

Organisés et agiles : les médecins généralistes au temps du Covid-19

Le 9 mars 2020, le Collège de la Médecine générale francophone de Belgique (CMG) faisait son premier communiqué sur la pandémie de Covid-19. Cette nouvelle instance, constituée en octobre 2018, a trouvé sa pleine légitimité pendant cette crise. L'ensemble des médecins généralistes devaient agir de manière rationnelle, coordonnée et rapide face à cette situation inédite. Comment mieux y parvenir qu'en réunissant en un seul organe les composantes syndicales (ABSYM et GBO), organisationnelles (cercles FAGW et FAMGB) et scientifiques/formatives (universités et SSMG). D'emblée, en l'absence d'équipement de protection, il fallait éviter de propager les chaînes de contagion via les professionnels contaminés et continuer à répondre aux besoins de soins de la population. Le tri téléphonique, le suivi téléphonique, la quarantaine et le port du masque en tissu dans la population générale furent les mots d'ordre précoces pour tenter de limiter la vague d'hospitalisations. Comme cela s'est révélé dans l'épicentre italien, une médecine communautaire bien présente est un élément déterminant¹. En particulier, comme en témoigne le virologue Giorgio Palù, pour éviter des hospitalisations trop nombreuses et ainsi diminuer la transmission nosocomiale du virus qui a été un problème majeur en Lombardie. Par ailleurs, la participation de membres du CMG à plusieurs groupes de travail du gouvernement (dont le *Risk Assessment Group*) a contribué à l'élaboration des protocoles de Sciensano dont le processus de " *testing-tracing* " dans lequel les médecins généralistes identifient précocement les patients paucisymptomatiques.

De nouvelles manières de travailler ont été développées en l'espace de quelques jours avec l'action soutenante du CMG. Sa cellule d'appui scientifique et universitaire (CASU) constituée de scientifiques d'horizons variés (maisons médicales, SSMG) et d'enseignants de quatre universités francophones (Uliège, UNamur, UClouvain, ULB) a identifié les données probantes les plus actuelles et diffusé des protocoles de soins adaptés à cette situation évolutive : algorithme de tri téléphonique², télé et vidéo-consultation, équipements de protection, médicaments, maisons de repos, reprise des consultations. En un temps record, les représentants syndicaux ont négocié les financements, les certificats adéquats et le maintien des conditions des assurances professionnelles dans les circonstances de pandémie, ce qui a certainement permis de rassurer et préserver le nombre de médecins généralistes actifs pendant cette période difficile. Les cercles de médecine générale ont géré l'ouverture et l'organisation des centres de tri en collaboration avec les hôpitaux. Le site web de la SSMG a assuré la

diffusion de ces informations³. L'équilibre entre disponibilité des équipements de protection et report des soins non urgents a fait l'objet d'interrogations constantes afin d'éviter des pertes de chances pour les patients malades chroniques.

Les médecins généralistes ont fait preuve d'une grande agilité⁴⁻⁸. Quand les conditions le permettaient, les maîtres de stage ont continué à accueillir les étudiants en médecine qui sont nombreux à s'être impliqués concrètement, ce qui représentera certainement une expérience fondatrice pour eux. Les compétences des soins primaires ont été fortement sollicitées et les médecins généralistes se sont impliqués dans de multiples rôles : renforcement des gardes pour tri téléphonique, éducation aux mesures d'hygiène et de quarantaine, gestion de la peur et de l'anxiété, continuité des soins, réalisation des frottis nasopharyngés en maisons de repos et suivi des populations précarisées (avec Médecins du Monde et Médecins sans Frontières), continuité de la vaccination à l'ONE, continuité des IVG en centre de planning familial et la réorganisation du suivi en maison de repos dans des conditions très difficiles. En effet, nous avons été acteurs et témoins de situations inacceptables.

Dans les maisons de repos, le virus s'est invité clandestinement. Qui l'a introduit : un soignant ? Un visiteur ? Un nouveau résident ? Un pensionnaire revenu avec une prothèse de hanche ? Nul ne le sait. Un exemple ? En février, il n'est pas rare d'hospitaliser un monsieur âgé tabagique pour une broncho-pneumopathie dyspnéique. Mais quelques jours plus tard, mauvaise nouvelle : " Votre pensionnaire est décédé, et il a été testé positif au COVID ". L'ennemi est déjà dans la place, on ne le savait pas et rien ne peut l'arrêter : en moins de temps qu'il ne faut pour le dire, vingt, trente pour cent de cette communauté résidentielle est atteinte. La présentation est typique : le malade commence à chauffer de manière fluctuante, le plus souvent il tousse, il désature, il cesse de s'alimenter, il se dégrade et il se déshydrate. Parfois on mentionne de la diarrhée dans les jours précédents, des chutes ou un tableau confusionnel. On entend souvent des foyers pulmonaires. Alors dans l'urgence, on confine, les malheureux pensionnaires ne quittent plus leur chambre, c'est terriblement maltraitant mais l'urgence sanitaire exige des mesures exceptionnelles. La charge de travail pour les soignants devient écrasante. Tous les pensionnaires contaminés jusqu'au jour du confinement tombent malades les uns après les autres. Au début on hospitalise, mais la mortalité est terrible, supérieure à 50 %. Au bout d'un moment, les hôpitaux ferment leurs portes, c'est choquant mais

ils ont leurs arguments, les ambulances ne viennent plus charger les malades, le nombre de cas continue de s'élever, les gens meurent en détresse respiratoire, dans les mêmes proportions qu'à l'hôpital. Qu'a-t-on à y opposer ? Des antipyrétiques, de l'oxygène, des perfusions et à la fin, de la morphine, de la scopolamine, du Midazolam. Les équipes, elles-mêmes décimées par la maladie ou la peur, sont épuisées et dévastées par le sentiment d'impuissance. Là où la direction est proactive, elles ont du matériel pour se protéger, mais c'est loin d'être la règle. Enfin, au bout du confinement, le réacteur à virus ralentit et s'arrête, on compte les survivants affaiblis et les dégâts collatéraux qu'il faudra gérer, avec une mortalité différée.

En Belgique, plus de 130.000 personnes vivent en maison de repos. Ce sont nos parents, nos grands-parents et tôt ou tard nous-mêmes. C'est une énorme communauté, et médicalement elle devrait être considérée comme un tout spécifique, même si elle est éparpillée sur tout le territoire. Elle présente des caractéristiques communes, entre autres la vulnérabilité " *frailty* " des patients gériatriques, et cette proximité parfois trop grande qui est le propre des communautés fermées, qui les expose à une contagiosité fulminante. De rares maisons ont confiné très tôt, dès les premiers jours de mars, et s'en sont mieux sorties, mais d'autres ont perdu trente pour cent de leurs résidents. Tout est à repenser. Tant de choses ont dysfonctionné, dont on a déjà beaucoup débattu par ailleurs, comme la disponibilité du matériel de protection, des tests de dépistage et sérologiques. Il faudra y ajouter cette réflexion : quelle est la place des médecins dans ces institutions ? Est-il toujours souhaitable que chaque résident y conserve le sien ? Alors qu'en coulisses certains évoquent la suppression de la fonction de médecin coordinateur, ne faudrait-il pas au contraire réaffirmer leur rôle ? Ne doivent-ils pas s'organiser à l'échelle des régions, du pays, pour donner l'alerte et partager en temps réel les informations ? Le rôle de l'administration aussi doit être questionné, qui s'est arc-boutée au début sur ses fonctions de contrôle procédural, tatillon, désagréable et menaçant, au lieu de soutenir le secteur alors que l'incendie faisait rage, il faut espérer qu'ils aient appris de cette crise comme tout le monde, que leurs missions et leurs méthodes évoluent.

Parmi les actions et les interrogations en cours, on relèvera également la mise en place d'un système de veille épidémiologique de première ligne plus large et réactif que ceux existant, la rédaction de recommandations de pratique clinique pour la première ligne, la formation, la sensibilisation et l'adhésion de la population au " *tracing* ", la gouvernance éthique du système de *tracing* et la réalisation proactive de plans de soins anticipés. On pointera la nécessité de repenser de nombreux processus, en particulier la fonction organisationnelle en soins primaires (exemple des zones de soins flamandes), les ressources matérielles (postes de garde, masques...) dont le financement structurel serait un atout pour notre système de santé.

A n'en pas douter pendant cette pandémie nous ne sommes pas au bout de l'évaluation des actions mises en place, mais aussi de nos remises en question.

P.-J. Schellens et B. Fauquert
Département de Médecine générale,
Université libre de Bruxelles (ULB)

BIBLIOGRAPHIE

1. Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M *et al.* (Consulté le 05/05/2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. Catalyst non-issue content. NEJM Catalyst. [Internet] <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>
2. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020;368:m1182.
3. SSMG. (Consulté le 05/05/20). Covid-10 : que faire en tant que MG ? [Internet] https://www.ssmg.be/avada_portfolio/coronavirus-covid-19-que-faire-en-tant-que-mg/
4. Green K. How GPs can contribute to the challenge of covid-19. *BMJ*. 2020;369:m1829.
5. Lemire F. Premières réflexions sur la COVID-19. *Canadian Family Physician*. 2020;66(5):379.
6. Chen FM. COVID-19 and Family Doctors. *Fam Med*. 2020;52(4):3067.
7. Première ligne de soins et pandémie du COVID-19/: les centres de santé privés à but non lucratif et les cabinets médicaux en Guinée. *BMJ Global Health blog*. 2020.
8. de Sutter A, Llor C, Maier M, Mallen C, Tatsioni A, Weert H van *et al.* Family medicine in times of 'COVID-19': A generalists' voice. *Eur J Gen Pract*. 2020;26(1):58-60.