

Gestion de la crise dans les cabinets de médecins du réseau Sentinella selon une étude observationnelle

COVID-19 et téléconsultations

Mona Savoy^a, Dagmar M. Haller^b, Raphael Rytz^c, Yolanda Mueller^a

Swiss Sentinel Surveillance Network; ^a Département de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, Lausanne; ^b IuMFE Unige, Genève; ^c Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), Liebefeld

La pandémie de SARS-CoV-2 en Suisse a généré d'importants changements dans le fonctionnement des cabinets de médecins internistes généralistes et de pédiatres. Afin d'étudier ces modifications, l'OFSP a adapté le système de surveillance des maladies transmissibles Sentinella. L'objectif principal était de décrire quantitativement le triage téléphonique des cas suspects de COVID-19 et d'estimer le nombre quotidien d'auto-isolements à domicile, en comparaison avec le nombre de cas suspects vus en présentiel. Au premier pic de la crise, à la fin du mois de mars, les médecins ont eu 16 fois plus de consultations téléphoniques sur la COVID-19 que de contacts médecin-patient (CMP) sur la COVID-19. A cette période, un quart des appels a mené à un auto-isolement à domicile. La proportion de prise en charge à distance a progressivement augmenté durant la pandémie jusqu'à 80% à la fin avril. Cette étude a pu mettre en évidence le changement rapide des pratiques des médecins en Suisse et l'important rôle des téléconsultations dans la gestion des patient-e-s.

Introduction

Le premier cas de SARS-CoV-2 en Suisse a été diagnostiqué le 25 février 2020 au Tessin. Trois jours après, une ordonnance du Conseil fédéral a interdit les rassemblements de plus de 1000 personnes. Les déclarations de cas se sont par la suite étendues à l'ensemble de la Suisse, touchant plus fortement la Suisse latine que la Suisse alémanique. Le 16 mars, le Conseil Fédéral a déclaré l'état d'urgence sanitaire ordonnant la fermeture de presque tous les établissements ouverts au public excepté les magasins d'alimentation et autres commerces essentiels. A partir de cette date également, dans les cabinets médicaux et les hôpitaux, les interventions et les consultations non urgentes ont dû être reportés. L'armée, le service civil ainsi que la protection civile ont été mis à contribution pour aider dans différents milieux de soin (notamment hôpitaux et EMS). A la fin du mois de mars, le premier pic de l'épidémie était atteint. Au vu de la diminution du nombre de nouveaux cas, les mesures de protection ont été progressivement assouplies à partir du 27 avril 2020, avec en premier lieu la reprise des consultations non urgentes.

Pour faire face à cette nouvelle problématique, les médecins de premier recours ont dû adapter leur pratique. La fédération des médecins suisses (*Foederation Medicorum Helveticorum* – FMH) a mis à disposition un plan de protection pour les cabinets [1]. Elle proposait également de suivre les recommandations du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies [2]. Parmi les mesures demandant le plus d'adaptation, il fallait notamment garder les patient-e-s suspect-e-s dans une pièce à part et le personnel s'occupant de ces patient-e-s devait être si possible attribué à cette patientèle uniquement. De plus, les téléconsultations étaient à privilégier. En Angleterre, une étude montre qu'après la recommandation du système de santé national de privilégier les téléconsultations à la mi-mars, le taux de consultation en présentiel a chuté de 52,1 à 3,9% entre la première et la seconde moitié du mois [3].

Si les téléconsultations permettent de maintenir le lien avec les patient-e-s, il est important que cette approche des soins puisse être de qualité. La littérature concernant l'efficacité des téléconsultations dans les soins aux patient-e-s est variée. Par exemple, une méta-analyse montre que la

télémedecine permet de réduire l'hémoglobine glyquée des patient-e-s diabétiques de type 2 [4], une autre qu'elle permet une meilleure adhérence au traitement pour certaines populations psychiatriques [5] ou encore qu'elle permet de limiter le nombre de consultation en post-opératoire de certaines opérations viscérales à bas risque [6]. Toutefois, une étude anglaise a montré que les téléconsultations duraient moins longtemps et qu'elles étaient moins riches en informations [7]. Dans cette étude, l'accès aux téléconsultations était également privilégié par les patient-e-s jeunes et avec peu de problèmes. La téléconsultation peut donc être un bon outil mais dans certaines situations précises et avec un type de patientèle particulier.

Dans le contexte de la réponse à la crise de la COVID-19, l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a adapté à partir du 16 mars le système de surveillance Sentinella, dispositif de suivi des maladies transmissibles en médecine ambulatoire, afin de permettre la déclaration des cas suspects de COVID-19 en complément à la déclaration de cas suspects de grippe saisonnière. Cependant, dans le cadre de la surveillance de la grippe, les cas déclarés correspondent aux états

grippaux vus en cabinet. Etant donné qu'à cette période, les recommandations de l'OFSP étaient que les patient-e-s suspect-e-s de COVID-19 sans critère de test étaient encouragé-e-s à ne pas venir physiquement au cabinet, le dispositif de surveillance a été adapté avec la création d'une partie «Journal COVID-19» dont l'objectif principal était de décrire quantitativement le triage téléphonique des cas suspects de COVID-19 et d'estimer le nombre quotidien d'auto-isolements à domicile, en comparaison avec le nombre de cas vus en présentiel. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la charge de travail dans les cabinets ainsi que la difficulté de mise en œuvre des mesures de protection.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude observationnelle prospective menée auprès des médecins membres de Sentinella durant la pandémie de SARS-CoV-2 de mars à mai 2020. Le système de surveillance Sentinella comprend 150 à 250 membres médecins spécialistes en médecine interne générale et en pédiatrie répartis dans toute la Suisse. Il fait partie des systèmes de surveillance des maladies transmissibles exploités par l'OFSP au sens de la loi sur les épidémies article 11. Les

informations étaient saisies par formulaires en ligne via un serveur web Sentinella en préservant l'anonymat des patient-e-s. Chaque médecin possédait un code spécifique afin de le-la relier à ses données et préserver également son anonymat. Les déclarations pouvaient se faire quotidiennement ou au minimum hebdomadairement. Les déclarations des cas suspects COVID-19 ont débuté le 19 mars 2020. Les informations demandées aux médecins membres concernaient le nombre de patient-e-s pris en charge pour une problématique en lien avec la COVID-19. Ces patient-e-s étaient définis comme ayant des symptômes d'une maladie aiguë des voies respiratoires supérieures et/ou inférieures et/ou de la fièvre $\geq 38^\circ\text{C}$, ce qui correspondait aux critères cliniques de suspicion COVID-19 tels que définis par l'OFSP lors de la mise en place de la surveillance. Dans la partie «Journal COVID-19», les médecins déclaraient également le nombre de patient-e-s en contact par téléphone chez qui un auto-isolement à domicile, une hospitalisation, ou une proposition de consulter un centre de dépistage étaient proposés. Ils devaient rapporter par journée si globalement ils avaient pris en charge les patient-e-s suspects de COVID-19 en présentiel (au cabinet ou à domicile) ou à distance (par

téléphone ou référés à des centres spécialisés). Si la prise en charge était à distance, ils renseignaient si c'était en raison du manque de matériel de protection. Ils renseignaient par ailleurs l'ensemble des contacts médecins-patient (CMP), dans le cadre de la routine du système Sentinella. Les CMP comprenaient les consultations au cabinet et visites à domicile mais n'incluaient pas les téléphones.

Un autre point évalué concernait la pression et la charge de travail au cabinet durant l'épidémie ainsi que l'absentéisme du personnel et la disponibilité du matériel de protection.

L'analyse des données était descriptive. Les taux hebdomadaires de téléconsultations, respectivement d'hospitalisations par téléphones, étaient obtenus en divisant le numérateur par le nombre de CMP par semaine. L'activité était décrite par le pourcentage de membres mentionnant l'une ou l'autre catégorie de réponse.

La participation des médecins était volontaire. Les observations transmises par les médecins dans le cadre de Sentinella sont anonymes (LEp Art. 14, al.2) et n'entrent pas dans le champ d'application de la Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain.

Résultats

Au moment de l'étude, le système Sentinella comprenait 171 membres et 200 médecins (les cabinets de groupe pouvant être considérés comme un seul membre). Parmi les médecins, 36% étaient des femmes. Respectivement 28%, 28% et 27% des médecins étaient âgés de 40–49 ans, 50–59 ans et 60–69 ans. Ces caractéristiques sont représentatives des médecins installés selon le rapport 2019 de la FMH [8]. 86% des membres étaient spécialistes en médecine interne ($n = 146$) et 14% en pédiatrie ($n = 25$). Le nombre hebdomadaire de formulaires Sentinella transmis par les membres était compris entre 154 et 165, ce qui correspond à 90% à 95% des membres.

Lors de la première semaine de mise en place du recueil de données de la section COVID-19 de Sentinella (semaine 13: 23–29.03), le total des appels concernant la

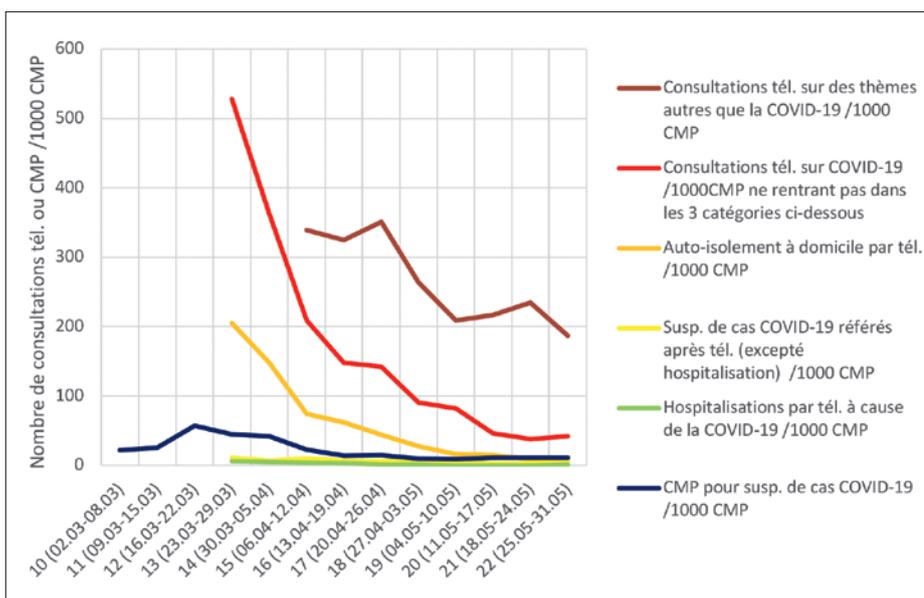


Figure 1: Nombre de consultations téléphoniques par 1000 CMP par semaine selon les différentes catégories. Nombre de CMP pour suspicion de cas COVID-19 par 1000 CMP. Les CMP incluent les consultations en présentiel mais n'incluent pas les consultations téléphoniques.

COVID-19 est monté à 752 pour 1000 CMP. Parmi ces appels, le nombre de patient-e-s à avoir été mis en auto-isolément à domicile était au maximum à 205 pour 1000 CMP lors de la semaine 13 (23–29.03), et a régulièrement diminué jusqu'à 10 pour 1000 CMP à la semaine 22 (25–31.05). Certain-e-s patient-e-s ont dû être hospitalisés suite à l'évaluation téléphonique. Dans cette catégorie, le taux maximum d'hospitalisation pour des cas COVID-19 se situe entre 3 et 6 pour 1000 CMP durant les semaines 12–16 (16.03–19.04). Parfois, ces appels ont mené à référer les patient-e-s hors du cabinet. Au maximum, ils étaient 20 pour 1000 CMP durant la semaine 12 (16–23.03). La limitation des contacts a également entraîné des consultations par téléphone pour des patient-e-s consultant pour d'autres problèmes que la COVID-19. A leur plus haute valeur, elles représentaient environ un tiers des CMP lors de la semaine 15 (6–12.04). Cette donnée a été introduite à partir de cette semaine, il n'y a donc pas de données antérieures. Les nombres d'appels décrits ci-dessus sont représentés dans la figure 1, mis en relation avec le nombre de CMP pour des cas suspects de COVID-19 pour 1000 CMP (c'est-à-dire des patients vus en présents). La figure 2 représente le nombre total de CMP par médecin par semaine en 2019 et 2020 et la baisse du nombre de CMP suite à l'introduction de la situation d'urgence par le Conseil Fédéral. Concernant la prise en charge en présentiel (au cabinet ou à domicile) ou à distance, la

figure 3 montre que lors de la deuxième moitié de mars, entre 30 et 60% des membres voyaient leurs patient-e-s suspect-e-s COVID-19 en présentiel. Au mois d'avril et mai, cette valeur baisse entre 10 et 40% des membres. Le reste des consultations a été traité par téléphone ou référé à d'autres centres. Le manque de matériel de protection ne représentait que rarement la raison d'une prise en charge à distance (<10% des cas).

Un autre volet de l'enquête portait sur la charge de travail dans les cabinets pendant la pandémie. La figure 4 représente la charge de travail ressentie comparée à la charge de travail habituelle. Lors de la semaine 12 (16–22.03), une semaine avant le premier pic de l'épidémie, plus de la moitié des médecins notaient une charge de travail augmentée ou fortement augmentée. Cette surcharge diminuait rapidement durant la fin du mois de mars et oscillait entre 5 et 20% pour le reste de la période étudiée. Au contraire, jusqu'à 70% des médecins relevaient une diminution de la charge de travail début avril (à noter que cette réponse n'a été introduite qu'à partir du 26.03).

Les cabinets ont également dû faire face à l'absentéisme de leur personnel. Jusqu'à mi-avril, entre 14 et 32% des membres mentionnaient du personnel absent. Cette valeur descendait ensuite sous les 14% dès la fin du mois d'avril.

Une autre difficulté de gestion de la pandémie a été l'accès au matériel de protection.

Dans cette étude, <20% des cabinets ont rapporté avoir manqué de masques chirurgicaux. Les blouses de protection étaient plus difficile d'accès: en moyenne 56% des cabinets en manquaient à la semaine 12 (16–22.03). Cette valeur descend à 25% à la fin du mois de mai, comme l'illustre la figure 5.

Avec ces modifications des conditions de travail, les médecins étaient interrogés sur quel pourcentage de la charge de travail effective leur cabinet pouvait couvrir. Comme l'illustre la figure 6, au mois de mars et avril, entre 75 et 95% des cabinets pouvaient couvrir >80% de la charge de travail. Au mois de mai, >90% des cabinets pouvaient couvrir >80% de la charge de travail.

Discussion

Cette étude a permis de relever le changement majeur de fonctionnement des cabinets de Suisse pendant la première vague de la pandémie de COVID-19, avec une réorientation significative et rapide vers la téléconsultation. Au premier pic de la crise, à la fin du mois de mars (semaine 13), les médecins ont eu 16 fois plus de consultations téléphoniques sur la COVID-19 que de CMP sur la COVID-19. A cette période, un quart des appels a mené à un auto-isolément à domicile, montrant l'efficacité du triage à distance. La proportion de prise en charge à distance a progressivement augmenté durant la pandémie jusqu'à 80% à la fin avril. Un autre marqueur de l'adaptation des cabinets est la chute marquée du total de CMP suite à l'introduction de la limitation des consultations.

Concernant la charge de travail, elle a dans un premier temps augmenté pour la majorité des cabinets. Ces derniers devaient en effet faire face à l'afflux des patient-e-s atteints de la COVID-19 au sommet de la courbe de contamination. De plus, jusqu'à 32% des membres rapportaient du personnel absent. Afin d'interpréter ce taux d'absentéisme, il serait toutefois nécessaire de pouvoir le comparer à celui de l'année passée à la même période. Par la suite, le 16 mars 2020, le conseil fédéral prononce l'état d'urgence: les médecins ont dû restreindre leurs consultations à uniquement

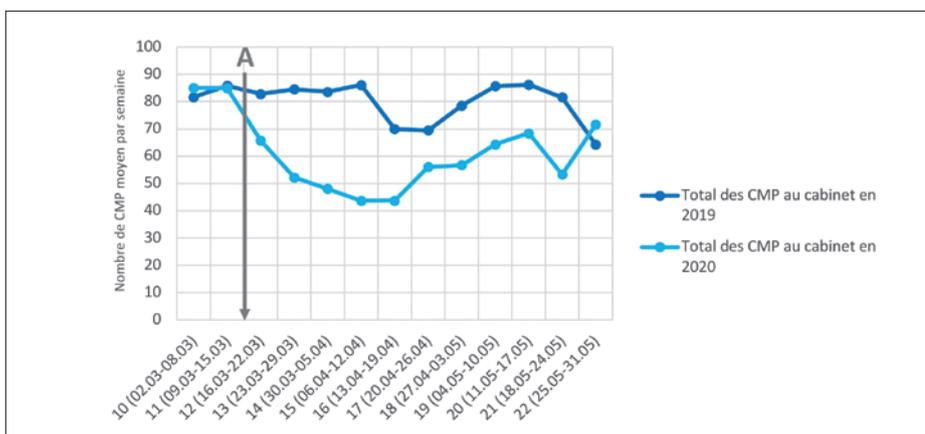


Figure 2: Nombre total de CMP au cabinet en moyenne par médecin par semaine en 2019 et 2020. A: Introduction de de la situation d'urgence par le Conseil Fédéral avec restriction des consultations médicales à celles urgentes (16.03.2020).

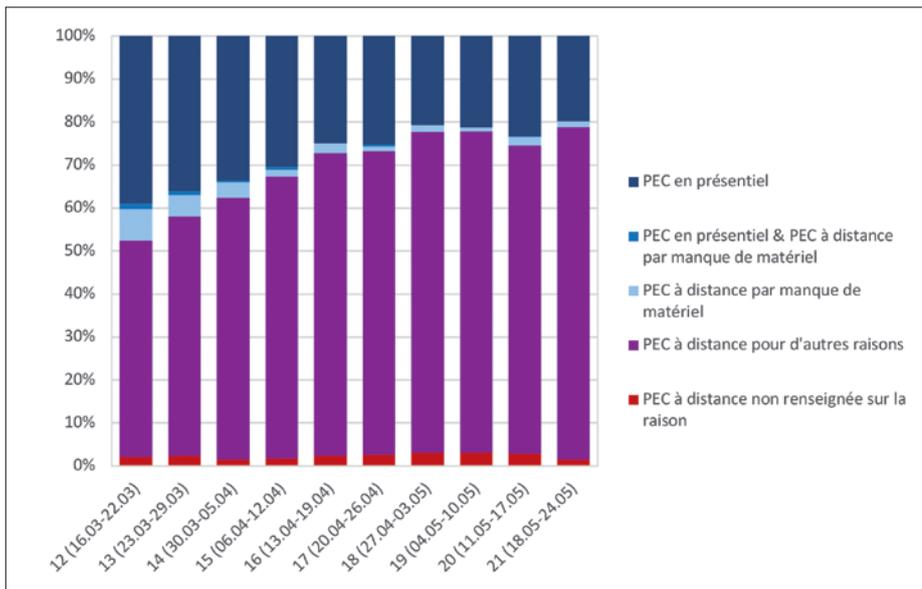


Figure 3: Modalité de prise en charge (PEC) des cas suspects de COVID-19 par médecin par semaine. PEC en présentiel: au cabinet ou visite à domicile. A distance: par téléphone ou référés à d'autres centres. En cas de PEC à distance, les médecins renseignaient si c'était par manque de matériel ou d'autres raisons.

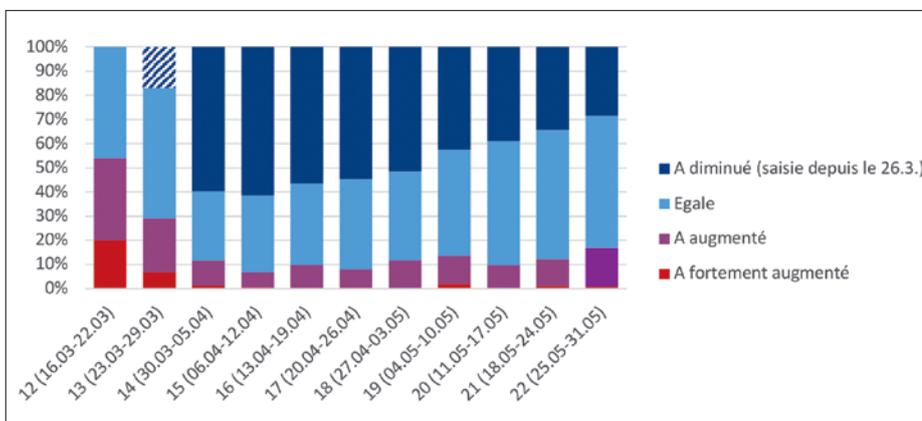


Figure 4: Evaluation de la charge de travail ressentie par rapport à la charge de travail habituelle par médecin par semaine. La réponse «A diminué» a été introduite le 26.03 au cours de la semaine 13.

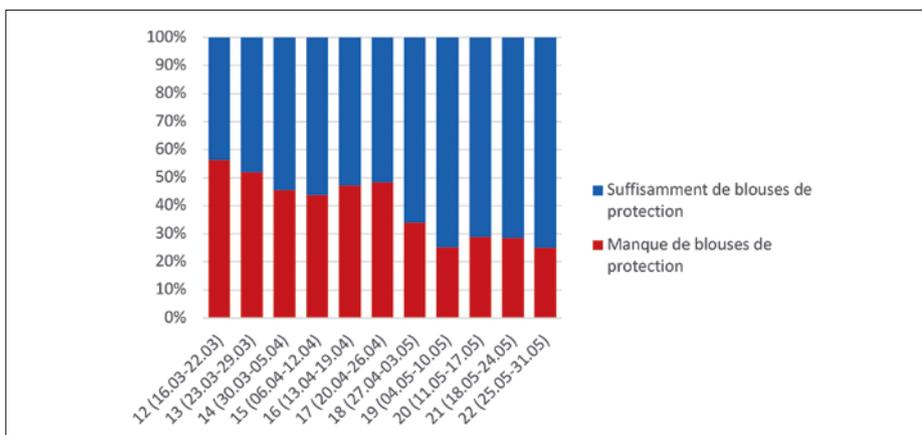


Figure 5: Pourcentage de membres manquant de blouse de protection par semaine.

celles jugées urgentes. On note dès cette date une diminution du total des CMP par rapport à la même période l'année précédente. Deux semaines après cette mesure du conseil fédéral, 40% des membres rapportent une diminution de la charge de travail. Ces résultats sont comparables avec une enquête en ligne menée par la FMH auprès de plus de 12 000 des médecins membres [9].

Une des limitations de cette étude est qu'elle ne permet pas d'évaluer quelle était la proportion des patient-e-s pris en charge d'un bout à l'autre au cabinet. Lorsque les médecins membres répondaient au type de prise en charge de leurs patient-e-s entre «en présentiel» et «à distance», la réponse «à distance» pouvait comprendre une consultation téléphonique simple ou le fait d'avoir été référé ailleurs (fig. 3). De plus, il était dans certains cantons recommandé de ne pas voir les patient-e-s au cabinet mais de les adresser aux centres dédiés pour les cas suspects spécialement mis en place par les cantons. Parallèlement, certains cabinets ont pu mettre en place des filières COVID afin de prendre en charge les patient-e-s suspect-e-s en respectant les recommandations. Cette étude ne permet pas de dire le pourcentage de cabinets de Sentinella ayant fait ce changement et dans quel mesure ces réorganisations ont été utilisées. Dans les consultations téléphoniques uniquement, le nombre de patient-e-s référé-e-s ou hospitalisé était très faible ($\leq 2\%$).

Une autre limitation est que la définition de suspicion de cas COVID-19 à déclarer dans Sentinella n'a pas évolué au fil du temps: les symptômes suspects étant la toux, la dyspnée ou de la fièvre $\geq 38^\circ\text{C}$ tel que définis par l'OFSP lors de la mise en place de la surveillance. Les symptômes ayant été rajoutés par la suite dans la définition de cas, tels que mal de gorge, anosmie, aguesie, céphalée n'ont pas été explicitement pris en compte. Ceci a pu amener à une diminution du nombre de patient-e-s suspect-e-s recensé-e-s. On peut toutefois imaginer que les médecins ont adapté d'eux-mêmes les critères de suspicion.

Un troisième point limitant est que lors de l'introduction de l'analyse PCR dans les cantons, les médecins étaient encouragés à

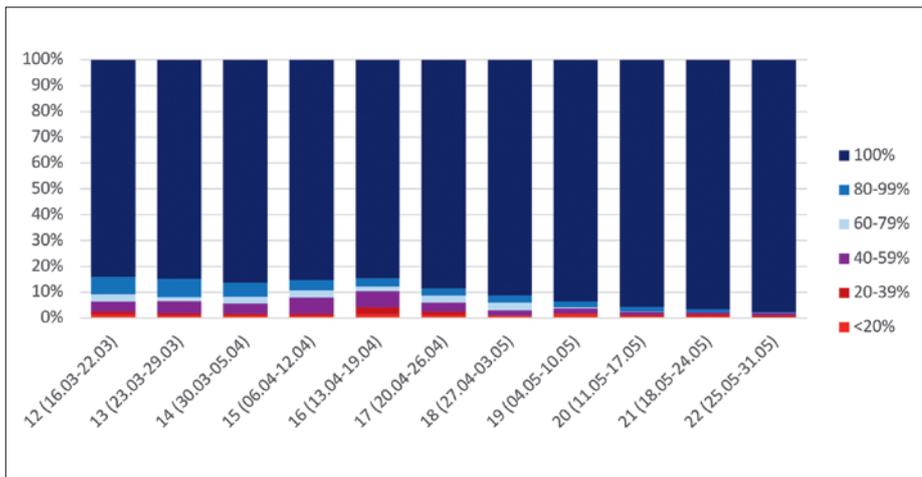


Figure 6: Pourcentage de la charge de travail effective couverte par médecin par semaine.

envoyer leur frottis à visée diagnostique dans les laboratoires cantonaux, le Centre national de Référence pour l'Influenza n'étant pas en mesure de donner des résultats rapides dans le cadre de la surveillance. Malheureusement, le nombre de frottis demandés par les membres de Sentinella à ces autres laboratoires et leurs résultats n'ont pas pu être recensés dans cette étude. On ne peut donc pas directement analyser les différentes valeurs décrites par rapport au dénominateur de patient-e-s contaminé-e-s. Un point à relever de la gestion de la pandémie est le report des consultations non urgentes. Comme effet indésirable, cette mesure a pu avoir comme résultat de retarder ou mettre en pause la prise en charge de certaines pathologies menant parfois à de graves conséquences. Il serait nécessaire d'étudier l'impact des complications engendrées par la diminution des consultations non urgentes à mettre en balance avec la nécessité des pratiques barrières durant la pandémie. Il sera également intéressant d'observer si un effet «rebond» pourra être observé dans le nombre de CMP après

l'arrêt de ces mesures extraordinaires. La récolte d'effets indésirables en lien avec les mesures prises et le potentiel stress engendré par cette situation pourrait également faire partie du monitoring d'une prochaine épidémie ou vague d'épidémie.

Cette étude, en utilisant le réseau déjà existant de Sentinella, a permis de récolter rapidement d'importantes informations sur les changements dans les cabinets pendant la crise. Elle met en valeur la pression à laquelle ont dû faire face les médecins et la rapidité avec laquelle ils ont modifié leurs habitudes notamment en favorisant les téléconsultations. Cette situation modifiera-t-elle à long terme notre façon de pratiquer la médecine, en familiarisant l'intégration des téléconsultations dans la pratique courante?

De plus, comme d'autres études en Suisse et en France [9, 10], on note que les mesures de confinement et restrictions des consultations non urgentes ont diminué la charge de travail des médecins. Le potentiel du réseau des médecins de famille et pédiatres pourrait-il être mieux exploité à l'avenir?

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement le Dr Christoph Merlo pour la relecture de la traduction allemande, les membres de la commission des programmes de Sentinella ainsi que les médecins membres de Sentinella.

Références

- COVID-19: plan de protection de la FMH pour l'exploitation des cabinets médicaux. 2020.
- Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings. Fourth update – 3 July 2020. European center for disease prevention and control. 2020.
- Levene LS, Coles B, Davies MJ, Hanif W, Zaccardi F, Khunti K. COVID-19 cumulative mortality rates for frontline healthcare staff in England. *Br J Gen Pract.* 2020;70(696):327–8.
- Lee SWH, Chan CKY, Chua SS, Chaiyakunapruk N. Comparative effectiveness of telemedicine strategies on type 2 diabetes management: A systematic review and network meta-analysis. *Scientific reports.* 2017;7(1):12680.
- Hubley S LSB, Schneck C, Thomas M, Shore J. Review of key telepsychiatry outcomes. *World journal of psychiatry.* 2016;6(2):269–82.
- Hwa K WSM. Telehealth follow-up in lieu of postoperative clinic visit for ambulatory surgery: results of a pilot program. *JAMA surgery.* 2013;148(9):823–7.
- Hammersley V, Donaghy E, Parker R, McNeilly H, Atherton H, Bikker A, et al. Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. *Br J Gen Pract.* 2019;69(686):e595–e604.
- Hostettler S KE. Statistique médicale 2019 de la FMH: forte dépendance de l'étranger. *Bulletin des médecins suisses* 2020;101(13):450–5.
- Willea N SJ. Coronavirus: situation des médecins en Suisse. *Bulletin des médecins suisses.* 2020;101(29–30):882–4.
- Monziols M CH, Verger P, Scronias D, Ventelou B. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19? *Etudes & Résultats de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) 2020; mai 2020, numéro 1150.*

Correspondance:

Mona Savoy
 Unisanté, Centre universitaire
 de médecine générale et santé publique
 Route de Berne 113
 CH-1010 Lausanne
 mona.savoy[at]unisanté.ch