

RÉSILIENCE ET RÉACTIVITÉ DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE DURANT LA PANDÉMIE COVID-19

BELCHE JL (1), JOLY L (1), CRISMER A (2), GIET D (1)

RÉSUMÉ : La pandémie COVID-19 a imposé à la médecine générale de nombreuses réactions et adaptations de son mode de fonctionnement. Nous les décrivons dans cet article, selon la chronologie imposée par les différentes phases de cette crise inédite, durant les trois premiers trimestres de 2020. Le système de santé belge a été mis sous tension, dans toutes ses composantes. La médecine générale a pu s'appuyer sur ses forces, mais a également souffert de certaines faiblesses. Des premiers enseignements doivent être tirés pour mieux répondre aux défis de demain.

MOTS-CLÉS : Médecine générale - Soins de santé - COVID-19

RESILIENCE AND RESPONSIVENESS OF GENERAL PRACTICE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

SUMMARY : The COVID-19 pandemic has forced general practice to react and adapt its modus operandi in various ways. We describe most important practical adaptations according to the chronology imposed by the different phases of this unprecedented crisis, during the first three quarters of 2020. The Belgian health system and all its components have been put under tension. General medicine has been able to build on its strengths but has also suffered from certain weaknesses. Initial lessons must be learnt in order to better respond to the challenges of tomorrow.

KEYWORDS : General practice - Delivery of health care - COVID-19

INTRODUCTION

Entre l'éclosion de ce qui deviendra la pandémie COVID-19 (liée au SARS-CoV-2), en Chine en décembre 2019, et le déconfinement en différentes phases avec lancement du «testing/tracing» en mai 2020, notre système de santé a été ébranlé dans ses différentes composantes, comme jamais auparavant. Les pandémies antérieures ont, certes, mobilisé à chaque fois la 1^{ère} ligne de soins, mais elles n'ont pas entraîné de modifications réelles de pratique et d'organisation. Ainsi, lors de la pandémie H1N1 en 2009, des stocks stratégiques d'antiviraux et de masques avaient été constitués et distribués aux pratiques de médecine générale, avec des adaptations mineures sur le terrain (1). Acteur central de la 1^{ère} ligne de soins, le médecin généraliste (MG) a été présent tout au long de cette pandémie COVID-19. En l'absence d'une réelle planification, la médecine générale a affronté les phases successives de cette crise inédite. Elle s'est adaptée aux circonstances et aux différents contextes, en se basant sur ses forces et en laissant apparaître, aussi, les failles d'un système placé sous tension.

Nous déroulons ici un fil temporel pour décrire, *a posteriori*, les adaptations et réactions mises en œuvre par les pratiques de médecine générale (belge et, plus particulièrement, francophone), au cours de cette 1^{ère} phase de pandémie, tantôt

Figure 1. Modifications au cours du temps de la Médecine générale face à la pandémie COVID-19.

<https://tinyurl.com/y5522adj>

de manière coordonnée, tantôt de manière plus spontanée. Nous détaillerons l'impact de la pandémie sur le travail clinique quotidien du MG, au plus fort de cette première vague jusqu'à ses conséquences qui se font toujours sentir actuellement. L'objectif est de mettre en évidence les forces et faiblesses observées, au niveau de la pratique et l'organisation de la profession, afin d'esquisser une médecine générale plus résiliente pour de futures pandémies.

La Figure 1 montre, sur une ligne du temps (partie supérieure), les modifications observées au niveau de la pratique du MG, des cercles de MG et de leurs interventions en maisons de repos et dans les services des urgences hospitalières.

SÉQUENCES TEMPORELLES

PHASE INITIALE : TRI CLINIQUE ET TEST AU CABINET DU MG

En janvier 2020, alors que le virus fait ses premières victimes en Chine, les pratiques de MG assurent la prise en charge de nombreuses infections des voies respiratoires supérieures (IVRS) et de la grippe saisonnière (pic épidémique des IVRS et de la grippe atteint aux 5^{ème} et 6^{ème} semaines de l'année 2020 (2) .

(1) Département de Médecine générale, ULiège, Belgique.

(2) Maison Médicale Bautista Van Schowen, Seraing, Belgique.

Courant février, Sciensano (qui a succédé à l'Institut de Santé Publique fédéral) fournit aux MG des critères cliniques de diagnostic de la COVID-19, très proches du tableau de la grippe ou des IVRS, associés à des critères épidémiologiques (notion de contact et/ou provenance d'une zone à risque élevé) (3). Les MG assistent à une extension progressive de la zone géographique d'alerte : d'abord quelques provinces chinoises, ensuite le pays en entier, d'autres pays frontaliers du Sud-Est asiatique, l'Iran, pour atteindre l'Europe, fin février, avec les premières communes du Nord de l'Italie. A ce moment, le principe de « mise en quarantaine » de 14 jours n'est pas appliqué aux personnes asymptomatiques de retour de ces zones.

Pour les patients suspects, les MG doivent aménager un accueil spécifique (salle d'attente et créneaux horaires dédiés) afin de réduire les contacts avec les autres patients et réaliser un frottis de dépistage. Cette possibilité est rapidement réduite par manque de matériel de prélèvement (écouvillons) et de réactifs. La décision de tester est alors conditionnée à un contact avec le service régional de surveillance des maladies infectieuses (AVIQ/COCOM/AZG), après une anamnèse et un examen clinique du patient suspect. Certains tests se verront refusés en cas d'indication discutable.

Le port de gants et du masque chirurgical est conseillé aux MG pour le contact avec les patients suspects et la réalisation du frottis. L'approvisionnement en ces équipements de protection individuelle est laissé à la responsabilité de chaque pratique et on assiste au phénomène d'envol de la demande et des prix (jusqu'à une dizaine d'euros par masque), associé à l'effondrement des stocks disponibles dans les circuits privés. De cette situation chaotique résulte un niveau d'équipement fort hétérogène entre MG. Les stocks de masques FFP2 distribués lors de l'épidémie H1N1, même périmés, sont utilisés par de nombreux MG.

DANS L'ŒIL DU CYCLONE : REPORT DES CONSULTATIONS NON URGENTES, TRI TÉLÉPHONIQUE ET CENTRES DE TRI

LA CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE DEVIENT LA RÈGLE

Le 8 mars 2020, le Collège francophone de Médecine Générale (CMG), couple qui regroupe, depuis octobre 2018, les représentants professionnels, scientifiques et universitaires de la médecine générale francophone, en

synergie avec son homologue néerlandophone DOMUS MEDICA, exhorte les MG à réaliser une prise en charge des patients autant que possible par téléphone. Cette demande devance de plusieurs jours les recommandations édictées par Sciensano et le plan d'urgence hospitalier qui impose le report de toutes les consultations non urgentes et non essentielles. L'objectif principal est de limiter le risque d'infection parmi les soignants de 1^{ère} ligne qui sont exposés avec trop peu d'équipements de protection individuelle et, secondairement, de garder une ligne de soins fonctionnelle. Un algorithme de tri téléphonique est proposé le 15 mars par la Cellule d'Appui Scientifique et Universitaire (CASU) qui regroupe les départements de médecine générale francophone.

Les patients sont triés sur base des symptômes et de leur gravité : les patients suspects en situation critique sont orientés vers l'hôpital et eux seuls bénéficient d'un test de dépistage. Cette sélection aboutit à une période blanche de test pour les cas suspects modérés et non référés, ce qui représente près de 80 % des situations (4), avec comme conséquence, l'impossibilité d'estimer l'incidence réelle de l'infection dans la population générale et de réaliser des comparaisons ultérieures.

Le 10 mars 2020, l'Ordre national des Médecins autorise la réalisation de la téléconsultation à condition qu'il existe une connaissance antérieure du patient, une disponibilité du dossier médical et une organisation de la continuité des soins (5). Afin de pouvoir conserver un contact visuel avec le patient, des outils de vidéoconférence font leur entrée dans le cabinet de certains MG. Une attention particulière a été portée pour favoriser l'utilisation d'applications respectant le règlement général de protection des données (RGPD) et faciliter l'utilisation pour des néophytes en la matière (6)

Spontanément, ou suite à un appel du CMG, de nombreux MG étendent leur disponibilité téléphonique plus tard en soirée et durant le WE : il s'agit de répondre au manque d'accessibilité, mais également de réaliser un tri téléphonique pour préserver les postes de garde et les services hospitaliers. D'après une évaluation quantitative (7), par ce biais des téléconsultations, les MG maintiennent une accessibilité minimale et les patients souffrant de maladies chroniques, de handicaps et de troubles de santé mentale profitent le plus de ces services. Par contre, les patients jeunes et les patients précarisés socio-économiquement ont, proportionnellement, moins consulté leur MG (8).

Le même principe de tri téléphonique est appliqué dans les différents postes de garde de médecine générale, qui assurent, sous l'égide des Cercles de MG, la permanence des soins pour une population d'un territoire donné (communes/grandes villes). De nombreux cercles renforcent les effectifs de MG disponibles pour assurer les rôles de garde et de gestion téléphonique.

LES CENTRES DE TRI CLINIQUE

Une nouvelle modalité d'organisation de la MG est esquissée par le Risk Management Group, les centres de tri clinique. Ils offrent un lieu doté de suffisamment de matériel de protection individuelle pour assurer un tri clinique des patients suspects de COVID-19 et à risque d'évolution péjorative. Dans un communiqué du 17 mars, il est précisé qu'ils «doivent être organisés sur la base d'une concertation entre cercles, services d'urgence et postes de garde, en tenant compte du contexte spécifique (besoins différents en zone urbaine ou rurale)». Certains centres de tri déjà en place, fruits de la collaboration des cercles avec les instances communales, doivent s'installer prioritairement à proximité des services d'urgences hospitalières qui en feraient la demande afin de soutenir des activités hospitalières et y réorienter les patients critiques sans mobiliser d'ambulance. Le premier centre de tri préhospitalier s'ouvre à Liège le 21 mars 2020. Dans certaines zones (notamment dans la province de Namur), ils ne devront pas être activés alors que plusieurs seront ouverts simultanément dans d'autres zones urbaines (3 à Liège, 11 à Bruxelles). Ces dynamiques locales ont été plus faciles à mettre en place là où préexistait déjà une dynamique de concertation autour de projets communs (ex. : plateforme SYLOS) (9). On assiste à une réduction significative de la fréquentation des urgences hospitalières, qui peuvent ainsi concentrer leurs moyens sur les situations sévères.

LA SITUATION CRITIQUE EN MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES (MRPA)

La pandémie COVID dans les institutions de soins pour personnes âgées a connu une tournure particulièrement dramatique en Belgique, comme dans d'autres pays occidentaux. Les taux de pénétration et de mortalité particulièrement élevés qui y ont été observés - près de 50 % des décès belges ont eu lieu en maison de repos (10) - peuvent s'expliquer, notamment, par des difficultés cliniques (grande fragilité des patients et présentations de la maladie souvent

atypiques) mais également par le retard dans la mise en œuvre de procédures claires de prévention et de gestion des cas suspects (chez les professionnels et les résidents). En l'absence de lignes directrices précises, dans un premier temps, les directions et les Médecins Coordinateurs et Conseils (MCC) agissent de manière hétérogène, en fonction de leurs moyens (humains et matériels) et de leur réactivité.

A partir du 10 mars 2020, les visites d'extérieurs (proches ou familles) sont interdites par le pouvoir régional, y compris pour le médecin traitant. La continuité des soins est assurée, par substitution, par le personnel infirmier en charge des résidents, en concertation avec le MCC (quand cette fonction est assurée dans l'institution) et les médecins traitants contactables téléphoniquement.

Le pronostic habituellement sombre des infections sévères chez les patients fragiles amène les équipes soignantes ainsi constituées à juger de l'opportunité de référer, ou non, vers des soins hospitaliers, en prenant en compte les projets de soins personnalisés et anticipés (PSPA) trop peu fréquemment établis ou accessibles. Fin mars, un algorithme de tri clinique, proposé par la Société Belge de Gériatrie et Gériatrie (SBGG), revu ensuite par le CMG, aide à identifier les situations cliniques à référer à l'hôpital, à partir d'une échelle fonctionnelle d'évaluation de la fragilité (Clinical Frailty Scale).

Pour répondre à l'absence de directives claires pour les acteurs de ces institutions, l'AFRAMECO (Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins) et le CMG coordonnent, en quelques jours, l'écriture de recommandations en réunissant des professionnels de terrain et des experts francophones. Les sujets traités sont divers, mais tous importants : création de cohortes de patients et de soignants selon leur statut d'infection, mesures de prévention professionnelles, gestion médicale des cas suspects, principes éthiques de décision dans des situations sans perspective d'amélioration, etc. (11).

Certaines institutions d'hébergement peuvent, par ailleurs, bénéficier du support et de la mobilisation de MG, en proposition spontanée ou de manière plus structurée par le biais des cercles. En réponse aux premières observations de situations critiques en MRPA (mais aussi conscientisés par certaines situations dramatiques rapportées par des équipes hospitalières), des cercles de MG (ex : Eupen, Liège) mettent en place, avant même le pic

pandémique, des équipes mobiles d'intervention en soutien aux MCC de Maisons de Repos et de Soins (MRS) qui en faisaient la demande. À partir d'un réseau de MG volontaires, dotés d'une expérience en soins palliatifs ou en centre de tri clinique, des duos de MG ou des «paires médecin-infirmier» interviennent dans des situations critiques (détresse respiratoire, soins palliatifs) aux côtés d'équipes de nursing et médicales submergées. Ces initiatives sont prises sans financement structurel et des équipements de protection individuelle sont récoltés auprès de structures hospitalières solidaires. Par la suite, ce sont ces mêmes équipes qui offrent leur soutien au MCC et à la médecine du travail pour réaliser le dépistage de masse des résidents et soignants dans les MRPA et MRS.

Ces activités sont relayées, quelques semaines plus tard, dans certaines localités, par des équipes de support, organisées par une coordination régionale de la Fédération des Maisons Médicales et de Médecins Sans Frontières. Plusieurs institutions hospitalières organisent un support direct au bénéfice des MRS et MRPA avec lesquelles elles avaient une convention de collaboration (notamment, via le programme de soins gériatriques). D'abord orienté sur la gestion médicale des situations critiques, ce support se porte, ensuite, vers la formation aux mesures d'hygiène et de prévention appliquées aux patients et à l'institution.

Ces différentes activités se sont succédées au fil de l'évolution de l'épidémie COVID-19 en Belgique, mais, au plus fort de la crise, elles se sont superposées. A titre d'exemple, fin mai 2020, un médecin généraliste de la ville de Liège pouvait s'inscrire sur plusieurs rôles de garde, celui des postes de triage préhospitaliers, celui de l'équipe mobile MRS et ce, en plus d'une disponibilité téléphonique accrue et de son activité clinique en pleine réorganisation.

L'IMPACT DE LA COVID-19 SUR LE TRAVAIL CLINIQUE DU MG AU PLUS FORT DE LA PANDÉMIE

Si le cadre de travail du MG a été modifié, la pandémie COVID-19 a aussi modifié le contenu des contacts, en lien direct avec la circulation du virus dans la population, mais aussi au-delà. En-dehors de tout accès à un test COVID pour les formes modérées, le raisonnement clinique du MG se base uniquement sur des éléments anamnestiques cliniques et sur l'évolution dans le temps, pour distinguer le syndrome grippal classique, la pneumo-

nie bactérienne, ou encore, l'infection par le SARS-CoV-2 (12). Le décours particulier en deux phases de l'infection, avec le risque de décompensation respiratoire à J5-J10, contraint le MG et son patient à établir un échancier de surveillance pour les jours suivants, instituant ainsi une démarche proactive de suivi, proposée par le CMG et plutôt innovante par rapport à la pratique classique. Fin avril, SafeLink®, une application électronique gratuite de suivi à distance des patients suspects de COVID-19, élaborée en étroite collaboration avec le CMG et reposant sur l'architecture du Réseau Santé Wallon (et son homologue bruxellois) (13), permet au patient d'enregistrer lui-même ses propres paramètres (température, fréquences cardiaque et respiratoire, etc.), avec déclenchement d'une alerte auprès de son MG selon un algorithme clinique pré-établi. Près de 3.000 MG francophones vont utiliser cet outil. Aux côtés des présentations respiratoires, le MG fait aussi face à des présentations atypiques de l'infection COVID-19 pour certains groupes d'âges (pour les personnes âgées : chutes inhabituelles, confusion aiguë, labilité des symptômes, altération de l'état général,...) ou à l'émergence de tableaux non respiratoires pour lesquels les liens de causalité ne sont pas encore tous établis à l'heure actuelle. A cette heure, l'anosmie, l'agueusie et les symptômes gastro-intestinaux sont ceux pour lesquels les MG disposent de plus d'arguments scientifiques (14).

Le profil clinique particulier de l'infection par le SARS-CoV-2 génère un climat d'anxiété dans la population. Ainsi, des plaintes courantes en période post-hivernale, pour lesquelles le MG n'intervient habituellement que très peu, sont sources de bien des interpellations. Le médecin de famille, ainsi, joue un rôle important d'information et d'explication. Il en est de même pour les différentes mesures de protection et de dépistage qu'il faut, sans cesse, expliquer à une population noyée par un flux d'informations constant et de qualité variable.

Le MG a été exposé aux essais, errances et espoirs, rendus souvent trop rapidement publiques, concernant les options thérapeutiques possibles. L'azithromycine et, ensuite, l'hydroxychloroquine font l'objet de demandes insistantes de personnes à risque de complications. Leur prescription peut rencontrer le besoin de proposer une option thérapeutique, même encore sujette à discussion. Des quotas de livraison et des stocks stratégiques sont constitués pour préserver des traitements chroniques pour les indications avérées de la chloroquine et les études cliniques, alors en cours, pour les situations critiques en soins intensifs (15). Par

la suite, c'est la place de l'anticoagulation pour les situations modérées sans hospitalisation qui fait l'objet de débats et, ensuite, d'une mise au point (16). D'autres traitements chroniques sont aussi mis sur la sellette, dans un premier temps dans des médias tout public (anti-inflammatoires non stéroïdiens, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, corticostéroïdes inhalés), avant d'être réhabilités par les organismes en charge de l'information médicamenteuse (16 communiqués spécifiques COVID-19 par le CBIP en mars et avril 2020 !) (15).

La prise en charge des motifs de consultation aigus et chroniques est aussi impactée au cours de cette période. Les mesures de confinement réduisent la transmission d'autres germes infectieux, induisant une réduction de motifs de consultation associés (ex : bronchiolite, gastroentérite virale) (17). Les échéances non urgentes, liées au suivi de maladies chroniques, sont reportées et le recours aux ordonnances électroniques (RECIPE), complété par une meilleure communication (notamment électronique) entre MG et pharmacien, permet aux patients de s'approvisionner directement en officine, sans passage préalable au cabinet médical. Pour certains patients plus fragiles sur les plans somatiques et psychiques, des MG initient un suivi proactif et des contacts téléphoniques réguliers. Des concertations téléphoniques ou électroniques entre MG et médecins spécialistes permettent aussi de gérer des situations critiques, aiguës ou chroniques, en réservant le passage hospitalier aux cas les plus sévères (ce système d'échelonnement sera ensuite conservé les premières semaines du déconfinement). Les démarches préventives, comme les vaccinations et les dépistages recommandés, sont aussi reportées.

Les conséquences sur la santé des mesures de lutte contre l'épidémie, appliquées à la population générale, sont venues progressivement s'ajouter aux effets directs de l'épidémie COVID-19 sur les individus et le système de santé. Il en est ainsi des plaintes secondaires à l'inactivité physique, des situations de violences familiales, des effets d'une désinsertion socio-professionnelle, d'une précarité économique, etc. qui affectent plus particulièrement des groupes socio-économiquement fragiles (18). Le risque plus élevé de complications suite à une infection COVID-19 en cas de maladies chroniques, et le lien entre ces dernières et la précarité socio-économique permettent d'affirmer que la pandémie COVID-19 a contribué à aggraver les inégalités sociales en santé (19).

MODIFICATIONS ORGANISATIONNELLES DE LA PRATIQUE DE LA MG

Les modifications organisationnelles décrites plus haut ont, probablement, été plus aisées à mettre en œuvre dans les pratiques groupées et/ou assistées d'un secrétariat que pour des praticiens solistes, le plus souvent au domicile du médecin, ce qui représente encore la majorité des pratiques de MG en Belgique (20). Les médecins jeunes parents ont aussi dû adapter leur organisation familiale pour la garde de leurs enfants, sans pouvoir compter sur l'offre habituelle des aînés.

L'impact financier de cette limitation drastique de contacts (générateurs de revenus pour les médecins généralistes inscrits dans un système de paiement à l'acte - la majorité actuellement) a été réduit par la possibilité de facturer deux téléconsultations (triage téléphonique et suivi) par épisode COVID-19 et par la possibilité de bénéficier du «droit passerelle» pour les travailleurs indépendants (en cas d'interruption des activités médicales non urgentes durant minimum 7 jours).

LE DÉCONFINEMENT ET LA RELANCE DE CONSULTATIONS PHYSIQUES

À partir du 4 mai, suite à la décroissance de la courbe épidémique et à la présence de davantage d'équipements de protection individuelle, les consultations physiques ont pu reprendre dans les cabinets de MG. Au préalable, le MG a dû réorganiser sa pratique : uniquement sur rendez-vous, circuits séparés, salle d'attente réduite, horaires adaptés pour permettre la désinfection entre chaque contact, etc. Peu habitués à ce type de réorganisation, les MG ont pu se reposer sur des recommandations édictées par le CMG, reprises par le Conseil Supérieur de la Santé.

Après la vague de cas COVID-19 de mars et avril, les MG ont ensuite affronté les vagues secondaires, indirectement liées à la pandémie : un passif accumulé dans le suivi des maladies chroniques, de la souffrance psychique en lien avec les mesures de confinement ou encore avec le décès de proches, etc. Le retard accumulé en termes de couverture vaccinale infantile doit également être résorbé pour éviter le risque d'épidémie d'infections infantiles. Le dépistage des cancers doit également être relancé, les chiffres montrant une baisse de 50 % des dépistages en avril (21).

LE CONFINEMENT SÉLECTIF : PROCESSUS DE «TESTING» ET «TRACING»

Alors que les cabinets de MG rouvrent leur porte, le MG est, dans le même temps, placé au centre d'une nouvelle phase de réponse à l'épidémie : le «testing/tracing». Sur base d'une capacité d'analyses accrue, les critères d'indication d'un test s'élargissent pour les cas suspects et les contacts à haut risque. L'objectif est d'appliquer un confinement sélectif ciblant les personnes qui pourraient véhiculer le virus.

La réalisation de tests de détection antigénique par PCR sur frottis nasopharyngé devient la procédure de choix de détection de l'infection virale, mais avec d'importantes précautions d'interprétation : le taux de faux négatifs, habituellement admis de 30 %, s'élève en cas de prélèvement de faible qualité et il est demandé au médecin prescripteur de passer au-delà du résultat en cas de forte suspicion clinique avec test négatif («over-ruling»). En plus de la demande et/ou la réalisation du test («testing»), il est demandé au MG de placer le patient suspect en isolement à son domicile et en retrait de ses activités professionnelles dans l'attente des résultats.

En cas de positivité, le MG est chargé du suivi clinique habituel (voir plus haut), mais également d'une fonction dans le traçage («tracing»). Il s'agit d'initier le patient à un traçage de la source de contamination et des contacts pendant sa période de contagiosité. Pour les personnes en contact avec un cas confirmé identifiées par les centres de tracing, le MG doit se charger des démarches d'isolement et d'écartement professionnel et organiser le test. L'ensemble de ces activités est réalisée majoritairement par téléphone et représente une nouvelle charge de travail, clinique et administrative, qui s'ajoute aux autres activités.

Pour répondre à cet élargissement des critères de dépistage, les centres de tri clinique mutent en centres de test. Les MG prennent, localement, des initiatives pour organiser des antennes périphériques de «testing», en lien fonctionnel avec les centres hospitaliers. L'objectif est d'offrir une meilleure accessibilité géographique aux patients. Cette nouvelle activité s'ajoute à la gestion des demandes croissantes de soins classiques depuis le déconfinement.

Durant tout l'été, la définition de «cas suspect» a été modifiée à plusieurs reprises, en allant de manière constante vers une définition plus large, en parallèle avec l'augmentation de la capacité de test. Des procédures spécifiques sont édictées pour les collectivités comme les

camps de jeunesse, les milieux d'accueil, etc. À chaque fois, la nécessaire période d'appropriation par le MG est suivie (sinon précédée) par une activité d'explication de ces mesures à la patientèle en recherche de compréhension. Enfin, les MG ont été les référents pour la gestion des situations suspectes dans les camps de mouvements de jeunesse qui ne bénéficient pas de service médical spécifique.

DISCUSSION

La première phase de la pandémie COVID-19 a mis à contribution les 5 caractéristiques essentielles de la médecine générale : accessibilité, continuité des soins, approche globale, coordination et approche communautaire (**Tableau I**) (22). Ce constat est partagé par d'autres, dans le contexte belge (23).

À chaque étape d'une pandémie correspond une fonction spécifique que les soins primaires peuvent endosser (24) : investigation et identification à un stade pré-épidémique, gestion à distance et filtrage au stade épidémique, et monitoring pour la résurgence, dès le pic passé. L'absence d'équipements de protection individuelle et la capacité insuffisante de tests n'a pas permis à la médecine générale d'assumer pleinement ces fonctions. En l'absence de planification claire, elle a, toutefois, démontré sa réactivité et adapté son mode de pratique dans ses murs et en dehors (hôpitaux et MRS) pour les autres phases.

Si la médecine générale est considérée comme une fonction pivot dans le système de santé, il sera indispensable d'évaluer la force de travail persistante au terme de cette première vague avant d'affronter les suivantes, tant au niveau des effectifs (une grande proportion de MG sont à risque de complications, ne fût-ce qu'en raison de leur âge) qu'au niveau de la charge mentale (25, 26).

De nouveaux modes de pratique, observés dans les réponses à la situation de crise, méritent d'être retenus pour leur application en dehors de cette crise (27). Les technologies de l'information et de la communication, déjà utilisées dans les zones à faible densité médicale, ont vu leur usage s'accroître grandement pour permettre de maintenir l'accessibilité du/au médecin généraliste. Restera à ne pas laisser de côté les oubliés de la fracture numérique, tant du côté des médecins que du côté des patients. L'entrée «par la force des choses» de la téléconsultation dans la nomenclature réservée

Tableau I. Caractéristiques de la MG selon Starfield (24) et déclinaisons concrètes durant la pandémie.

Caractéristiques de la MG	Déclinaisons durant la pandémie COVID-19
Accessibilité	Réduction de l'accessibilité physique mais extension à une accessibilité téléphonique Consultation à distance Fonction de tri téléphonique au cabinet et de tri physique aux portes des urgences
Continuité des soins	Suivi à distance de l'épisode COVID (ambulatoire et post-hospitalisation) Attitude proactive pour des situations complexes Intervention en complémentarité avec d'autres soignants à partir du dossier médical
Synthèse-Approche globale	Attitude différenciée selon le profil de risque (physique et psychique), gestion des cas à partir du dossier médical Fonction d'information et de conseil à la population
Coordination	A la croisée des fonctions de testing, tracing, gestion des quarantaines et suivi clinique des patients Téléconcertation pour les situations complexes Réorganisation de la prise en charge des patients âgés hébergés en institutions confinées
Approche communautaire	Actions dans les collectivités du territoire d'action : éducation à la santé, traduction des directives, gestion des clusters Rôle de décision de mise en quarantaine selon l'environnement des personnes concernées

au médecin généraliste mérite réflexion pour l'avenir. Il en est de même pour diverses simplifications administratives comme, par exemple, l'autorisation de délivrer électroniquement des documents antérieurement exigés sous une forme originale et signée.

La fonction de tri par le MG et la téléconcertation avec le médecin spécialiste ont permis d'améliorer la pertinence de la référence et d'épargner la force de travail spécialisée. S'il le fallait encore, ces collaborations ont démontré la complémentarité organisée entre la médecine générale et les urgences hospitalières (28), point de contact entre première et deuxième lignes de soins. La notion de responsabilité du MG envers sa patientèle, mais également son quartier ou sa commune, a trouvé toute son expression durant cette pandémie. Après avoir reconnu son importance en temps de crise, il serait utile d'intégrer ces modalités à la culture professionnelle et aux modalités organisationnelles concrètes du système de santé.

De nombreux questionnements ont vu le jour au sein des institutions hébergeant des personnes âgées. La gestion de la pandémie a montré l'importance des rôles et fonctions des MCC et pose la question de leur présence obli-

gatoire dans toutes les catégories de maisons de repos. En parallèle, il est indispensable de réfléchir à leur formation et à la diffusion de directives relatives à la gestion des pandémies dans ces institutions. Enfin, les équipes de soins ont beaucoup souffert de l'absence de projets de soins personnalisés et anticipés (PSPA) dans les dossiers médicaux de pensionnaires et de la méconnaissance d'outils d'évaluation de la fragilité gériatrique : ces sujets devraient faire l'objet de la formation initiale et continuée des MG.

Les effets péjoratifs du confinement impactent déjà lourdement les activités des MG : reports de soins et d'actes préventifs, atteintes à la santé mentale, altération du suivi des maladies chroniques, etc. Il faut se préparer à accompagner une population qui ne va pas cesser de souffrir des effets, directs et indirects, de cette pandémie. Celle-ci a accentué les inégalités en santé. Les conséquences économiques à venir vont aggraver cette évolution et frapper, en particulier, les publics précarisés. Notre société, plus que jamais, doit se donner les moyens d'une première ligne de soins, forte, efficiente et accessible.

Les structures de représentation de la MG ont également évolué à la faveur de la crise. Tant au niveau local (Cercles) que régional (Collège de Médecine générale et CASU), elles ont fourni un support indispensable à chaque pratique de MG, comblant ainsi, en partie, l'absence de réaction planifiée et globale. À différents moments de la crise, le CMG et son CASU ont participé à fournir des lignes directrices claires et basées, autant que possible, sur des évidences scientifiques, pour répondre aux questions spécifiques de la pratique ambulatoire. Ces structures de représentation, et le leadership qu'elles ont endossé à un niveau régional et local, ont permis de réduire l'hétérogénéité des pratiques de médecine générale, profession historiquement indépendante et peu institutionnalisée. L'important apport de ces structures locales (Cercles) et supra-locales (CMG et CASU) mérite d'être analysé et la question de leur financement pérenne doit être posée.

La réponse à la pandémie a démontré l'importance de la concertation et de la prise d'initiative au niveau local : d'importantes décisions se sont prises sur le terrain, réunissant les Cercles de MG, les hôpitaux, les maisons de repos, etc. Cette réactivité du terrain a été soulignée par d'autres (29). Là où la Flandre a choisi d'investir ce niveau local d'organisation des soins (zones de 1^{ère} ligne avec correspondance pour les réseaux hospitaliers), ce travail reste à réaliser dans la partie francophone du pays. Le financement à la baisse de ces structures de représentation locale, dont on reconnaît pourtant la responsabilité dans les politiques locales de santé (30), mériterait, lui aussi, d'être revu.

Cet article se penche spécifiquement sur la profession de MG. Toutefois, les autres professions de la 1^{ère} ligne ont largement contribué à écrire la réponse à la crise et ont également été fortement exposées : pharmaciens, infirmiers à domicile, kinésithérapeutes, etc. Une vision plus large de la 1^{ère} ligne s'impose, car c'est aussi dans la complémentarité qu'elle a réagi et qu'elle pourrait mieux répondre dans le futur.

Cette expérience inédite a mis en évidence les faiblesses de notre système de santé, mais nous permet de mieux prendre conscience de l'interdépendance de ces différents constituants. Il est temps, maintenant, de tirer les leçons et d'esquisser un système de santé cohérent et intégré, basé sur la complémentarité des lignes de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n° 48: Plan opérationnel belge "pandémie influenza" En ligne : <https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-48-plan-operationnel-belge-pandemie-influenza>. Dernière consultation le 24 septembre 2020.
2. Sciensano. Résultats de la surveillance de la grippe et du syndrome grippal en Belgique. En ligne : <https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/diseases/Pages/Influenza.aspx>. Dernière consultation le 17 septembre 2020.
3. Sciensano. Procédure pour les médecins généralistes en cas de suspicion d'infection à COVID-19 coronavirus-Version 18 février 2020.
4. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Articles Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China : a retrospective cohort study. *Lancet* 2020;**6736**:1-9.
5. Conseil National de l'Ordre des médecins. COVID-19-Communiqué de presse du Conseil national de l'Ordre des médecins concernant les mesures exceptionnelles à prendre par la médecine de première ligne dans le contexte de pandémie de coronavirus (COVID-19). En ligne : <https://tinyurl.com/yvvaajbd> - Dernière consultation le 17 septembre 2020.
6. e-Santé Wallonie. En ligne : <https://e-santewallonie.be/covid-19/>. Dernière consultation le 29 septembre 2020.
7. Laasman J, Maron L, Vrancken J. COVID-19 : quel impact sur les contacts en médecine générale ? stat info solidaris. 2020.
8. Solidaris Institut. Suivi des soins chez les malades chroniques - Enquête Covid-19. 2020.
9. Joly L, Scholtes B, Duchesnes C, Belche JL. Description des modèles de centre de tri pré-hospitaliers mis en place lors de la crise sanitaire du COVID-19 Rapport intermédiaire. Août 2020.
10. Sciensano. Bulletin épidémiologique du 29 août 2020-Annexe. En ligne : https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Daily_report_Annex_FR.pdf - Dernière consultation le 17 septembre 2020.
11. Gillain S, Belche J, Moreau J. Short report COVID-19 epidemic in the nursing homes in Belgium. *Jour Nursing Home Res* 2020;**6**:40-2.
12. Center for Evidence-based Medicine. University of Oxford. Differentiating viral from bacterial pneumonia. En ligne : <https://www.cebm.net/covid-19/differentiating-viral-from-bacterial-pneumonia/> Dernière consultation le 17 septembre 2020.
13. e-Santé Wallonie. Safelink-COVID 19 eMonitoring First Line. En ligne : <https://e-santewallonie.be/covid-19-appli/> Dernière consultation le 20 septembre 2020.
14. Best Practice BMJ. History and exam-Coronavirus disease 2019 (COVID-19)-BMJ Best Practice. En ligne : <https://best-practice.bmj.com/topics/en-gb/3000201/history-exam>. Dernière consultation le 29 septembre 2020.
15. CBIP. Bon à savoir-Actualités 2020. En ligne : <https://www.cbip.be/fr/gows>. Dernière consultation le 7 septembre 2020.
16. Belgian Society of Thrombosis and Haemostasis. Anticoagulation management in COVID-19 positive patients. En ligne : <https://tinyurl.com/yy7qjbca> - Dernière consultation le 20 septembre 2020.
17. Hatoun J, Correa ET, Donahue SMA, Vernacchio L. Social distancing for COVID-19 and diagnoses of other infectious diseases in children. *Pediatrics* 2020;**46**:e2020006460.
18. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, et al. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *BMJ* 2020;**369**:m1557.
19. Bamba C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020;**74**: 964-968.

20. Meeus P, Van Aubel X. Performance de la médecine générale, bilan de santé. (HSR) HSR, editor. Bruxelles: Institut National d'assurance Maladie-Invalidité (INAMI);2012.
21. Belgian Cancer Registry. Forte diminution des nouveaux diagnostics de cancer en avril en raison de la crise du coronavirus. En ligne : https://kankerregister.org/default.aspx?url=p_381.htm - Dernière consultation le 17 septembre 2020.
22. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;**83**:457-502.
23. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open* 2020;**10**:e039674.
24. Krist AH, Devoe JE, Cheng A, et al. Redesigning primary care to address the COVID-19 pandemic in the midst of the pandemic. *Ann Fam Med* 2020;**18**:349-54.
25. Medi-Sphère. Sondage exclusif: Etes-vous prêt(e) pour une seconde vague? C'est «non», pour plus d'un généraliste francophone sur 3. En ligne : <https://tinyurl.com/y3a722b5> - Dernière consultation le 20 septembre 2020.
26. Pitchot W. Impact de la pandémie de la COVID-19 sur la santé psychologique du personnel soignant. *Rev Med Liege* 2020;**75** (Suppl):S62-S66.
27. Coucke C, Coucke PA. La pandémie COVID-19 : une formidable opportunité pour les technologies digitales. *Rev Med Liege* 2020;**75** (Suppl):S74-S80.
28. Gilbert A, Piazza J, Szeceł J, et al. Gestion des admissions aux Urgences durant la pandémie de COVID-19 au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Liège : Apport d'un centre de tri avancé. *Rev Med Liege* 2020;**75** (Suppl):S11-S17.
29. Van Olmen J, Remmen R, Van Royen P, et al. Regional coordination and bottom-up response of general practitioners in Belgium and the Netherlands. *BMJ* 2020;**369**:32188598.
30. AViQ. En ligne : <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/cercle-medecins-generalistes> - Dernière consultation le 3 octobre 2020.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au
Pr J.-L. Belche, Département de Médecine générale, ULiège,
Belgique
Email : jlbelche@uliege.be