôle de chacun ? Autant de questions que cette crise sanitaire a eu le mérite de soulever. Tenter d'y répondre, hors temps de crise, permettra sans doute à chacun d'eux de mieux se comprendre, de mieux communiquer pour, in fine, mieux collaborer.

MISSION DE SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINS DE PREMIÈRE LIGNE

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, le lien entre la santé publique, incarnée par l'État, et l'activité clinique du médecin n'a rien d'une évidence. Les médecins de première ligne et les organes de la santé publique obéissent en effet à des logiques différentes. Pour rappel, la santé publique s'appuie dans sa mission sur un système de valeurs – pas toujours rendu explicite – propre à chaque société. Tandis que la pratique des soins primaires repose sur un contrat implicite entre le professionnel et son patient. Ce dernier attend notamment de son médecin qu'il le soigne et le guérisse.

En temps de crise, chacune des parties a son rôle à jouer. Mais si les contrats restent implicites, des problèmes peuvent alors apparaître. Prenons un exemple : pour des raisons de santé publique et de risque de contamination évidentes, les patients, durant la première vague, ont été invités à rester chez eux. Il n'était à ce moment-là pas recommandé de se rendre au cabinet du médecin. Cette mesure, pourtant, allait à l'encontre du contrat liant le médecin et son patient. Elle a pu être mal perçue par une partie des patients, mais aussi par les médecins de première ligne eux-mêmes, car soudain mis aux bans. À la lumière de ce seul exemple, on est en droit de s'interroger : comment concilier l'approche individuelle – celle de

la médecine générale – envers le patient et l'approche populationnelle ? Comment développer une culture commune entre les acteurs de soins dans le but d'harmoniser les processus décisionnels et les modes d'action ? Comment faire évoluer les missions de chacun en temps de crise ?

Les pistes de réflexion sont plurielles. Mais en premier lieu, il faut s'entendre sur la notion de santé publique. Relève-t-elle de l'État seulement ? Pas forcément. Les médecins aussi ont leur rôle à jouer, sans être nécessairement des leviers de l'État. En effet, leur consultation est aussi un lieu de promotion de la santé, notamment par la délivrance de messages de prévention, mais dans une dimension individuelle. Autre exemple, la prescription réfléchie d'antibiotiques en médecine générale repose sur une consigne de santé publique. Quant à la vaccination contre la grippe, que l'on peut faire chez son médecin traitant, elle est aussi une mesure de santé publique.

SOIGNER L'ORGANISATION ET LA COMMUNICATION

Durant la crise sanitaire, la question de la santé publique est devenue prépondérante et l'État a joué un rôle majeur pour la préserver. De leur côté, les médecins de première ligne étaient partie prenante dans cette lutte contre l'infection par le SARS-CoV-2, à une échelle plus individuelle cependant. Dans le flou de la première vague, des questionnements sont apparus, en témoigne le Dr Pasche, vice-directeur de l'Institut de médecine de famille de l'Université de Fribourg et médecin de famille : « Je sentais que j'avais un rôle à jouer, mais lors de cette première vague, il était difficile de savoir où me positionner dans l'organigramme de crise. J'étais comme un sapeur-pompier qui ne savait pas à qui il pouvait dire qu'il voyait de la fumée ni à qui demander de l'eau pour éteindre les flammes. » Les missions se sont avérées nombreuses pour faire barrage au virus : dépistage, interruption des chaînes de transmission via le contact tracing, mise en quarantaine ou en isolement, informations sur la vaccination, vaccination elle-même, etc. A posteriori, il ressort qu'une réflexion collective aurait été nécessaire pour déterminer les rôles et attributions de chacun, en fonction de la volonté, des possibilités et des missions des différents acteurs de la santé, dont les médecins de première ligne.

Car oui, lors de la crise sanitaire, il ressort que ces derniers ont été tardivement invités à la table des discussions. En cause, notamment, des manquements dans la transmission de l'information entre les praticiens de première ligne – parfois par voie de presse – et les autorités de santé. Du côté de la Direction de la santé, on confirme ces difficultés de communication, dues entre autres à la complexité de tenir à jour les listes répertoriant les médecins en exercice et celle de s'y retrouver parmi les différentes sociétés faitières de la branche.

VEILLE SANITAIRE

En temps de pandémie, la surveillance sanitaire et le suivi des cas (nombre, taux de vaccination, etc.) sont incontournables, notamment pour évaluer les risques pour la population, mieux comprendre les mécanismes de transmission du virus et connaître les capacités des hôpitaux à absorber le flux de patients. L'identification des cas et la communication de ces derniers sont précisément des missions de santé publique. Elles nécessitent des outils performants et sûrs du point de vue de la protection des données. Les médias ont joué un rôle central dans la transmission de l'information durant la pandémie, de même que les experts et analystes qui ont permis de la rendre accessible. L'ouverture des données et leur mise à disposition rapide à un large cercle ont été d'une

grande aide dans la gestion de la crise, y compris pour les médecins de première ligne. Aujourd'hui, alors que la crise semble derrière nous, l'interopérabilité des systèmes d'information demeure une priorité dans le domaine de la santé. C'est aussi par ce biais-là que l'interprofessionnalité, encore plus essentielle en temps de crise, pourra être cultivée.

CONCLUSION

On l'aura compris, la gestion d'une crise sanitaire se fait à plusieurs échelons du système de santé. Pour que les différents acteurs de la santé puissent travailler de concert, il s'avère nécessaire de clarifier les attentes de chacun. Pourquoi ne pas établir des conventions entre les professionnels de première ligne et la direction de la santé? On y définirait les missions de santé publique, les rôles des professionnels de santé de première ligne et les conditions d'exercices de ces derniers. Se mettre ainsi autour de la table permettrait de mettre en lumière les besoins, mais aussi les freins et les obstacles rencontrés par les différentes parties.

Sur le plan académique enfin, un effort de formation est à faire auprès des étudiants et étudiantes en médecine, mais aussi des médecins, concernant la santé publique et ses enjeux.

AFFILIATIONS

- ^a Faculté de médecine, Université Jean-Monnet, Université de Lyon, Saint-Étienne, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France, franck.chauvin@univ-st-etienne.fr
- ^b Direction générale de la santé du canton de Vaud, 1014 Lausanne, virginie.spicher@vd.ch
- ^c Institut de médecine de famille, Université de Fribourg, 1700 Fribourg, olivier.pasche@unifr.ch