

TOURNÉE VIRTUELLE DU PRÉSIDENT DE LA FMOQ

LE NOUVEL « ACCÈS RAPIDE » À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Cette année, le président de la FMOQ participe aux assemblées générales annuelles des associations de manière virtuelle. Il peut ainsi informer les omnipraticiens des derniers dossiers, comme le projet d'accès rapide à un médecin.

Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord



Le D^r Louis Godin en visioconférence

Depuis la mi-septembre, le président de la FMOQ, le **D^r Louis Godin**, fait une tournée virtuelle des associations affiliées à la Fédération. « Je ne vous cacherai pas que je préférerais être là en personne », a-t-il reconnu en visioconférence à la réunion de l'Association des médecins omnipraticiens des Bois-Francs (AMOB) le 8 octobre dernier.

La pandémie est difficile pour tous. « Les médecins de famille ont été très sollicités, et je vous remercie pour votre travail. Comme groupe, vous avez fait face à plus de demandes de soins et y avez répondu sans vous faire prier. Je veux vous en féliciter », a souligné le président. Les omnipraticiens ont par ailleurs fait ces efforts malgré la pénurie d'effectifs qui les frappe toujours, a-t-il rappelé aux membres en ligne.

« ACCÈS EN 36 HEURES »

L'accès à un médecin de famille est de nouveau le dossier de l'heure. Il constitue dorénavant la priorité du gouvernement. Certains parlent de « l'accès en 36 heures » comme solution. Le président de la FMOQ la baptise plutôt « accès rapide ». L'objectif : « l'accès à un médecin en temps opportun et, au besoin, dans un court délai ».

L'arrivée de la maladie à coronavirus (COVID-19) a servi de révélateur. « Tout le monde se rend compte qu'il est primordial de s'assurer que les patients peuvent rencontrer un médecin quand ils en ont besoin, qu'ils soient inscrits ou non auprès d'un médecin de famille. Comme groupe, nous devons nous assurer qu'ils peuvent être vus », a expliqué le président aux membres de l'AMOB.

Que doivent alors faire les médecins de famille ? « À court terme, durant la période d'urgence sanitaire, on vous demande d'organiser dans vos milieux de pratique, GMF ou non-GMF, un service de consultation sans rendez-vous pour vos patients inscrits, mais qui soit aussi accessible aux patients non inscrits. Si, dans tous les milieux, chaque médecin offre quelques plages de consultation sans rendez-vous par jour, plusieurs centaines, voire des milliers de rendez-vous en court délai seront disponibles. »

Dans le cadre de cette approche populationnelle due à la pandémie, l'exigence concernant le taux d'assiduité est par ailleurs suspendue. « On n'en tient plus compte. On ne pénalisera pas un médecin qui voit une clientèle non inscrite plutôt qu'un de ses patients inscrits. »

TÉLÉCONSULTATION

Tout le monde adore la téléconsultation. Les patients, les proches, les médecins. « On veut que la téléconsultation se poursuive de manière définitive », a indiqué le D^r Godin. Actuellement, elle est permise par un décret sanitaire qui doit régulièrement être renouvelé. La FMOQ et le gouvernement vont donc négocier une entente pour l'autoriser de façon permanente.

Une fois la pandémie terminée, toutefois, le contexte sera différent. Dans quel cadre la téléconsultation pourra-t-elle avoir lieu ? Pourrait-elle totalement remplacer la visite en personne ? « On a réfléchi à certaines balises », a affirmé le D^r Godin.



LA RÉMUNÉRATION À CAPITATION

Le projet de rémunération à capitation, pour sa part, n'est pas tombé dans l'oubli. Le gouvernement veut poursuivre les négociations. « On doit d'abord s'entendre sur ce que pourrait être ce nouveau mode, puis passer à l'étape suivante, qui est de déterminer les éléments à négocier pour l'appliquer », a indiqué le D^r Godin. La mise sur pied de ce nouveau modèle n'aura donc probablement pas lieu à court terme. « De façon réaliste, il ne s'appliquera pas avant de dix-huit à vingt-quatre mois après la fin des négociations des principes de base. »

Comment alors fonctionnerait l'accès rapide dans le cadre de la capitation une fois la situation revenue à la normale ? Le médecin offrirait, grâce à un système de rendez-vous, un nombre précis de plages horaires pour des consultations accordées rapidement. Leur nombre pourrait être établi en fonction de l'importance de la clientèle inscrite. « Que le patient vienne ou non, le médecin aurait rempli l'objectif qu'on lui aurait fixé. Son imputabilité serait déterminée uniquement par son offre de service. »

L'accès rapide pourrait ainsi devenir un indicateur qui remplacerait le taux d'assiduité. L'évaluation des services du médecin ne dépendrait dès lors plus du comportement du patient, mais de sa participation au service d'accès rapide. L'omnipraticien ne risquerait donc plus d'être pénalisé par la personne qui choisirait de se rendre à l'urgence ou dans une autre clinique alors qu'il était disponible.

ÉCARTS DE RÉMUNÉRATION

Malgré la crise de la COVID-19, la FMOQ n'oublie pas ses objectifs de négociation à plus long terme. « La question de l'écart de rémunération est un combat de longue haleine, a rappelé le D^r Godin dans sa visioconférence. La Fédération



a réussi à fixer dans une entente la manière dont sera traitée cette question. Il n'est pas question d'abandonner. Nous irons au bout du processus. »

« Il est primordial de s'assurer que les patients peuvent rencontrer un médecin quand ils en ont besoin, qu'ils soient inscrits ou non auprès d'un médecin de famille. Comme groupe, nous devons nous assurer qu'ils peuvent être vus ».

– D^r Louis Godin.

Le dossier de l'écart de rémunération comprend deux volets. Le premier est la différence de rétribution entre omnipraticiens québécois et ontariens. L'Institut canadien d'information en santé a remis son rapport sur la question il y a un certain temps. « Nous avons des éléments à vérifier. Il reste un point fondamental qui est la comparaison de la productivité des médecins québécois et ontariens. »

Le second volet porte sur l'écart de rétribution entre médecins de famille et spécialistes québécois. Le dossier comporte depuis un an une nouvelle donnée. « Il s'agit de l'entente entre le gouvernement et les médecins spécialistes sur la réduction de l'enveloppe de ces derniers. Il faudra voir quelle en est la répercussion sur l'écart avec les médecins de famille. »

La tournée virtuelle du président de la FMOQ se poursuit jusqu'au 20 novembre. //

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA GASPÉSIE AFFRONTER LA DEUXIÈME VAGUE DE LA PANDÉMIE

Le 17 septembre, l'assemblée générale annuelle des omnipraticiens de la Gaspésie s'est tenue par visioconférence, pandémie oblige.

Nathalie Vallerand

Photo : Emmanuelle-Élyanthe Garnier-Nord



D^r Sylvain Drapeau

Ce n'est pas de gaieté de cœur que l'Association des médecins omnipraticiens de la Gaspésie (AMOG) a renoncé à se réunir en personne pour son assemblée générale annuelle. « Comme notre territoire est grand, c'était une occasion de se voir au moins une fois par année », dit son président, le **D^r Sylvain Drapeau**. Ses impressions sur la nouvelle formule sont mitigées. « C'est une solution de rechange efficace qui permet de faire le point sur les différents dossiers, mais on perd la chaleur humaine. Et ça ne permet pas les discussions informelles. »

C'est peut-être ce qui explique en partie pourquoi seulement vingt-huit médecins ont assisté à l'événement cette année, alors qu'il y en a une cinquantaine habituellement. « On aurait pu croire que le fait de pouvoir y participer dans le confort de son foyer aurait attiré plus de monde, mais c'est plutôt le contraire qui s'est produit », fait remarquer le D^r Drapeau. Il faut dire que l'AGA est habituellement précédée d'une journée et demie de formation, ce qui contribue à accroître le taux de participation. Une formule qui n'était pas possible cette année.

Le D^r Drapeau a toutefois annoncé à l'assemblée générale que l'AMOG offrira cet automne des formations virtuelles de quatre-vingt-dix minutes pour « pallier le déficit de formation causé par la COVID-19 ». Les problèmes digestifs et l'ostéoporose figureront parmi les premiers sujets traités.

MAINTENIR L'ACCÈS AUX SOINS

Quand l'assemblée des médecins gaspésiens a eu lieu, la deuxième vague de la pandémie commençait à déferler sur le Québec. « On se prépare en conséquence », a affirmé le D^r Drapeau avant de présenter certaines des mesures prises.

Ainsi, le « comité SWAT », créé au printemps par le centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie, poursuit ses activités. Ce groupe régional réunit des représentants du Département régional de médecine générale et des hôpitaux et a pour mission de résoudre les problèmes d'accès aux soins.

Un exemple? Lors de la première vague, le comité a obtenu du ministère de la Santé que les patients de la région de Maria soient transférés à l'Hôpital de Rimouski par avion-hôpital au lieu de faire deux heures et demie d'ambulance. Situé dans le Bas-Saint-Laurent, l'Hôpital de Rimouski est le centre désigné de la Gaspésie pour les hospitalisations liées au coronavirus.

Au moment de l'AGA, en septembre, un autre comité régional était sur le point d'être créé, mais pour les zones froides cette fois-ci. Notons qu'en Gaspésie, les centres d'évaluation de la COVID sont situés dans les urgences des hôpitaux et pris en charge par un seul médecin de famille.

« Avec la recrudescence habituelle des symptômes grippaux à l'automne, ces médecins pourraient ne pas suffire à la tâche, s'est inquiété le président de l'AMOG. Des omnipraticiens des zones froides devront peut-être aller leur prêter main-forte, surtout si les GMF et les cliniques voient leur achalandage diminuer, comme cela s'est produit lors de la première vague. Le nouveau comité devra se pencher là-dessus. »

Le service Rendez-vous santé Québec (RVSQ) peut également s'avérer utile pour mieux gérer l'afflux de patients si la COVID-19 frappe fort. « On est en train de le mettre en place pour favoriser la communication entre les partenaires, a

signalé le D^r Drapeau. Si un patient consulte à l'urgence et est classé P4 ou P5, l'infirmière pourra utiliser RVSQ pour lui donner un rendez-vous dans une clinique en zone froide. Cela permettra de diminuer l'achalandage à l'urgence. » //

ASSOCIATION DE LA CÔTE-NORD À LA RECHERCHE DE MÉDECINS AMATEURS D'AURORES BORÉALES

La Côte-Nord a connu plus d'arrivées de médecins que de départs cette année. Toutefois, Fermont aura un grand défi de recrutement en 2021, a signalé le président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-Nord, le 18 septembre, lors d'une séance d'information virtuelle qui remplaçait l'assemblée générale annuelle.

Nathalie Vallerand



Photo: Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord

D^r Pierre Gosselin

La ville minière de Fermont, bien connue pour son mur-écran, perdra quatre de ses six médecins de famille l'an prochain. Ils prennent leur retraite. Faudra-t-il faire une reprise du film *La Grande Séduction*? «L'équipe là-bas s'est déjà mise à la recherche des perles rares», indique le **D^r Pierre Gosselin**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-Nord (AMOCN). Il est confiant: «C'est le paradis des chasseurs, des pêcheurs et des amateurs de motoneige. Et les aurores boréales y sont magnifiques.»

Cela dit, d'autres villes de la Côte-Nord ont aussi des problèmes de recrutement. «À Forestville et à Port-Cartier, par exemple, il n'y a pas de lits d'hospitalisation, explique le D^r Gosselin. Or, beaucoup de médecins veulent avoir une pratique hospitalière.» Havre-Saint-Pierre a aussi du mal à attirer des médecins. «Il faut des gens au tempérament aventurier. C'est du travail de dispensaire. Les médecins vont soigner des communautés isolées en avion ou en hélicoptère.»

En vigueur depuis décembre 2019, la lettre d'entente 351, qui accorde une prime aux médecins qui s'installent dans certaines zones en grave pénurie d'effectifs, pourrait aider au recrutement, selon le D^r Gosselin. «Deux nouveaux médecins, un à Havre-Saint-Pierre et un aux Escoumins, viennent de demander le forfait», a-t-il précisé aux quelque 25 membres

de l'AMOCN qui ont assisté à la séance d'information virtuelle qui remplaçait l'assemblée générale.

En 2020, la Côte-Nord a pourvu treize des vingt postes auxquels elle avait droit, pour un taux de 65%. Le D^r Gosselin aurait préféré davantage, mais il se console. «C'est mieux que 2018 et 2019. Sans compter qu'on a eu plus d'arrivées de médecins que de départs. Les années précédentes, on perdait plus de médecins qu'on en gagnait.»

Le président déplore cependant que la pandémie empêche des candidats potentiels de découvrir la région. «En temps normal, des étudiants en médecine viennent visiter nos différents milieux de soins. Mais actuellement, tout est arrêté.»

Les médecins dépanneurs demeurent par ailleurs une «bouée de sauvetage», a rappelé le D^r Gosselin lors de la rencontre virtuelle. Bonne nouvelle: ils sont désormais plus faciles à trouver, et la région a réussi à en fidéliser certains. «À Port-Cartier, nos gardes sont pourvues à 99% jusqu'en janvier.»

BILAN DE LA COVID-19

À l'instar de la Gaspésie, la Côte-Nord a été envahie par des hordes de touristes l'été dernier. Malgré tout, la COVID-19 ne s'est pas invitée. En juillet et en août, seulement huit cas ont été déclarés, pour un total de 144, selon les chiffres qu'a fournis le D^r Gosselin à ses membres le 18 septembre.

«Une centaine de cas étaient liés à des éclosions qui ont eu lieu au pénitencier de Port-Cartier et dans une minière de Sept-Îles ce printemps», indique le médecin de famille.

Fait particulier: seulement un cas a été recensé dans les résidences pour personnes âgées de la Côte-Nord pendant la première vague. Ces établissements faisaient bien appel à des employés provenant d'autres régions, mais ces derniers étaient soumis à un test de dépistage avant d'entrer en poste.

Au moment de la séance d'information de l'AMOCN, la deuxième vague s'amorçait. «Nous avons réorganisé toute notre pratique au printemps dernier. Nous sommes prêts», assure le D^r Pierre Gosselin. //

DES NOUVELLES DES ASSOCIATIONS...

PROCHAINES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ANNUELLES DES ASSOCIATIONS AFFILIÉES À LA FMOQ

MAURICIE

Mardi 3 novembre
17 h 30

Par visioconférence

CLSC

Vendredi 6 novembre
13 h

Par visioconférence

YAMASKA

Jeudi 12 novembre
18 h

Centre des congrès de Saint-Hyacinthe

ESTRIE

Vendredi 13 novembre
16 h

Par visioconférence

LAURENTIDES-LANAUDIÈRE

Jeudi 19 novembre
18 h

Par visioconférence

RICHELIEU-SAINTE-LAURENT

Vendredi 20 novembre
12 h

Par visioconférence

MONTRÉAL

Annulé : vendredi 20 novembre

INDICATIONS ET UTILISATION CLINIQUE :

DUOBRII est indiqué pour l'atténuation des signes et des symptômes du psoriasis en plaques modéré ou sévère chez les adultes.

DUOBRII n'est pas indiqué chez les patients de moins de 18 ans.

Le nombre de patients âgés de 65 ans et plus ayant participé aux essais cliniques n'était pas assez élevé pour établir les profils d'innocuité et d'efficacité de DUOBRII chez les personnes âgées.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à ce médicament ou à l'un des composants du produit (y compris les ingrédients non médicinaux) ou du contenant, ou aux autres corticostéroïdes ou rétinoïdes.
- Lésion cutanée virale, infection cutanée bactérienne ou fongique, infection parasitaire, manifestation cutanée associée à la tuberculose ou à la syphilis, ou éruption consécutive à une vaccination.
- Dermite séborrhéique.
- Femmes enceintes ou susceptibles de le devenir.

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS :

- Patients souffrant d'affections cutanées imputables à une mauvaise circulation
- Patients souffrant d'ulcères chroniques aux jambes
- Suppression de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien (HHS)
- Patients présentant des altérations de la fonction hépatique
- Patients ayant un système immunitaire affaibli
- Patients présentant des infections cutanées
- Patients souffrant d'insuffisance rénale
- Dermite allergique de contact
- Patients souffrant de glaucome
- Vergetures, télangiectasie, folliculite ou atrophie de la peau
- Conditions où la barrière cutanée pourrait être altérée
- Exposition au vent ou au froid
- Exposition excessive au soleil ou aux lampes solaires, ou médicaments photosensibilisants
- Allaitement
- DUOBRII doit être utilisé avec prudence, étant donné que l'utilisation de corticostéroïdes topiques peut entraîner un phénomène de rebond, l'apparition d'une tolérance, un risque de psoriasis pustuleux généralisé et des effets toxiques locaux ou généraux.
- Facteurs qui font augmenter l'absorption générale

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :

Veillez consulter la monographie du produit à <https://produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp> pour des renseignements importants au sujet des réactions indésirables, des interactions médicamenteuses et de la posologie qui n'ont pas été abordés ici. On peut aussi obtenir ce document en appelant au 1 800 361-4261.

† D'après une étude clinique prospective de phase III multicentrique à répartition aléatoire et à double insu comparant la lotion DUOBRII à un excipient en lotion chez 215 patients de 18 ans et plus atteints de psoriasis en plaques modéré ou sévère. Le succès thérapeutique était défini comme une amélioration d'au moins 2 points du score à l'échelle d'évaluation globale par l'investigateur (IGA, pour *Investigators Global Assessment*) par rapport au départ et un score IGA correspondant à la « disparition complète » ou à la « disparition quasi complète » des lésions.

RÉFÉRENCES :

1. DUOBRII, Monographie du produit, Bausch Health, Canada inc., juin 2020.
2. Gold LS, Lebwohl MG, Sugarman JL, et al. Safety and efficacy of a fixed combination of halobetasol and tazarotene in the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis: Results of 2 phase 3 randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2018;79(2):287-293.
3. Sugarman JL, Weiss J, Tanghetti EA, et al. Safety and Efficacy of a Fixed Combination Halobetasol and Tazarotene Lotion in the Treatment of Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: A Pooled Analysis of Two Phase 3 Studies. *Journal of Drugs in Dermatology*. 2018;17(8):855-861.

DUOBRII^{MC}

Lotion de propionate d'halobétasol à **0,01%** p/p
et de tazarotène à **0,045%** p/p

BAUSCH Health bauschhealth.ca/fr

DUOBRII^{MC} et PRISMATREX^{MC} sont des marques de commerce de Bausch Health Companies Inc. ou de ses affiliées.
Bausch Health, Canada Inc., 2150, boul. St-Elzéar Ouest, Laval, Québec H7L 4A8
© 2020 Bausch Health, Canada Inc. Tous droits réservés.



PREM 2021

UN PROCESSUS ENCORE PLUS SIMPLE

Le processus lié à l'obtention d'un avis de conformité aux PREM est maintenant commencé. Quelques changements sont apparus cette année.

Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord



Photo: Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord

M^{me} Marianne Casavant

Cette année, le processus d'obtention d'un avis de conformité aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) a de nouveau été simplifié. Plus rapide, moins lourd, il ne comporte plus que deux tours.

La dynamique de la formule est, par ailleurs, complètement différente depuis deux ans. « Avant, le candidat pouvait poser sa candidature dans différentes régions et choisir celle qu'il préférerait quand il recevait les réponses. Maintenant, il doit décider dès le départ quel va être son premier choix », explique **M^{me} Marianne Casavant**, conseillère en politiques de santé, à la FMOQ.

Comment cela se passe-t-il? Sur le formulaire en ligne – autre nouveauté –, le candidat indique la région qui constitue son premier choix en précisant deux sous-territoires. Puis, le médecin inscrit les autres lieux où il accepterait de s'installer. Le mieux pour lui est de remplir le questionnaire entre le 15 et le 31 octobre, qui est la période initiale de mise en candidatures.

Arrive ensuite le premier tour. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui est maintenant responsable du processus, envoie à tous les départements régionaux de médecine générale (DRMG) désignés comme premiers choix les formulaires des candidats qui les ont sélectionnés (tableau). Dans les régions où le nombre de postulants

TABLEAU	DATES IMPORTANTES DU PROCESSUS D'OBTENTION DES AVIS DE CONFORMITÉ DE 2021	
	Premier tour Du 1 ^{er} novembre 2020 au 20 janvier 2021	Second tour Du 21 janvier au 31 mars 2021
Étape		
Envoi par le MSSS des candidatures aux DRMG	11 novembre 2020	2 février 2021
Fin des entrevues des candidats	20 décembre 2020	19 février 2021
Date limite à laquelle le DRMG doit avoir répondu aux candidats	20 janvier 2021	15 mars 2021
Jour où le DRMG doit avoir transmis au MSSS le nom des candidats retenus	20 janvier 2021	17 mars 2021

D^{re} Julie Lalancette

dépasse le nombre de places, les DRMG feront passer des entrevues. Les médecins retenus recevront par la suite un avis de conformité au PREM.

Mais qu'arrive-t-il aux autres? Ils passent au second tour, qui débutera le 21 janvier. Le MSSS enverra leur candidature à tous les DRMG qu'ils ont indiqués comme autres choix. «Le candidat va alors essayer de voir parmi les endroits où il reste de la place ceux où il veut pratiquer», indique la **D^{re} Julie Lalancette**, directrice de la Planification et de la Régionalisation, à la FMOQ.

UNE STRATÉGIE DIFFÉRENTE

La nouvelle formule a un grand avantage: elle permet tant aux DRMG qu'aux nouveaux médecins de savoir plus rapidement à quoi s'en tenir. «Avant, un candidat pouvait postuler dans cinq régions en même temps, être accepté dans les cinq, puis se désister dans quatre. Dans certaines régions, les médecins obtenaient donc des avis de conformité très tard à cause de cette espèce de jeu de chaises musicales», indique la D^{re} Lalancette.

Les nouveaux facturants doivent maintenant user d'une stratégie différente. «Le candidat doit faire un travail de

réflexion non plus à la réception des réponses des DRMG, mais avant de poser sa candidature. Veut-il tenter sa chance dans une région qui l'intéresse beaucoup, mais où il y a une forte demande ou plutôt dans un endroit moins populaire, mais où il a plus de chance d'avoir une place?», explique M^{me} Casavant.

De grands efforts sont par ailleurs faits pour rendre le processus équitable. «Depuis deux ans, on insiste beaucoup sur l'objectivité des entrevues que doivent passer les candidats. Les questions ne doivent pas être discriminatoires», mentionne la directrice de la Planification et de la Régionalisation. Ainsi, le jeune médecin ne devrait pas être interrogé sur des points comme ses objectifs de vie ou sa situation personnelle.

La composition du comité de sélection ne doit également prêter flanc à aucune critique. «Si l'un des membres est un médecin qui a fait visiter sa clinique à un résident pour le recruter, il devra se retirer lorsque le comité évaluera ce dernier pour ne pas être en conflit d'intérêts.»

LE MEILLEUR MOMENT POUR CHANGER DE RÉGION ?

Après la période initiale de mise en candidatures, du 15 au 31 octobre, le Ministère continuera à recevoir toutes les demandes en ligne des médecins. Il les expédiera aux DRMG concernés, qui ne les traiteront qu'à partir du 1^{er} avril, une fois les deux tours terminés. «Un médecin peut poser sa candidature à tout moment de l'année. Après les deux tours, c'est le principe du premier arrivé, premier servi qui a cours», explique la D^{re} Lalancette.

Et qu'en est-il du clinicien déjà en pratique? Quel est le meilleur moment pour qu'il pose sa candidature? «Il peut postuler en octobre, pendant la période initiale pour le faire. Tous les postes disponibles sont alors offerts. La banque est pleine. Dans une région comme Montréal, certaines places sont réservées aux médecins en mobilité interrégionale. Ils peuvent même commencer à pratiquer dès le 1^{er} décembre s'ils le souhaitent», précise M^{me} Casavant. //

SANTÉ MENTALE DES MÉDECINS D'URGENCE

LES DIX PREMIÈRES SEMAINES DE LA PANDÉMIE

Au Canada, les dix premières semaines de la pandémie n'auraient pas accru le taux d'épuisement professionnel des médecins d'urgence. Certains facteurs paraissaient néanmoins les affecter.

Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord



D^{re} Kerstin de Wit

Les médecins d'urgence semblent avoir bien résisté aux premiers mois de la pandémie. Durant les dix premières semaines, leur taux d'épuisement professionnel n'aurait pas augmenté significativement. Pas de hausse du sentiment de dépersonnalisation. Ni d'accroissement de la fatigue émotionnelle. C'est ce que révèle une nouvelle étude canadienne effectuée auprès de 468 médecins d'urgence¹.

La **D^{re} Kerstin de Wit**, de l'Université McMaster, qui a dirigé la recherche, a envoyé toutes les semaines avec son équipe un court sondage en ligne à des cliniciens d'urgence canadiens pour couvrir la période du 9 mars au 17 mai 2020. Parmi les 468 qui ont répondu, 54 % pratiquaient en Ontario, 14 % au Québec et 32 % dans le reste du Canada.

Les participants, qui venaient de 143 hôpitaux différents, devaient indiquer, dans un sondage sur deux, à quelle fréquence ils se sentaient épuisés par leur travail et à quelle fréquence ils éprouvaient une plus grande insensibilité envers les gens. Ces deux questions mesuraient respectivement leur degré d'épuisement émotif et de dépersonnalisation, des éléments qui chacun révèlent la présence de l'épuisement professionnel. « Ces questions constituent une version

abrégée et validée du test de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach », explique la D^{re} de Wit.

Les répondants, dont 9 % étaient encore résidents, devaient par ailleurs mentionner chaque semaine dans le questionnaire leur nombre de quarts de travail, le nombre d'interventions effectuées générant des aérosols, s'ils avaient passé un test de dépistage, etc. À la fin du sondage, les cliniciens étaient invités à faire part de leurs pensées et de leurs expériences.

UN TAUX D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL STABLE

Aux yeux des chercheurs, la pandémie avait le potentiel d'accroître l'épuisement professionnel des médecins d'urgence. Selon le modèle des « exigences-ressources au travail », le surmenage professionnel résulte d'une augmentation des demandes physiques et psychologiques sur le plan professionnel parallèlement à une réduction des ressources.

Mais qu'en était-il vraiment ? « Nous avons découvert qu'un peu plus de 15 % des médecins remplissaient les critères de l'épuisement professionnel et que ce taux est resté stable durant toute l'étude. Ainsi, les médecins d'urgence qui ont répondu au sondage semblaient en forme sur le plan psychologique et souffraient moins d'épuisement professionnel que nous l'anticipions », affirme la D^{re} de Wit, elle-même médecin d'urgence.

En ce qui concerne l'épuisement émotif, par exemple, 18 % (67/380) des répondants étaient très atteints sur ce plan à la quatrième semaine et 16 % (47/297) à la dixième semaine. Des taux similaires. En tout, seulement treize médecins sont passés d'un faible degré d'épuisement émotif à un seuil élevé. La vaste majorité des médecins, pour leur part, sont restés au même niveau. Les résultats sont semblables pour la dépersonnalisation.

UN REFLET DE LA RÉALITÉ

Les résultats de l'étude reflètent-ils la réalité ? « Le taux de réponse était uniquement de 30 %, note le **D^r Patrick**



Archambault, l'un des auteurs de la recherche. Soixante-dix pour cent des médecins d'urgence n'ont donc pas rempli le sondage. Ce sont peut-être ces cliniciens qui présentaient le plus de risque d'épuisement professionnel. Peut-être que certains n'étaient pas assez en forme pour répondre au sondage. Il est possible que l'on n'ait pas réussi à capter les cas d'épuisement professionnel dans cette population. »

Les premières semaines de la pandémie ont été éprouvantes, souligne le D^r Archambault, qui travaille à la fois aux urgences et aux soins intensifs du CISSS de Chaudière-Appalaches. Les commentaires écrits des médecins en témoignent d'ailleurs, note-t-il. « La réalité était difficile sur le terrain. Il y avait la pression de devoir tout mettre en place pour faire face à la pandémie. Les multiples réunions auxquelles on devait assister et l'organisation de toutes les mesures ont amené un stress qui n'est pas apparu dans nos données. »

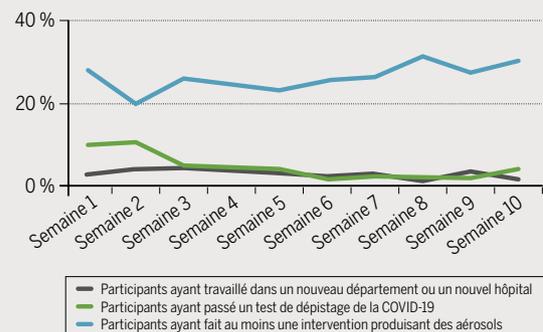
La D^{re} **Anne Magnan**, directrice générale du Programme d'aide aux médecins du Québec, elle, n'est pas surprise des résultats. « L'étude correspond à ce qu'on a vécu au Programme », souligne-t-elle. Son organisme a connu au début de la pandémie non pas une hausse, mais une baisse des demandes d'aide (voir *Programme d'aide aux médecins du Québec*, p. 15). « La première réaction dans une situation comme la pandémie est de ressentir un stress aigu. Après, peut venir l'épuisement. Il sera intéressant de mesurer le taux d'épuisement professionnel durant la deuxième vague, parce que là, il y aura la durée. » Pour la D^{re} Magnan, les données des chercheurs canadiens restent très pertinentes. « Je pense qu'elles traduisent bien ce qui s'est passé durant la première phase. »

LE STRESS LIÉ AU TEST

Dans l'étude, un facteur semblait particulièrement lié à l'épuisement professionnel : le fait de passer un test de dépistage. Cet élément était surtout associé à l'épuisement émotif (rapport des cotes [RC] : 11,5; intervalle de confiance à 95% [IC] : 3,1–42,5). De 10% à 15% des médecins ont subi un test pendant les trois premières semaines, puis quelque 5% ensuite. Et parmi eux, trois cliniciens se sont révélés infectés.

FIGURE

ÉVOLUTION AU COURS DES SEMAINES DU NOMBRE DE PARTICIPANTS AYANT FAIT DES INTERVENTIONS PRODUISANT DES AÉROSOLS, PASSÉ UN TEST DE DÉPISTAGE DE LA COVID-19 ET TRAVAILLÉ DANS UN NOUVEAU ENVIRONNEMENT



Source : D^{re} Kerstin de Wit

Mais quel est le lien entre épuisement professionnel et test? « Nous n'avons pas d'explications claires à ce sujet, reconnaît la D^{re} de Wit. Peut-être que les médecins qui étaient très anxieux ont passé plus de tests ou encore que le fait de subir un test provoquait une détresse psychologique. On peut penser que lorsqu'on attend les résultats, on est inquiet d'avoir pu exposer ses patients, ses enfants et son conjoint à la maladie. »

La hausse du nombre de tests pendant les premières semaines est par ailleurs intrigante. « Je pense que beaucoup de médecins ont dû en passer un parce qu'ils avaient été en voyage juste avant la pandémie. Cela pouvait leur être nécessaire pour pouvoir travailler, dit la chercheuse. Une autre explication possible : peut-être qu'au début les gens étaient tellement effrayés qu'ils passaient un test dès l'apparition du moindre symptôme. »



D^r Patrick Archambault

Un second facteur paraissait également lié, mais dans une moindre mesure, à l'épuisement émotif : le nombre de quarts de travail (RC : 1,3 par quart de travail supplémentaire; IC à 95% : 1,1-1,5). « On sait que le fait de travailler plus longtemps est associé à l'épuisement professionnel. Mais je me demande si le fait de travailler un plus grand nombre de quarts de travail n'augmente pas la probabilité de passer un test dès que l'on a un symptôme parce que l'on doit pratiquer le lendemain et que l'on ne veut pas exposer les gens », s'interroge la D^{re} de Wit.

PÉRIODE INQUIÉTANTE OU STIMULANTE

Comment les médecins d'urgence voyaient-ils leur expérience en temps de COVID? Les chercheurs ont obtenu 516 commentaires venant de 213 participants. Une première catégorie de remarques porte sur les effets de la pandémie dans l'environnement de travail.

On peut constater toute la difficulté que ressentent certains cliniciens. « Plus de 90 % de nos patients sont des cas soupçonnés ou confirmés [de COVID]. Par conséquent, nous devons constamment affronter cette maladie chez une clientèle défavorisée. L'utilisation prolongée de l'équipement de protection est extrêmement éprouvante physiquement et mentalement. »

Certains répondants semblent révoltés. « Un point de vue que nous devons combattre, c'est que les "docteurs" se sont engagés en sachant qu'ils pouvaient attraper une maladie infectieuse et en mourir dans le cadre de leur travail. C'est moyenâgeux, et nous devons faire respecter la valeur de la vie [des médecins] au cours des prochains mois. (...) Les médecins méritent un environnement de travail sûr et le respect de leurs droits de travailleurs », clame un clinicien.

La deuxième catégorie de commentaires concerne les perceptions et les peurs au sujet des effets de la COVID sur le mode de vie. Plusieurs médecins ont des craintes financières. « Bien sûr, je peux mourir. Mais cela m'inquiète moins

que d'être en vie et incapable de subvenir aux besoins des personnes à ma charge », écrit ainsi un répondant. D'autres témoignent de leur désarroi : « C'est la première fois depuis que je suis médecin à l'urgence que je me sens épuisé tous les jours. C'est à cause de cette pandémie et de la recherche d'informations qui en résulte. C'est frustrant. »

Mais certains participants voient à l'expérience des facettes positives. « J'aime profondément le bon côté qu'est le rapprochement de notre équipe », écrit ainsi un médecin.

Aux yeux du D^r Archambault, la situation comporte effectivement des aspects stimulants. « Dès le début de la pandémie, les médecins d'urgence ont trouvé une valorisation à leur pratique. Le fait de pouvoir être là en temps de COVID donnait un sens à leur travail. Être prêt à faire face à ce genre de situation fait partie de notre formation. Et depuis le début, la population est très reconnaissante envers nous et les autres professionnels de la santé pour notre travail. Tout le système de santé s'est mobilisé. »

LE PROCHAIN SONDAGE

Ainsi, les médecins d'urgence ne semblent pas avoir été blessés psychologiquement pendant les dix premières semaines de la pandémie. « Les raisons sont multifactorielles, mais je pense qu'au Canada, tous les services d'urgence étaient bien préparés, affirme la D^{re} de Wit. Et je crois que nos médecins étaient capables de faire face à l'afflux de patients, d'après ce que l'on peut voir dans l'analyse qualitative des commentaires. Mais ils devaient quand même faire face à des difficultés, que ce soit les résidents qui avaient des inquiétudes concernant leur formation ou les médecins préoccupés par les effets de la pandémie sur leurs revenus. »

Les urgentologues ne portaient par ailleurs pas de zéro pour affronter la crise. « Je pense que notre expérience avec le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) nous a aidés. Les médecins savaient davantage à quoi s'attendre. »

Et qu'en sera-t-il de la deuxième vague? Les praticiens resteront-ils résilients ou vont-ils commencer à s'épuiser? Selon la D^{re} de Wit, les deux vont se produire. « Certains médecins trouveront une manière de surmonter la situation et se sentiront plus sûrs d'eux parce qu'ils auront appris différentes techniques et façons de travailler aux urgences. Toutefois, certains pourraient aussi s'épuiser à cause de la prolongation de la pandémie et peut-être du plus grand nombre de patients dans la deuxième vague. » La chercheuse saura dans quelques mois ce qui en sera réellement. Elle va bientôt envoyer de nouveau le sondage au même groupe de médecins. //

BIBLIOGRAPHIE

1. De Wit K, Mercuri M, Wallner C et coll. Canadian emergency physician psychological distress and burnout during the first 10 weeks of COVID-19: a mixed-methods study. *J Am Coll Emerg Physicians Open* 2020. Publié initialement en ligne le 26 août.

PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC

UNE BAISSÉ DES DEMANDES D'AIDE AU DÉBUT DE LA PANDÉMIE

Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord



D^{re} Anne Magnan

La pandémie n'a pas eu les conséquences dévastatrices qu'on aurait pu craindre sur la santé mentale des médecins. Du moins au début. Ainsi, étrangement, le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) a connu une baisse de demandes d'aide durant les deux premiers mois de la crise : une diminution de 21% en mars et de 22% en avril par rapport à l'an dernier.

« C'est normal. Les médecins étaient en train de réagir, explique la D^{re} **Anne Magnan**, directrice générale du PAMQ. Il y avait de la détresse, mais ils la géraient bien. C'est sûr que l'on va vraiment en voir les conséquences dans un an ou deux. »

Affronter la crise pour les praticiens, c'était un peu comme assister à un accident. « L'adrénaline grimpe. Il y a des victimes qui ont besoin d'aide. Les médecins vont se concentrer sur les soins à donner, et non sur leur souffrance psychologique. Ils veulent régler les problèmes. Ils étaient beaucoup dans l'action, pas dans le soutien psychologique. »

L'heure était au combat. « Ce que l'on entendait et ce que l'on voyait, c'était qu'il y avait beaucoup de réunions, de formations, de rencontres pour s'organiser. Les gens se parlaient plus. C'était la bonne façon de gérer le stress aigu causé par la COVID », estime la D^{re} Magnan.

LA COVID, UNE DIFFICULTÉ DE PLUS

La demande pour des services d'aide est revenue à la normale en mai, pour ensuite grimper de 83% en juin et de 10% en juillet, comparativement à l'an dernier. En juin, cependant, les fédérations médicales ont fait une campagne pour inciter leurs membres à aller chercher de l'aide précocement.

Bien des appels reçus par le PAMQ depuis huit mois sont liés au coronavirus. « Le médecin-conseil me disait qu'il y avait des situations très complexes où la COVID venait ajouter une difficulté de plus, explique la D^{re} Magnan. Il s'agissait de médecins déjà dans une situation précaire. »

La pandémie, toutefois, touchait directement certains cliniciens. « Les problèmes étaient très variables. Ce pouvait être le stress financier, parce que plusieurs ne travaillaient pas. Certains chirurgiens n'ont plus opéré. D'autres ont eu à signer certaines journées un nombre énorme de certificats de décès. »

Souvent, il y avait un déséquilibre. « Par exemple, trop ou pas assez de travail. Au début de la pandémie, il y avait la pénurie d'équipement de protection et à la fin la fatigue d'avoir à le porter. Les difficultés ont varié au cours de la crise. »

GROUPES DE SOUTIEN ENTRE PAIRS

Durant la pandémie, deux fois plus de chefs d'équipe ont appelé au Programme pour savoir comment aider leurs membres de manière préventive. « On a réfléchi à ce dont les médecins avaient besoin. C'était de parler. Mais il fallait leur donner une structure pour le faire », explique la directrice.

Le PAMQ a misé sur la création de groupes de soutien entre pairs. « C'est ce qui est utile, selon la littérature. On a conçu des outils pour aider les médecins à en mettre sur pied. On peut trouver sur notre site Internet (pamq.org) une trousse de départ. »

Comment cela fonctionne-t-il ? « Selon la littérature, ces groupes doivent être autonomes. Il ne faut pas qu'il y ait d'expert à l'intérieur. Il doit y avoir un échange. » Les médecins peuvent ainsi se parler de ce qu'ils ont trouvé le plus difficile durant leur semaine, de ce qui les aiderait et des événements réconfortants de la journée.

Et maintenant que la deuxième vague déferle, quelle est la pire menace pour les médecins ? C'est l'éventualité d'avoir à faire des choix déchirants, estime la D^{re} Magnan. « Si à un moment donné il y a trop de patients, si le système déborde, s'il n'y a pas assez de personnel et que les médecins ne sont pas capables de donner les soins qu'ils pensent nécessaires à tous les patients, ce sera particulièrement dommageable pour eux. » La D^{re} Magnan travaille avec la D^{re} **Rachel Thibault**, ergothérapeute et chercheuse spécialisée dans la résilience. « Selon elle, le pire pour la santé psychologique, c'est d'être en porte-à-faux avec ses valeurs. » //

FORME LÉGÈRE DE LA COVID

CES SYMPTÔMES QUI PEUVENT RESTER UNE FOIS L'INFECTION GUÉRIE

On sait maintenant que certains symptômes de la COVID-19 peuvent persister, même lorsque la maladie a été bénigne. Mais lesquels se prolongent et pendant combien de temps ?

Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord



D^{re} Leighanne Parkes

Même quand la maladie à coronavirus (COVID-19) est légère, bien des patients ne retrouvent pas rapidement leur forme après l'infection. Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont constaté que 35% des personnes ayant souffert d'une forme bénigne de la maladie n'avaient toujours pas récupéré deux ou trois semaines après avoir passé un test de dépistage¹. Même des jeunes sans affections chroniques étaient touchés : 19% étaient dans ce cas.

Les chercheurs ont quantifié le problème grâce à une enquête effectuée auprès de 274 personnes qui ont reçu un résultat positif à un test de dépistage passé dans l'un des quatorze réseaux universitaires de soins de treize états. Les sujets, dont aucun n'avait été hospitalisé, ont été interviewés entre quatorze et vingt et un jours après leur visite. Ils devaient indiquer les symptômes qu'ils avaient au moment du test, si ces derniers s'étaient résorbés et si leur état de santé était revenu à la normale. Résultat : 95 sujets estimaient ne pas avoir retrouvé leur forme initiale.

Plusieurs facteurs semblent jouer (tableau¹) : l'âge, le nombre de maladies chroniques et l'obésité. Ainsi, presque la moitié des patients de 50 ans et plus n'avaient pas recouvré leurs forces contrairement aux jeunes de 18 à 34 ans, dont seulement le quart restaient affectés de deux à trois semaines après le test. Chez les sujets qui présentaient trois maladies

PROPORTION DE PATIENTS N'AYANT PAS RETROUVÉ LEUR ÉTAT DE SANTÉ INITIAL EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU NOMBRE DE MALADIES CHRONIQUES ¹	
FACTEURS	Proportion de patients n'ayant pas récupéré
Âge	
De 18 à 34 ans	26% ($P = 0,01$)
De 35 à 49 ans	32% ($P = 0,01$)
50 ans et plus	47% ($P = 0,01$)
Nombre de maladies chroniques	
0 ou 1	28% ($P = 0,003$)
2	46% ($P = 0,003$)
3 ou plus	57% ($P = 0,003$)

chroniques ou plus, 57% n'étaient toujours pas en forme. L'obésité, quant à elle, augmentait de plus du double le risque de ne pas revenir à son état normal.

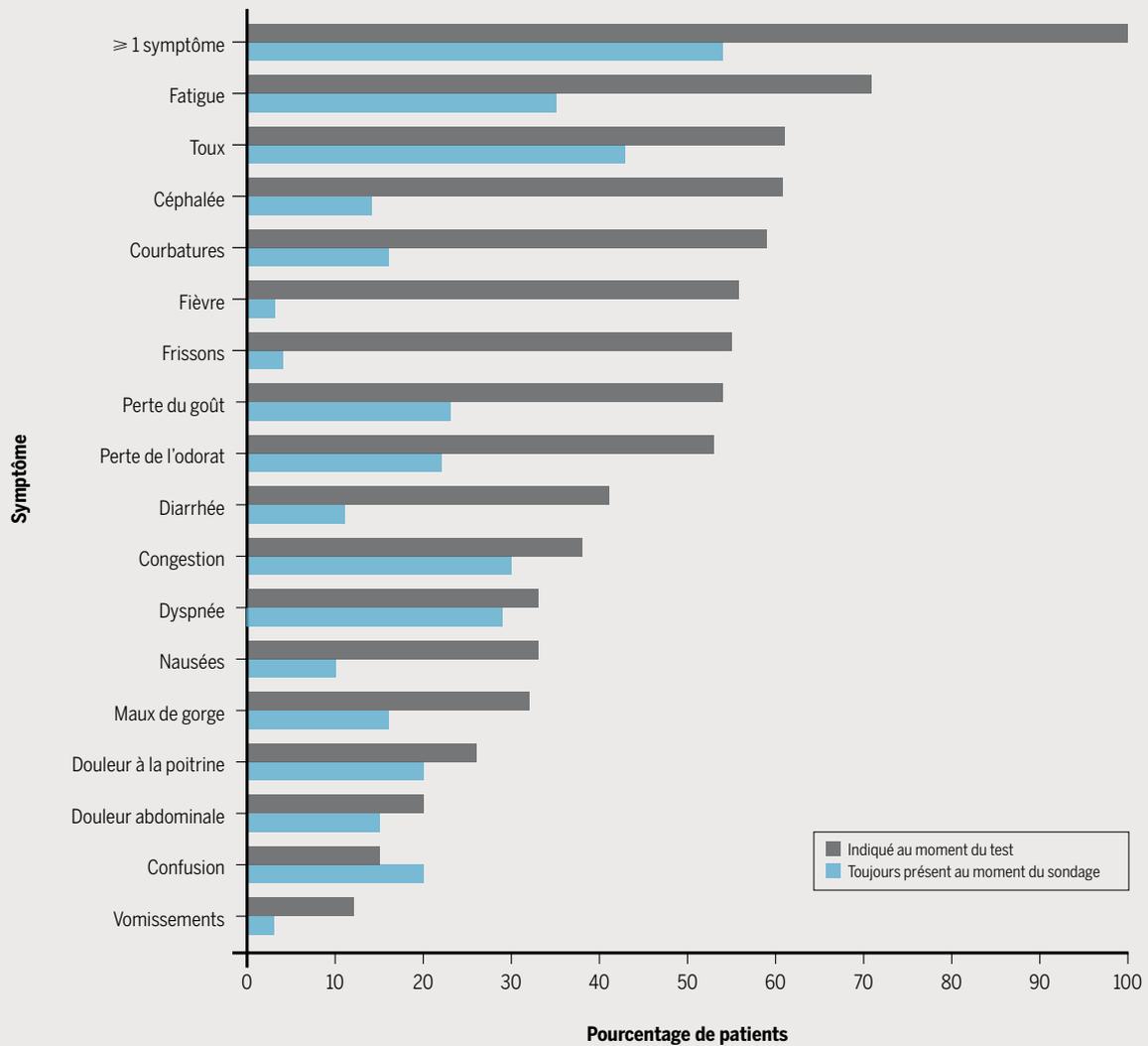
Parallèlement, plusieurs symptômes se prolongeaient chez les participants. Les plus fréquents ? La toux (chez 43% de ceux qui en souffraient initialement), la fatigue (chez 35%) et l'essoufflement (chez 29%) (figure). Parmi les sujets qui avaient perdu le goût et l'odorat pendant l'infection, quelque 20% ne les avaient toujours pas recouvrés au moment du sondage. Mais chez les personnes qui n'avaient plus de symptômes, quand s'étaient-ils résorbés ? De quatre à huit jours après le test.

AU QUÉBEC

À l'Hôpital général Juif, la D^{re} Leighanne Parkes, spécialiste des maladies infectieuses et microbiologiste, a vu quelques patients qui s'étaient présentés à l'urgence parce que leurs symptômes de la COVID se prolongeaient. « C'était des gens comme ceux de l'étude des CDC. Ils avaient eu une maladie légère ne nécessitant pas d'hospitalisation, mais gardaient une immense fatigue. Elle était intense au point

FIGURE

SYMPTÔMES AUTODÉCLARÉS AU MOMENT DU TEST DE DÉPISTAGE DU SARS-COV-2 PAR RT-PCR* (DONT LES RÉSULTATS ONT ÉTÉ POSITIFS) ET DE 14 À 21 JOURS PLUS TARD (n = 274)[†]



* Test de réaction en chaîne par polymérase après transcription inverse

† Les tests ont été passés dans 14 centres hospitaliers universitaires américains entre mars et juin 2020

Source : CDC

qu'elle les empêchait de fonctionner dans leur quotidien. Ils avaient également des perturbations du sommeil, des

sueurs nocturnes et un essoufflement au moindre effort», explique la médecin.

Ces patients étaient des travailleurs de la santé auparavant très actifs. Toujours en mouvement, pouvant monter et descendre les escaliers en courant. « Maintenant, juste le fait de sortir du lit pour aller à la cuisine non seulement les épuise, mais aussi les essouffle et déclenche des palpitations », précise la D^{re} Parkes.

Les malades ont été pris en charge par une équipe multidisciplinaire qui leur a fait passer une batterie d'examens. Tests de la fonction pulmonaire, échocardiogramme, enregistrement Holter, évaluation en médecine interne, en neurologie, etc. « On essaie de voir s'il n'y a pas d'autres causes que la COVID-19 et de trouver comment réduire les effets de la fatigue chronique de ces patients. »

Au CHUM, les microbiologistes reçoivent eux aussi des appels de patients dont les symptômes persistent après une maladie à coronavirus. « Ils éprouvent de la fatigue, ont des maux de tête, parfois des symptômes neurologiques. Ils se sentent un peu comme s'ils avaient la tête vide », explique la **D^{re} Cécile Tremblay**, microbiologiste infectiologue. Ce phénomène post-infectieux n'est pas unique à la COVID, précise la spécialiste. « Dans d'autres infections virales, comme la rougeole, on peut observer, par exemple, des encéphalites post-infectieuses. Ce qui est particulier dans le cas de la COVID-19, c'est qu'il y a un ensemble plus important de symptômes qui persistent. »

La spécialiste a par ailleurs été déçue par l'étude des CDC. Le sondage a été effectué trop tôt. Seulement de deux à trois semaines après le test. « Ce qui inquiète surtout les médecins, ce sont les patients qui ont encore des symptômes après deux ou trois mois. Là, on ne sait plus si c'est lié ou non à la COVID. »

LES PATIENTS HOSPITALISÉS

On savait déjà, mais uniquement chez les personnes atteintes d'une forme grave de l'infection, que certains symptômes de la maladie à coronavirus se prolongeaient. Ainsi, en juin, une étude italienne effectuée sur 143 patients sortis de l'hôpital après avoir été traités pour la COVID-19 a montré que 87% présentaient toujours au moins un symptôme deux mois après le début de la maladie². Parmi les sujets, 53% indiquaient qu'ils ressentaient encore de la fatigue; 43%, de l'essoufflement; 27%, des douleurs articulaires et 22%, une douleur à la poitrine.

Au Royaume-Uni, des chercheurs ont recueilli des données similaires³. Ils ont interrogé, en moyenne 48 jours après leur congé de l'hôpital, cent sujets qui avaient eu une forme grave de la COVID. La fatigue constituait le symptôme résiduel le plus fréquent: elle touchait 72% des personnes qui avaient séjourné aux soins intensifs et 60% de ceux qui avaient été dans une unité de soins ordinaires. L'essoufflement, lui, était présent chez 66% des sujets qui avaient reçu des



D^{re} Cécile Tremblay

soins intensifs et chez 43% de ceux qui avaient eu des soins normaux. Un certain nombre de participants ressentaient également une détresse psychologique.

Un tableau commence donc à se dessiner. « Ce que nous voyons maintenant, c'est que dans tout le spectre de gravité de la maladie, on trouve un sous-groupe de patients qui conservent des symptômes pendant un certain nombre de jours après la guérison de la phase aiguë de l'infection », note la D^{re} Parkes.

DES ÉTUDES PROSPECTIVES

Le phénomène du syndrome post-infectieux de la COVID est encore très nouveau. « C'est difficile de parler de symptômes qui se prolongent quand l'épidémie ne dure que depuis huit mois. Il faut laisser le temps aux chercheurs de faire des cohortes et de les suivre. On découvrira les mécanismes plus tard. On n'en est peut-être pas là », estime la D^{re} Tremblay.

La D^{re} Parkes juge, elle aussi, que des études rigoureuses sont nécessaires. « Celles dont on dispose actuellement sont rétrospectives et présentent donc des problèmes de biais de rappel. Il faut avoir des recherches qui suivent de manière standardisée des patients qui ont eu un diagnostic positif pour évaluer les symptômes à différents moments de la maladie. Nous pourrions ainsi obtenir une bonne idée des facteurs déclencheurs, des patients touchés, de la durée de leurs symptômes et des traitements qui peuvent les aider. » //

BIBLIOGRAPHIE

1. Tenforde M, Kim S, Lindsell C et coll. Symptom duration and risk factors for delayed return to usual health among outpatients with COVID-19 in a multisite health care systems network – United States, March–June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69 [30]: 993-8.
2. Carfi A, Bernabei R, Landi F et coll. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA* 2020; 324 [6]: 603-5.
3. Halpin S, McIvor C, Whyatt G et coll. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol* Publié initialement en ligne le 30 juillet 2020.