



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'inquiétant retentissement psychologique de la pandémie Covid-19 sur
les médecins généralistes du Nord Pas de Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 17 mars 2022 à 18h

Au Pôle Formation

Par Antoine SUING

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Olivier SEGURET



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'inquiétant retentissement psychologique de la pandémie Covid-19 chez
les médecins généralistes du Nord Pas de Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 17 mars 2022 à 18h
Au Pôle Formation
Par Antoine SUING

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Olivier SEGURET

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes
traditionnels.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales
contre les lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.
Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	13
LISTE DES ABREVIATIONS.....	15
INTRODUCTION.....	17
I. Le virus de la Covid-19.....	17
A. Propriétés	17
B. Origine du virus.....	18
C. Transmission.....	18
D. La maladie.....	19
1. Incubation.....	19
2. Signes cliniques	19
3. Diagnostic.....	20
4. Facteurs de risque de développer une forme grave et de décès.....	20
5. Traitement.....	22
6. Prévention.....	23
E. Vaccination et Passe Sanitaire.....	24
F. Séquelles.....	25
II. De Wuhan à Paris : histoire de la pandémie.....	28
III. État des lieux de la médecine générale avant la pandémie.....	30
A. Prévalence des troubles anxio-dépressifs.....	30
B. Une demande de soins grandissante.....	31
IV. Une pandémie aux conséquences nombreuses et diverses sur la santé.....	31
V. Rationnel de l'étude.....	34
METHODE.....	35
I. Type d'étude.....	35
II. Population.....	35
III. Questionnaire.....	35
IV. Recueil et traitement des données.....	35
RESULTATS.....	37
I. Diagramme de flux.....	37
II. Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée.....	37
A. Sex-ratio.....	37

B. Age	38
C. Lieu et mode d'exercice.....	38
D. Mode de vie.....	40
E. Antécédents médico-chirurgicaux et traitements chroniques.....	40
F. Exposition au virus.....	42
G. Mise en place des moyens de protection contre le virus.....	42
III. Retentissement de la pandémie Covid-19.....	43
A. Impact négatif sur le moral des praticiens libéraux.....	43
B. Une insécurité ressentie.....	50
C. Répercussions psychiatriques.....	52
D. Analyse bivariée.....	53
DISCUSSION.....	54
I. Répercussions psychologiques sur les soignants.....	54
A. Analogie avec les précédentes épidémies : la grippe H1N1 et le SARS-Cov-1.....	54
B. La Covid-19 : une nouvelle pathologie, un « mille-feuille administratif » générateur d'anxiété.....	56
C. Impact des mesures de restriction de liberté.....	58
II. Conséquences sur l'offre de soins.....	61
A. Une modification de l'exercice médical.....	61
B. Une baisse d'activité libérale.....	62
III. Évolution de la consommation de psychotropes.....	63
IV. Dispositifs d'aides et de prise en charge des professionnels de santé.....	64
V. Un exercice libéral en pleine mutation.....	66
VI. Forces de l'études.....	68
VII. Limites de l'étude.....	68
CONCLUSION.....	70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	72
ANNEXES.....	79

RESUME

Contexte : Le virus de la Covid-19 est pour la première fois détecté en Novembre 2019 en Chine. La transmission interhumaine importante a permis au virus de se disséminer à travers le monde et a mis à l'épreuve le système de santé en France. Il apparaît que la médecine générale était une profession qui était déjà fragilisée auparavant avec une proportion préoccupante des syndromes d'épuisement professionnel et des syndromes anxio-dépressifs parmi les professionnels de santé. Les conséquences de la pandémie se mesurent directement par le nombre d'hospitalisations et de décès. L'impact sur la santé mentale du personnel soignant est devenu un sujet d'actualité, suite à la mise sous tension importante du système de soins. L'objectif de ce travail était d'étudier le retentissement psychologique de la pandémie chez les médecins généralistes du Nord Pas de Calais.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude d'épidémiologie descriptive, transversale et quantitative. La population source qui a servi d'échantillon est la liste des médecins généralistes inscrits à la FMC d'AMMELICO. Un questionnaire réalisé avec Google Form a été envoyé à 2200 médecins généralistes installés dans le Nord Pas de Calais. Le recueil des données s'est fait du 9 juin au 5 juillet 2021. Les données étaient entièrement anonymes.

Résultats : le taux de réponse est de 9,1%, 199 réponses ont été analysées. Depuis le début de la pandémie, 50 médecins interrogés estiment que leur humeur ou leur état psychologique se sont détériorés (25%). Il a été retrouvé une association statistique significative entre la dégradation de l'humeur et le fait de s'être senti en danger en continuant de consulter ($p = 0,007$), l'impression de faire courir un risque à l'entourage en raison de la profession particulièrement exposée ($p = 0,011$), le sentiment d'abandon et/ou de négligence de la médecine générale au profit du secteur hospitalier ($p = 0,025$), et le fait de vouloir diminuer ou même arrêter l'activité médicale ($p = 0,001$). La fatigue quotidienne, la perte d'énergie (74%), les troubles du sommeil (45%), la perte de plaisir dans les activités de la vie de tous les jours (39%) sont les symptômes les plus représentés. Les idées noires et suicidaires sont présentes chez 3% des réponders. On note une augmentation de la consommation des psychotropes.

Conclusion :

Il semble qu'il y ait un fort impact négatif sur la santé mentale des médecins généralistes interrogés, en partie dû à un sentiment de négligence et de manque de reconnaissance de la profession. La tendance observée va dans le sens d'une modification de la manière d'exercer avec notamment une priorisation de la vie personnelle.

LISTE DES ABREVIATIONS

SARS-CoV	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus
ARN	Acide RiboNucléique
PIMS	Syndrome Inflammatoire Multi-systémique Pédiatrique
Test RT-PCR	Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction
IMC	Indice de Masse Corporelle
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
ANSM	Agence Nationale du Sécurité du Médicament
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ARNm	Acide RiboNucléique Messenger
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
SRAS	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
ISNI	InterSyndicale Nationale des Internes
INSEE	Institut Nationale de la Statistique et des Études Economiques
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
FHF	Fédération Hospitalière de France
FMC	Formation Médicale Continue
AMMELICO	Association Médicale pour une Maîtrise de la E-santé Libérale Indépendante Coopérante et Ouverte
DGS	Direction Générale de la Santé

CH	Centre Hospitalier
MERS	Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
CRP	Centre Régionaux du Psychotraumatisme
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
IPA	Infirmière en Pratique Avancée

INTRODUCTION

I. Le virus de la Covid-19

A. Propriétés

Le virus de la Covid-19, encore appelé SARS-Cov-2 appartient à la famille des Coronaviridae et fait partie du genre Betaviridae. Il s'agit d'un virus à ARN monocaténaire sphérique, enveloppé.

Il se compose de quatre protéines essentielles à sa structure et sa réplication : la glycoprotéine S, l'enveloppe E, la membrane M et la nucléocapside N.

Le virus, exprimant la protéine S, se lie à la cellule hôte qui expose à sa surface le récepteur ACE2. La protéine S provoque la fusion du virus avec la membrane cellulaire hôte, l'ARN viral est ainsi libéré dans la cellule hôte. Il est ensuite traduit en protéines virales, notamment les protéines S, E, M et N, réassemblées dans le cytoplasme de la cellule hôte, pour former un virion mature qui est enfin libéré (*figure 1*).

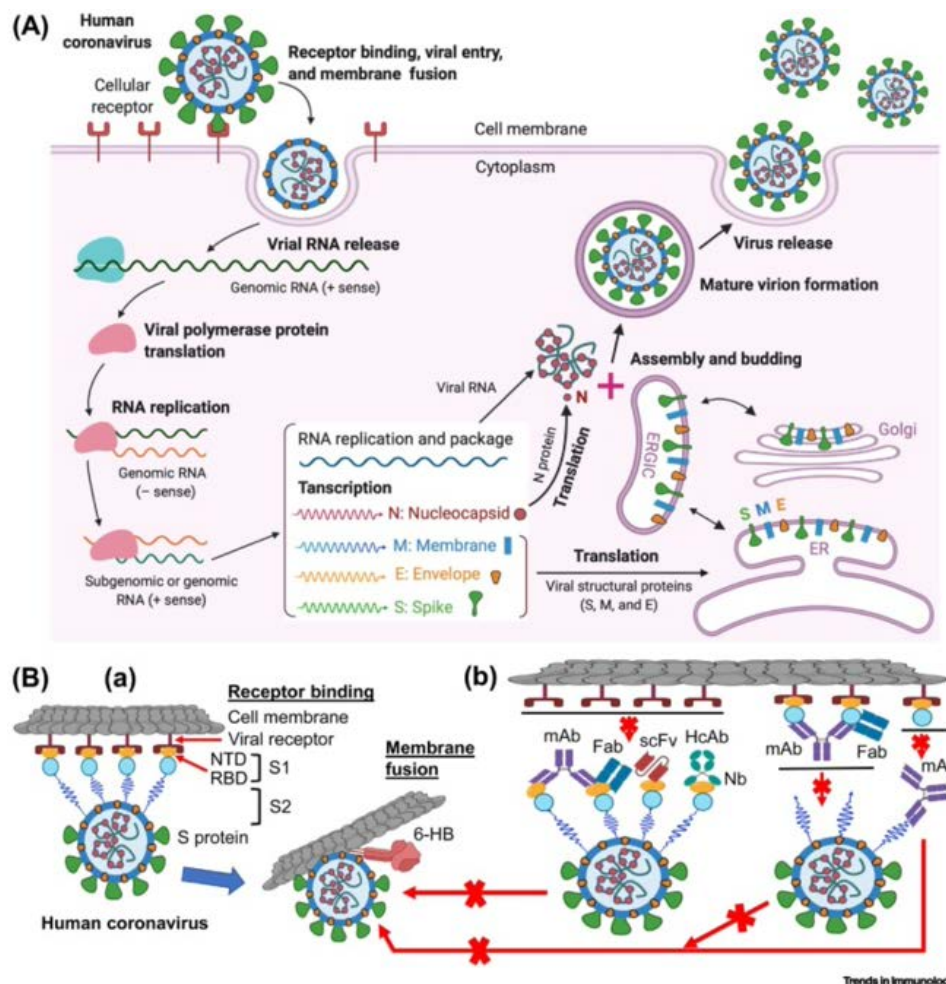


Figure 1: Life Cycle of Highly Pathogenic Human Coronaviruses (CoVs) and Specific Neutralizing Antibodies (nAbs) against These Coronaviruses. (Neutralizing Antibodies against SARS-CoV-2 and Other Human Coronaviruses - Shibo Jiang, Christopher Hillyer, Lanying Du)⁽¹⁾

B. Origine du virus

Celle-ci est encore incertaine. De nombreux coronavirus circulent chez les animaux, le SARS-Cov-2 semble avoir comme réservoir la chauve-souris mais aucune transmission animal-humain n'a encore été mise en évidence. L'hypothèse d'un hôte intermédiaire comme le pangolin a été avancée mais, à ce jour, non démontrée ⁽²⁾.

C. Transmission

La transmission interhumaine est la principale voie de transmission du virus. Elle peut se faire soit par contact direct d'une personne infectée par le virus ou d'une surface souillée, soit par transmission aérienne par l'intermédiaire de gouttelettes ou aérosols émis par la personne porteuse du virus.

D. La maladie

1. Incubation

La période d'incubation est estimée entre 2 et 14 jours avant de déclarer les premiers symptômes de la maladie, la médiane se situe à 5 jours ⁽³⁾. Le risque de transmission est maximal une fois les symptômes présents, mais on sait que la transmission est possible 2 à 3 jours avant le début de ces symptômes, et diminue vers le 7^{ème} jour pour être négligeable à partir du 14^{ème} jour ⁽²⁾.

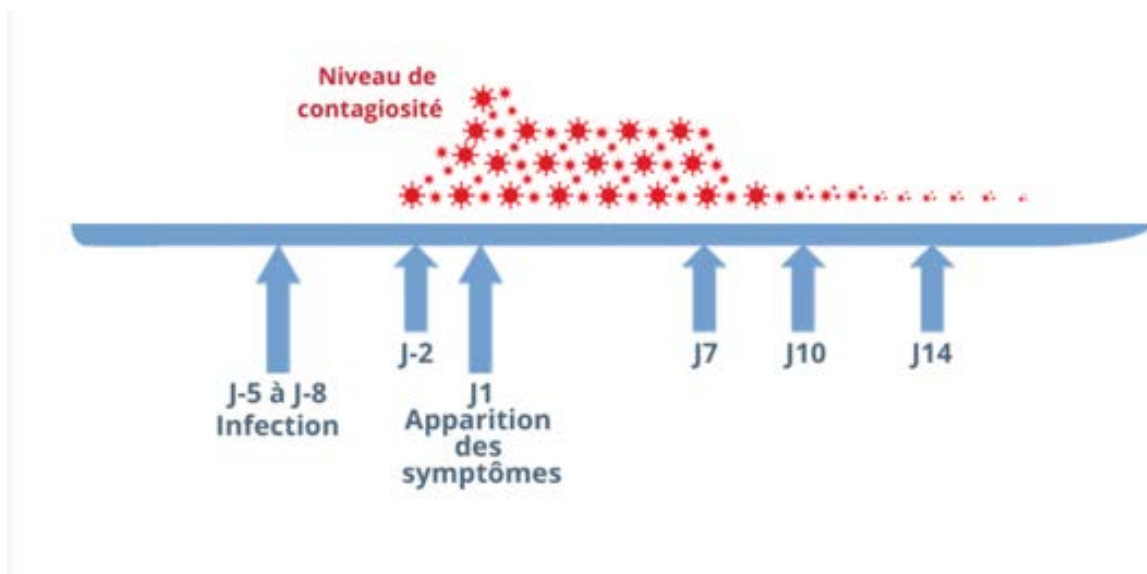


Figure 2 : Coronavirus et Covid-19 : du simple rhume au syndrome respiratoire aigu sévère – INSERM⁽²⁾

2. Signes cliniques

On sait qu'il y a une proportion non négligeable de patients porteurs du virus de la Covid-19 asymptomatique, estimé à 17% en France d'après une méta analyse ⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

On observe le plus souvent des signes généraux : fièvre, frissons, tachycardie, asthénie, adénopathie cervicales, myalgie, céphalées. Les signes respiratoires sont les plus fréquents : toux, expectoration, dyspnée. On peut constater aussi dans certains cas une rhinite, des nausées et des vomissements, des troubles du transit à type de diarrhée, des éruptions cutanées ou des engelures ⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

L'anosmie et l'agueusie semble être des symptômes spécifiques de la maladie dans un

contexte épidémique ⁽⁷⁾.

Une atteinte neurologique est également possible : des cas de confusion, d'atteinte neuromusculaire ainsi que des accidents vasculaires cérébraux ont été constatés. Des crises d'épilepsie et des encéphalopathies nécrotiques ont été rapportées ⁽⁵⁾.

L'atteinte cardiaque est surtout retrouvée en réanimation, avec des cas de myocardites et de défaillance cardiaque. De plus, l'infection est corrélée à un état pro-thrombotique chez le patient et est responsable de thromboses veineuses profondes ainsi que d'embolies pulmonaires ⁽⁵⁾.

Chez l'enfant, on a individualisé une forme particulière, le syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique lié au Covid (PIMS) rare mais grave avec un risque de décompensation cardiaque à la phase aigüe.

3. Diagnostic

Le diagnostic de l'infection se fait par l'intermédiaire d'un **test RT-PCR** qui est le test de référence. Il est effectué sur un échantillon recueilli par prélèvement naso-pharyngien sur écouvillon. Aujourd'hui, les résultats sont disponibles en laboratoire en moins de 24h. Il permet de détecter le génome du virus et d'en déterminer un variant éventuel ⁽⁸⁾.

Il est également possible de réaliser un **test antigénique** si les symptômes sont présents depuis moins de 4 jours. Il est réalisé par la même technique de prélèvement naso-pharyngien. Le résultat est donné en moins de 30 minutes avec une sensibilité de plus de 80% ⁽⁹⁾. Un résultat positif doit être complété par un test RT-PCR ⁽⁸⁾.

Depuis peu on trouve également dans le commerce des autotests qui permettent de faire un premier diagnostic à domicile par prélèvement nasal. Ces autotests doivent être confirmés par RT-PCR en cas de positivité.

Les tests sérologiques ne sont pas recommandés dans le diagnostic de la maladie ⁽⁸⁾.

4. Facteurs de risque de développer une forme grave et de décès

L'infection par le virus de la Covid-19 a un taux de mortalité de 0,8% en France ⁽¹⁰⁾.

Il a été mis en évidence des facteurs prédictifs de développer une forme grave de la maladie. Une méta-analyse ⁽¹¹⁾ a permis de mettre en évidence 49 variables pouvant être liées au pronostic des patients infectés par le virus.

Les facteurs liés au patient sont ⁽¹¹⁾ :

- Un âge avancé (le risque d'hospitalisation est doublé chez les 60-64 ans par rapport aux 40-44 ans, triplé chez les 70-74 ans et multiplié par 6 chez les 80-84 ans ⁽¹²⁾)
- Sexe masculin (être un homme signifie 1,4 fois plus de risque d'être hospitalisé et 2,1 fois plus de risque de décès ⁽¹²⁾)
- Tabagisme actif
- Obésité (IMC supérieur à 30kg/m²)

Il a été retrouvé une association entre la présence de certaines comorbidités et un pronostic défavorable, telles que :

- Hypertension artérielle
- Maladie cérébro-vasculaire
- Bronchopneumopathie chronique obstructive / Maladie pulmonaire chronique
- Maladie rénale chronique
- Trouble du rythme cardiaque
- Diabète
- Cancer
- Immunodépression
- Insuffisance cardiaque

Ces critères, permettant de prédire le risque de développer une forme grave de la maladie, donnent la possibilité aux praticiens d'anticiper les situations à risques et de réduire la mortalité liée à la maladie, et une meilleure utilisation des ressources médicales ⁽¹³⁾.

5. Traitement

A ce jour, il n'y a pas de traitement spécifique. Celui de la maladie, pour les formes dites non compliquées, est « symptomatique », notamment en médecine de ville. Il consiste en l'administration de traitements antipyrétiques en cas de fièvre, antalgiques en cas de besoin, et la mise en place de traitements de supports adaptés au patient, conformément aux recommandations thérapeutiques du HCSP ⁽¹⁴⁾.

L'antibiothérapie systématique n'est pas recommandée, car elle n'est pertinente que lorsqu'une surinfection bactérienne est suspectée ou confirmée ⁽⁶⁾⁽¹⁵⁾.

L'oxygénothérapie doit être mise en place si nécessaire, et impose donc une hospitalisation.

Des critères d'éligibilité à une oxygénothérapie à domicile ont été émis par la HAS ⁽¹⁶⁾.

L'utilisation d'une corticothérapie ne doit pas être systématique, elle n'est conseillée que lorsqu'une oxygénothérapie est requise ⁽¹⁴⁾.

Enfin, une anticoagulation préventive est recommandée pour les patients à risque thrombotique modéré à élevé ⁽⁶⁾.

Récemment, la recherche a permis de faire des avancées sur des traitements par anticorps monoclonaux spécifiques du virus de la Covid-19 : une monothérapie par BAMLINIVIMAB et deux bithérapies par CASIRIVIMAB/IMDEVIMAB (Ronapreve® qui dispose actuellement d'une ATU) et BAMLAVINIMAB/ETESEVIMAB. Ils ne sont disponibles qu'en milieu hospitalier et ne sont utilisés qu'avec des patients diagnostiqués positifs et répondants aux critères suivants ⁽¹⁷⁾ fixés par la HAS et l'ANSM :

- Présenter des symptômes depuis 5 jours maximum.
- Être âgé de plus de 80 ans.
- Avoir entre 70 et 80 ans et porteur d'une pathologie chronique.
- Avoir un déficit immunitaire inné ou acquis, ou être à risque de forme grave.

L'étude Roche – Regeneron rapporte une diminution de 71,3% du risque d'hospitalisation ou de décès liés à la Covid-19 chez les patients traités par CASIRIVIMAB/IMDEVIMAB ⁽¹⁸⁾.

6. Prévention

La prévention de l'infection à la Covid-19 réside essentiellement dans l'application rigoureuse de mesures barrières visant à limiter sa propagation. Celles-ci ont été rappelées au grand public et aux professionnels de santé dès le début de la pandémie par des campagnes gouvernementales. (*Annexe 2*).

Dans les commerces et établissements recevant du public, une jauge maximale du nombre de personne pouvant s'y trouver a été fixée, afin de limiter les interactions entre les personnes. Lorsque c'est possible, les établissements doivent aménager leurs locaux pour limiter ces interactions entre individus. Il en va de même pour les médecins exerçant en ville, en aménageant par exemple leur salle d'attente, en privilégiant l'utilisation de la téléconsultation, et/ou en développant la mise en place de vitres de protection en plexiglass entre le praticien et son patient.

Il est recommandé de se frictionner les mains fréquemment avec une solution hydro-alcoolique, selon les instructions de l'OMS. De la même manière, les surfaces inertes doivent être lavées régulièrement et désinfectées pour limiter la transmission interhumaine.

Le port du masque chirurgical est recommandé partout où la distanciation sociale n'est pas possible (c'est-à-dire une distance de 2 mètres entre deux individus).

Il est essentiel de limiter ses interactions sociales.

L'aération des pièces prend une place importante dans la prévention. Le HCSP préconise la pose de détecteur de CO₂ dans les pièces recevant du public afin de contrôler la qualité de l'air et aérer ces dernières. Sans détecteur, il est souhaitable d'aérer une pièce 10 minutes toutes les heures ⁽¹⁹⁾.

L'application « Tous anti-covid », accessible pour le public sur smartphones et tablettes, a été créée pour faciliter l'information entre les individus et ainsi pouvoir retracer une chaîne de contamination, le but étant d'accélérer le dépistage et le recensement des cas contacts ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

E. Vaccination et Passe sanitaire

Depuis le début de l'année 2021, 4 vaccins ont été autorisés en France :

- Janssen (Covid-19 vaccine)
- AstraZeneca (Vaxzevria)
- Pfizer-BioNTech (Comirnaty)
- Moderna (Spikevax)

Les vaccins Comirnaty et Spikevax sont des vaccins à ARNm, Covid-19 vaccine et Vaxzevria sont des vaccins à vecteur viral vivant non réplcatif. Ils sont tous remboursés à 100% par l'Assurance Maladie en France et distribués gratuitement dans les hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux, EHPAD et centres de vaccinations.

Il est recommandé de se faire vacciner à partir de l'âge de 5 ans actuellement dans la population générale, selon un schéma vaccinal spécifique en fonction de l'âge de l'individu. Une dose de rappel est prévue à partir de l'âge de 18 ans, ou avant s'il existe une immunodépression ou une pathologie à haut risque. Pour certaines professions comme les personnes exerçant dans le domaine médical, para-médical, et médico-social, la vaccination est obligatoire ⁽²²⁾. Les dernière recommandations préconisent un rappel entre 4 et 12 semaines pour le Vaxzevria ⁽²³⁾, 3 semaines après la primo-injection pour le Comirnaty ⁽²⁴⁾ et 4 semaines pour le Spikevax ⁽²⁵⁾. Depuis novembre 2021, il est préconisé de faire une 3^{ème} dose 5 mois après la seconde injection pour les plus de 18 ans. Le calendrier vaccinal évolue en fonction des vagues épidémiques (*Annexe 3*).

Des études montrent la réduction du risque de développer une forme grave de plus de 90% chez les personnes âgées de plus de 50 ans vaccinées, ainsi qu'une diminution de la contagiosité ⁽²⁶⁾. L'efficacité du vaccin semble persister au moins jusqu'à 5 mois après l'injection ⁽²⁷⁾.

En complément, un Passe Sanitaire a été instauré par le gouvernement pour limiter la propagation du virus. Il a été mis en place pendant le mois de Juin 2021, initialement pour les établissements recevant du public, étendu en juillet puis en août 2021 aux cafés, restaurants, hôpitaux (à l'exclusion des urgences), trains, avions et bus pour les trajets longue distance, les lieux de culture et de loisir. Ce Passe Sanitaire est obtenu avec un schéma vaccinal complet, un test PCR ou antigénique négatif de moins de 72 heures, ou d'un test positif de moins de 6 mois ⁽²⁸⁾. L'objectif d'une telle mesure est alors d'inciter la population générale à la vaccination. Un pic du nombre d'injection est atteint le 21 juillet 2021, date d'extension du Passe Sanitaire, avec 691 940 doses administrées ce jour-là, soit une augmentation de 20% par rapport au début du mois ⁽²⁹⁾.

En janvier 2022, un projet de loi à l'étude prévoit la transformation du Passe Sanitaire en Passe Vaccinal. Un justificatif d'une vaccination complète pourra donc être exigé avant d'accéder aux lieux concernés précédemment par le Passe Sanitaire ⁽³⁰⁾.

F. Séquelles

Il a été remarqué une persistance de certains symptômes faisant suite à l'épisode aigu de l'infection par le virus de la Covid-19 chez certains patients. L'entité nosologique de « Covid long » est encore mal connue. L'OMS a défini « l'état post-Covid » comme étant la présence de symptômes au-delà de 3 mois après l'infection ⁽³¹⁾. La HAS abaisse le seuil à 4 semaines post-infection et recommande la recherche active de ces signes pour une prise en charge précoce. Ces symptômes sont multiples et potentiellement invalidants ⁽³²⁾:

- Pulmonaires (syndrome d'hyperventilation, hyper-réactivité bronchique)
- Cardiovasculaires (péricardite, myocardite, tachycardie posturale, thrombo-embolie veineuse)
- Neurologiques (troubles cognitifs, douleurs neuropathiques, troubles de l'équilibre)

- Psychologiques / psychiatriques (troubles anxieux, dépression, stress post traumatique)
- Digestifs (gastrite, oesophagite, gastroparésie, colopathie)
- Dermatologiques / vasculaires (pseudo-engelure, éruption cutanée, troubles vasomoteurs)
- ORL (hyposmie, anosmie, dysgueusie, phantosmie, parosmie, acouphènes, hypoacousie, perte d'audition, vertiges)
- Ophtalmologiques (baisse d'acuité visuelle, anomalie de la vision)
- Autres (dysautonomie, anorexie, dénutrition, désadaptation à l'effort, troubles somatiques fonctionnels)

Ces manifestations post infection ont une prévalence non négligeable. Une étude a été réalisée en Italie auprès de 143 patients en rémission ayant été hospitalisés au cours de l'épisode aigu. On retrouve 87,4% des patients qui signalent la persistance d'au moins un symptôme à 60 jours de l'hospitalisation. La fatigue (53,1%) et la dyspnée (43,4%) sont majoritairement représentées ⁽³³⁾.

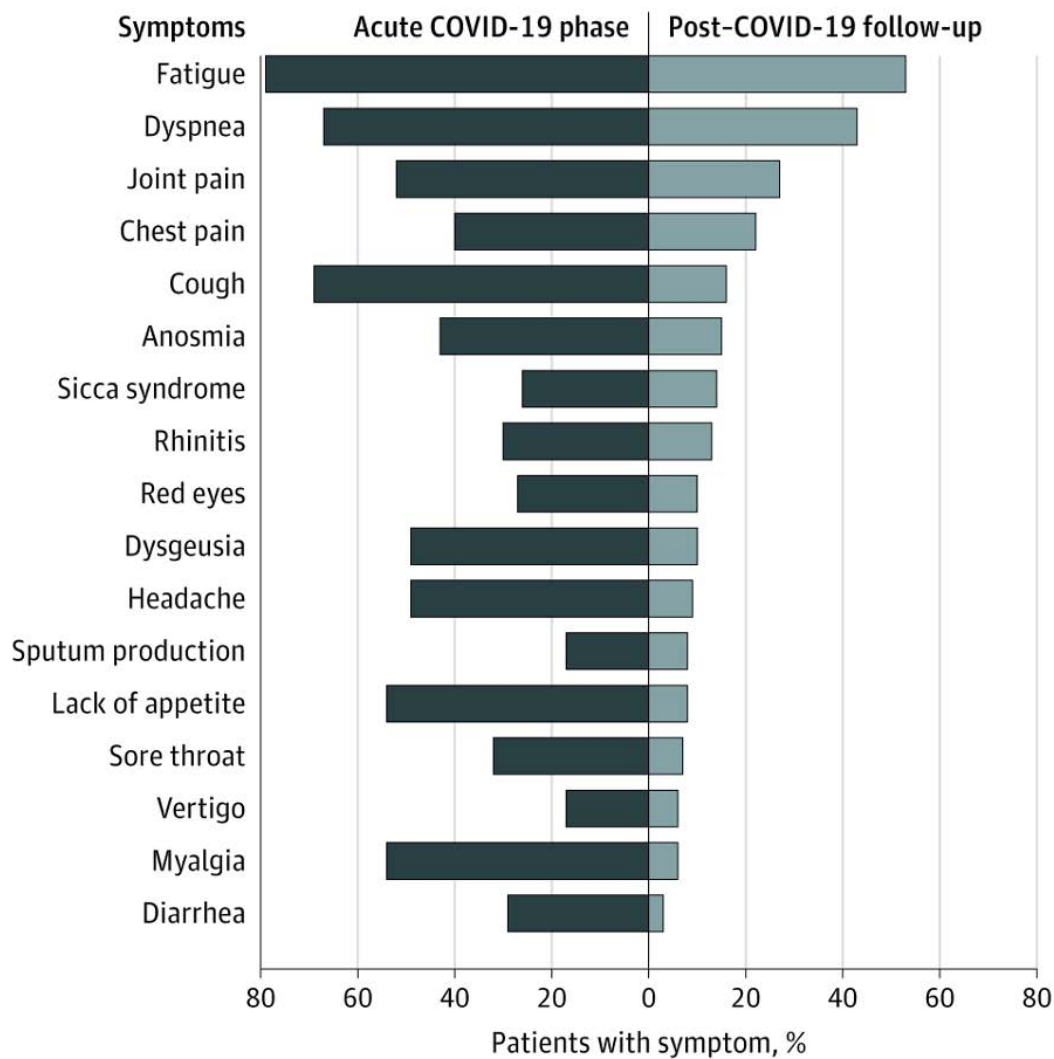


Figure 3 : Covid-19 Related symptoms (Persistent symptoms in patients after acute Covid-19 – Angelo Carfi; Roberto Bernabei; Francesco Landi)⁽³³⁾

De même, de récents travaux effectués en Arizona auprès de patients ayant eu une forme bénigne de l'infection retrouvent 68,7% des participants présentant au moins un symptôme après 30 jours ⁽³⁴⁾. Il semble que cette problématique touche aussi bien les patients ayant été hospitalisés que ceux ayant présenté une forme bénigne de la maladie.

II. De Wuhan à Paris : histoire de la pandémie

Le virus est pour la première fois détecté en Chine à Wuhan le 16 décembre 2019, chez plusieurs personnes qui semblent fréquenter le même marché de *Huanan Seafood*, réputé pour la vente d'animaux sauvages tels que les chauve-souris.

Le 31 décembre 2019, l'OMS et le gouvernement chinois révèle l'existence d'un nouveau virus SARS Cov-2, responsable de pneumonies dans la ville de Wuhan, avec un nombre de contaminés largement sous-estimé (27 cas officiels, au moins 266 en réalité selon une enquête rétrospective)⁽³⁵⁾.

Le 9 janvier 2020, le premier décès du Covid-19 est rapporté à Wuhan. Plusieurs médecins sur place alertent sur l'émergence d'un nouveau virus proche du SRAS, comme l'ophtalmologue Li Wenliang. Accusé de relayer des rumeurs, il est arrêté par les autorités chinoises. Il décèdera de la Covid-19 le 7 février 2020.

Le 20 janvier 2020, il est avéré que le virus a une transmission interhumaine importante. Wuhan est alors confinée.

Le 24 janvier 2020, on note les 3 premiers cas de Covid-19 en Europe, tous revenant de la région d'origine de l'épidémie. Ils sont hospitalisés à Paris et à Bordeaux. L'un d'eux décède le 14 février 2020, il sera le premier décès en dehors de l'Asie.

Le 30 janvier 2020, l'OMS décrit l'épidémie en cours comme étant une urgence sanitaire majeure.

En France, le 15 février 2020, un rassemblement religieux de 2 000 personnes à Mulhouse semble être le point de départ de la propagation du virus au sein de l'hexagone.

Le 10 mars 2020, l'Italie est le premier pays au monde à déclarer un confinement total.

Le 17 mars 2020, la France décrète à son tour un premier confinement qui s'achèvera progressivement en juin 2020 ⁽³⁵⁾. Plusieurs établissements recevant du public sont fermés administrativement et un couvre-feu est mis en place pour enrayer la propagation du virus. Le 28 mars, on dénombre 25 421 admissions aux urgences dont 21% en rapport avec le Covid-19 ⁽³⁶⁾. Le 8 avril, 136% des lits de réanimation sont occupés par des patients infectés et on compte plus de 500 décès hospitaliers par jour ⁽³⁶⁾.

On considère que le million de cas est atteint en avril 2020 à travers le monde et on évalue le nombre de morts à 50 000 ⁽³⁷⁾.

Un second confinement national est décrété du 30 octobre au 20 janvier 2021 ⁽³⁸⁾. Les services de réanimation sont saturés à 95% et on atteint un pic à plus de 40 000 nouveaux cas par jour ⁽³⁶⁾.

Un dernier confinement est instauré du 3 avril au 3 mai 2021, suite à une nouvelle progression du virus, notamment due à l'émergence d'un nouveau variant *Delta*. La barrière des 35 000 nouveaux cas quotidiens est atteinte et on enregistre plus de 300 décès intra-hospitaliers par jour ⁽³⁶⁾.

Depuis novembre 2021, un nouveau variant nommé *Omicron* est observé, avec une augmentation exponentielle du nombre de cas en Afrique du Sud. Il est montré que ce variant est plus contagieux que les précédents et devient rapidement majoritaire en Europe ⁽³⁹⁾. Le 9 janvier 2022, on enregistre un record de 296 097 nouveaux cas par jour depuis le début de la pandémie selon Covid-Tracker (*outil permettant de suivre l'évolution de la pandémie en France et dans le Monde*).

III. État des lieux de la médecine générale avant la pandémie

A. Prévalence des troubles anxio-dépressifs

Le corps médical et paramédical fait régulièrement l'objet d'études concernant l'épuisement professionnel, la reconnaissance au travail et la santé mentale. Il en ressort régulièrement un constat plutôt alarmant qui met en exergue un système de santé à bout de souffle, et ce depuis plusieurs années ⁽⁴⁰⁾. Déjà, le docteur Canoui parlait « d'épuisement professionnel des soignants » en qualifiant « d'épidémie à forte contagion » ce phénomène en 1998 ⁽⁴¹⁾.

Il s'agit d'une population exposée aux pathologies psychiatriques, telles que les syndromes dépressifs majeurs, les burn-out, les syndromes anxio-dépressifs.

La CARMF déclare que la première cause d'invalidité définitive en 2005 est représentée par les affections psychiatriques (37,94%) ⁽⁴²⁾. Cette tendance tend à s'accroître puisqu'en 2019, ce chiffre est de 44%, toutes spécialités confondues ⁽⁴³⁾. L'Assurance Maladie indique elle aussi que les affections psychiatriques sont prépondérantes mais à hauteur de 28,1% en 2006 dans la population générale ⁽⁴⁴⁾.

Plusieurs études, dont celle de Didier Truchot réalisée en 2001 auprès de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) Bourgogne, montrait que 47% des médecins libéraux présentaient des symptômes d'épuisement professionnel ou burn-out ⁽⁴⁵⁾. Enfin, l'Ordre National des Médecins donnait en 2003 les causes de décès des médecins libéraux en activité : le suicide représentait 14% ⁽⁴⁶⁾. Le travail du Docteur Léopold, réalisé la même année, retrouvait un sur-risque de 2,4 chez les libéraux actifs inclus dans 26 départements par rapport à la population générale de la tranche d'âge 35 – 65 ans ⁽⁴⁷⁾. Ces chiffres sont confirmés par une méta-analyse internationale : le sur-risque est évalué à 1,4 pour les hommes et 2,7 pour les femmes chez les médecins américains ⁽⁴⁸⁾. C'est une problématique de santé publique majeure qu'il convient de prendre en compte afin d'assurer la pérennité de notre système d'offre de soins.

Le syndrome anxio-dépressif est également retrouvé chez les étudiants en médecine. L'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes) publie une enquête en juin 2017 sur la santé mentale des étudiants de 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} cycle qu'elle représente. On compte 66 % des étudiants souffrant d'anxiété contre 26 % dans la population française, et 27,7% seraient atteints de dépression contre 10% dans la population française ⁽⁴⁹⁾.

B. Une demande de soins grandissante

La proportion de personnes âgées devient de plus en plus importante et les demandes en soins se majorent en conséquence. La tranche d'âge des plus de 60 ans représentait 26,4% en 2020. Les projections de l'INSEE pour 2040 évalue cette proportion à 31% ⁽⁵⁰⁾.

Le corps médical, et en particulier les médecins généralistes libéraux n'échappent pas à cette progression. L'URPS (Union Régionale des Professionnels de santé) des médecins libéraux des Hauts de France comptait 141 médecins généralistes de plus de 55 ans sur un total de 294 dans la métropole lilloise en 2019 ⁽⁵¹⁾. Le nombre des médecins partant prochainement en retraite va donc croissant, alors que la demande de soins ne fait qu'augmenter avec le temps. Ceci permet sans doute d'expliquer en partie le sentiment d'épuisement professionnel manifesté par les soignants qui sont toujours plus sollicités.

IV. Une pandémie aux conséquences nombreuses et diverses sur la santé

La pandémie Covid-19 a bouleversé le monde tel que nous le connaissions, et ce de manière durable sur le plan sanitaire, économique, politique et social. Les conséquences exactes d'un tel bouleversement sont encore inconnues et le recul nécessaire n'est pas encore suffisant pour appréhender l'ampleur des changements qui se sont opérés dans notre société.

L'impact immédiat de la pandémie est principalement représenté par les indicateurs suivants : le nombre de cas journalier, le nombre d'hospitalisations, le nombre de morts attribuables au virus. Ces chiffres sont évolutifs et permettent d'adapter la politique sanitaire. En Novembre 2021, on attribue 5,19 millions de morts à la pandémie Covid-19, dont 120 000 en France, depuis le début de la pandémie ⁽⁵²⁾.

Le coût financier des nouvelles mesures sanitaires est aussi à prendre en compte puisque chaque test, chaque vaccination, ou hospitalisation relative au virus de la Covid-19 coûte à la société. Un rapport du ministre des Comptes Publics, Monsieur Olivier Dussopt, indique que la campagne de vaccination a coûté jusqu'à maintenant 5 milliards d'euros. Par ailleurs, l'utilisation massive des tests de dépistage en décembre 2021 par exemple (28 millions de tests réalisés) a représenté un coût de 1 milliard d'euros ⁽⁵³⁾.

L'impact à plus long terme de cette pandémie s'étudie notamment par la nouvelle entité nosologique qu'est « le Covid long », présenté plus haut.

De même, les conséquences sur la santé mentale ont commencé à être étudiées dans la population générale. L'enquête EpiCov pendant le premier confinement compare la prévalence des syndromes dépressifs des français par rapport aux données des enquêtes de santé européennes (EHIS 2014 et 2019). On observe une nette progression des troubles psychiques. Cette progression est probablement liée à un isolement répété, à un climat anxiogène favorisé par la méconnaissance de la maladie, ainsi que des conséquences économiques (licenciement, télétravail imposé et insécurité financière) ⁽⁵⁴⁾.

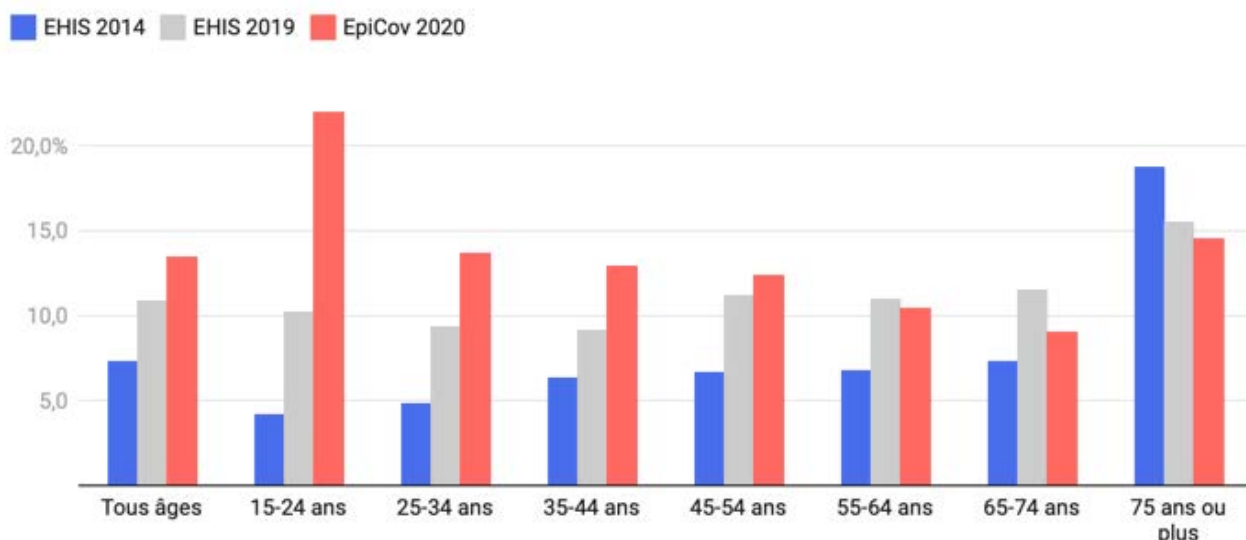


Figure 4 : Prévalence des syndromes dépressifs en France en 2014, 2019 et mai 2020 par classe d'âge. (www.vie-publique.fr ; Covid-19 : hausse des état dépressifs après le premier confinement)

Enfin, il convient de faire remarquer les conséquences indirectes de la pandémie. En effet, en raison de l'afflux important de patients à l'hôpital, les ARS ont successivement demandé au secteur hospitalier, au fur et à mesure des vagues épidémiques, de déprogrammer certaines interventions chirurgicales afin de pouvoir répondre à la demande. Aussi, de nombreuses consultations ont été annulées ou reportées, soit par peur du virus, soit par contamination du patient ou du praticien. On assiste donc à un retard de prise en charge dans des pathologies potentiellement graves et on pourrait constater une augmentation de la mortalité dans certaines maladies.

A l'occasion du « Mars bleu » dédié au dépistage du cancer colorectal, le docteur Axel Kahn, généticien, estimait en mars 2021 à 100 000 les retards de diagnostic de la maladie, induisant une surmortalité de 13 500 personnes ⁽⁵⁵⁾.

Selon la Fédération Hospitalière de France (FHF), entre mars et mai 2020, deux millions d'actes, interventions chirurgicales ou examens ont été annulés à cause de la pandémie ⁽⁵⁶⁾.

V. Rationnel de l'étude

La pandémie Covid-19, par sa rapidité de diffusion et la méconnaissance de la maladie, a encore davantage bouleversé le système de soins, déjà affaibli, et a exacerbé les problèmes latents.

L'organisation des soins a été repensée en urgence, tant en ville qu'en milieu hospitalier (création de nouveaux lits de réanimation, déprogrammation de certaines interventions jugées non urgentes, utilisation de la téléconsultation, limitation du nombre de consultations...) afin de tenter de faire face au mieux à ce nouveau défi mondial.

Le personnel médical et para-médical a été extrêmement sollicité dès le début de cette crise sanitaire puisqu'il était en première ligne pour répondre aux besoins des nouveaux patients, porteurs d'une maladie jusque-là inconnue.

La santé au travail, qui était déjà une problématique présente auparavant dans le corps médical, c'est devenu pleinement un sujet d'actualité de par le contexte sanitaire.

L'OMS définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » ⁽⁵⁷⁾.

Selon la CARMF, entre mars 2020 et février 2021, il y aurait eu 74 décès de médecins généralistes libéraux dans les suites du Covid en France ⁽⁵⁸⁾.

Cependant, pour les professions libérales, et en particulier les médecins généralistes, les conséquences de cette pandémie sur la santé mentale sont encore mal connues, d'où la problématique de ce travail :

« Quel est le retentissement psychologique de la pandémie Covid-19 chez les médecins généralistes dans le Nord Pas de Calais ? ».

METHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude d'épidémiologie descriptive, transversale et quantitative.

II. Population

Les critères d'inclusion étaient représentés par : être médecin généraliste et exercer dans le Nord Pas de Calais.

La population source qui a servi d'échantillon est l'ensemble des médecins généralistes inscrits à la FMC (Formation Médicale Continue) d'AMMELICO (Association Médicale pour une Maitrise de la E-Santé Libérale Indépendante Coopérante et Ouverte)(59), qui regroupe 2200 professionnels à travers le Nord Pas de Calais.

Le choix de cet échantillon s'explique essentiellement par son nombre relativement important afin d'avoir un nombre de réponses le plus élevé possible et limiter le biais de sélection.

III. Questionnaire

Un questionnaire a été élaboré avec l'outil Google Forms (*Annexe 1*).

Il comporte une première partie regroupant les données démographiques de la population étudiée, suivie d'une seconde partie concernant le retentissement psychologique et l'impact de la pandémie Covid-19 dans la pratique médicale libérale du médecin répondant.

Le questionnaire a été envoyé via la liste de mail de diffusion de la FMC AMMELICO.

IV. Recueil et traitement des données

Le recueil des données s'est effectué du 9 juin 2021 au 5 juillet 2021.

L'accès aux adresses mails ainsi qu'à l'identité de ces médecins étant interdit par la politique

de confidentialité de AMMELICO, toutes les données sont donc anonymes. Pour répondre au questionnaire, il n'était pas nécessaire de posséder un compte Google ou de s'identifier afin de maximiser le taux de réponse.

Les résultats ont été intégrés dans un document Excel. Les variables quantitatives sont décrites par des moyennes, des écarts-types et des médianes. Les variables qualitatives sont décrites par des effectifs et des pourcentages. Des tests du χ^2 ont été utilisés pour comparer deux variables qualitatives lorsque les effectifs théoriques calculés étaient supérieurs ou égaux à 5 (utilisation du test exact de Fisher dans le cas contraire). Des tests de Student ont été utilisés pour comparer deux moyennes. Le seuil de significativité de ces tests était fixé à 5%.

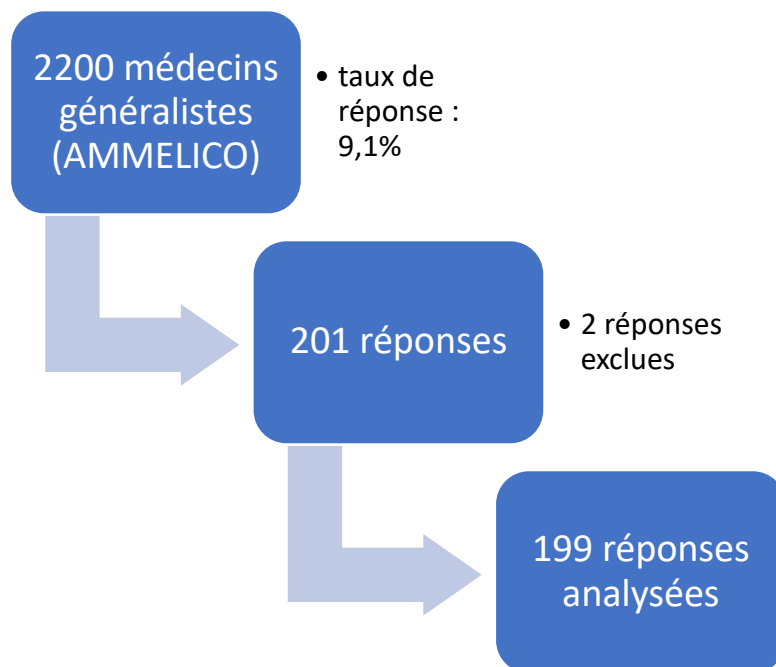
RESULTATS

I. Diagramme de flux

La population source comptait 2200 médecins généralistes répartis dans le Nord Pas de Calais, entre le département du Nord et du Pas-de-Calais.

Il a été reçu 201 réponses au questionnaire diffusé, ce qui équivaut à un taux de réponse de 9,1%.

Après analyse rapide des réponses, 2 participants ont été exclus à cause de résultats non conformes. L'analyse a donc été réalisée sur 199 réponses.



II. Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée

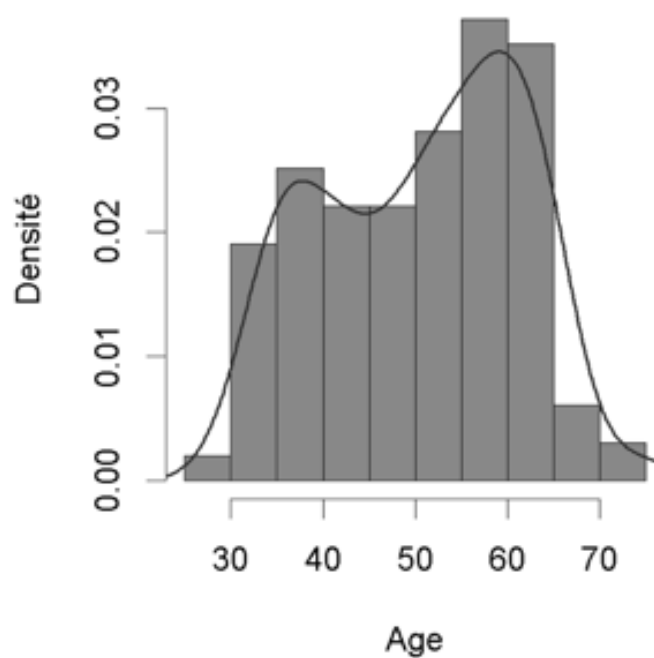
A. Sex-Ratio

74 Médecins généralistes ayant répondu sont des femmes (37%), et 125 sont des hommes (63%).

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Un homme	125	63	[55.66-69.46]
Une femme	74	37	[30.54-44.34]
Total.valides	199	100	-

B. Age

La moyenne d'âge est 50,7 ans et l'âge médian est 52 ans. L'âge le plus bas est 29 ans, l'âge le plus élevé est 75 ans.

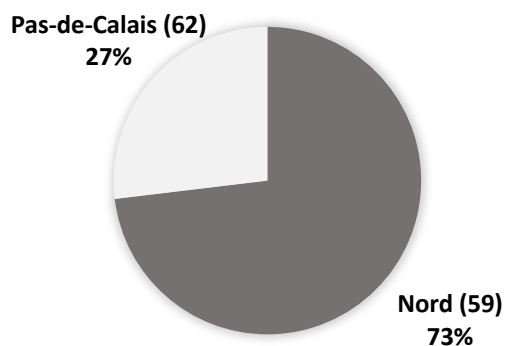


La catégorie d'âge la plus représentée est la tranche 56 – 65 ans.

C. Lieu et mode d'exercice

Parmi les réponses, on compte 146 médecins généralistes (73%) exerçant dans le Nord (59), et 53 (27%) dans le Pas-de-Calais.

RÉPARTITION PAR DÉPARTEMENT



111 médecins (56%) exercent en milieu urbain, 64 (32%) exercent en milieu semi-rural et 24 (12%) en milieu rural.

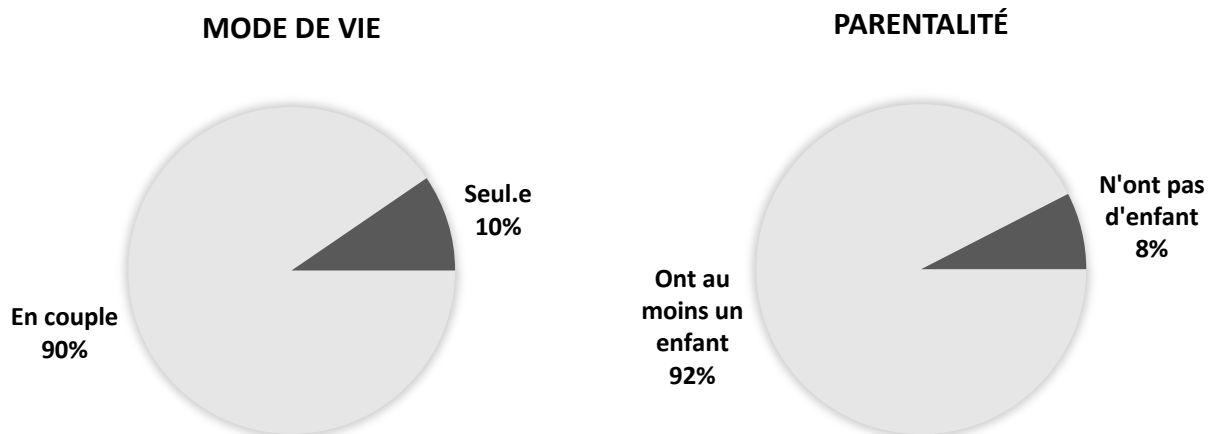
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Rural	24	12	[8.03-17.6]
Semi-rural	64	32	[25.83-39.19]
Urbain	111	56	[48.58-62.75]
Total.valides	199	100	-

139 médecins répondants exercent en groupe (70%), contre 60 répondants (30%) qui exercent seuls.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
En groupe	139	70	[62.89-76.03]
Seul.e	60	30	[23.97-37.11]
Total.valides	199	100	-

D. Mode de vie

Enfin, 180 médecins généralistes (90%) vivent en couple, contre 19 (10%) qui vivent seul.es.
184 ont des enfants (92%), contre 15 (8%) qui n'en ont pas.



E. Antécédents médico-chirurgicaux et traitements chroniques

109 répondants déclarent ne pas avoir d'antécédents médico-chirurgicaux, 90 déclarent en avoir au moins un, soit 45% de la population étudiée. Ils sont répartis comme suit :

Antécédents ; n (%)	
<i>(Parmi les 90 médecins concernés)</i>	
<u>Antécédents cardiologiques</u>	
Hypertension artérielle	20 (22,2)
Fibrillation atriale	1 (1,1)
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	1 (1,1)
Infarctus du myocarde	4 (4,4)
Dyslipidémie	2 (2,2)
<u>Antécédents endocrinologiques</u>	
Diabète	5 (5,5)
Hyperparathyroïdie	1 (1,1)
Hypothyroïdie	1 (1,1)
<u>Antécédents rhumatologiques</u>	
Ostéoporose	3 (3,3)
Hernie discale / sciatique	9 (10)
Canal lombaire étroit	1 (1,1)
<u>Antécédents gastro-entérologiques</u>	
Polype colique	1 (1,1)
Colectomie	3 (3,3)
Appendicectomie	4 (4,4)
Cure de hernie inguinale / ombilicale	4 (4,4)
Cholécystectomie	2 (2,2)
<u>Antécédents orthopédiques</u>	
Luxation d'épaule	1 (1,1)
Ménisectomie	2 (2,2)
Ligamentoplastie	4 (4,4)
Fracture	2 (2,2)
Chondrosarcome	1 (1,1)
<u>Antécédents ophtalmologiques</u>	
Cataracte	2 (2,2)
Glaucome	1 (1,1)
<u>Antécédents stomatologiques</u>	
Extraction dentaire	2 (2,2)
<u>Antécédents pneumologiques / allergologiques</u>	
Rhinite allergique	4 (4,4)
Asthme	6 (6,6)
Pneumothorax	1 (1,1)
Pneumopathie	1 (1,1)
Syndrome d'apnée du sommeil	2 (2,2)
<u>Antécédents urologiques</u>	
Lithiase urinaire	2 (2,2)
Adénocarcinome prostatique	1 (1,1)
Hypertrophie bénigne de prostate	1 (1,1)
<u>Antécédents ORL</u>	
Maladie de Ménière	2 (2,2)
Cholestéatome	1 (1,1)
<u>Antécédents psychiatriques</u>	
Syndrome dépressif	2 (2,2)
Trouble anxieux généralisé	1 (1,1)
<u>Antécédents gynécologiques</u>	
Annexectomie / hystérectomie	2 (2,2)
Adénocarcinome mammaire	5 (5,5)
<u>Antécédents neurologiques</u>	
Canal carpien	1 (1,1)
Migraine	3 (3,3)
Adénome à prolactine	1 (1,1)
Accident vasculaire cérébral	1 (1,1)
<u>Antécédents néphrologiques</u>	
Polykystose rénale	1 (1,1)

139 médecins généralistes déclarent ne prendre aucun traitement médicamenteux au long cours, contre 60 qui en prennent au moins un. Parmi ce dernier groupe, seul un médecin

déclare prendre un traitement médicamenteux à visée psychiatrique (ESCITALOPRAM).

F. Exposition au virus

42 médecins ont été testés positifs depuis le début de la pandémie Covid-19 (21%) et 48 ont dû arrêter de consulter pendant plusieurs jours à cause du virus (24%) (PCR positive avec ou sans symptôme ou cas contact...).

Médecins testés positifs au Covid-19

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	157	79	[72.43-84.21]
Oui	42	21	[15.79-27.57]
Total.valides	199	100	-

Médecins ayant arrêté de consulter pendant plusieurs jours

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	151	76	[69.21-81.52]
Oui	48	24	[18.48-30.79]
Total.valides	199	100	-

G. Mise en place des moyens de protection contre le virus

194 omnipraticiens (97%) ont mis en place des mesures de protection pour se prémunir de la maladie (mise à disposition de solution hydro-alcoolique, plaques en plexiglass, application de distance avec le patient, modification de la manière de consulter).

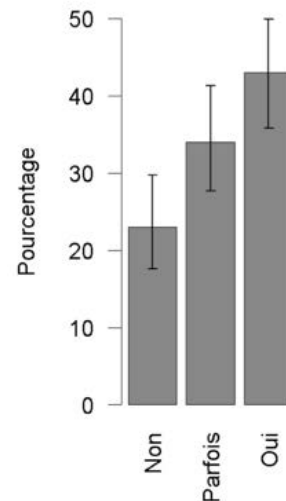
Seuls 5 médecins déclarent ne pas avoir changé leurs habitudes.

III. Retentissement de la pandémie Covid-19

A. Impact négatif sur le moral des praticiens libéraux

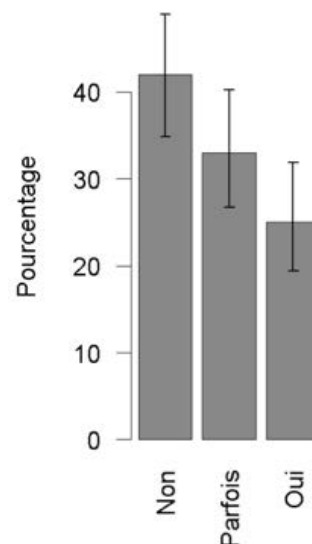
Parmi les médecins ayant répondu, 85 indiquent avoir ressenti un sentiment d'abandon ou de négligence de la médecine générale au profit du secteur hospitalier (43%), 68 ont répondu « parfois » (34%) contre 46 qui ont répondu « non » (23%).

Sentiment d'abandon ou de négligence de la médecine générale au profit du secteur hospitalier



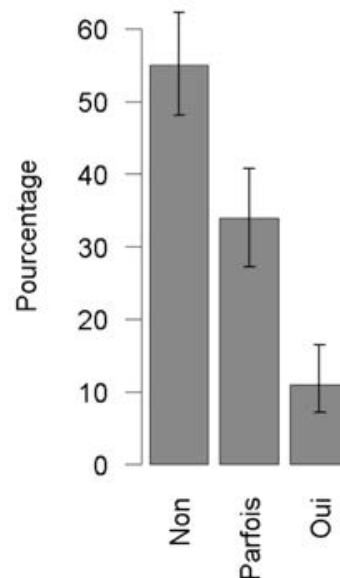
Concernant le sentiment d'impuissance ou de découragement en raison de l'absence de traitement spécifique du Covid-19, 83 médecins ont répondu « non » (42%), 66 ont répondu « parfois » (33%) et 50 ont répondu « oui » (25%).

Sentiment d'impuissance ou de découragement



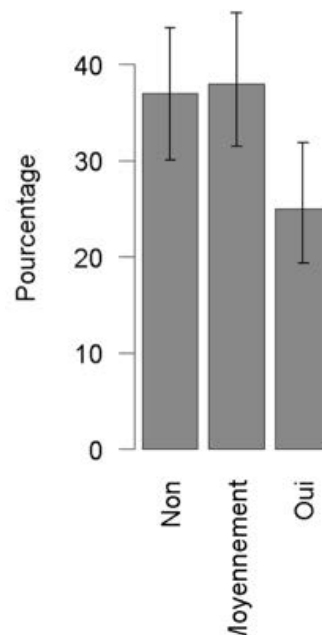
Lorsqu'on les questionne sur le sentiment d'avoir une perte de confiance de certains des patients à cause du manque de réponse à leur apporter ou du manque de connaissance concernant ce nouveau virus, 22 médecins répondent par « oui » (11%), 110 répondent par « non » (55%), 67 répondent « parfois » (34%).

Sentiment d'avoir une perte de confiance de certains patients



Depuis le début de la pandémie Covid-19, 50 médecins généralistes interrogés estiment que leur humeur ou leur état psychologique se sont détériorés (25%), contre 76 qui estiment qu'ils sont inchangés (38%).

Détérioration de leur humeur / état psychologique



Nous avons également regardé ces résultats en croisant avec les données sociodémographiques recueillies dans la première partie du questionnaire :

Données sociodémographiques des médecins en fonction de la détérioration de leur humeur
et de leur état psychologique. (Tableau1)

N (%)	Oui (N = 50)	Moyennement (N = 73)	Non (N = 76)	<i>p</i>
Genre				0,165
Homme	26 (52%)	49 (67%)	50 (66%)	
Femme	24 (48%)	24 (23%)	26 (24%)	
Age				0,0948
Moyenne d'âge (écart-type)	47,9 (10,20)	51,4 (10,37)	51,9 (11,43)	
Age médian	48	54	52	
Milieu d'exercice				0,628
Rural	8 (16%)	6 (8%)	10 (13%)	
Semi-rural	15 (30%)	24 (33%)	25 (33%)	
Urbain	27 (54%)	43 (59%)	41 (54%)	
Type d'exercice				0,829
Seul.e	16 (32%)	21 (29%)	23 (30%)	
En groupe	34 (68%)	52 (71%)	53 (70%)	
Style de vie				0,769
Vit seul.e	6 (12%)	6 (8%)	7 (9%)	
Vit en couple	44 (88%)	67 (92%)	69 (91%)	
Parentalité				0,397
Avec enfant	44 (88%)	69 (94%)	71 (93%)	
Sans enfant	6 (12%)	4 (6%)	5 (7%)	
Testé Covid +	12 (24%)	15 (20%)	15 (19%)	0,839

Le groupe de médecins qui estiment que leur état psychologique ou que leur humeur se sont détériorés depuis le début de la pandémie Covid-19 est composé de 26 hommes (52%) et 24 femmes (24%) :

- La moyenne d'âge est de 47,9 ans, l'âge médian est de 48 ans.
- Il y a 8 médecins exerçant en milieu rural, 15 en milieu semi-rural et 27 en milieu urbain.
- 16 médecins exercent seuls, alors que 34 exercent en cabinet de groupe.
- Concernant leur style de vie, 6 vivent seuls et 44 vivent en couple, 44 ont au moins un enfant et 6 n'en ont pas.
- Dans ce groupe, 12 médecins ont été testés positifs au cours de la pandémie.

Dans le groupe de médecins considérant que leur état psychologique s'est moyennement dégradé, 49 sont des hommes (67%) et 24 sont des femmes (33%).

- La moyenne d'âge est de 51,4 ans et l'âge médian est de 54 ans.
- Il y a 6 médecins qui exercent en milieu rural, 24 médecins qui exercent en milieu semi-rural et 43 en milieu urbain.
- 21 médecins exercent en cabinet seul, contre 52 en cabinet de groupe.
- Au niveau du style de vie, 6 vivent seuls, 67 vivent en couple, 69 ont au moins un enfant, et 4 n'en ont pas.
- 15 médecins ont été testés positifs à la Covid-19.

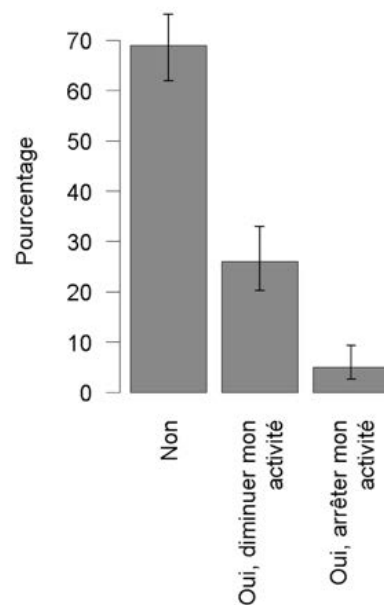
Enfin, dans le dernier groupe des médecins répondant que leur humeur ou leur état psychologique n'était pas modifié par la pandémie, on dénombre 50 hommes (66%) et 26 femmes (34%).

- La moyenne d'âge est de 51,9 ans, avec un âge médian de 52 ans.
- On compte 10 médecins qui exercent en milieu rural, 25 médecins qui exercent en semi-rural et 41 en milieu urbain.

- 23 sont en cabinet seul, contre 53 en cabinet de groupe.
- Enfin, 69 médecins vivent en couple et 7 vivent seuls, 71 ont au moins un enfant, 5 n'en ont aucun.
- 15 médecins ont été testés positifs.

10 médecins généralistes interrogés ont déclaré avoir pensé arrêter leur activité à cause de la pandémie Covid-19 (5%), 52 ont pensé la diminuer (26%), 137 ne souhaitent pas la modifier (69%).

Modification de l'activité médicale



Une fois de plus, nous avons repris ces résultats en fonction des données sociodémographiques :

Données sociodémographiques des médecins en fonction de la modification de leur activité médicale.

N (%)	Arrêter l'activité médicale (N = 10)	Diminuer l'activité médicale (N = 52)	Ne pas modifier l'activité médicale (N = 137)
Age			
Moyenne d'âge	56,5	52,8	49,5
Catégorie d'âge représentée			
Moins de 36 ans	0 (0%)	4 (8%)	17 (12%)
De 36 à 45 ans	2 (20%)	8 (15%)	37 (27%)
De 46 à 55 ans	2 (20%)	14 (27%)	34 (25%)
De 56 à 65 ans	4 (40%)	25 (48%)	43 (31%)
Plus de 65 ans	2 (20%)	1 (2%)	6 (5%)
Genre			
Homme	9 (90%)	31 (60%)	85 (62%)
Femme	1 (10%)	21 (40%)	52 (38%)
Sentiment d'être en danger en continuant de consulter			
Oui / parfois	10 (100%)	36 (69%)	90 (66%)
Non	0 (0%)	16 (31%)	47 (34%)
Sentiment de faire courir un risque à l'entourage			
Oui	10 (100%)	43 (83%)	98 (72%)
Non	0 (0%)	9 (17%)	39 (28%)
Hospitalisation / décès dans l'entourage			
Oui	5 (50%)	13 (25%)	26 (19%)
Non	5 (50%)	39 (75%)	111 (81%)
Antécédent médical			
Au moins un antécédent	7 (70%)	21 (40%)	52 (38%)
Aucun	3 (30%)	31 (60%)	85 (62%)
Au moins un traitement au long cours			
Au moins un traitement	4 (40%)	21 (40%)	35 (26%)
Aucun	6 (60%)	31 (60%)	102 (74%)

La moyenne d'âge de chaque groupe est respectivement de 56,5 ans, 52,8 ans et 49,5 ans.

La catégorie d'âge la plus représentée chez les médecins ayant pensé **arrêter** leur activité médicale est celle des praticiens de plus de 55 ans (N = 6), alors que celle qui prédomine chez ceux qui ne désirent pas la modifier est celle des moins de 56 ans (N = 88).

Les médecins qui ont pensé cesser leur activité sont majoritairement représentés par des hommes (90%), au nombre de 9. Tous expriment le sentiment d'avoir été en danger en

continuant de consulter malgré la pandémie, et tous estiment avoir fait courir un risque à leur entourage du fait de leur profession particulièrement exposée au virus.

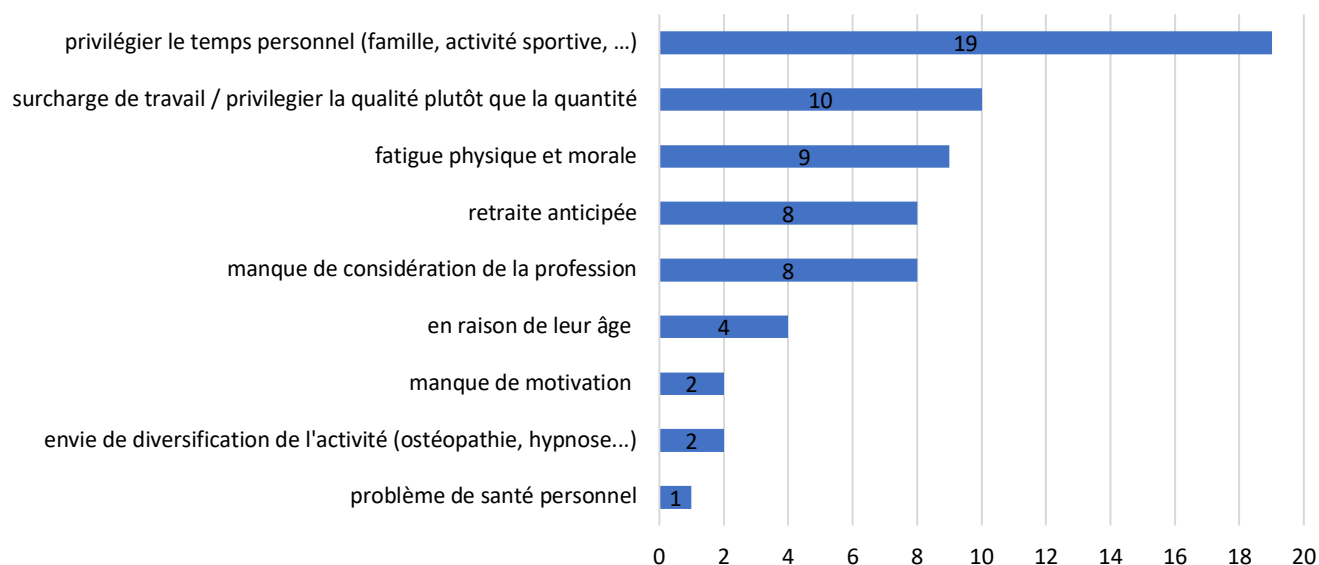
On note 5 médecins qui ont eu des cas d'hospitalisation ou de décès dans leur entourage proche en raison de la pandémie. La majorité de ces derniers a au moins un antécédent médical (N = 7 soit 70%), et 4 ont au moins un traitement au long cours (40%).

Parmi ceux qui ont pensé **diminuer** leur activité médicale, on compte 31 hommes (60%) et 21 femmes (40%). Il y a 36 médecins qui disent avoir été en danger en continuant de consulter, soit 69%, 43 qui affirment avoir eu le sentiment de faire courir un risque à leur entourage à cause de leur profession soit 83%, et 13 ont eu des cas d'hospitalisation ou des décès dans leur entourage soit 25%.

Dans le dernier groupe des médecins qui n'ont **pas** pensé **modifier** leur activité médicale, on compte 85 hommes (62%) et 52 femmes (38%). On dénombre 90 praticiens qui disent avoir eu le sentiment d'être en danger en continuant d'assurer leur consultation (66%), et 98 qui ont le sentiment de faire courir un risque à leur entourage à cause de leur profession (72%), 26 disent avoir eu au moins un cas d'hospitalisation ou décès à cause de la Covid-19 (19%). Sur le plan médical, 52 médecins ont au moins un antécédent médical (38%), 35 ont au moins un traitement au long cours (26%).

Pour les médecins généralistes ayant répondu qu'ils avaient pensé diminuer ou arrêter leur activité médicale, il leur a été demandé d'exprimer les raisons de leur choix en expression libre, s'ils en avaient. Les réponses ont été regroupées lorsque c'était possible en thèmes plus généraux.

Causes de modification de l'activité médicale (effectif)

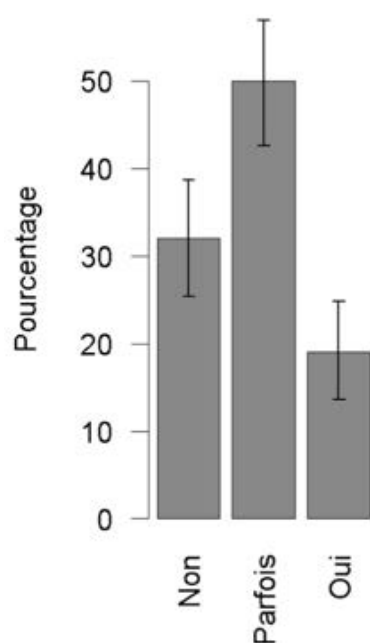


B. Une insécurité ressentie

On constate que 63 médecins disent ne pas s'être sentis en danger en continuant de consulter depuis le début de la pandémie (32%). 99 ont répondu « parfois » (50%), et le reste des personnes interrogées, 37 médecins, ont répondu s'être sentis en danger (18%).

151 médecins estiment avoir fait courir un risque à leur entourage en raison de leur profession particulièrement exposée au virus de la Covid-19 (76%).

Sentiment d'être en danger en continuant de consulter



Prise de risque pour leur entourage

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	48	24	[18.48-30.79]
Oui	151	76	[69.21-81.52]
Total.valides	199	100	-

Sur le plan financier, 112 médecins ne constatent pas de baisse significative de leur activité professionnelle et/ou de perte financière (56%), contre 87 qui répondent par l'affirmative (44%). 165 personnes n'expriment pas d'inquiétude quant à une perte financière (83%), 34 ont exprimé l'inverse (17%). Enfin, 188 médecins ne pensent pas modifier leur contrat de prévoyance (94%), 11 pensent le faire ou l'ont déjà fait, afin d'être mieux protégés (6%).

Baisse de l'activité professionnelle et/ou perte financière

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	112	56	[49.08-63.23]
Oui	87	44	[36.77-50.92]
Total.valides	199	100	-

Inquiétude face à la perte financière

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	165	83	[76.8-87.73]
Oui	34	17	[12.27-23.2]
Total.valides	199	100	-

Modification du contrat de prévoyance

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	188	94	[90.07-97.07]
Oui	11	6	[2.93-9.93]
Total.valides	199	100	-

C. Répercussions psychiatriques

En reprenant les symptômes principaux des épisodes dépressifs caractérisés et autres cadres nosologiques psychiatriques, en dehors des psychoses, 154 médecins répondants affirment avoir au moins un symptôme proposé en raison de la pandémie Covid-19 (77%), 45 médecins disent n'avoir aucun de ces symptômes (23%).

Parmi ceux ayant identifié au moins un symptôme sur leur propre personne, on compte 30 (19%) médecins qui signalent une tristesse de l'humeur, 69 (45%) des troubles du sommeil, 16 (10%) des troubles du comportement alimentaire, 60 (39%) une diminution de l'intérêt et de plaisir dans les activités de la vie quotidienne, 114 (74%) une fatigue quotidienne ou une perte d'énergie, 5 (3%) des idées noires ou suicidaires, 42 (27%) médecins affirment ressentir une sensation d'isolement et 47 (31%) de l'anxiété .

Enfin, 21 (11%) disent avoir instauré ou majoré un traitement à visée psychiatrique pour eux-mêmes depuis le début de la pandémie Covid-19, contre 178 (89%) qui ne l'ont pas fait.

Répartition des symptômes constatés par les médecins

Symptôme constaté par les répondants (N = 154)	Effectif (%)
Tristesse de l'humeur	30 (19%)
Trouble du sommeil	69 (45%)
Trouble du comportement alimentaire	16 (10%)
Diminution de l'intérêt et de plaisir dans les activités de la vie quotidienne	60 (39%)
Fatigue quotidienne / perte d'énergie	114 (74%)
Idées noires / idées suicidaires	5 (3%)
Sensation d'isolement	42 (27%)
Anxiété	47 (31%)

Instauration ou majoration d'un psychotrope

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	178	89	[84.12-93.2]
Oui	21	11	[6.8-15.88]
Total.valides	199	100	-

D. Analyse bivariée

La variable principale qui est la détérioration de l'humeur ou de l'état psychologique a été croisée avec les différentes données sociodémographiques des participants ainsi qu'aux autres réponses obtenues.

Il n'y a pas d'association statistique significative entre cette dernière et les données sociodémographiques comme indiqué dans le tableau 1.

En revanche, il a été retrouvé une association statistique significative entre la dégradation de l'humeur et :

- Le fait de s'être senti en danger en continuant de consulter ($p = 0,007$).
- L'impression de faire courir un risque à l'entourage en raison de la profession particulièrement exposée ($p = 0,011$).
- Le sentiment d'abandon et/ou de négligence de la médecine générale au profit du secteur hospitalier ($p = 0,025$).
- Le sentiment de découragement ou d'impuissance du fait de l'absence de traitement spécifique ($p = 2,86 \times 10^{-5}$).
- Vouloir diminuer ou arrêter l'activité médicale ($p = 0,001$).

DISCUSSION

I. Répercussions psychologiques sur les soignants

A. Analogie avec les précédentes épidémies : la grippe H1N1 et le SARS-CoV-1

En étudiant ce sujet qu'est la pandémie Covid-19, il est fréquent de trouver des comparaisons dans la littérature avec les deux autres principales épidémies récentes :

- L'épidémie de SARS-CoV-1 de 2003
- La grippe H1N1 de 2009

L'analogie avec le virus de la Covid-19 est légitime. En effet, il s'agit de virus ayant une forte contagiosité, avec une dissémination et des répercussions mondiales.

On remarque cependant plusieurs différences par rapport à la pandémie actuelle :

- Le SARS-CoV-1 a touché principalement la Chine, Singapour et le Canada. On dénombre un peu plus de 8 000 cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SARS), avec 776 morts confirmés ⁽⁶⁰⁾.
- La grippe H1N1 a débuté au Mexique, pour ensuite s'étendre à tout le continent américain, l'Europe et l'Asie. Les États Unis sont les plus touchés et comptent 3 132 morts, la France compte 323 décès. Au niveau mondial, les décès confirmés s'élèvent à plus de 17 000. Il s'avère que ce chiffre semble avoir été largement sous-estimé. Une révision en 2012 de ce décompte porte à plus de 280 000 décès attribués à la maladie ⁽⁶¹⁾.

Plusieurs études ont recherché les manifestations anxieuses des soignants impliqués lors de ces épidémies, notamment en Grèce ⁽⁶²⁾ et à Taiwan ⁽⁶³⁾.

Les soignants interrogés présentaient des troubles anxieux de modérés à sévères, surtout liés à leur possible contamination par le virus, mais aussi au risque de transmettre la maladie à leurs proches et leurs collègues (respectivement pour chaque étude 54,9% et 88,5%).

Dans notre travail, c'est une tendance que l'on retrouve puisque 19% des médecins généralistes estimaient se sentir en danger en continuant de consulter et 76% disaient prendre des risques vis-à-vis de leur entourage proche du fait de leur profession particulièrement exposée.

L'âge élevé était associé à un plus grand niveau d'anxiété ⁽⁶⁴⁾. Dans ce travail, l'anxiété est un symptôme exprimé par 31% des personnes interrogées. On remarque que la moyenne d'âge des médecins qui ressentent une dégradation de leur humeur ou de leur état psychologique est plus basse (47,9 années) que ceux qui n'ont pas constaté de détérioration (51,9 années), les résultats semblent donc discordants de ce point de vue.

Des facteurs de risque de développer ces troubles psychiatriques, notamment des syndromes de stress post-traumatique ou des troubles anxieux ont été identifiés par l'étude de El-Hage W. publiée dans l'Encéphale ⁽⁶⁵⁾ ; il s'agit des éléments suivants :

- Le fait de ne pas avoir d'aide ou de soutien psychologique.
- La parentalité.
- L'isolement social résultant des gestes de prévention pour limiter la dissémination de la maladie.
- Le surmenage professionnel.

Ici, notre étude ne permet pas de mettre en évidence d'association entre le fait d'avoir ou non des enfants et l'existence de troubles. La sensation d'un isolement social est notifiée par 27% des médecins contactés.

Cette analogie avec ces deux virus et la Covid-19 apporte des précisions sur la pandémie actuelle et permet de pointer certaines similitudes. Néanmoins, ces études sont toutes réalisées sur des personnels travaillant en milieu hospitalier et à l'étranger. Elles ne prennent pas en compte les spécificités du travail en milieu libéral français, sans plateau technique rapidement accessible, et sans forcément de communication quotidienne avec des collègues par exemple.

Par ailleurs, on souligne que ces deux épidémies ont très peu touché la France comparativement à la pandémie actuelle. Les populations étudiées sont donc différentes et les liens difficiles à faire.

B. La Covid-19 : Une nouvelle pathologie, un « mille-feuille administratif » générateur d'anxiété

La situation actuelle est inédite puisque c'est une maladie que l'on ne connaissait pas avant 2019. Aucun système de santé dans le monde ne pouvait donc anticiper et faire face à un tel défi sanitaire.

A ce titre, les professionnels de santé ont été mis à contribution et ils ont dû se former « sur le tas », au fur et à mesure de l'afflux des patients :

- Création et modification des protocoles de soins pour la prise en charge des nouveaux patients.
- Acquisition de nouvelles techniques, de nouvelles compétences par les professionnels de santé (création de lits de réanimation dans les hôpitaux).

Les instances médicales comme les ARS et la DGS étaient chargées d'élaborer à ce titre les nouveaux protocoles de prise en charge des patients. Ils étaient ensuite transmis aux professionnels de santé sur le terrain, ils étaient évolutifs au même titre que la pandémie. La communication entre l'administration et les professionnels de santé était « perfectible » selon le Rapport de la mission relative au contrôle qualité de la gestion de la crise sanitaire ⁽⁶⁶⁾. Il pointe certains dysfonctionnements :

- Des informations reçues tardivement sur l'évolution des protocoles de prise en charge.
- Manque d'association aux décisions des acteurs de terrain comme les EHPADs.
- Difficulté de faire remonter les problèmes rencontrés sur le terrain.

Par ailleurs, un travail sur la gestion d'un cluster en septembre 2020 au CH (Centre Hospitalier) d'Annecy a permis d'étudier les interactions entre les différents acteurs sollicités ⁽⁶⁷⁾. Il montre une bonne réactivité, une mobilisation générale des professionnels et une collaboration fluide avec les ARS territoriales. En revanche, on retrouve des difficultés en lien avec la gestion des cas contacts trop nombreux (géré par 3 organismes différents), un manque de transmission des informations en temps réel pour les équipes de terrain, un manque de faisabilité des protocoles par rapport à la réalité du terrain.

La lourdeur administrative a rendu l'intervention des médecins plus complexe et a sans doute contribué à ralentir les prises en charge, là où il aurait fallu les simplifier. A ce titre, le Professeur Philippe Juvin décrit « un millefeuille administratif » ; « on a trop décidé d'en haut et sans concertation avec le terrain » ⁽⁶⁸⁾.

Ces éléments expliquent en partie le chiffre de 43% des médecins libéraux interrogés dans notre travail qui expriment un sentiment d'abandon ou de négligence au cours de cette pandémie. Les changements réguliers des protocoles, leur applicabilité et les consignes contradictoires ont surement participé à une perte de crédibilité du médecin devant le patient, retrouvé chez 11% des médecins participants.

La part d'inconnu inhérente au virus de la Covid-19 a aussi confronté les médecins à des limites, tant au niveau des connaissances médicales que des moyens alloués. Comme dit précédemment, il existait déjà une crise du système de soins avec un manque de personnel et de moyens. L'afflux important de patients a exacerbé les carences de notre système de soins. L'absence de traitement pour cette nouvelle affection a renforcé un sentiment d'impuissance et d'insécurité en rapport avec la dangerosité et les conséquences mal connues de la maladie. Ceci a été bien décrit chez les soignants en service de réanimation ⁽⁶⁹⁾ et constaté de la même façon dans ce travail. On retrouve 25% des réponses positives quant au sentiment

d'impuissance ressenti chez les médecins généralistes interrogés, et 11% affirment avoir une perte de confiance de leur patient du fait du manque de réponse à leur apporter.

C. Impact des mesures de restriction de liberté

Il convient de définir plusieurs termes :

- **Le confinement** désigne la stratégie de réduction des risques sanitaires qui oblige une population à rester dans un lieu spécifique.
- **L'isolement** sépare des personnes malades porteuses d'une maladie contagieuse de celles qui ne le sont pas.
- **La quarantaine** restreint les déplacements de personnes qui ont été exposées à une maladie contagieuse afin de savoir si elles développent des symptômes ou non ⁽⁷⁰⁾.

Plusieurs confinements ont été décrétés en France successivement lors des grandes vagues épidémiques, ayant pour but de diminuer la diffusion du virus. Le confinement n'est pas une notion nouvelle puisque cette mesure de restriction des libertés de déplacement des individus a déjà été utilisée dans plusieurs pays auparavant : la grande peste de Marseille en 1720 (premier confinement pour raison épidémique répertorié historiquement), et plus récemment pour contrer la propagation du virus Ebola, MERS ou la grippe équine par exemple. Les effets d'une telle mesure ont donc pu être décrits de façon précise ⁽⁷¹⁾.

Une étude publiée en septembre 2004 a été réalisée auprès du personnel soignant ayant été au contact du SARS à Taiwan, regroupant 338 participants. Le fait d'avoir été en quarantaine était le facteur de risque prédictif principal de développer des symptômes de stress aigu (odds ratio : 4,07 ; IC [1,148 ; 14,48]. De plus, il existait une association significative entre un épisode de quarantaine et la présence de symptômes comme l'anxiété, l'insomnie, l'épuisement moral et physique ⁽⁷²⁾.

Toujours pendant l'épidémie du SARS, une étude, randomisée dans un hôpital de Beijing, incluait 549 membres du personnel soignant. Ils étaient suivis jusqu'à 3 ans après le début de l'épidémie. On comptait 9% de l'échantillon présentant un épisode dépressif caractérisé sévère à la 3^{ème} année de suivi. Dans ce groupe, 60% avait été en quarantaine, contre 15% dans le groupe présentant un épisode dépressif caractérisé non sévère ⁽⁷³⁾.

L'application de ces mesures de restrictions de libertés peut être une explication aux chiffres retrouvés dans notre étude, à savoir que 25% des répondants signalent une détérioration de l'humeur ou un impact psychologique négatif de la Covid-19. Le symptôme le plus retrouvé est la fatigue quotidienne et la perte d'énergie chez 74% des participants, suivi des troubles du sommeil pour 45% des médecins, qui peuvent rentrer dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5. On peut supposer qu'un isolement social, une limitation des activités extra-professionnelles (sport, loisirs), et une réduction des interactions sociales sont à l'origine de l'émergence ou de l'aggravation des symptômes décrits.

En France, les troubles du sommeil ont été étudiés en interrogeant 1777 personnes pendant la période du premier confinement via un questionnaire en ligne ⁽⁷⁴⁾. 47% des participants rapportent une baisse de la qualité de sommeil. Un des facteurs associé à cette dégradation est la diminution de l'exposition à la lumière du jour ainsi que l'usage intensif et croissant des écrans d'ordinateurs ou tablettes ⁽⁷⁴⁾. Nos chiffres sont proches et comparables : on retrouve en effet 45% de troubles du sommeil chez nos répondants.

Aussi, on note une plus grande proportion de médecins ayant été testés positifs au moins une fois à la Covid-19 dans le groupe signalant une dégradation de l'humeur (24%), par rapport aux autres groupes. On peut supposer qu'un isolement chez ces médecins, puisque testés positifs, pourrait être associé ici aussi à une incidence plus élevée d'épisode dépressif caractérisé, sous

condition d'études complémentaires. Les idées noires et/ou suicidaires ne sont présentes que chez 5% des répondants.

L'enquête française CoviPrev, quantitative, sur échantillon répété concernant la population générale cette fois-ci, permet de suivre l'évolution de certains indicateurs de santé mentale depuis le début de la pandémie. Elle indique que 18% des français présentent un état dépressif, soit 8 points de plus qu'avant le début de la crise. Elle comptabilise 23% des français présentant un état anxieux, contre 14% hors pandémie, et une augmentation de 5 à 10% de la prévalence des idées suicidaires ⁽⁷⁵⁾.

Ces chiffres, émanant de l'enquête CoviPrev, étudiant la population française, sont concordants avec les chiffres retrouvés dans notre étude concernant les médecins généralistes libéraux interrogés.

Un test complémentaire de comparaison des deux proportions de ces deux échantillons indépendants a été réalisé et conclue à une différence significative ($p = 0,0014$) entre le taux d'anxiété chez les médecins généralistes du Nord Pas de Calais et celui de la population générale. L'interprétation de ces chiffres doit rester prudente étant donné que les populations sont très différentes.

Une étude durant l'épidémie du SARS au Canada a démontré que plus le confinement était long, et plus les répercussions sur la santé mentale étaient importantes : une durée de quarantaine de plus de 10 jours était associée à la présence de symptômes dépressifs ⁽⁷⁶⁾. Cela suggère que si les mesures de restriction de liberté duraient dans le temps avec par exemple un nouveau confinement strict, les conséquences sur l'état psychologique de la population générale et du corps médical en particulier ne feraient que se dégrader. Ceci amène aussi à montrer que l'isolement d'un malade et/ou la mise en quarantaine d'un cas contact peut avoir de graves conséquences psychologiques et psychiatriques, à court, moyen et long terme. Il s'agit d'un problème de santé publique qui sera un nouveau défi pour les médecins libéraux et

hospitaliers.

Enfin, les addictions n'ont pas été abordées dans notre questionnaire mais le thème a été évoqué plusieurs fois dans la littérature depuis l'épidémie du SARS-Cov-1. Il est donc légitime de penser que les conséquences seront probablement les mêmes pour la pandémie Covid-19. A titre d'exemple, à Beijing, les troubles de l'usage de l'alcool se sont majorés 3 ans après la crise sanitaire chez des soignants dit « en première ligne » ou ayant été confinés (odds ratio supérieur à 3)⁽⁷⁷⁾.

II. Conséquences sur l'offre de soins

A. Une modification de l'exercice médical

26% des médecins de notre étude pensent diminuer leur activité médicale du fait de l'épidémie, et 5% ont pensé l'arrêter totalement. La moyenne d'âge est la plus élevée chez ces derniers, à 56,5 ans. La retraite anticipée est avancée comme justification dans 8 cas, mais la raison principale reste le fait de privilégier la vie de famille et laisser plus de place aux loisirs personnels (19 réponses).

La crise sanitaire a touché très largement la population française, mais les conséquences les plus dramatiques ont été constatées dans les tranches d'âge les plus élevées : 73% des décès de mars 2020 à juillet 2021 en France sont représentés dans la tranche d'âge des plus de 75 ans ⁽⁷⁸⁾. L'atteinte des aînés peut avoir joué un rôle sur la priorisation de la vie des médecins, en remettant les relations familiales au premier plan. Par exemple, il y est évoqué l'envie de réduire l'amplitude horaire des consultations au cours de la journée, ou privilégier une consultation de qualité en voyant moins de patients (10 réponses).

Par ailleurs, le manque de considération exprimé peut sans doute être une explication à l'abandon de la profession chez certains médecins interrogés, ou de leur moindre implication.

La pandémie semble avoir provoqué une remise en question de la profession et de la manière d'exercer chez certains praticiens, et a joué un rôle de catalyseur en exacerbant un malaise ou un manque d'épanouissement préexistant à la pandémie.

B. Une baisse d'activité libérale

Au début de la pandémie, du fait de la méconnaissance de la maladie, de ses risques précis, et de ses conséquences à court et long terme, la population générale a adopté une attitude de prudence et d'évitement des lieux fréquentés par le public. De ce fait, une diminution de la fréquentation des professionnels de santé a été remarquée, notamment en secteur libéral.

Durant le premier confinement, une enquête dans la région Provence-Alpes Côte d'Azur a mis en évidence une chute de 23% de l'activité des médecins généralistes et de 46% pour les spécialistes ⁽⁷⁹⁾.

Parallèlement, la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) a observé les pratiques médicales grâce à un panel de médecins généralistes libéraux tirés au sort via leur numéro ADELI, durant le premier confinement. Il est enregistré une baisse de 13 à 24% du volume horaire hebdomadaire durant la première quinzaine d'avril 2020, et une baisse de 3 à 7,5% en mai 2020, par rapport à une semaine ordinaire ⁽⁸⁰⁾.

Ces chiffres viennent corroborer les résultats de notre étude qui compte 44% des répondants constatant une baisse significative de leur activité médicale et/ou une perte financière. Le questionnaire n'a été envoyé qu'en juin 2021, donc un an après les études citées ci-dessus. Nos chiffres ne concernent pas uniquement le premier confinement. Cette baisse d'activité au cabinet entraîne de facto une diminution de revenu, qui a provoqué un sentiment d'inquiétude chez 17% de notre échantillon. C'est un élément supplémentaire pouvant expliquer l'origine multifactorielle de l'anxiété et le mal être constaté dans ce travail.

En complément, on peut citer l'expérience des médecins généralistes remplaçant non installés

qui ont été eux aussi impactés. La pandémie, à l'occasion des vagues de contagion successives, a provoqué une annulation massive des vacances scolaires et des voyages, notamment chez les médecins généralistes. Ainsi, plusieurs contrats de remplacements ont été cassés pendant cette période et plusieurs praticiens remplaçants ont été en difficulté temporaire par l'absence de travail dans le secteur.

III. Évolution de la consommation de psychotropes

11% des médecins interrogés indiquent avoir introduit ou majoré un traitement anxiolytique, antidépresseur, antipsychotique ou hypnotique sur leur propre personne. Pour mémoire, seule une personne déclarait prendre un antidépresseur (ESCITALOPRAM) lors du relevé des caractéristiques des médecins faisant partie de l'échantillon.

C'est un chiffre qui peut paraître élevé et interroge compte tenu des répercussions que peuvent avoir ces traitements et du mésusage qui peut en découler. L'accès facilité à ces thérapeutiques par les soignants peut expliquer une partie des chiffres.

A titre de comparaison, les bases de données de remboursement des psychotropes ont été étudiées afin d'en définir la cinétique en fonction des événements actuels ⁽⁸¹⁾. Une augmentation du recours aux anxiolytiques de 3,75% entre 2018 et 2020 dans la région des Hauts-de-France a été constatée, 4,88% au niveau national dans la population générale. Les hypnotiques suivent la règle, respectivement 4,70% et 6,25%.

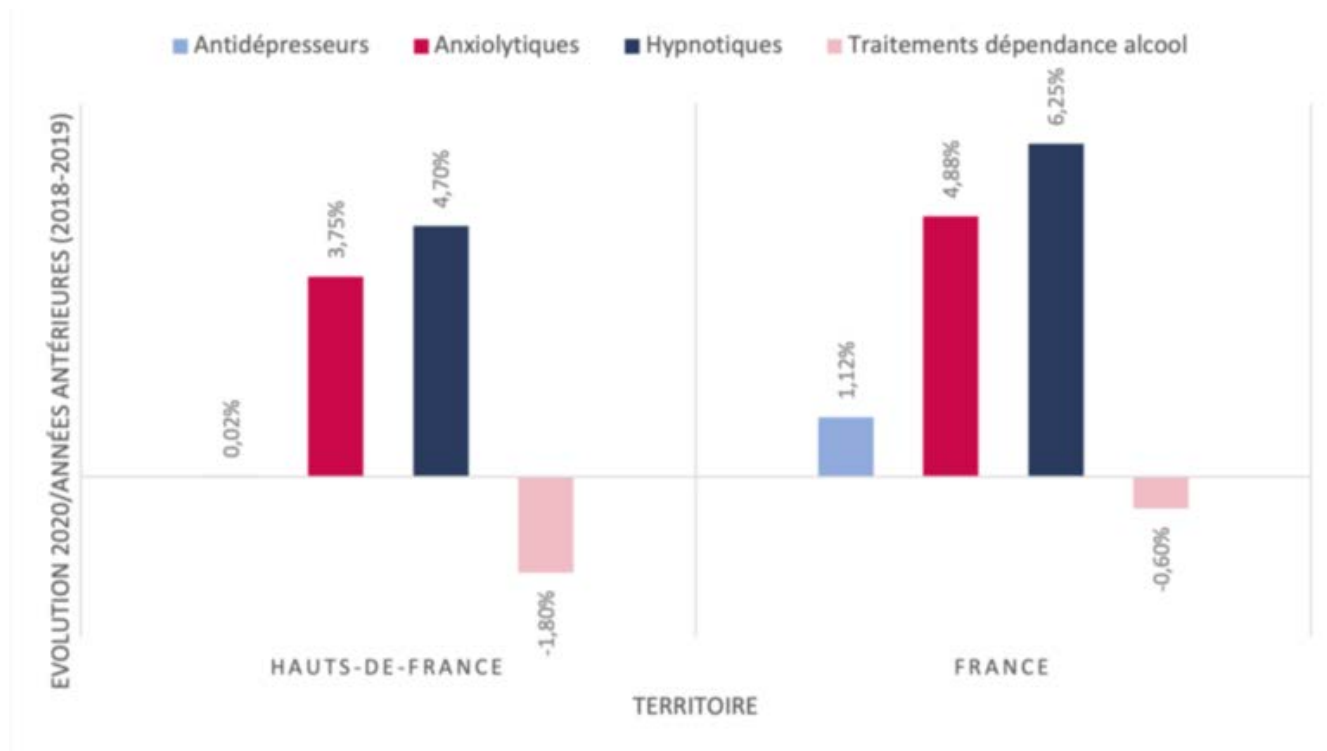


Figure 4 : Variation de la délivrance sur ordonnance de différentes classes de traitements psychotropes de 13 au 16 septembre 2020 par rapport à la même période en 2018 et 2019 ⁽⁸¹⁾

Dans notre étude, il semble y avoir une forte augmentation d'utilisation de psychotropes (20 consommateurs de plus), mais qui reste difficilement interprétable et comparable aux données ci-dessus de la population générale. En effet, très peu de médecins interrogés déclarent avoir un tel traitement au long cours, ce qui peut représenter un biais de déclaration, et les questions posées ne sont pas exactement les mêmes (« avez-vous instauré ou majoré un traitement à visée psychiatrique ? » contre « prescription d'un antidépresseur / anxiolytique / hypnotique »).

IV. Dispositifs d'aides et de prise en charge des professionnels de santé

Plusieurs dispositifs ont été mis en place afin de palier à ce mal être et la détresse psychologique de certains professionnels de santé :

- Plateformes d'écoute et de soutien régionales et nationales (ex : PSYCOVID-19 et COVIDPSY33 ⁽⁸²⁾).

Ces plateformes sont destinées à la population générale d'un département, et au corps médical en demande d'écoute et de soutien psychologique.

- Numéro vert de l'Ordre National des Médecins et des Professionnels de Santé.

Il a été mis en place pour favoriser l'écoute et l'entraide entre praticiens de ville et des établissements de santé : le 0800 288 038. (*Annexe 5*).

- Plateformes locales.

Les mêmes dispositifs nationaux et régionaux décrit précédemment ont été mis en place au niveau local, à l'initiative de certaines communes ou associations, dont certaines dédiées spécifiquement aux soignants ⁽⁸³⁾.

- Les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP).

Elles sont composées de psychiatres, psychologues et d'infirmiers spécialisés. Ces dispositifs sont régulièrement mis à contribution habituellement lors des catastrophes humanitaires, des accidents collectifs. Elles ont été sollicitées lors de la crise sanitaire et ont eu pour objectif de multiplier les interventions dans une logique « d'aller vers » les professionnels de santé ⁽⁸³⁾.

- Les Centres Régionaux du Psychotraumatisme (CRP).

Ils sont présents dans 10 régions et travaillent en lien avec les CUMP. Ils proposent des consultations spécialisées pour des personnes ayant subi un psychotraumatisme. Même si leur rôle est très spécifique, ils ont été mis à contribution lors de la crise sanitaire ⁽⁸³⁾.

- La HAS propose des outils comme les Réponses rapides HAS sur la souffrance des professionnels du monde de la santé ⁽⁸⁴⁾ ainsi que des vidéos pédagogiques.

- Des « fiches repères » de prise en charge et de conseils lors de la confrontation à

certaines situations de détresse psychologique comme les idées suicidaires, ou les conduites addictives dédiées aux professionnels de santé, sont disponibles sur : <https://www.covid19-pressepro.fr/fiches-reperes/> (Annexe 4)

- L'association Soins aux professionnels de santé.

Il s'agit d'un dispositif existant depuis 2016, mais renforcé depuis la crise sanitaire. Il concerne les soignants en première ligne, et regroupe un réseau de psychologues, médecins généralistes et psychiatres joignables 7j/7, rapidement et de manière anonyme ⁽⁸⁵⁾.

La multiplicité de ces dispositifs et la réticence des professionnels à y recourir reste un frein important à leur efficacité, comme l'avait mis en évidence une étude en Chine pendant le début de la pandémie : le personnel médical n'était pas réceptif et n'utilisait que très peu ces dispositifs comme les soutiens psychologiques en ligne, au téléphone ou les groupes de parole ⁽⁸⁶⁾. Le corps médical semblait davantage réceptif aux aides concrètes telles que l'aménagement des salles de repos, l'amélioration des repas et de la logistique par exemple.

V. Un exercice libéral en pleine mutation

A la lumière de ce travail, on peut penser que les protocoles de prise en charge doivent se faire en coordination avec les représentants de la profession dans une communication efficace et claire, pour diminuer le sentiment d'abandon et de non reconnaissance trop souvent exprimé. Le virage ambulatoire préconisé par le HCSP ⁽⁸⁷⁾ paraît désormais incontournable. Le médecin généraliste, médecin traitant de son patient, pilier du réseau de soin se révèle donc être un des acteurs clés de cette mutation du système de santé.

Parallèlement au virage ambulatoire, de plus en plus de médecins libéraux se regroupent pour former des MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaire). Elles sont composées de plusieurs

professionnels de santé : médecins, kinésithérapeutes, infirmier.e.s, orthophonistes, psychologues... Le but est de travailler en équipe et de lutter contre la désertification médicale dans les zones qui ne parviennent plus à attirer l'exercice individuel. La prise en charge coordonnée des patients entre les différents professionnels est ainsi améliorée. Ce système permet de mutualiser les frais (secrétariat par exemple), créer une ambiance de travail plus agréable, des échanges de pratiques réguliers, des transmissions facilitées sur les patients pris en charge en commun et lutter contre l'isolement. Les réunions de ces professionnels travaillant au sein d'une même MSP régulières, imposées par le cahier des charges ou à la demande permettent d'échanger, améliorer les soins et désamorcer de manière plus précoce les problèmes en amont. La prise de congés s'en retrouve facilitée et l'organisation des planning plus aisée ⁽⁸⁸⁾.

Il a également été question des difficultés relatives à la surcharge de travail et au nombre de patients de certains médecins, et plus largement de la désertification médicale. Une des voies d'amélioration nouvelle est la création du métier d'Infirmière en Pratique Avancée (IPA), afin de pallier au manque de médecins sur le territoire. L'IPA pourrait avoir une nouvelle approche avec le patient sur sa maladie et participer à une prise en charge globale, avec notamment un axe important de prévention. Ceci permettrait probablement de libérer un temps précieux, tout en apportant une plus-value dans le parcours de soins du patient.

Depuis peu, un nouveau mode d'exercice est en pleine émergence : le salariat. Il séduirait de plus en plus de nouveaux diplômés, et permettrait de concilier vie de famille et professionnelle plus aisément. Ces nouveaux salariés mettent en avant les horaires fixes, les congés payés, la prise en compte des heures supplémentaires, et un confort de travail plus grand qu'en exercice libéral.

La tendance actuelle privilégie chez les jeunes générations une certaine qualité de vie, en diminuant le temps de travail. Les jeunes médecins ne font pas exception à la règle ⁽⁸⁹⁾.

VI. Forces de l'étude

Actuellement, il n'existe que très peu d'études relatives à la médecine générale pendant la période de la pandémie Covid-19 et confirmé en cela par notre recherche bibliographique.

Le virus de la Covid-19 est un nouveau virus, encore mal connu. Problème de santé publique, il est évidemment devenu un sujet d'actualité quasi quotidien.

La pandémie étant toujours en cours, les conséquences sont encore mal connues et met en évidence toute la pertinence de ce travail. Un état des lieux chez les médecins généralistes des Hauts de France pourrait permettre d'améliorer la prise en charge et le suivi des troubles observés.

Le taux de réponse de notre étude est de 9,1%, ce qui représente 199 réponses. Le pourcentage peut sembler faible mais la liste de diffusion étant importante pour l'envoi du questionnaire, le nombre de réponses reste élevé et les résultats obtenus ont ainsi montré une certaine force statistique lors des analyses bivariées. En effet, une association a été retrouvée entre la dégradation de l'humeur chez les médecins de l'échantillon et certains paramètres tels que le sentiment d'être en danger en continuant de consulter ou l'exposition à la maladie de l'entourage du praticien.

VII. Limites de l'étude

La population de l'étude provient de la liste de diffusion AMMELICO, qui regroupe 2200 médecins généralistes à travers le Nord Pas de Calais. Cette liste n'est pas exhaustive et présente un biais de sélection important. On constate que 73% des réponses sont émises par des praticiens exerçant dans le département du Nord qui est donc surreprésenté. L'échantillon étudié n'est pas parfaitement représentatif de l'ensemble des médecins généralistes du Nord

Pas de Calais.

Afin de maximiser le nombre de réponses, les contraintes potentiellement perçues par les médecins généralistes « répondeurs » ont été réduites :

- Pas de compte Google nécessaire pour répondre au questionnaire
- Réponses anonymes

Cela implique en contrepartie un faible contrôle sur les résultats. En effet, toute personne ayant reçu le lien du questionnaire peut y répondre. Il n'y a donc pas la garantie que chaque réponse ait été faite par un médecin généraliste du Nord Pas de Calais. Les doublons sont également possibles. Ceci peut poser problème quant à la validité des résultats.

Les intitulés des items du questionnaire Google Form sont soumis à interprétation du praticien répondeur sur sa propre situation ainsi que sur son ressenti, il y a une part de subjectivité qui induit un biais. Le principe même du questionnaire repose sur un système déclaratif qui est source d'erreurs. Aussi, le fait de lire les propositions de réponses à chaque item peut orienter la réponse de la personne interrogée.

L'étude a été réalisée du 9 juin au 5 juillet 2021, soit quelques mois après le troisième confinement. Cependant, la pandémie est toujours active à ce jour, et les conséquences psychologiques sont susceptibles d'évoluer depuis la date de recueil des données. Il est encore impossible de prévoir la fin de cette pandémie et ainsi d'avoir des résultats définitifs. Il faut considérer ce travail comme « un état des lieux » provisoire durant cette crise sanitaire.

Enfin, il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive et ne permet donc pas de mettre complètement en évidence de facteurs de risques ou des liens de cause à effet entre les éléments étudiés précédemment.

CONCLUSION

Dans notre étude, l'impact psychologique de la pandémie Covid-19 sur les médecins généralistes interrogés est important. On y retrouve notamment de l'anxiété et un épuisement professionnel qui a conduit dans certains cas à remettre en cause la manière d'exercer. Le temps de travail jugé trop important, la surcharge de travail, le manque de reconnaissance dans leur pratique quotidienne sont mis en évidence dans les réponses étudiées.

L'importance des troubles psychiques des médecins généralistes est un problème de santé publique, touchant une profession déjà fragilisée depuis plusieurs années. Cette crise sanitaire a exacerbé des problèmes pré-existants. Il convient donc de prendre en charge les conséquences de cette pandémie afin que les médecins eux-mêmes puissent à leur tour traiter leurs patients de façon sereine.

Nous avons pu remarquer les similitudes entre cette crise et d'autres observées dans le passé. Nous devons nous servir de ces expériences pour améliorer le système de soins et permettre une meilleure prise en charge des patients et des soignants. La communication entre les instances administratives et les professionnels de santé semble en être une clé essentielle.

Un profond changement sur la manière d'exercer le métier est en train de s'opérer avec notamment la création des MSP. Ces dernières sont des solutions pour lutter contre l'isolement des médecins, favoriser la prise de congés et améliorer la qualité de travail par l'emploi plus facile d'une secrétaire ou d'une assistante médicale par exemple. Le travail en cabinet de groupe semble être une réponse pour améliorer le bien-être psychique et physique du soignant et du soigné.

De plus, l'émergence du salariat et la volonté de privilégier la qualité de vie personnelle, tend à remplacer l'exercice individuel et libéral historique du médecin généraliste. Une attention

particulière à la santé mentale et à la prévention de l'épuisement professionnel semble devenir une priorité chez de plus en plus de médecins généralistes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jiang S, Hillyer C, Du L. Neutralizing Antibodies against SARS-CoV-2 and Other Human Coronaviruses. *Trends Immunol.* 1 mai 2020;41(5):355-9.
2. Coronavirus et Covid-19 - INSERM [Internet]. Inserm. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov/>
3. Zaki N, Mohamed EA. The estimations of the COVID-19 incubation period: a scoping reviews of the literature [Internet]. 2020 août p. 2020.05.20.20108340. Disponible sur: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.20.20108340v2>
4. Byambasuren O, Cardona M, Bell K, Clark J, McLaws M-L, Glasziou P. Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: Systematic review and meta-analysis. *Off J Assoc Med Microbiol Infect Dis Can* [Internet]. 11 déc 2020; Disponible sur: <https://jammi.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/jammi-2020-0030>
5. Plaçais L, Richier Q. COVID-19 : caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques chez l'adulte, la femme enceinte et l'enfant. *Rev Médecine Interne.* 1 mai 2020;41(5):308-18.
6. Desvaux É, Faucher J-F. Covid-19 : aspects cliniques et principaux éléments de prise en charge. *Rev Francoph Lab.* nov 2020;2020(526):40-7.
7. Slama D, Bartier S, Hautefort C, Bequignon E, Etienne N, Pietri MP, et al. L'anosmie : critère spécifique de l'atteinte COVID-19. *Médecine Mal Infect.* 1 sept 2020;50(6, Supplement):S78.
8. Tests Covid-19 : RT-PCR, antigénique, sérologique, comment ça marche ? [Internet]. RespiFIL - Filière de santé des maladies respiratoires rares. 2020. Disponible sur: <https://respifil.fr/actualites/tests-covid-19-rt-pcr-antigenique-serologique-comment-ca-marche/>
9. Suzie D. Revue rapide sur les tests de détection antigénique du virus SARS-CoV-2. 2020;42.
10. Roques L, Klein EE, Papaix J, Sar A, Soubeyrand S. Utilisation des premières données pour estimer le taux de mortalité par infection du COVID-19 en France [Internet]. MDPI; 2020. p. 9(5), 97. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02940338>
11. Muller M, Bulubas I, Vogel T. Les facteurs pronostiques dans la Covid-19. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 oct 2021;21(125):304-12.
12. Semenzato L, Botton J, Drouin J, Cuenot F, Weill A, Zureik M. Maladies chroniques, états de santé et risque d'hospitalisation et de décès hospitalier pour COVID-19 lors de la première vague de l'épidémie en France: Étude de cohorte de 66 millions de personnes. :42.
13. Osman M, Safer M, Hechaichi A, Letaief H, Dhaouadi S, Harizi C, et al. Facteurs prédictifs de mortalité liée au Covid-19 : revue de la littérature. :3.
14. Covid-19 : recommandations thérapeutiques (actualisation du 28/01/2021) - HCSP [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=980>
15. Pirnay G, Dantier B, Tourid W, Terkemani A, Bachot F, Hadim L, et al. Effet bénéfique de l'association hydroxychloroquine/azithromycine dans le traitement des patients âgés atteints de la COVID-19 : résultats d'une étude observationnelle. *Pharm Hosp Clin.* 1 déc 2020;55(4):398-403.

16. Covid-19 : proposer une oxygénothérapie à domicile, une modalité adaptée pour certains patients - HAS [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3216861/fr/covid-19-proposer-une-oxygenotherapie-a-domicile-une-modalite-adaptee-pour-certains-patients
17. Coronavirus Covid-19 - Les traitements par anticorps monoclonaux. [Internet]. Santé.fr. 2021. Disponible sur: <https://www.sante.fr/coronavirus-covid-19-les-traitements-par-anticorps-monoclonaux>
18. ANSM - Ronapreve ATU [Internet]. [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/09/03/ronapreve-atu-put-010921-final.pdf>
19. Chidiac C, Gehanno J-F, VILLEMEUR ABD, Aho-Glele S, Lepelletier D, Rabaud C, et al. Avis Relatif à l'adaptation des mesures d'aération, de ventilation et de mesure du dioxyde de carbone (CO2) dans les établissements recevant du public (ERP) pour maîtriser la transmission du SARS-CoV-2 [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique; 2021 mai. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03216661>
20. Sante Publique France. Coronavirus : outils de prévention destinés aux professionnels de santé et au grand public [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-outils-de-prevention-destines-aux-professionnels-de-sante-et-au-grand-public>
21. Recommandation HAS - Gestes barrières [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/20spa198_covid19_mesures_prevention_transmission_sars-cov2_pec_patients_milieu_soins_mel.pdf
22. Vaccination info service - Covid-19 [Internet]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Covid-19>
23. Fiche médicament Vidal - VAXZEVRIA [Internet]. VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/vaxzevria-susp-inj-224260.html>
24. Fiche médicament Vidal - COMIRNATY [Internet]. VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/comirnaty-30-g-dose-dispers-diluer-p-sol-inj-219946.html>
25. Fiche médicament Vidal - SPIKEVAX [Internet]. VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/spikevax-dispers-inj-227426.html>
26. Efficacité des vaccins COVID19 : un risque de formes graves divisé par 9 selon 2 études françaises [Internet]. VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/28051-efficacite-des-vaccins-covid-19-un-risque-de-formes-graves-divise-par-9-selon-2-etudes-francaises.html>
27. Actualité - La vaccination est efficace à plus de 90% pour réduire les formes graves de Covid-19 chez les personnes de plus de 50 ans en France - ANSM [Internet]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/la-vaccination-est-efficace-a-plus-de-90-pour-reduire-les-formes-graves-de-covid-19-chez-les-personnes-de-plus-de-50-ans-en-france>
28. Décret n° 2021-1059 du 7 août 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire. 2021-1059 août 7, 2021.
29. Vaccin contre le Covid-19 : la France a largement rattrapé son retard [Internet]. Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/2021/08/19/vaccin-contre-le-covid-19-la-france-a-largement-rattrape-son-retard-9740013.php>

30. Projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/leg/pjl21-327.html>
31. Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge - HAS [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge
32. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 : symptômes prolongés à la suite d'une Covid-19 - HAS Recommandations et prise en charge [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3299322
33. Carfi A, Bernabei R, Landi F, for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. 11 août 2020;324(6):603-5.
34. Bell ML, Catalfamo CJ, Farland LV, Ernst KC, Jacobs ET, Klimentidis YC, et al. Post-acute sequelae of COVID-19 in a non-hospitalized cohort: Results from the Arizona CoVHORT. PLOS ONE. 4 août 2021;16(8):e0254347.
35. Coronavirus : du premier cas détecté de Covid-19 au déconfinement, la chronologie d'une crise mondiale. Le Monde.fr [Internet]. 12 mai 2020; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/05/12/coronavirus-de-la-chauve-souris-au-deconfinement-la-chronologie-de-la-pandemie_6039448_4355770.html
36. CovidTracker - France [Internet]. CovidTracker. Disponible sur: <https://covidtracker.fr/covidtracker-france/>
37. Coronavirus : plus d'un million de cas recensés dans le monde. Le Monde.fr [Internet]. 2 avr 2020; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/04/02/coronavirus-plus-de-900-000-cas-recenses-dans-le-monde_6035242_3244.html
38. Décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. 2020-1310 oct 29, 2020.
39. Garcia-Beltran WF, Denis KJS, Hoelzemer A, Lam EC, Nitido AD, Sheehan ML, et al. mRNA-based COVID-19 vaccine boosters induce neutralizing immunity against SARS-CoV-2 Omicron variant [Internet]. 2021 déc p. 2021.12.14.21267755. Disponible sur: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.14.21267755v1>
40. Canoui P. La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques. InfoKara. 2003;18(2):101-4.
41. Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn-out aux réponses. [Internet]. Masson; 1998. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/book/9782294745867/le-burn-out-a-l-hopital>
42. Nature des affections des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité. Informations de la CARMF ; N° 53 ; décembre 2006 [Internet]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/53-2006/images/infocarmf532006.pdf>
43. De quelles affections souffrent les médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès ? - CARMF [Internet]. [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/nature-affections.htm>

44. Causes medicales invalidite - 2006 - Points de repère - Assurance maladie [Internet]. [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2008-07_causes-medicales-invalidite-2006_points-de-repere-16_assurance-maladie.pdf
45. Truchot Didier. Truchot Didier. Le Burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche [Internet]. 2001. Disponible sur: https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
46. Leopold Yves. Léopold Yves. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins ; Octobre 2003.
47. Une surmortalité des médecins par suicide [Internet]. Le Quotidien du Médecin. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/une-surmortalite-des-medecins-par-suicide>
48. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment. Am J Psychiatry. 1 déc 2004;161(12):2295-302.
49. Enquete Sante Mentale Jeunes Médecins - Dossier de Presse [Internet]. [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesantementale.pdf>
50. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
51. Support présentation URPS MSP Lille.
52. CovidTracker - Suivez l'épidémie de Covid19 en France et dans le monde [Internet]. CovidTracker. Disponible sur: <https://covidtracker.fr/>
53. Covid-19 : les tests coûteront « un peu plus d'un milliard et demi » en janvier [Internet]. France.Info. 2022. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/variant-omicron/covid-19-les-tests-couteront-un-peu-plus-d-un-milliard-et-demi-en-janvier-selon-le-ministre-olivier-dussopt_4920095.html
54. Covid-19 : hausse des états dépressifs après le premier confinement [Internet]. Vie publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279037-covid-19-sante-mentale-et-etats-depressifs-apres-les-confinements>
55. Coronavirus : le cri d'alarme des patients « sacrifiés » par les déprogrammations dans les hôpitaux [Internet]. France Bleu. 2021. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/coronavirus-le-cri-d-alarme-des-patients-sacrifies-par-les-deprogrammations-dans-les-hopitaux-1617718581>
56. La FHF conteste les conclusions du rapport de la Cour des comptes sur le bilan des dépenses publiques pendant la crise sanitaire - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communique-de-presse/La-FHF-conteste-les-conclusions-du-rapport-de-la-Cour-des-comptes-sur-le-bilan-des-depenses-publiques-pendant-la-crise-sanitaire>
57. HAS - Présentation générale de la santé [Internet]. [cité 27 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
58. Communiqué de presse - CARMF - 05 février 2021 [Internet]. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/actualites/communiques/2021/covid/cp-dossiers-covid-2020-2021-02-05.pdf>

59. L'Ammelico (Association Médicale pour une Maîtrise de la E-santé Libérale Indépendante Coopérante et Ouverte) [Internet]. Disponible sur: <http://www.ammelico.org/>
60. Yazdan Yazdanpanah ; Bruno Lina. Coronavirus (SARS-CoV et MERS-CoV) [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov/>
61. Dawood FS, Iuliano AD, Reed C, Meltzer MI, Shay DK, Cheng P-Y, et al. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *Lancet Infect Dis*. 1 sept 2012;12(9):687-95.
62. Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D, Hyphantis T. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis*. 9 nov 2010;10(1):322.
63. M.D Shwu-Hua Lee ; Yeong-Yuh Juang M.D ; Yi-Jen Su M.S ; Hsiu-Lan Lee. Facing SARS: psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital [Internet]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0163834305000630?token=0C043F0BE5C78D058B27FC297FF455D3B57E3D941225F5A5B70FE1E319FF0C9201B82C96892E5FEDA51CD1853B47C9AF&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211209174325>
64. Matsuishi K, Kawazoe A, Imai H, Ito A, Mouri K, Kitamura N, et al. Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66(4):353-60.
65. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*. 1 juin 2020;46(3, Supplément):S73-80.
66. Lizurey PR. Rapport de la mission relative au contrôle qualité de la gestion de crise sanitaire. :67.
67. Tolsma V, Macheda G, Gheno G, Petitprez H, Jean A, Humbert B, et al. Gestion d'un cluster de COVID-19 : expérience d'un centre hospitalier. *Médecine Mal Infect*. 1 sept 2020;50(6, Supplément):S73.
68. Juvin P. Hyperadministration : la lenteur et la lourdeur de l'appareil d'Etat face à la crise du Covid-19. [Internet]. Atlantico. 2021. Disponible sur: <https://atlantico.fr/article/decryptage/hyperadministration---la-lenteur-et-la-lourdeur-de-l-appareil-d-etat-face-a-la-crise-du-covid-19-hopitaux-coronavirus-pandemie-philippe-juvin>
69. Chahraoui K, Bioy A, Cras E, Gilles F, Laurent A, Valache B, et al. Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 1 avr 2011;30(4):342-8.
70. Quarantine and Isolation | Quarantine | CDC [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html>
71. The psychological impact of quarantine and how to reduce it : rapid review of the evidence [Internet]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673620304608?token=601B377DDDD8010B2C0CAC4B309F325F5158D764ED48598AC6E83603EEEE362FB797A904FFA94E7F318351AEE85DA5DD&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220116154331>

72. Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv.* 1 sept 2004;55(9):1055-7.
73. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events : lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry.* janv 2012;53(1):15-23.
74. Hartley S, Colas des Francs C, Aussert F, Martinot C, Dagneaux S, Londe V, et al. Les effets de confinement SARS-CoV-2 sur le sommeil : enquête en ligne au cours de la quatrième semaine de confinement. *L'Encéphale.* 1 juin 2020;46(3, Supplément):S53-9.
75. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>
76. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine. *Emerg Infect Dis.* juill 2004;10(7):1206-12.
77. Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, et al. Alcohol Abuse/Dependence Symptoms Among Hospital Employees Exposed to a SARS Outbreak. *Alcohol Alcohol.* 2008;43(6):706-12.
78. Coronavirus : morts par âge en France 2021 [Internet]. Statista. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/1104103/victimes-coronavirus-age-france/>
79. Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrera H, J. Mabilie, Tréhard H, Lapalus D, et al. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. *Rev Epidemiol Sante Publique.* juin 2021;69(3):105-15.
80. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale - DREES [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-le-panel-dobservation-des-pratiques-et-des-conditions-dexercice-en>
81. F2RSMPSY. La consommation de médicaments psychotropes sur ordonnance en 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/consommation-medicaments-psychotropes-sur-ordonnance-2020.html>
82. PSYCOVID-19, dispositif de soutien psychologique dans les champs de la santé mentale, du somatique et du médico-social - EM consulte [Internet]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1388645/psycovid-19-dispositif-de-soutien-psychologique-da>
83. Solidarité Santé Gouv. Recommandation pour le soutien psychologique aux soignants et personnels en établissement sanitaire, social et médico-social et aux soignants de ville. [Internet]. 2020. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_soutien_psychologique-2.pdf
84. Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter - HAS [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183574/fr/souffrance-des-professionnels-du-monde-de-la-sante-prevenir-reperer-orienter
85. Covid-19 : des dispositifs de soutien psychologique 24h/24 pour les soignants ! [Internet]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/covid-19-des-dispositifs-de-soutien-psychologique-24h24-pour-les-soignants>

86. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 1 avr 2020;7(4):e15-6.
87. HCSP. Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2021 juin. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>
88. La Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : une équipe aux compétences multiples pour « travailler ensemble » | APMSL [Internet]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>
89. Le salariat : furieusement tendance [Internet]. What's Up Doc. 2019. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/le-salariat-furieusement-tendance>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire Google Form envoyé aux participants.

***Obligatoire**

Vous êtes : *

- Un homme
- Une femme

Quel est votre âge ? *

Votre réponse

Votre milieu d'exercice est : *

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

Vous exercez : *

- En groupe
- Seul.e

Dans quel département exercez-vous ? *

- Le Nord (59)
- Le Pas de Calais (62)

Combien de patients vous consultent par jour en moyenne ? *

Votre réponse

Vous vivez : *

- En couple
- Seul.e

Avez-vous des enfants ? *

- Oui
- Non

Avez-vous des antécédents médico-chirurgicaux ? *

- Non
- Oui

Si vous avez répondu "oui" à la précédente question, quels sont-ils ?

Votre réponse

Prenez-vous des traitements au long cours ? *

- Oui
- Non

Si vous avez répondu "oui" à la précédente question, quels sont-ils ?

Votre réponse

Avez-vous été testé positif à la Covid-19 durant la pandémie Covid-19 ? *

- Oui

- Non

Depuis le début de la pandémie Covid-19, avez-vous arrêté de consulter pendant plusieurs jours à cause du virus ? (PCR positive, cas contact, hospitalisation,) *

- Oui
- Non

Depuis le début de la pandémie Covid-19, avez-vous eu l'impression d'être en danger en continuant de consulter ? *

- Oui
- Parfois
- Non

Au cours de la pandémie Covid-19, avez-vous eu l'impression de faire courir un risque à votre entourage, en raison de votre profession particulièrement exposée au virus ? *

- Oui
- Non

Avez-vous eu un.e ou plusieurs hospitalisation / décès dans votre entourage proche ou familial à cause de la Covid-19 ? *

- Oui
- Non

Depuis le début de la pandémie Covid-19, avez-vous mis en place des mesures dans votre cabinet pour vous permettre de vous sentir plus en sécurité en consultation (achat de Plexiglas, mise à disposition de SHA, limitation des contacts avec le patient, distance de sécurité, télé-consultation...) ? *

- Oui
- Non

Pensez-vous maintenir ces nouvelles mesures de protection après la fin de l'épidémie dans votre pratique ? *

- Oui
- Non
- Je n'ai pas modifié ma pratique

Depuis le début de la pandémie Covid-19, avez-vous ressenti un sentiment d'abandon / négligence de la médecine générale libérale, au profit du secteur hospitalier ? *

- Oui
- Parfois
- Non

Depuis le début de la pandémie Covid-19, avez-vous ressenti un sentiment d'impuissance ou de découragement en raison de l'absence de traitement spécifique au Covid-19 disponible en ville ? *

- Oui
- Parfois
- Non

Depuis le début de la pandémie Covid-19, avez-vous le sentiment d'une perte de confiance de certains de vos patients à cause du manque de réponse à leur apporter, du manque de traitement, du manque de connaissance concernant ce nouveau virus ? *

- Oui
- Parfois

- Non

Depuis le début de la pandémie Covid-19, votre humeur ou votre état psychologique se sont-ils détériorés ? *

- Oui
- Moyennement
- Non

Selon vous et en raison de la pandémie Covid-19, parmi les symptômes suivants, quels sont ceux que vous avez constatés sur votre propre personne ? *

- Tristesse de l'humeur
- Troubles du sommeil
- Trouble du comportement alimentaire
- Diminution de l'intérêt / perte de plaisir pour toutes les activités de la vie quotidienne
- Fatigue quotidienne / perte d'énergie
- Idées noires / idées suicidaires
- Sensation d'isolement
- Anxiété
- Aucun

Depuis le début de la pandémie Covid-19, avez-vous instauré ou majoré un traitement à visée psychiatrique pour vous-même (anxiolytique, anti-dépresseur, anti-psychotique, hypnotique) ? *

- Oui
- Non

Depuis le début de la pandémie Covid-19, avez-vous constaté une baisse significative de votre activité et/ou une perte financière ? *

- Oui
- Non

Depuis le début de la pandémie Covid-19, avez-vous été inquiet par cette perte financière, si elle existe ? *

- Oui
- Non

A cause de la pandémie Covid-19, et afin d'être mieux protégé, avez-vous modifié votre contrat de prévoyance ou pensez-vous le faire prochainement ? *

- Oui
- Non

A cause de la pandémie Covid-19, avez-vous pensé diminuer ou arrêter votre activité médicale ? *

- Oui, diminuer mon activité
- Oui, arrêter mon activité
- Non

Si oui, pourquoi ?

Votre réponse

Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'enquête ? *

- Oui (merci de m'indiquer votre mail à la question suivante)
- Non
-

Expression libre / Avez-vous des commentaires à transmettre (éventuellement m'indiquer votre mail si vous souhaitez recevoir les résultats de l'enquête) ?

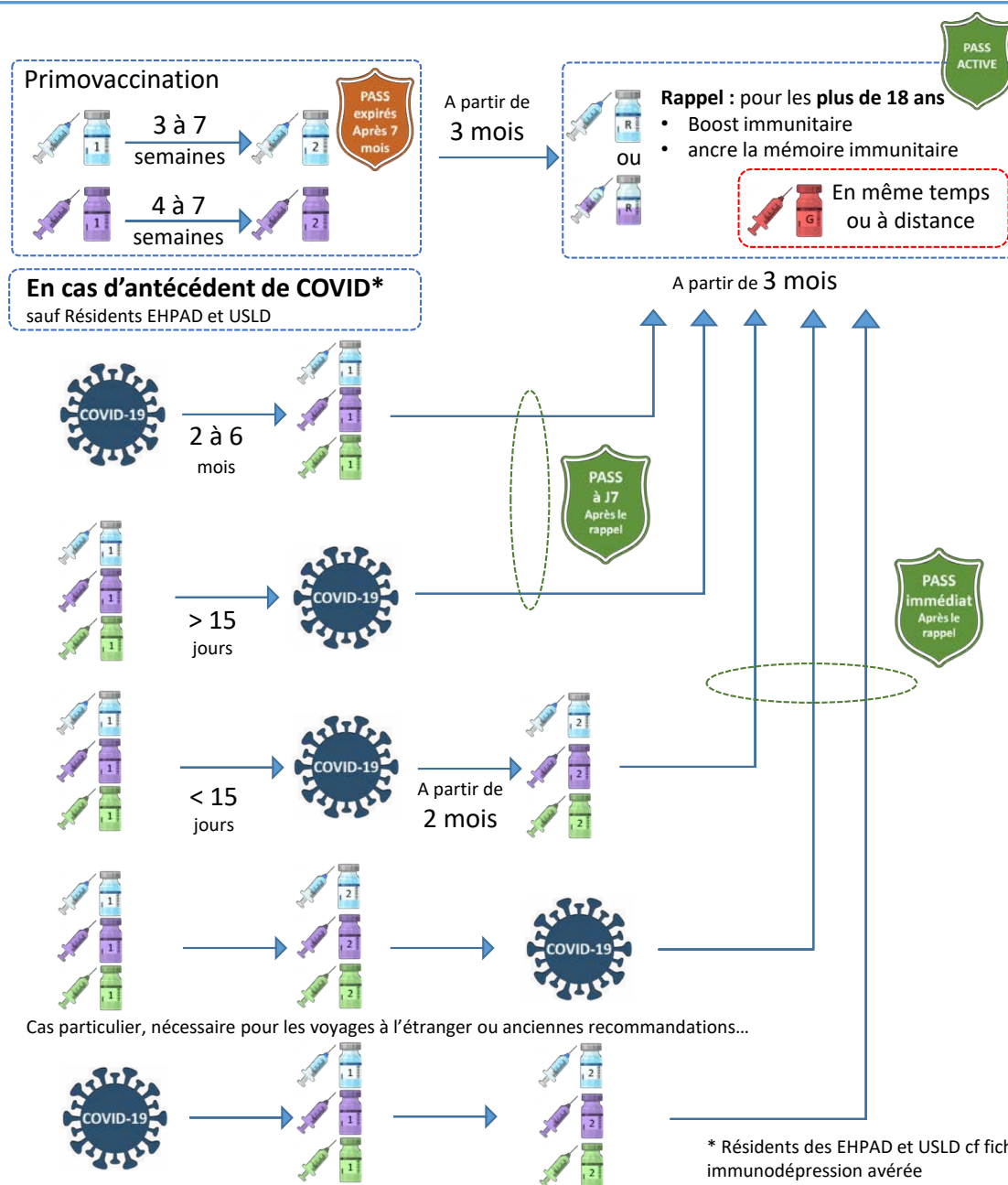
Votre réponse

Annexe 2 : Recommandation sur les gestes barrières (88.fr)

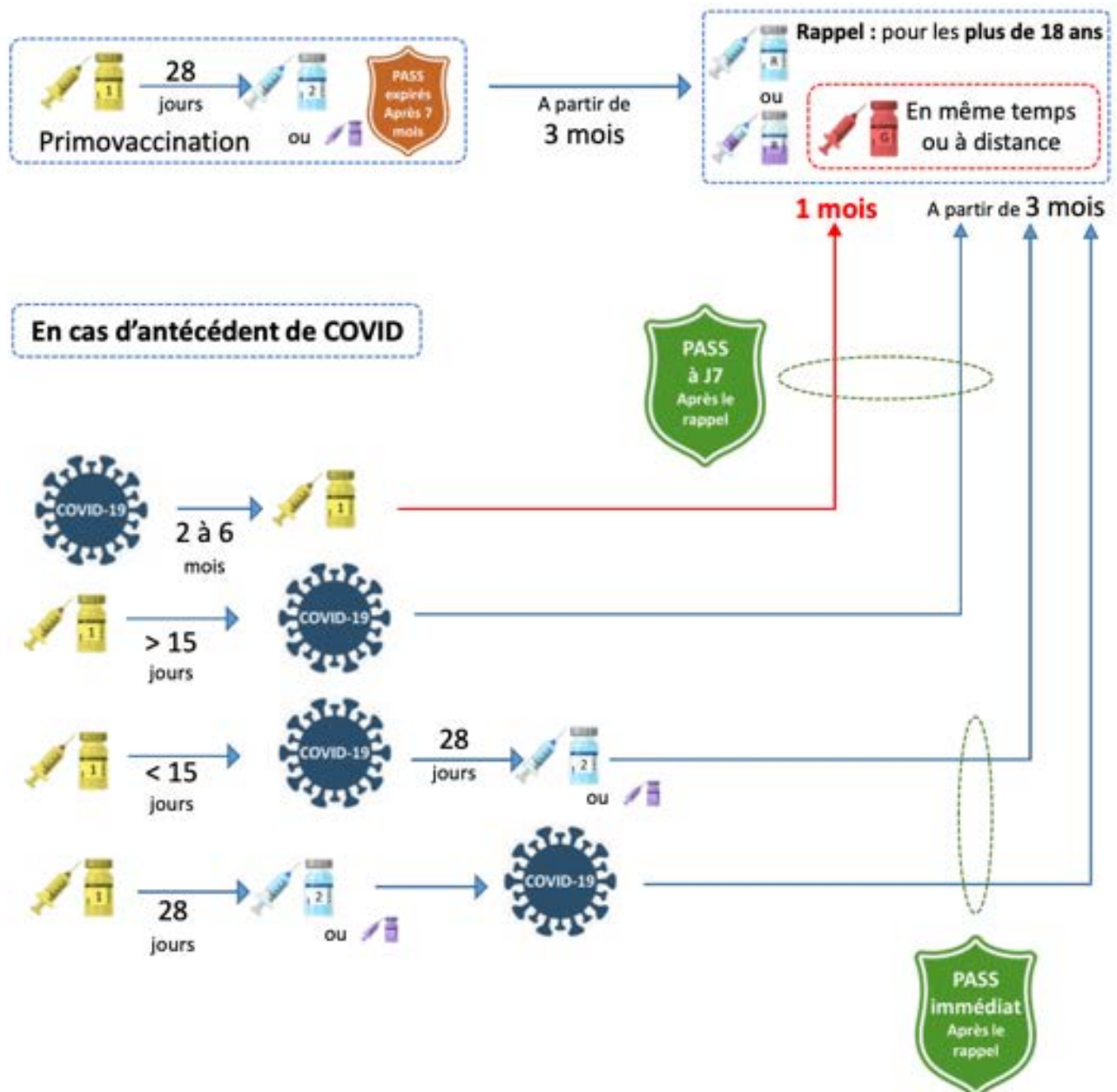


Annexe 3 : Synthèse des recommandations vaccinales par le Dr PARSY (médecin hygiéniste).

VACCINATION ANTI COVID-19 : En population générale



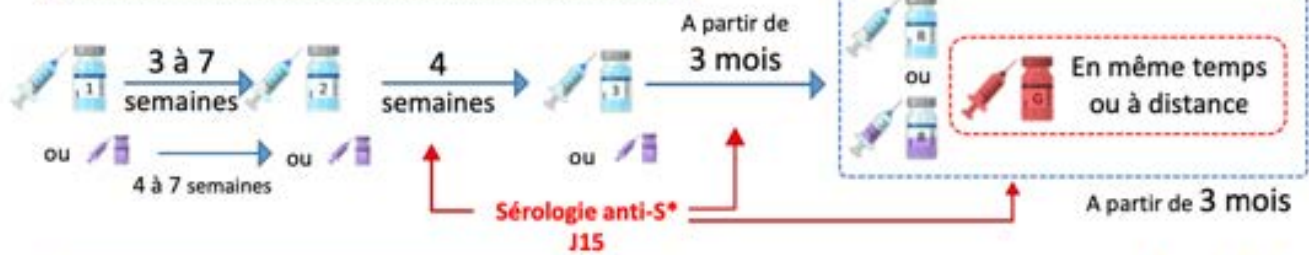
VACCINATION ANTI COVID-19 : Particularité du JANSSEN



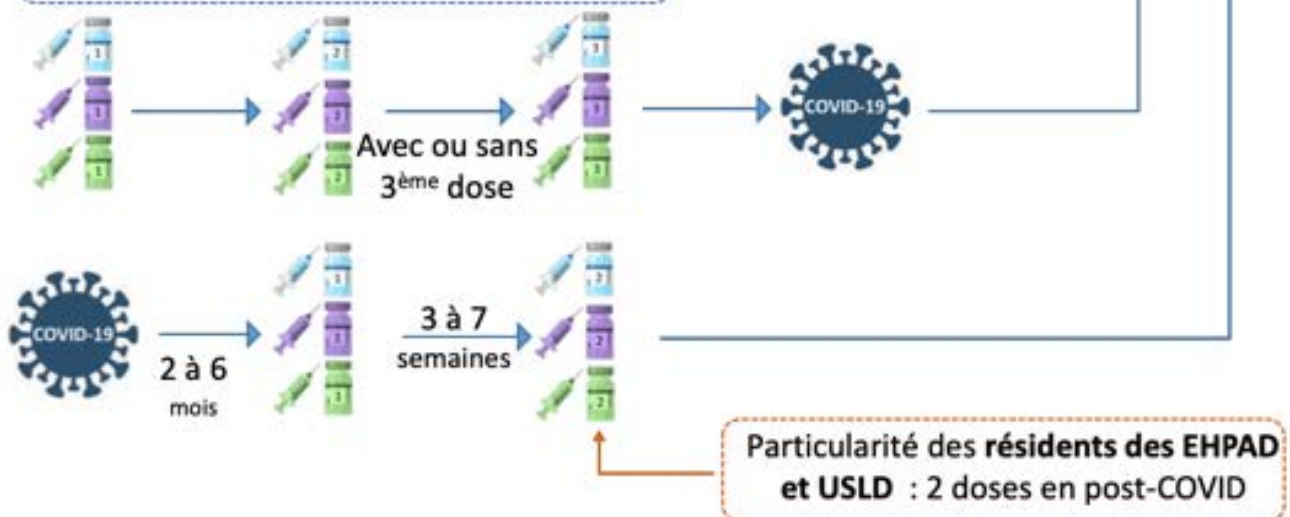
VACCINATION ANTI COVID-19 : Immunodépression avérée



Personnes sévèrement immunodéprimées



En cas d'antécédent de COVID personnes sévèrement immunodéprimées



Les personnes sévèrement immunodéprimées et pouvant bénéficier d'une 3^{ème} dose de vaccin sont :

- transplantés d'organes solides ou de cellules souches hématopoïétiques ; transplantés récents de moelle osseuse,
- sous chimiothérapie lymphopénisante ;
- leucémie lymphoïde chronique ou de certains types de lymphomes traités par anti- CD20 ;
- dialysés ; les patients dialysés chroniques après avis de leur médecin traitant qui décidera de la nécessité des examens adaptés ;
- maladies auto-immunes sous traitement immunosuppresseur fort de type anti-métabolites ou anti-CD20 ;
- sous immunosuppresseurs ne relevant pas des catégories susmentionnées ou porteuses d'un déficit immunitaire primitif : au cas par cas.

Immunosuppresseurs forts = antimétabolites (cellcept, myfortic, mycophénolate mofétil, imurel, azathioprine) et les AntiCD20 (rituximab : Mabthera, Rixathon, Truxima)

*échec vaccinal : l'absence de réponse détectable à la vaccination => 4^{ème} dose possible

Après rappel : Si AC >264 BAU/mL10 : protection suffisante (Effectuer un suivi sérologique tous les 3 mois)
Si < 264 BAU/mL ou devient => éligibles aux anticorps monoclonaux en prophylaxie.

VACCINATION ANTI COVID-19 : En population pédiatrique 5 – 11 ans et ≥ 12 ans



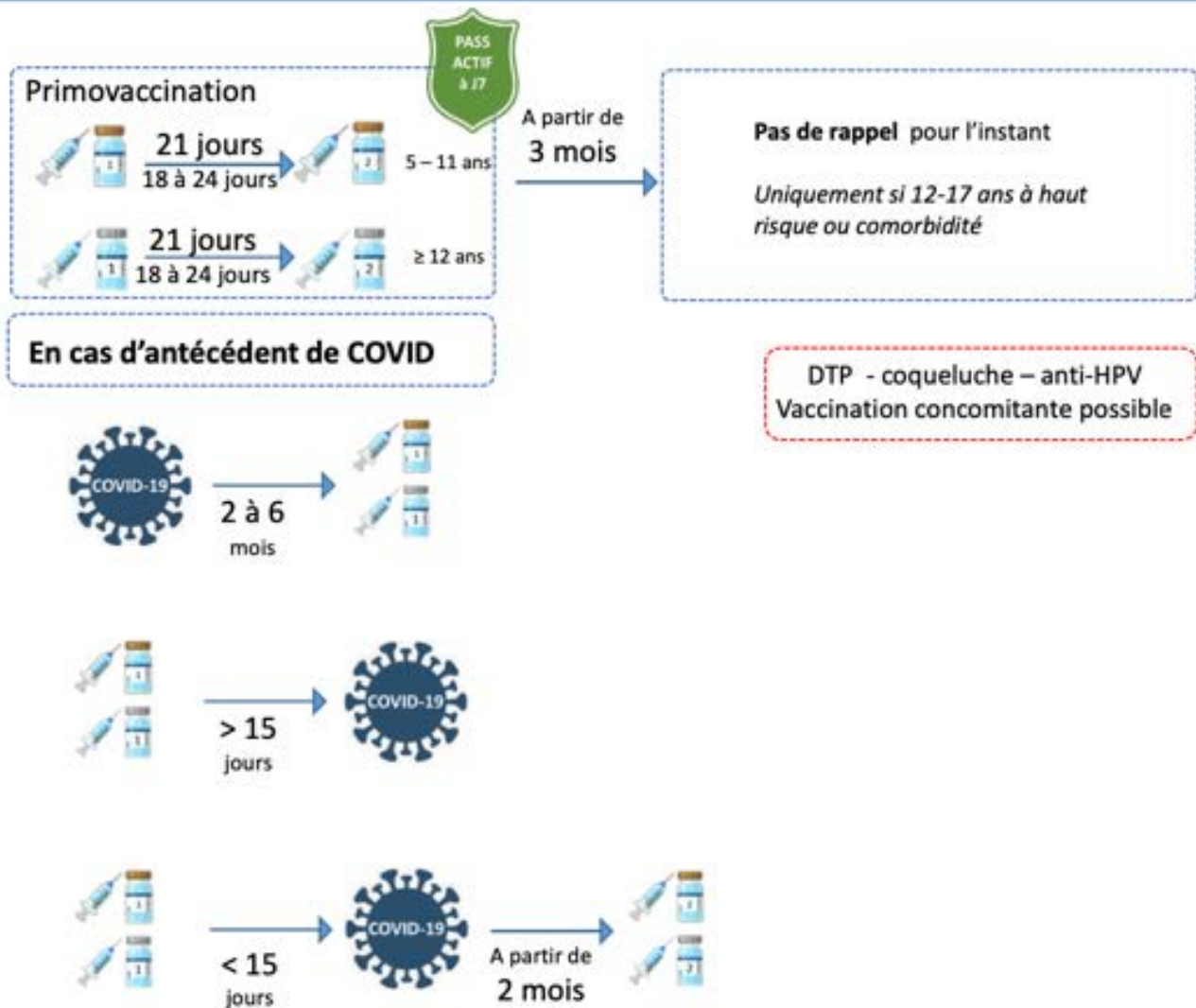
**Comirnaty® -
Pfizer BioNtech**
5 – 11 ans



**Comirnaty® -
Pfizer BioNtech**
≥ 12 ans



Maladie



VACCINATION ANTI COVID-19 : Professionnels de santé & obligation vaccinale



**Comirnaty® -
Pfizer BioNtech**
≥ 12 ans



**Spikevax® Covid 19
Vaccine Moderna**
≥ 30 ans



**Vaxzevria® -
AstraZeneca**
≥ 55 ans



**Covid 19 Vaccine
Janssen®**
≥ 55 ans



Maladie

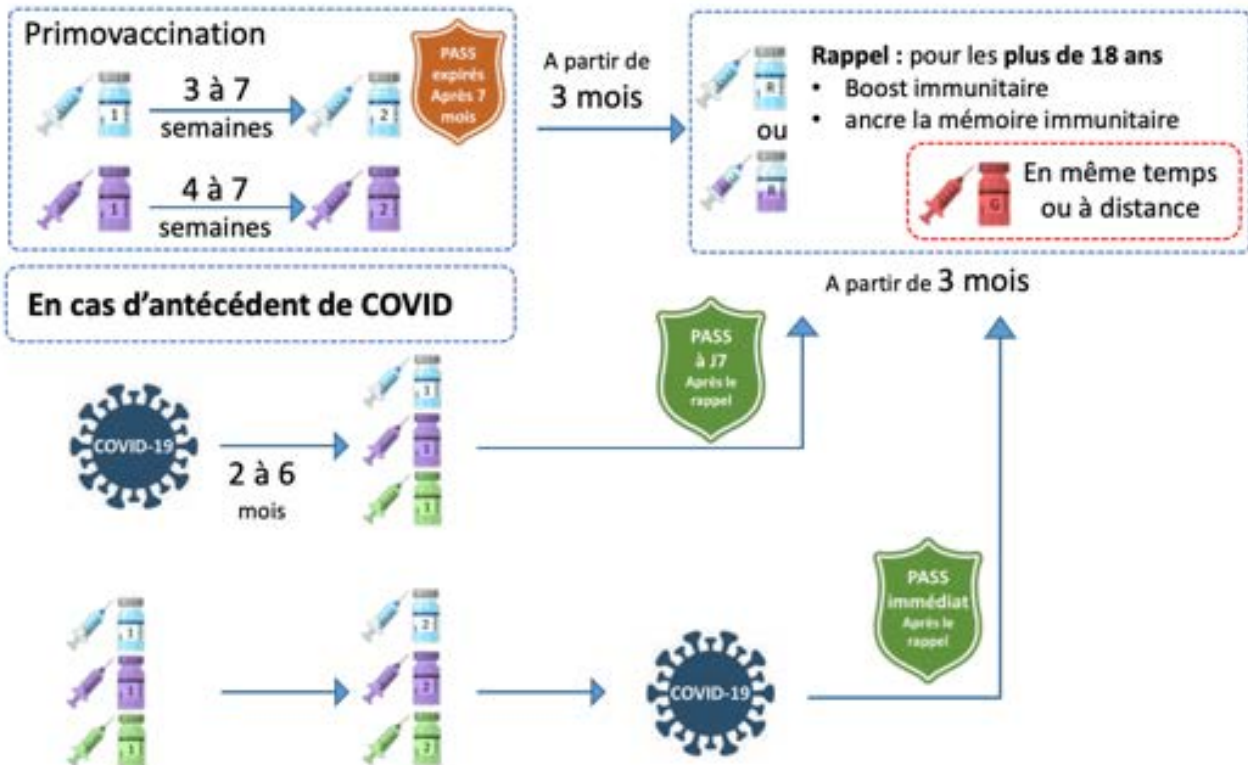


Vaccin Grippe



Rappel

Pfizer ou Moderna en 1/2 dose



Règles du rappel vaccinal obligatoire

concerne l'ensemble des professionnels soumis à une telle obligation depuis l'été 2021

Jusqu'au



le délai entre la primo-vaccination complète et le rappel est de 7 mois maximum
Les personnes bénéficiant d'un certificat de rétablissement peuvent déroger de manière temporaire à cette obligation, pour la durée de validité de certificat

À partir du



le délai entre la primo-vaccination complète et le rappel sera de 4 mois maximum
Les personnes bénéficiant d'un certificat de rétablissement peuvent déroger de manière temporaire à cette obligation, pour la durée de validité de certificat

VACCINATION ANTI COVID-19 : CAMPAGNE DE RAPPEL en population générale



**Comirnaty® -
Pfizer BioNtech**
≥ 12 ans



Maladie



**Spikevax® Covid 19
Vaccine Moderna**
≥ 30 ans



Vaccin Grippe



**Vaxzevria® -
AstraZeneca**
≥ 55 ans



Rappel

Pfizer ou Moderna en 1/2 dose



**Covid 19 Vaccine
Janssen®**
≥ 55 ans



**Comirnaty® -
Pfizer BioNtech**

Adulte 30 µg/dose d'ARN messenger -> 2 doses de 0,3mL IM (interdose 21 j) dès 12 ans

- Flacon à **couvercle violet** : 6 doses à diluer (1,8mL).
- Flacon à **couvercle gris** : 6 doses prêtes à l'emploi.
- Se conserve 1 mois entre 2°C et 8°C, 2 heures à température ambiante.



**Spikevax® Covid 19
Vaccine Moderna**
≥ 30 ans

Pédiatrique 10 µg/dose, d'ARN messenger -> 2 doses de 0,2mL IM (interdose 21 j) de 5 à 11 ans

- Flacon à **couvercle orange** : 10 doses à diluer (1,3mL)
- Se conserve 10 semaines entre 2°C et 8°C, 12 heures à température ambiante.



**Vaxzevria® -
AstraZeneca**
≥ 55 ans

Adulte 100 µg/dose d'ARN messenger -> 2 doses de 0,5mL IM (interdose 28 j) dès 30 ans

- Flacon : 10 doses prêtes à l'emploi.
- Se conserve 30 jours entre 2°C et 8°C, 24 heures à température ambiante.



**Covid 19 Vaccine
Janssen®**
≥ 55 ans

Adulte à vecteur viral non réplicatif (adénovirus) -> 2 doses de 0,5mL IM (interdose 4 à 12 semaines) dès 55 ans

- Flacon : 10 doses prêtes à l'emploi.
- Se conserve 6 mois entre 2°C et 8°C, 6 heures à température ambiante.



**Nuvaxovid® -
Novavax**

Adulte à base de nanoparticules de protéines recombinantes - disponible Mi Janvier
AMM conditionnelle

**Sinovac,
Sinopharm**

Primovaccination reconnue 7 jours après un schéma vaccinal complet +
dose complémentaire de vaccin à ARNm

Haut risque = cancer en cours de chimiothérapie, insuffisance rénale chronique, greffés ou au moins 2 insuffisances d'organes, maladie rare, trisomie 21.

Comorbidités = pathologie cardiovasculaire (HTA compliquée, insuffisance cardiaque, coronaropathie, antécédents d'AVC ou chirurgie cardiaque), pathologie respiratoire (BPCO, insuffisance respiratoire, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose), pathologie neurologique (maladie du motoneurone, myasthénie grave, SEP, Parkinson, paralysie cérébrale, quadriplégie ou hémiplegie, tumeur maligne primitive cérébrale, maladie cérébelleuse), diabète, insuffisance rénale chronique, IMC>30, cancer, cirrhose et maladie hépatique chronique, immunodépression, drépanocytose majeure ou splénectomie, troubles psychiatriques, démence.

FICHE REPÈRE
D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE - COVID-19

Risque suicidaire

La communauté de soignants vit et affronte de plein fouet la situation exceptionnelle engendrée par l'épidémie de COVID-19. Cette période anxiogène expose certains au **risque de dépressions sévères et de pensées ou crises suicidaires.**

1/3



Quels sont les facteurs de risque ?

Le suicide est un phénomène multifactoriel et complexe, dans lequel différents facteurs interagissent les uns avec les autres. **Trois types de facteurs de risque peuvent être identifiés :**

- ✓ **Les facteurs primaires :** troubles psychiatriques (notamment la dépression), antécédents personnels et familiaux de suicide, communication d'une intention suicidaire, impulsivité, développement de conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie). Ces facteurs, qui peuvent s'additionner et interagir entre eux, ont une valeur d'alerte importante.
- ✓ **Les facteurs secondaires :** pertes précoces des parents ou abandon, isolement social, difficultés financières, soucis professionnels (contraintes de travail génératrices de stress chronique, forte exigence psychologique et absence de marges de manœuvre...), événements de vie négatifs/douloureux, conflits majeurs...
- ✓ **Les facteurs tertiaires :** l'appartenance au sexe masculin, l'âge (grand et jeune âges sont fortement exposés).

L'intégration sociale, le développement de liens sociaux diversifiés (soutien familial, relations amicales diversifiées, soutiens associatifs) sont, quant à eux, reconnus comme étant de puissants facteurs de protection contre le suicide.

En partenariat avec



Risque suicidaire

2/3



Quels signes peuvent alerter ?

Pour prévenir le risque de suicide et aider la personne à surmonter la crise, repérer les signes de détresse qu'elle peut manifester est essentiel. La crise suicidaire est temporaire et réversible en l'absence de passage à l'acte. Son repérage s'appuie sur **trois catégories de signes** :

1

L'EXPRESSION D'IDÉES ET D'INTENTIONS SUICIDAIRES

Les idées suicidaires sont un signal d'alarme qui précède la tentative de suicide ; elles peuvent déboucher sur un passage à l'acte. **Les messages verbalisés** exprimant l'intention de se suicider peuvent être :

- Directs (« Je veux mourir », « Je vais me foutre en l'air », « Je vais en finir », « Ce serait mieux si j'étais mort »...).
- Ou indirects (« Je voudrais partir », « Je veux m'en aller », « Je n'en peux plus », « Je vais tout laisser tomber », « Je ne suis plus capable »...).

2

LES MANIFESTATIONS DE CRISE PSYCHIQUE (indices de souffrance et de détresse psychologique)

Symptômes physiques : fatigue, troubles du sommeil, perte d'appétit ou boulimie...

Signes psychiques : anxiété, tristesse, découragement, irritabilité et agressivité, troubles de la mémoire, rumination mentale, perte du goût des choses, sentiment d'échec et d'inutilité, impuissance à trouver par soi-même des solutions à ses problèmes...

Difficultés professionnelles : perte d'investissement ou surinvestissement dans le travail, **épuisement ou burn-out**, incapacité à supporter sa hiérarchie, arrêts de travail à répétition...

Problèmes relationnels : retrait par rapport aux marques d'affection, **conduites d'isolement social et familial**...

3

LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

Dépression, impulsivité (décision ou acte brutal incontrôlable, démesure dans la réponse, non-contrôle de l'affectivité...), affections psychiatriques déjà existantes, facteurs de personnalité, alcoolisme et toxicomanie, histoire familiale individuelle et événements de vie douloureux (qui peuvent être des éléments de précipitation de la crise suicidaire)...

Le regroupement, l'association ou la survenue de ces signes comme une rupture par rapport au comportement habituel doivent alerter.



Comment anticiper et prévenir ?

Que faire si l'on se sent fragile face à la situation actuelle, si l'on ressent une souffrance psychologique, si l'on a des idées suicidaires ?

- ✓ **Ne pas rester seul**, appeler et se confier à ses proches, demander de l'aide : l'entourage est toujours un recours et un soutien.
- ✓ **Ne pas se laisser enfermer dans son angoisse**, son anxiété, sa détresse.
- ✓ **Consulter dès que possible un professionnel** avant de ne plus être capable de mener ses activités habituelles (sentiment de désespoir, difficultés à assumer ses responsabilités professionnelles et/ou familiales...) ; un professionnel de santé pourra proposer une prise en charge adaptée aux besoins.
- ✓ Possibilité de contacter les services d'aide téléphoniques qui offrent un accueil et une écoute, et qui proposent si besoin une orientation.

Que faire si une personne de son entourage manifeste une envie de suicide ?

- ✓ Essayer de reconnaître les signes précurseurs, prendre au sérieux toute menace suicidaire.
- ✓ **Établir un lien et une relation de confiance** en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance.
- ✓ Laisser exprimer ce qui motive l'envie d'en finir, montrer que l'on comprend la détresse éprouvée, **offrir du réconfort**.
- ✓ **Aider la personne à chercher ce qui pourrait lui permettre de surmonter la crise**, à trouver des solutions ; l'encourager à rechercher de l'aide auprès de professionnels, médecins, psychologues..., d'associations de soutien et d'écoute, de dispositifs d'aide à distance.
- ✓ **Contacter les secours en cas d'urgence** (risque de suicide avéré et imminent, idées suicidaires envahissantes, planification du passage à l'acte, accès à des moyens permettant de réaliser son suicide).
- ✓ **Respecter ses propres limites et ne pas assumer seul(e) la situation** ; faire part de son inquiétude, chercher de l'information et du soutien auprès d'un intervenant qualifié (associations, lignes d'écoute...).

Une attitude bienveillante d'écoute, de dialogue et d'accompagnement est un élément essentiel pour encourager la personne à recourir aux réseaux d'aide et de soins, et engager une prise en charge.

En partenariat avec



Risque suicidaire

3/3



Qui solliciter pour trouver
aide et soutien ?

SITUATIONS D'URGENCE ET CONSULTATIONS

L'ASSOCIATION SPS (Soins aux Professionnels en Santé)

Reconnue d'intérêt général avec 100 % d'appels décrochés, elle propose son dispositif d'aide et d'accompagnement psychologique à tous les professionnels en santé, aux étudiants, à leur famille. **Disponible 24 h/24, 7 j/7.**

0 805 23 23 36 Service à appel
gratuit

+ Une application mobile
ASSO SPS*, avec 1000

psychologues en soutien.

Réseau national du risque psychosocial, composé de 1 000 psychologues, médecins généralistes et psychiatres, en téléconsultations ou consultations (liste départementale accessible depuis le site SPS).

LA CELLULE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Mise en place par le ministère des Solidarités et de la Santé afin d'accompagner les personnels soignants en première ligne dans la lutte contre l'épidémie de coronavirus. Ouverte à tous les professionnels de santé, qu'ils exercent en milieu hospitalier, médico-social ou libéral, ou qu'ils soient étudiants en santé et internes.

0 800 73 09 58 Service à appel
gratuit

**Disponible de 8 h à minuit,
7 j/7**

LES CUMP (cellules d'urgence médico-psychologique)



Elles épaulent et soutiennent les soignants en souffrance, mais aussi les administratifs qui sont pleinement impactés par cette crise. Composées de professionnels, psychiatres, psychologues et infirmiers spécialisés en psychiatrie, il existe une CUMP par département, rattachée au SAMU. Joignable via le 15 (tél. fixe) ou le 112 (tél. portable).

LE SERVICE D'ENTRE AIDE ET DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DE LA CROIX ROUGE FRANÇAISE

Il aide, écoute et accompagne les personnes en détresse psychique en cette période d'épidémie de coronavirus et de confinement. Elle s'adresse à la population, mais aussi aux professionnels de santé. Des bénévoles sont disponibles 7 jours sur 7, de 10 h à 22 h en semaine, de 12 h à 18 h le week-end.

0 800 858 858 Service à appel
gratuit

SOS MÉDECINS

LES PAIRS, PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES,
disponibles sur le terrain, qui peuvent être contactés
en cas de besoin.

LE MÉDECIN TRAITANT

Il peut aider ou orienter la personne en souffrance vers un
spécialiste en psychiatrie ou un psychologue.

LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Ils veillent au quotidien sur la santé de tous les personnels
hospitaliers, notamment lorsqu'ils sont malades, fragiles. Ils
sont en première ligne pour épauler les professionnels impli-
qués dans cet épisode épidémique d'ampleur.

DISPOSITIFS D'ÉCOUTE

SUICIDE ÉCOUTE 01 45 39 40 00 (prix d'un appel
local, 24 h/24, 7 j/7)

SOS SUICIDE PHÉNIX 01 40 44 46 45 (prix d'un
appel local, de 13 h à 23 h, 7 j/7).

Permanence d'écoute par messagerie :

<https://sos-suicide-phenix.org/nous-ecrire>

SOS AMITIÉ 09 72 39 40 50 (24 h/24, 7 j/7).

Messagerie (réponse sous 48 h maximum) :

www.sos-amitie.com/web/internet/messagerie

Tchat (7 j/7) : www.sos-amitie.com/web/internet/chat

SOS DÉPRESSION 07 67 12 10 59 (mercredi : 14 h
30 - 16 h 30 ; vendredi : 14 h 30 - 16 h 30). Ligne d'écoute
gratuite et anonyme gérée par les psychologues du Centre
de la Dépression (www.centredeladepression.org).

Autres liens utiles

■ <http://cn2r.fr> : ressources et recommandations mises en ligne par
le Centre national de ressources et de résilience, pour préserver les
professionnels de santé et les équipes.

■ <https://solidarites-sante.gouv.fr> : reconnaître la crise suicidaire, fac-
teurs de risque, signes d'alerte, facteurs de protection, prévention, à
qui s'adresser... Informations émanant du ministère des Solidarités et
de la Santé.

■ www.santepubliquefrance.fr : données nationales et régionales sur
le suicide, bulletin épidémiologique hebdomadaire sur le suicide et les
tentatives de suicide (BEH).

* Téléchargeable gratuitement sur smartphone via Apple Store (iOS) ou
Google Play Store (Android).

En partenariat avec





AUTEUR(E) : Nom : SUING

Prénom : Antoine

Date de soutenance : 17 Mars 2022

Titre de la thèse : L'inquiétant retentissement psychologique de la pandémie Covid-19 sur les médecins généralistes du Nord Pas de Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Psychiatrie et Médecine Générale

DES + FST/option : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Covid-19, pandémie, anxiété, dépression, retentissement psychologique, médecine générale, modification de l'exercice médical, prise en charge psychiatrique

Contexte : Le virus de la Covid-19 est pour la première fois détecté en Novembre 2019 en Chine. La transmission interhumaine importante a permis au virus de se disséminer à travers le monde et a mis à l'épreuve le système de santé en France. Il apparaît que la médecine générale était une profession qui était déjà fragilisée au-paravant avec une proportion préoccupante des syndromes d'épuisement professionnel et des syndromes anxio-dépressifs parmi les professionnels de santé. Les conséquences de la pandémie se mesurent directement par le nombre d'hospitalisations et de décès. L'impact sur la santé mentale du personnel soignant est devenu un sujet d'actualité, suite à la mise sous tension importante du système de soins. L'objectif de ce travail était d'étudier le retentissement psychologique de la pandémie chez les médecins généralistes du Nord Pas de Calais.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude d'épidémiologie descriptive, transversale, quantitative. La population source qui a servi d'échantillon est la liste des médecins généralistes inscrits à la FMC d'AMMELICO. Un questionnaire réalisé avec Google Form a été envoyé à 2200 médecins généralistes installés dans le Nord Pas de Calais. Le recueil des données s'est fait du 9 juin au 5 juillet 2021. Les données étaient entièrement anonymes.

Résultats : le taux de réponse était de 9,1%, 199 réponses ont été analysées. Depuis le début de la pandémie, 50 médecins interrogés estiment que leur humeur ou leur état psychologique se sont détériorés (25%). Il a été retrouvé une association statistique significative entre la dégradation de l'humeur et le fait de s'être senti en danger en continuant de consulter ($p = 0,007$), l'impression de faire courir un risque à l'entourage en raison de la profession particulièrement exposée ($p = 0,011$), le sentiment d'abandon et/ou de négligence de la médecine générale au profit du secteur hospitalier ($p = 0,025$), et le fait de vouloir diminuer ou arrêter l'activité médicale ($p = 0,001$). La fatigue quotidienne, la perte d'énergie (74%), les troubles du sommeil (45%), la perte de plaisir dans les activités de la vie de tous les jours (39%) sont les symptômes les plus représentés. Les idées noires et suicidaire sont présentes chez 3% des répondants. On note une augmentation de la consommation des psychotropes.

Conclusion :

Il semble qu'il y ait un fort impact négatif sur la santé mentale des médecins généralistes interrogés, en parti dû à un sentiment de négligence et de manque de reconnaissance de la profession. La tendance observée va dans le sens d'une modification de la manière d'exercer avec notamment une priorisation de la vie personnelle.

Composition du Jury :

Président : Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs : Professeur Denis DELEPLANQUE / Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse : Docteur Olivier SEGURET