

# Le contact tracing dans la pandémie covid-19 : une affaire de « médecin » de famille ?

Analyse critique et évaluation d'un contact tracing réalisé localement, en maison médical, parmi ses patients positifs au covid-19.

Réflexion sur le rôle potentiel et de la place du médecin généraliste dans cet acte de prévention.

*Lefèvre Lorenz*

*Travail*

*de fin d'étude en vue de l'obtention d'un master  
complémentaire en médecine générale*

*Année académique : 2020-2021*

*Promoteur : Dr Hufkens Eric*

*« Tous les jours, il faut lutter pour que cet amour de  
l'humanité vivante se transforme en gestes concrets, en gestes qui servent d'exemple et  
qui mobilisent. »*

*Ernesto Guevara (1928 – 1967)*

## Remerciement

**A mes parents**, pour leur soutien sans faille et leurs nombreux sacrifices durant toutes ces années.

**Au service d'aide aux étudiants** de l'Université de Louvain (UCL), pour leur aide financière durant mes études. Merci de m'avoir permis de réaliser mon rêve.

**A ma mère** et à ma chère collègue **Roos-Lien Keijzer**, pour leurs relectures et leurs corrections orthographiques.

**A mes collègues et ma maison médicale**, pour leur soutien et leur engagement dans ce travail. Mon très cher **Lucas**, tu n'auras pas compté tes heures un seul instant.

**Aux traceurs de la maison médicales** et plus particulièrement à **Sébastien Delpire**, fidèle partenaire dans ce projet.

**A médecine pour le peuple**, pour être une source d'inspirations sans fin de par ses luttes, son histoire et sa quête d'un monde meilleur. Elle restera à jamais la meilleure école de vie.

A mes amis de la première heure, **Nicolas, Florent et Denis** pour leur soutien dans ce travail et depuis plus de 15 ans. **Florent Bosmans**, pour ses conseils toujours si justes. **Nicolas Morez**, pour mes statistiques et mes graphiques (en espérant que tes enseignements porteront leurs fruits et qu'ils m'aient rendu plus débrouillard). **Denis Devillers**, pour son soutien inébranlable dans les moments les plus difficiles.

A mon promoteur, maître de stage et mentor, **Eric Hufkens**, pour son investissement et son apprentissage. Ces trois années auprès de toi ont façonné le médecin mais surtout l'homme que je souhaite devenir.

**A mes co-assistants**, qui chaque jour me rendent encore plus optimiste sur l'avenir de la médecine générale. Merci à **Nicolas Esgain** pour ses conseils précieux dans ce travail.

**A mes maîtres de séminaires**, le **Dr. Jean-Stéphane Rochet** et la **Dr. Véronique Latteur**, pour leur apprentissage et leur bienveillance dans les méandres de l'assistantat.

**A mes patients et patientes**, ma plus grande source d'inspiration et ma plus grande fierté.

A toi, **Alexandra**, mon amour, ma camarade, sans qui peu de chose serait possible.

## Table des matières

.....	0
Liste d'abréviation .....	5
Abstract .....	6
1. Introduction.....	9
2. La recherche de contact (contact tracing) - Littérature .....	12
2.1 Qu'est-ce que la recherche de contact ou « contact tracing » ? .....	12
2.2 La pandémie de la Covid-19 : Rappel des faits .....	12
A. Une simple grippe ?.....	12
B. L'ère du confinement .....	14
2.3 Le contact tracing dans la pandémie Covid-19 : dépassé ou d'actualité ? .....	14
2.4 Le contact tracing à l'international : le « local » comme précepte ? .....	15
2.5 La recherche de contact en Belgique .....	18
2.6 Le médecin généraliste et le contact tracing .....	19
2.7 Récapitulatif .....	20
3 Méthodologie .....	21
3.1 Recherche de la littérature.....	21
3.2 Le contact tracing réalisé localement, en maison médical, au sein de ses patients positifs au covid-19 – Critique (Assurance qualité) .....	23
A. Objectifs.....	24
B. Méthodes .....	24
1) Construction du protocole : source et influence.....	24
2) Moyens logistiques/matériels/humains.....	25
3) Les « traceurs » : formation, caractéristiques et règles .....	25
4) Les soignants .....	26
5) Articulation organisationnelle .....	27
6) Description du contact tracing .....	28
7) Vie privée et conservation des données. ....	30
3.3 Le contact tracing réalisé localement, en maison médical, au sein de ses patients positifs au covid-19 – Evaluation (étude quantitative).....	31
A. Objectif .....	31
B. Méthode.....	31
3.4 Précautions éthiques .....	35
4 Résultats .....	37
4.1 Partie 1 : Profil général et socio-économique des répondants.....	37
4.2 Partie 2 : Caractéristiques générales de contamination des répondants .....	38

4.3	Partie 3 : Les données du Contact Tracing effectué .....	39
4.4	Partie 4 : L'avis personnel des répondants sur le contact tracing de la maison médicale.....	41
4.5	Données du Contact Tracing Effectué : focus sur Octobre/Novembre 2020.....	41
5	Discussions .....	44
5.1	Interprétation des résultats de l'enquête .....	44
A.	Profil général et socio-économique des répondants .....	44
B.	Indicateurs de performance pour le contact tracing (covid-19) .....	44
C.	Les données du Contact Tracing Effectué .....	45
D.	L'avis personnel des répondants sur le contact tracing de la maison médicale .....	47
E.	Données du Contact Tracing Effectué : focus sur Octobre/Novembre 2020.....	48
5.2	La méthodologie de l'enquête .....	49
5.3	Critique et analyse du contact tracing de la maison médicale.....	52
A.	Les choix organisationnels.....	52
B.	Les traceurs .....	53
C.	Les soignants et le médecin généraliste.....	54
5.4	Le contact tracing en Belgique .....	56
A.	Les données du CT Belge et Wallon .....	56
B.	Parallèle avec les résultats de notre CT local : Comparaison n'est pas raison ?.....	58
5.5	Le rôle et la place potentielle du médecin généraliste dans le contact tracing.....	60
5.6	Des soins de santé propices au CT ?.....	62
6.	Conclusion .....	64
7.	Bibliographie.....	66
8.	Annexes .....	71

## Liste d'abréviation

AVIQ : Agence pour une vie de qualité

CEHF : comité d'éthique hospitalo-facultaire

CT : contact tracing

ECDC : European center for disease prevention and control

GEIMG : groupe d'Éthique interuniversitaire pour la médecine générale

HR : Haut risque

KPIs : Key performance indicators

MPLP : Médecine pour le peuple

NHS : National health System

OMS/WHO : Organisation mondial de la santé / World health organisation

PI : patient index

**R0 : nombre de reproduction de base** ou  $R_0$  (*ratio 0*) d'une [infection](#) peut être considéré comme le nombre attendu de cas directement générés par un cas dans une population où tous les individus sont sensibles à l'infection

TTI : tester/tracer/isoler

UCL : université catholique de louvain

**Mots clés** : « contact tracing » ; « Covid-19 » ; « médecine générale » ; « Assurance-qualité » ; « prévention primaire » ; « étude quantitatif » ; « étude transversale » ; « établissement de soins primaire » ; « maison médicale »

**Indexation** : « QT3 » ; « QD41 » ; « QR323 » ; « QS1 » ; « QS41 »

## Abstract

### Introduction

La crise du coronavirus est inédite pour tout médecin (plus globalement les soignants) et la médecine générale a du se réinventer pour répondre aux attentes de la population. En pleine pandémie de covid-19, le confinement a permis de stopper la prolifération du virus parmi les populations. Cependant, le confinement des populations ne peut se faire éternellement et de manière trop répétitive. Les conséquences socio-économiques et, paradoxalement, de santé (notamment psychologique) seraient beaucoup trop graves. Dès lors, d'autres alternatives doivent être trouvées.

La recherche de contact (« Contact tracing » en anglais) est un outil épidémiologique utilisé dans la gestion d'épidémies de pathogènes très contagieux. Qu'ils viennent d'Asie ou d'Europe, les résultats de nombreuses études suggèrent que la recherche de contact reste la pierre angulaire d'une stratégie sanitaire efficace, surtout dans la pandémie de la covid-19. En parcourant la littérature « mondiale », un élément s'est avéré vecteur de réussite dans le contact tracing : l'aspect « communautaire » ou « local ». En effet, outre les exemples asiatiques, trois pays viennent étayer cet aspect local du contact tracing : L'Allemagne, la Grande-Bretagne et Cuba.

En Belgique, Un système de call-center centralisé est prévue pour chaque région responsable du CT. Cependant, le contact tracing belge ne semble pas avoir eu les résultats escomptés.

La maison médicale de Médecine pour le Peuple (MPLP) – Marcinelle s'est lancée dans la réalisation de la recherche de contact à l'échelle locale. Le médecin généraliste semble y prendre une place centrale.

### Méthode

Une revue de la littérature systématique afin de mettre en lumière des liens entre la médecine générale et le contact tracing. Il s'est avéré qu'aucun article ne s'est trouvé assez pertinent. De ce constat, une simple recherche de la littérature non systématique a été faite, visant à définir « Qu'est-ce que le contact tracing ? » et de quelle façon est mis en place le contact tracing dans la pandémie de la covid-19 en Belgique et à travers le monde.

Faire une analyse critique cette expérience locale réalisée à Médecine pour le peuple – Marcinelle et Réfléchir au rôle et la place potentielle du médecin généraliste dans le contact tracing grâce à une étude d'assurance qualité.

Evaluer l'efficacité de cette expérience « locale » via une étude quantitative observationnelle, sous forme de questionnaire, interrogeant les patient.es (sexe féminin ou Masculin) âgé.es de 18 ans ou plus de la maison médicale « Médecine pour le peuple- Marcinelle » ayant eu un résultat positif à la covid-19 ou ayant eu un résultat négatif interprété comme « faux-négatif » dans la période du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 30 Avril 2021. Un focus sera fait sur la période de la 2<sup>ème</sup> vague ( 1 octobre au 31 novembre 2020)

### **Résultats**

Dans notre population initiale de 164 sujets, un échantillon de 63 répondants a pu être sélectionné, soit 38,4 % de celui-ci. **90%** de notre échantillon a été atteints par le CT de la maison médicale, que ce soit durant la 2<sup>ème</sup> vague (38sujets, n=42) ou durant toute la période de l'étude (57sujets, n=63). Il s'est avéré avoir une réactivité non négligeable de ce contact tracing à contacter le plus rapidement possible les cas confirmés, avec une légère perte d'efficacité durant la 2<sup>ème</sup> vague. Le suivi à long terme, la clarté des informations transmises et le lien de confiance avec le traceur pendant l'isolement ont obtenus des résultats très convaincant sur leur efficacité et peu importe la période. Concernant les contact étroits, les sujets déclarent avoir transmis l'ensemble de leurs contacts étroits à 91% sur toute la période de l'étude (52sujets, n=57) et 89% pour la seconde vague (34sujets, n=38).

### **Conclusion**

Le contact tracing mis en place à la maison médicale de MPLP-Marcinelle semble avoir été efficace, que ce soit pour la période du 1 octobre 2020 au 30 Avril 2021 ou durant la 2<sup>ème</sup> vague (1 Octobre au 31 Novembre 2021). D'un point de vue organisationnel, des moyens humains importants ont été nécessaires, de même qu'une structure adéquate permettant d'organiser ce projet. La réussite de ce CT réside dans chaque étape de la mise au point de son organisation, chaque acteur de la maison médicale étant un rouage indispensable.

Dans cette expérience, le médecin généraliste y a joué un rôle prépondérant, occupant une place centrale dans sa création et son déroulement. Seulement, notre système de soins ne

permet pas d'offrir ce genre de service. Les maisons médicales s'avèrent être des structures indispensables aux généralistes pour pratiquer ce CT mais ne sont pas suffisamment présentes dans le paysage belge pour embarquer la médecine générale dans cette aventure (la majorité des généralistes pratiquant en solo).

En revanche, cette expérience locale peut servir d'exemple aux autres maisons médicales et peut se voir comme un moyen de promouvoir un système de soins préventifs plus fort, trop longtemps délaissé.

## 1. Introduction

La crise du coronavirus est inédite pour tout médecin (plus globalement les soignants), en particulier pour les jeunes assistants. Pour ma part, je suis partagé entre un sentiment de stress, de surmenage et d'excitation à l'idée d'être en 1ère ligne pour combattre ce virus. La médecine générale a du se réinventer pour répondre aux attentes de la population (la téléconsultation<sup>1</sup>, le testing, les adaptations aux nouveaux protocoles sanitaires nationaux, régionaux et locaux<sup>2</sup>).

Cette pandémie impacte toute la population, et cela de multiple manière. Du point de vue du virus lui-même, les personnes à risque de développer une forme sévère de la maladie sont en danger<sup>9,10,24</sup>. De plus, le confinement de la population a été vécu comme une catastrophe pour beaucoup de personnes. Certes, cette mesure était plus que nécessaire pour éviter une saturation de nos lits aux soins intensifs et, à posteriori, un effondrement de notre système de santé, mais d'autre part il aura eu des retombées dramatiques sur la vie des gens : conséquences sociales<sup>3</sup> (perte d'emplois, fermeture d'entreprises, accès aux réseaux entravés,...), effets sur la santé mentale<sup>3</sup> (enfermement, privation du cercle familial et amical, l'incertitude et la peur, l'anxiété) mais aussi un impact sur la gestion médicale (la saturation des hôpitaux, la téléconsultation uniquement avec le médecin traitant, les erreurs médicales potentielles,...). Contrôler cette pandémie est donc un défi de santé public majeur. Cependant, le confinement s'avère être une arme à double tranchant que nous ne pourrions plus nous permettre d'utiliser comme bon nous semble.

Face à ce constat, à l'incertitude anxiogène du moment et à la volonté de jouer mon rôle de médecin généraliste dans de meilleures conditions, il me fallait acquérir plus de connaissance et d'expérience sur le sujet.

Dès lors, pour mieux comprendre comment gérer une épidémie, je me suis intéressé au « TTI » (Testing/tracing/isolation), et plus particulièrement au contact tracing, se révélant un outil majeur dans la gestion de diverses épidémies (Ebola, Tuberculose,...)<sup>4,5</sup>. Cet outil a été utilisé dans plusieurs pays, notamment la Chine<sup>6,13,24</sup>, avec des résultats très

intéressants<sup>15,16</sup>. Les pouvoirs publics belges ne se sont intéressés au contact tracing dans la gestion du covid-19 que plus tard. Néanmoins, il se pratique aujourd'hui chez nous (lancement le 4 mai 2020).

En Belgique, le contact tracing est appliqué par les régions et organisé par le pouvoir fédéral. Il propose un système de téléphonistes venant des différentes régions du pays, n'ayant pas de lien ou de contact direct avec la 1<sup>ère</sup> ligne des soins (médecins traitants, etc...)<sup>25,26</sup>. L'engagement de la 1<sup>er</sup> ligne de soin et des médecins généralistes dans le projet gouvernemental est très limité. Le médecin généraliste n'est pas du tout impliqué dans le contact tracing et est restreint à pratiquer, dans une moindre mesure, le « testing ». De plus, les nombreuses expériences de mes patients et de ceux de mes collègues concernant la recherche de contact gouvernementale se sont avérées assez négatives.

Dans la littérature, le contact tracing organisé plus localement semble apporter plus d'efficacité qu'un contact tracing « centralisé ». Dans plusieurs pays, cet aspect local se traduit par une organisation via la ville ou le comté (Royaume-Uni)<sup>22</sup>, en district (Allemagne<sup>20,21</sup>, Chine) ou par les médecins de quartier (Cuba)<sup>23</sup>. Cependant, hormis l'exemple cubain, la littérature à travers le monde n'abonde pas concernant l'implication du médecin généraliste dans ce contact tracing.

En d'autres termes, tout ceci m'amène me questionner de l'importance de la place de la médecine générale dans ce processus ; le médecin étant un protagoniste majeur de notre 1<sup>ère</sup> ligne de soins de santé, un acteur local, possédant une expérience de terrain très importante et un lien de confiance puissant avec ses patients. Cette réflexion fait écho à mes convictions et à la vision de ma pratique future : promouvoir et participer à un système de soins beaucoup plus préventif.

Plusieurs maisons médicales, au sein de Médecine pour le Peuple (MPLP), se sont lancées dans la réalisation de la recherche de contact à l'échelle locale, notamment celle de Marcinelle (mon lieu de stage) qui effectue ce contact tracing, toujours en cours, depuis juin 2020.

Ce travail tentera de répondre à plusieurs objectifs :

- 1) Définir ce que représente le « contact tracing » et faire un aperçu de ce qu'il se fait à travers le monde concernant le contact tracing pendant la pandémie de covid-19. La médecine générale s'y retrouve-t-elle impliquée ailleurs ?
- 2) Faire une critique de cette expérience locale réalisée à Médecine pour le peuple – Marcinelle  
En Belgique, est-il possible d'établir et organiser un contact tracing local ? Les maisons médicales s'avèrent-elles des structures propices à cet exercice ?
- 3) Réfléchir au rôle et la place potentielle du médecin généraliste dans le contact tracing.
- 4) Evaluer l'efficacité de cette expérience « locale » via une étude quantitative observationnelle, sous forme de questionnaire, interrogeant les patient.es (sexe féminin ou Masculin) âgé.es de 18 ans ou plus de la maison médicale « Médecine pour le peuple-Marcinelle » ayant eu un résultat positif à la covid-19 ou ayant eu un résultat négatif interprété comme « faux-négatif » dans la période du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 30 Avril 2021. Un focus sera fait sur la période de la 2<sup>ème</sup> vague ( 1 octobre au 31 novembre 2020), période où le nombre de cas conséquent pourrait mettre à rude épreuve ce CT.

Globalement, l'objectif est d'explorer d'autres outils complémentaires à l'arsenal « thérapeutique préventif » du médecin généraliste. En effet, le contact tracing, impliquant le médecin généraliste ,pourrait s'avérer être une pratique bénéfique et positive sur la promotion des soins de santé préventifs pour les patients dans notre société.

## 2. La recherche de contact (contact tracing) - Littérature

### 2.1 Qu'est-ce que la recherche de contact ou « contact tracing » ?

La recherche de contact (« Contact tracing » en anglais) est un outil épidémiologique utilisé dans la gestion d'épidémies de pathogènes très contagieux. Cette technique est utilisée chez nous pour la tuberculose (FARES- Fond des infections respiratoires)<sup>4</sup> et a été un outil précieux dans la gestion de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest<sup>5</sup>.

La recherche de contact vise à rompre la chaîne de transmission du pathogène dans la population. Elle consiste à identifier et suivre les personnes ayant été potentiellement en contact avec l'agent pathogène via un cas confirmé. De cette manière, il est possible de prévenir des contaminations ultérieures par la mise en place d'une quarantaine avec surveillance des symptômes ou d'un isolement strict si présence de symptômes.

### 2.2 La pandémie de la Covid-19 : Rappel des faits

Pour parler du CT dans la pandémie de covid-19, il faut revenir à l'origine de la contamination : à Wuhan, région de Hubei, en Chine.

#### A. Une simple grippe ?

L'épidémie a débuté dans la ville de Wuhan, en Décembre 2019, chez des personnes présentant une pneumonie de cause inconnue et qui, pour la plupart, avaient visité le marché alimentaire de la ville à Huanan. Les recherches ont montré que le premier groupe de personnes infectées comptait 41 personnes ayant développé des symptômes entre le 8 décembre 2019 et le 2 janvier 2020. Le 9 janvier 2020, les autorités sanitaires chinoises et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) présentent les résultats du séquençage génomique de cet agent. Ceux-ci indiquent un nouveau coronavirus (SARSCoV-2) comme pathogène causal. La maladie se répand hors de Chine dès janvier. Le 11 mars 2020, l'épidémie de Covid-19 est déclarée pandémie par l'OMS<sup>7</sup>.

Très vite, la communauté scientifique et l'OMS s'inquiètent de ce nouveau coronavirus. En effet, les études chinoises ne sont pas rassurantes<sup>9</sup> :

Dans sa grande majorité, la maladie se présente de manière bénigne (81% de formes symptomatiques légères). En revanche, 14% des cas présentent une forme sévère de la maladie (pneumonie nécessitant une prise en charge médicale) et 5% des cas se retrouvent aux soins intensifs dans un état critique.

Le taux de mortalité globale se situe à 2,3%, mais celui-ci grimpe à des valeurs beaucoup plus élevées avec les catégories d'âge plus avancées (8% pour les 70-79ans, 14.8% pour les >80ans). Le taux de mortalité aux soins intensifs est de 49%.

En Belgique, ces « tendances » se confirmeront<sup>10</sup>. Outre l'âge, étant le facteur de risque le plus important en terme de mortalité, certains facteurs de comorbidité vont s'avérer augmenter drastiquement le risque d'hospitalisation et de mortalité<sup>10</sup>. Dans le bulletin épidémiologique du 26 Mars 2020 de « sciensano »<sup>10</sup>, il est répertorié le nombre d'hospitalisations et les facteurs de comorbidités de ces patients : l'hypertension artérielle (35,5%), les maladies cardio-vasculaires (28,9%), le diabète (19,6%) et les maladies pulmonaires chroniques (16,3%), n'arrivant qu'en 4<sup>ème</sup> position. L'obésité, facteur de risque peu retrouvé dans les études chinoises, s'expliquant probablement de manière culturelle, fera son apparition comme un facteur de comorbidité incontournable dans les hospitalisations « covid » (Bulletin épidémiologique du 14 Mai 2020 de sciensano – Obésité dans les hospitalisations covid-19 = 13%)<sup>12</sup>.

Outre sa létalité dans les couches de la population les plus « fragiles », c'est la question de la saturation hospitalière qui est très préoccupante. En effet, Ces études montrent aussi une grande virulence de ce pathogène avec un R0 (taux de reproduction) initial à 2,79, pouvant exploser selon la situation.

En d'autres termes, même si une grande partie de la population ne développe que des symptômes mineurs (environ 80%), la vitesse à laquelle ce nouveau virus se propage, virus dont nous n'avons pas de traitement ni de vaccin et dont nous ne connaissons que peu de chose, et sa létalité dans la population plus « vulnérable » (âge, comorbidité, ...), entraineraient une prise en charge de trop de patients, dans un laps de temps trop court, à

être pris en charge dans les structures hospitalières (urgences, soins intensifs, etc...). Le risque de saturation des hôpitaux, en terme de « capacité de pointe », aurait pour conséquence le refus d'accueil de patients nécessitant des soins indispensables.

## B. L'ère du confinement

Face à cette situation, les autorités publiques réagissent. La pandémie étant bien installée, le confinement de la population est étudié. Le 17 Mars, la Belgique entre dans son 1<sup>er</sup> confinement : Les personnes devront rester chez elles. L'Horeca et des lieux culturels sont fermés, les rassemblements sont interdits, un couvre-feu est instauré sur le territoire, le télétravail est rendu obligatoire, les sorties interdites sauf si indispensables, la « bulle sociale » est mise en place et les frontières se ferment.

Les résultats de ces mesures ne se font pas attendre : les hospitalisations et le nombre de cas baissent. En Mai 2020, le gouvernement allège progressivement les mesures de confinement jusqu'au 27 juin 2020 ou celui-ci est presque totalement levé. Une deuxième vague de l'épidémie frappera le pays en octobre 2020, entraînant un deuxième confinement le 2 Novembre 2020. Cependant, le confinement des populations ne peut se faire éternellement et de manière trop répétitive. Les conséquences socio-économiques et, paradoxalement, de santé (notamment psychologique) seraient beaucoup trop graves<sup>3</sup>. Dès lors, d'autres alternatives doivent être trouvés...

### 2.3 Le contact tracing dans la pandémie Covid-19 : dépassé ou d'actualité ?

La recherche de contact est déjà bien rôdée en Asie. En effet, le continent asiatique a déjà dû faire face à des épidémies de virus tel que le MERS-cov, le SARS-cov-1 ou la grippe H1N1. Ces épisodes épidémiologiques ont profondément changé la culture des populations asiatiques, notamment en Chine. Avec une stratégie de testing massif, un isolement stricte des cas et la distanciation sociale, le contact tracing a fait figure de proue dans la gestion de ces pandémies, comme lors de l'épidémie de SRAS en 2003<sup>16</sup>. Il n'est donc pas surprenant de retrouver le contact tracing à l'ère de la Covid-19.

Au début de la crise (février 2020), l'OMS récolte le plus de données possibles sur les moyens de lutter contre ce nouveau pathogène. Très vite, son attention se porte sur la Chine, d'une part pour être le berceau du Sars-cov-2, mais surtout parce que les politiques sanitaires appliquées semblent porter leurs fruits<sup>24</sup> : Le contact tracing y est pointé comme l'un des responsables.

Par exemple, à Shenzhen, ville du sud de la Chine, près de Hong Kong, des données épidémiologiques sur la transmission du virus ont été collectées entre le 12 janvier 2020 et le 14 Février 2020 à partir des cas identifiés durant cette période et des mesures sanitaires mises en place par la ville<sup>6,13</sup>. Dans cette ville, et durant cette période, le R0 moyen fut de 0.4 à 1, largement inférieur à la valeur de R0 du virus sans mesures sanitaires (entre 2-4)<sup>13</sup>.

En Europe, des études sur base de modélisation mathématique ont été effectuées pour l'efficacité d'une stratégie de recherche de contact.

En se basant sur les données de la « BBC pandemic » (Projet de collecte de données épidémiologiques lors d'épidémie, piloté par l'université de Cambridge et la London school, en partenariat avec La BBC)<sup>14</sup> de 40 162 participants britanniques, des simulations de multiples scénarios (testing massif, isolement, tracing et distanciation sociale) ont été effectuées<sup>15</sup>. Les différentes « stratégies » sont évaluées par le taux de reproduction effective du virus et du nombre de contact qui seraient mis en quarantaine chaque jour. Peu importe la stratégie mise en place, celle impliquant le CT réduirait davantage la transmission du virus que toutes les autres stratégies simulées ( « 64 % pour l'auto-isolement et la quarantaine du ménage avec l'ajout de la recherche manuelle de tous les contacts, 57 % avec l'ajout de la recherche manuelle des connaissances uniquement, et 47 % avec l'ajout de la recherche basée sur l'application uniquement »).

Qu'ils viennent d'Asie ou d'Europe, ses résultats suggèrent que la recherche de contact reste la pierre angulaire d'une stratégie sanitaire efficace, surtout dans la pandémie de la covid-19.

6,13,16,15,24,35

#### [2.4 Le contact tracing à l'international : le « local » comme précepte ?](#)

A travers le monde, sous l'impulsion de l'OMS<sup>24</sup> et de la communauté scientifique, les états ont bien compris l'utilité et l'importance du contact tracing. Cependant, selon les pays, celui-

ci est organisé différemment, avec des résultats qui le sont tout autant. On remarque une différence notable entre les pays occidentaux (avec certaines exceptions) et les pays asiatiques, notamment en termes d'organisation et de structure mais aussi de résultat, avec un avantage certain pour les pays asiatiques, tel que la Chine, le Viêtnam, Taiwan, la Corée du sud ou le Japon<sup>17,19</sup>. Les arguments avancés de cette « faiblesse » occidentale sont divers et complexes : Un système de soins moins adapté à la prévention ou sous-financé (manque d'infrastructures, de personnel, ...), un manque de confiance en fonction des populations, l'expérience d'épidémie passée, la culture, la technologie, etc<sup>17,18,19</sup>. A titre d'exemple concernant le manque de moyen, la ville de Wuhan (Chine), en février 2020 a mobilisé 1800 équipes d'épidémiologistes (équipe de minimum 5 personnes), retraçant le virus quartier par quartier dans cette ville de 11 millions d'habitants<sup>24</sup> (soit 1 agent pour 1222 habitants). En comparaison, la Wallonie (3.600.000 habitants) visera à engager pour la fin de l'été 2020 405 agents de call center et 135 agents de terrains (1 agent pour 6666 habitants)<sup>25</sup>.

En parcourant la littérature « mondiale », un autre élément s'est avéré vecteur de réussite dans le contact tracing : l'aspect « communautaire » ou « local ». En effet, outre les exemples asiatiques, trois pays viennent étayer cet aspect local du contact tracing : L'Allemagne, la Grande-Bretagne et Cuba.

En Allemagne<sup>20,21</sup>, le gouvernement fédéral décide assez vite (avril 2020) de produire un contact tracing localement via les services de santé publiques locaux déjà présents. Pour ce faire, l'état fédéral et les régions fournissent des investissements supplémentaires pour revitaliser et renforcer les autorités locales de santé publique.<sup>20</sup> 400 centres d'appel vont être mis en place à travers toute l'Allemagne, sous l'égide des autorités de santé publique locales respectives, comptant une dizaine d'opérateurs et en lien avec une équipe soignante<sup>21</sup>. Des fonctionnaires publics sont réquisitionnés et des bénévoles de tous horizons et de différents métiers sont engagés. Bien qu'inexpérimentés, ils sont formés et encadrés par des agents de santé de 1<sup>er</sup> ligne beaucoup plus expérimentés. Le manque d'expérience de ces traceurs semble avoir été vite comblé, d'une part grâce aux agents de santé de terrain mais surtout par leur intégration dans les structures organisationnelles de santé déjà existantes et renforcées par l'Etat. De par cette approche, l'Allemagne s'est avéré le pays européen répondant le mieux à la crise sanitaire<sup>20</sup>.

En Grande-Bretagne<sup>22</sup>, le CT s'est initialement fait de manière centralisée. Le « test and trace programme » du NHS (national health system), délégué à des entreprises privées, a été lancé le 28 Mai 2020. Il consiste en une poignée de centres d'appel nationaux produisant le contact tracing. Ce « test and trace programme » a très fortement été critiqué outre-manche par les experts, mais aussi par le gouvernement britannique lui-même qui pointe un manque de résultats, des difficultés majeures à atteindre les populations concernées ( le taux d'atteinte des cas positifs et de leurs contacts a été trop faible par rapport aux recommandations de l'OMS<sup>36</sup>) et un « scandale » médiatique de traceurs, souvent inexpérimentés, n'ayant aucune tâche, et des équipes de santé publique ayant une expertise locale ayant été peu utilisées.

En d'autres termes, les services locaux de santé publique ont été négligés au profit d'un système centralisé, délégué à des entreprises privées<sup>20,22</sup>.

A l'été 2020, l'état commence à faire marche arrière et pense à revoir son « test and trace programme », pour réinvestir dans sa 1<sup>er</sup> ligne de soins. En effet, de nombreux exemples locaux tel que Blackburn, Peterborough ou Liverpool, localités ayant lancés leur propre contact tracing à l'échelle locale, semblent montrer de meilleurs résultats en terme d'atteinte des cas et de leurs contacts. Les raisons avancées sont multiples<sup>22</sup> : meilleure connaissance de la population locale et des communautés, lien de confiance plus important, expérience de terrain des agents, interaction plus appuyée avec la population ( tel que le « porte-à-porte »).

Un dernier exemple international semble pertinent à rapporter : Cuba<sup>23</sup>. De par son manque de ressources et sa mauvaise réputation en Occident, cette île des caraïbes semble un endroit où l'on pourrait s'attendre à un désastre sanitaire. Il s'avère que ce n'est pas le cas, et cela grâce à un système de soins de santé primaire préexistant et développé.

A Cuba, les soins de santé primaires s'organisent au sein des polycliniques communautaires, avec médecins et infirmiers, présents dans chaque quartier. Le pays est donc déjà organisé et « quadrillé » sanitaire parlant, avec des infrastructures et du personnel lui aussi déjà présent dans chaque quartier. Les universités Cubaines et leurs étudiants jouent un rôle majeur en cas de pandémie, pouvant eux aussi aider la collectivité. De plus, les travailleurs de la santé ont une image très positive au sein de la communauté cubaine, créant ainsi un lien très fort entre les soignants et la population<sup>23</sup>. Durant l'épidémie de covid-19, chaque

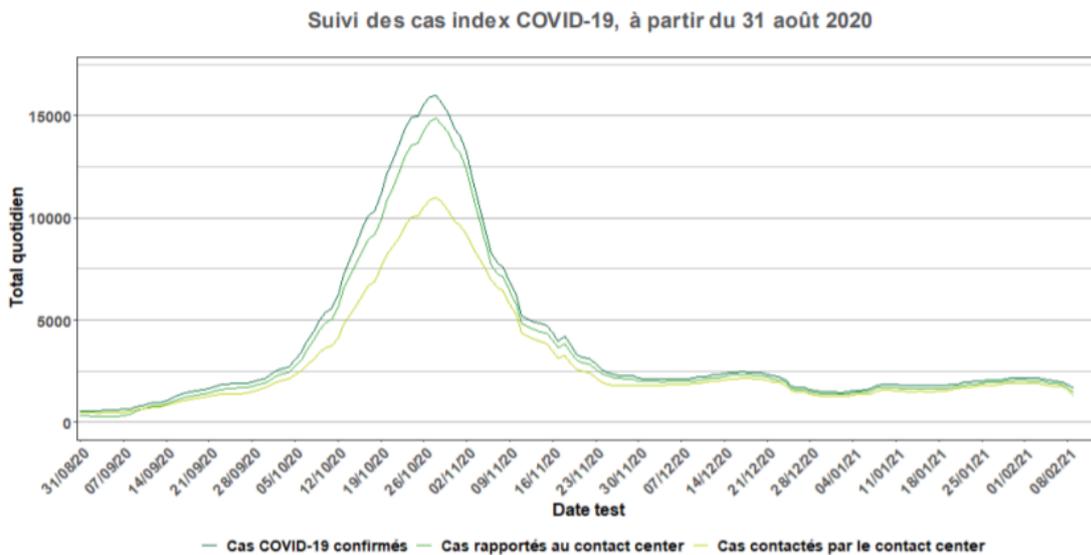
polyclinique communautaire a organisé la recherche de contact de son quartier. Localement, les étudiants des écoles de médecine, ainsi que les agents de santé, parcourent les quartiers par le « porte-à-porte », recensant les personnes contagieuses ou ayant été en contact étroit avec un cas positif. Un rapport est fait au médecin/infirmier de quartier. Ces polycliniques transmettent leurs informations à l'université coordinatrice, responsable des districts concernés, qui elle-même renvoie les informations nécessaires vers le centre de coordination national : Un véritable système nerveux où les terminaisons nerveuses se situent au plus proche des quartiers.

### 2.5 La recherche de contact en Belgique

En Belgique, l'organisation du contact tracing est effectuée par les 3 régions du pays (Wallonie, Flandre et Bruxelles) directement chapeautées par le gouvernement fédéral. Un système de call-center centralisé est prévue pour chaque région, de même que le recrutement des « traceurs ». En Wallonie, l'organe responsable est l'Aviq ( Agence pour une vie de qualité)<sup>20</sup>. Comme cité précédemment, 405 agents de call center et 135 agents de terrains devaient être recruté fin de l'été 2020 pour la région Wallonne<sup>25</sup>. Des objectifs qui ne seront pas encore tenus en octobre 2020, lors de la 2<sup>ème</sup> vague (230 agents de call center au plus fort de la crise, soit 1 agent de call center pour 15.652 wallons)<sup>38</sup>.

L'institut de santé publique « sciensano » détient les données sur le CT Belge directement via les entités fédérées ( « AVIQ », « Iricare », « Agenschap zorg en gezondheid »).

Au niveau national, pour la période du 31 Août 2020 jusqu'au 12 février 2021, le taux d'atteinte du CT « national » se présente comme tel<sup>11</sup> :



COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DU 12 février 2020 Situation épidémiologique [Internet]. Sciensano.be.

Il n'y a pas de données « chiffrées » ou explicatives du taux d'atteinte des cas positifs pour cette période, hormis le pourcentage de cas positifs ayant transmis des contacts étroits sur cette même période : 59,6 % (sur les 636 268 cas covid-19 confirmés et contactés)<sup>11</sup>.

Le contact tracing belge ne semble pas avoir eu les résultats escomptés, faisant souvent la une dans la presse surtout pour son manque d'efficacité, son manque de personnel au temps fort de la crise et ses faits divers<sup>38,39</sup> (exemple d'article de presse (rtbf mai 2020) : « des employés des call centers se plaignent de ne pas avoir grand-chose à faire »).

## [2.6 Le médecin généraliste et le contact tracing](#)

A Cuba, le médecin de famille est pleinement impliqué dans le contact tracing.

Hormis l'exemple Cubain, des liens clairs et évidents entre la médecine générale et la pratique du contact tracing n'ont pas été trouvés dans la littérature (systématique et non systématique) concernant les autres pays. En effet, la littérature parcourue nous transmet des expériences structurelles de plusieurs pays. Pour certains, nous comprenons que le médecin généraliste n'y est pas impliqué, mettant principalement en avant des agents de call center,

des agents de terrain ou des épidémiologistes. Pour d'autres, des équipes médicales y sont nommés et nous devinons que la médecine générale y est peut-être impliquée.

## 2.7 Récapitulatif

Le contact tracing s'avère être un outil indispensable dans la lutte contre la covid-19, et reconnu comme tel par la communauté internationale et l'OMS. Outre son efficacité, il permet d'éviter le confinement de toute la population, confinement pouvant avoir des conséquences néfastes si nous en abusons.

Cependant, le CT s'avère efficace en fonction de l'organisation de celui-ci, pour différentes raisons : Un système de soins moins adapté à la prévention ou sous-financé (manque d'infrastructures, d'organisation, de personnels, ...), un manque de confiance en fonction des populations, l'expérience des épidémies passées, la culture, la technologie, etc. L'aspect plus « local » de son organisation semble être un des éléments importants de son efficacité.

Hormis l'exemple cubain et les « sous-entendus » dans la littérature, des liens clairs et évidents entre la médecine générale et la pratique du contact tracing n'ont pas été trouvés.

Dans notre pratique quotidienne, nous avons été confrontés de nombreuses fois à des patients positifs qui ont bénéficié du contact tracing gouvernemental. Cependant, celui-ci s'est avéré insuffisant, notamment à son lancement mais surtout lors de la 2ème vague de l'épidémie (Octobre et Novembre 2020)<sup>11</sup>. Les articles de presse<sup>38,39</sup> concernant le tracing viennent s'ajouter à nos multiples expériences subjectives.

En Belgique, une série de maisons médicales se sont lancées dans la réalisation de leur propre contact tracing, notamment « Médecine pour le peuple ». Le médecin généraliste semble y prendre une place centrale et ce contact tracing s'effectue à une échelle locale.

A cet instant, il nous semble opportun de faire une analyse critique de cette expérience locale réalisée au sein d'une de ces maisons médicales (Médecine pour le peuple- Marcinelle), de réfléchir sur le rôle et la place potentielle du médecin généraliste dans le contact tracing et d'évaluer l'efficacité et la pertinence de cette expérience « locale ».

## 3 Méthodologie

### 3.1 Recherche de la littérature

La recherche dans la littérature scientifique a été effectuée entre juin 2020 et avril 2021 afin d'étudier plusieurs éléments :

- 1) Quels liens existe-t-il entre le médecin généraliste et le contact-tracing ?
- 2) Qu'est-ce que la recherche de contact ou « contact tracing » ?
- 3) De quelle façon est mis en place le contact tracing dans la pandémie de la covid-19 (utilité, pertinence et efficacité), en Belgique et à travers le monde ?

Concernant le lien entre le médecin généraliste et le contact tracing durant la pandémie de la covid-19, une recherche systématique de la littérature a été produite.

Pour nous aider dans notre recherche, la méthode « PICO » a été utilisée de la manière suivante :

<b>Patient</b>	Médecin généraliste pratiquant en extra hospitalier à travers le monde.
<b>Intervention</b>	pratique ou lien avec le contact tracing dans la pandémie de covid-19 ?
<b>Comparaison</b>	/
<b>Outcome</b>	Description et exemple de pratique et/ou de lien entre le médecin généraliste avec le contact tracing.

Les sources d'informations suivantes ont été consultées : Embase, Pubmed, Cochrane, litCovid (NCBI-NIH-NLM) et google scholar.

Différentes équations de recherche ont été testées (cfr. Annexe – recherche littérature), en anglais, afin de trouver la littérature souhaitée :

« Contact tracing » ; « Contact examination » ; « general practitioner » ; « general practice » ; « coronavirus disease 2019 » ; « covid-19 » ; « health care personnel » ; « primary care provider » ; « physicians, primary care » ; « primary health care »

Les articles pouvant être sélectionnés sont en langue française, anglaise ou néerlandaise. Il n'y a pas eu de restrictions dans la méthode utilisée (études qualitatives, Revue systématique de la littérature, étude de cohorte, etc...).

Malgré cette recherche, nous n'avons pu mettre en évidence d'article assez pertinent concernant le lien entre la médecine générale et le CT.

Dès lors, pour la suite de nos recherches, notamment concernant les points 2 et 3, une recherche non systématique de la littérature a été effectuée. Les sources d'informations ont été les suivantes : litCovid (NCBI-NIH-NLM), Pubmed, Embase, The Lancet, La revue Nature, L'OMS (WHO), Sciansano, les sites gouvernementaux (Région wallonne et le parlement fédéral) et le moteur de recherche google, sans oublier « google scholar ».

Différentes équations de recherche ont été testées, en anglais, en utilisant les termes suivants : « contact tracing » ; « contact examination » ; « coronavirus disease 2019 » ; « covid-19 » ; « SARS-CoV-2 » ; « contact tracing » AND « organisation » ; « contact tracing » AND « model » ; « contact tracing » AND « local » ; « tuberculosis » ; « ebola disease » ; « Quarantine » ; « Lock-down ».

### 3.2 Le contact tracing réalisé localement, en maison médical, au sein de ses patients positifs au covid-19 – Critique (Assurance qualité)

**L'assurance qualité** a été retenue comme méthodologie pour ce travail. « Elle vise à étudier un aspect de la pratique afin de l'améliorer »<sup>31</sup>. Le contact tracing est une pratique peu très peu commune, voire inexistante, en médecine générale (comme le montre notre littérature). Malgré la rareté du phénomène, une expérience de CT local a été menée en médecine générale (MPLP- Marcinelle).

Suite à la problématique posée (Cfr 1. Introduction et 2.7 Récapitulatif), considérant que le contact tracing devrait impliquer la médecine générale, rendant celui-ci par la même occasion plus local, il nous a semblé pertinent d'évaluer le processus de cette expérience et d'en tirer des résultats. Cette expérience pourrait s'avérer positive et reproductible dans la pratique de la médecine générale. Pour cela, il faut l'étudier.

Pour savoir ce qui peut constituer une amélioration pour les bénéficiaires de cette pratique « nouvelle », nous considérons que la réalisation d'un CT efficace, selon les critères de la littérature, (cfr. 5.1.B les indicateurs de performances du CT) aura un impact positif sur les sujets en freinant la transmission du virus dans la communauté et du point de vue leur santé.

Nous ne pouvons pas évaluer « objectivement » les résultats du changement dans la vie des sujets ou par rapport à leur santé.

Les résultats seront traités par une étude quantitative observationnelle transversale (cfr.3.3)

Malgré cela, cette méthodologie semble la plus appropriée pour remplir les objectifs cités. Nous prenons une place d'observateur portant un regard critique et analysant chaque étape du processus. Nous portons aussi une réflexion et une évaluation de cette expérience collective. Si l'évaluation s'avère positive, alors nous suggérerons que cette pratique « nouvelle » amène un changement positif sur la santé des sujets.

## A. Objectifs

### Les objectifs primaires :

- Faire une analyse critique de cette expérience locale réalisée à Médecine pour le peuple – Marcinelle
- Réfléchir sur le rôle et la place potentielle du médecin généraliste dans le contact tracing.
- Evaluer l'efficacité de cette expérience « locale » via une étude quantitative observationnelle. Cette étude prendra la forme d'un questionnaire interrogeant une population choisie. Les critères permettant d'évaluer l'efficacité du contact tracing sont tirés de la littérature (Réalisée au point 3.3 Le contact tracing réalisé localement, en maison médical, au sein de ses patients positifs au covid-19 – Evaluation étude quantitative).

### Les objectifs secondaires :

- Réfléchir sur la possibilité de réaliser un contact tracing local. Les maisons médicales s'avèrent-elles être des structures propices à cet exercice ?

## B. Méthodes

### 1) Construction du protocole : source et influence.

A médecine pour le peuple, un groupe de travail composé de divers soignants et travailleurs se sont penchés sur la création d'un contact tracing durant plusieurs semaines (mai 2020). L'objectif était de créer un protocole de base permettant à chaque maison médicale de leur réseau, ayant les moyens humains et organisationnels, de mettre en place son propre contact tracing.

Pour ce faire, ce groupe de travail s'est inspiré des recommandations de l'OMS<sup>27\*1,28</sup>, ainsi que celle de l'ECDC ( European center for disease prevention and control)<sup>29,30</sup>. Ces

---

<sup>1</sup> Référence actuelle datant de février 2021, le fichier Original s'étant « upgradé » au fur et à mesure des mois.

recommandations concernent d'une part l'aspect organisationnel (les moyens nécessaires, la construction,...) mais aussi l'aspect pratique de la prise en charge du virus (les définitions de cas, les mesures de quarantaine ou d'isolement, le testing, etc...), bien que la source principale d'information pour ce dernier point reste, et restera tout au long des semaines de la pandémie « sciensano », l'institut Belge de santé et d'épidémiologie.

## 2) Moyens logistiques/matériels/humains

La maison médicale de Marcinelle comporte 5 médecins, 2 infirmiers/infirmières, 3 secrétaires médicales et un personnel administratif (coordinatrice de l'établissement, responsable du forfait, comptable,...). Elle dispose aussi d'un réseau de bénévoles assez conséquent, étant patient ou non de la maison médicale et participant à de nombreuses activités ( atelier cuisine, gestion des espaces verts, évènements festifs ou sportifs, call-center pour soutenir les patients isolés, etc...).

Un programme informatique médical est utilisé, interconnectant le travail et la communication de tous les soignants et secrétaires médicales.

La maison médicale est « responsable » d'une zone de soin occupant 2 communes de Charleroi (Marcinelle et Mont-sur-Marchienne) ainsi qu'une partie d'une troisième commune de la ville (Couillet), résultat du découpage des zones entre maisons médicales de la région. Elle compte 2250 patients inscrits.

La maison médicale prend en charge le « testing » de ses patients une fois qu'ils sont considérés comme étant un cas potentiel à la covid-19 ou un contact étroit d'un cas avéré. Les analyses ont été effectuées par un laboratoire privé de la région, avec lequel la maison médicale travaille en permanence.

## 3) Les « traceurs » : formation, caractéristiques et règles

Ce ne sont pas les soignants qui effectuent le tracing (bien qu'ils préparent le cas initialement). Le recrutement des « traceurs » a débuté en mai 2020. Plusieurs appels ont été lancés à travers le réseau bénévolat de la maison médicale.

Les « traceurs » suivent une formation de base de 4h, donnée par les soignants. A travers la formation, les participants apprennent le contact tracing suivant les recommandations du

protocole initial<sup>27,28,29,30</sup>. Cette formation (mise à jour perpétuellement) sera répétée à plusieurs reprises pour une remise à niveau et préserver les connaissances.

Les traceurs sont sélectionnés en fonction du jugement des soignants donnant la formation après quelques mises en scène ou essai. Les critères retenant l'attention des soignants sont la psychologie (l'empathie, la patience, l'attention, la confiance), les compétences ( la capacité de compréhension, l'aisance communicationnelle, l'organisation) et la motivation (l'acceptation et la compréhension du projet, la disponibilité).

Au préalable, les traceurs se mettent d'accord entre eux concernant leurs disponibilités (par l'intermédiaire du responsable des traceurs). A Marcinelle, c'est l'un des traceurs qui organise « l'agenda ». Les traceurs devront émettre leurs jours de prédilection à celui-ci, coordonnant « son équipe ».

Chaque jour, une permanence de plus ou moins 2h est prévue (variable en fonction de nombre de cas). Cette permanence s'effectue à la maison médicale<sup>2</sup> de sorte d'avoir un contact direct avec le traceur, d'être disponible pour répondre à toutes ses questions mais aussi concernant les données sensibles du CT, devant impérativement rester à la maison médicale. Un soignant doit être disponible pour toutes les interrogations et les demandes d'aide du traceur durant cette permanence.

#### 4) Les soignants

Ce sont les médecins généralistes et les infirmier.es qui composent l'équipe soignante de la maison médicale. Ils coordonnent le contact tracing effectué par les traceurs, se rendent disponible aux questions structurelles et médicales de ceux-ci.

Ils doivent aussi se mettre à jour perpétuellement concernant les recommandations de testing, de quarantaine ou d'isolement. Pour ce faire, une revue hebdomadaire des recommandations « Sciansano »<sup>32</sup> est effectuée par le ou la responsable médical.e, transmettant les nouveautés et adaptations à faire aux autres soignants. Ces adaptations sont aussi appliquées au protocole du CT.

---

<sup>2</sup> Pour certains bénévoles, la recherche de contact à domicile est exceptionnellement envisageable ( invalidité, maladie, etc), pour autant qu'une solution soit trouvée concernant ces données sensibles.

## 5) Articulation organisationnelle

### ○ Résultats des tests (Secrétariat)

Chaque matin et chaque après-midi, le secrétariat médical récolte les résultats des tests PCR analysés par le laboratoire ou des tests rapides<sup>3</sup> effectués le jour-même par les soignants à la maison médical. Les résultats sont encodés dans un fichier interne et sécurisé de l'équipe soignante. Pour chaque patient positif ou « faux-négatif »<sup>4</sup>, une tâche informatique est créée par le secrétariat et signalée comme **prioritaire** pour le soignant. Cette tâche est créée sur le programme médical informatique.

### ○ Analyse du cas (Soignant)

Dans l'horaire des soignants, un « **temps covid** » a été créé d'environ 1h<sup>5</sup>, en matinée et ne après-midi. Dans ce « temps covid-19 », outre la gestion des cas suspects, le médecin analyse le cas des patients avec un résultat positif ou « faux-négatif ».

Le soignant doit :

- Evaluer les aspects pertinents du tracing et contacter le patient pour annoncer le résultat positif.
- S'assurer que les contacts à HR soient bien en quarantaine. Créer un certificat de quarantaine au besoin.
- Via le programme informatique, faire une tâche (**prioritaire**) pour le secrétariat médical avec les informations pertinentes pour le contact tracing : **Date début des symptômes, Date du test , positif ou « faux-négatif », les contacts à HR, les personnes à risque dans l'entourage, éléments pertinents (croyance, culture, famille,...)**

### ○ Transmission du cas (Accueil et traceur/traceuse)

---

<sup>3</sup> A partir de Mars 2021, les tests rapides ont été utilisés par l'équipe soignante. Ces tests ne sont utilisés que dans certain cas ( Uniquement si cas covid-19 potentiel, selon les critères de sciensano, avec une symptomatologie datant < 5 jours). Pour toutes les autres situations, le test PCR est privilégié.

<sup>4</sup> Patient considéré comme un cas covid-19 avéré malgré un test négatif. Selon le degré de suspicion et le contexte clinique, le soignant se voit la possibilité d'annuler le résultat négatif (« Ovruling »).

<sup>5</sup> Adaptation de la durée en fonction de la charge de travail et de nombre de cas dans la période.

Le secrétariat réceptionne la tâche informatique « **contact tracing** » marquée prioritaire. Il contacte le responsable des traceurs afin qu'un de ceux-ci se rende à la maison médicale.

A l'arrivée du traceur :

- Accueil
- Octroi d'un bureau disponible et avec téléphone.
- Transmission du cas analysé par le soignant (impression de la note ou écriture papier). Explication des éventuelles relations familiales, prodiguer des conseils sur la manière de communiquer avec certains patients, des conseils supplémentaires si nécessaire (secrétaire médical.e ou soignant.e)
- Transmission des numéros téléphonique et du lieu où le traceur pourra joindre le soignant responsable à ce moment-là.
- Chaque traceur possède une farde où il pourra ranger ses documents et ses fiches concernant les patients qu'il aura tracés. Ces documents sont rangés dans une armoire sous clé
  - les week-ends (en cas de pic de contaminations).

A tour de rôle, les soignants sont responsables des résultats le week-end. Ils auront à leur disposition un ordinateur portable avec le programme médicale informatique centralisant tous les résultats.

Ils devront vérifier les résultats et transmettre les cas positifs par téléphone au responsable des traceurs. En fonction de la disponibilité des traceurs, le traceur du week-end fera le contact tracing de chez lui, soutenu à distance par le soignant responsable du week-end.

Il incombe aux soignants de compléter les diverses tâches mentionnées plus haut en parallèle.

## 6) Description du contact tracing

Concrètement, les cas positifs et les contacts étroits de ceux-ci seront appelés le jour des résultats via la démarche expliquée ci-dessous.

Les patients sont appelés à **Le Jour J des résultats (J0)**, à **J+1** et à **J+7**

### Le Jour J des résultats (J0) :

- Dans un premier temps, le contact tracing se limite à la famille et/ou aux cohabitants. Si tout le monde est présent, le chef de famille ou les cohabitants suffisent pour le contact tracing. Si certains sont absents, il faut les contacter en plus.
- Les autres contacts étroits (hors du cercle familial/cohabitant) sont quand même recensés par le traceur et noté sur la fiche de contact (Cfr. Annexe : Fiche 1 : Liste des contacts étroits). Ils seront contacté à J+1.
- Déterminer la source de contamination du patient (travail ? loisir ? etc..)
- Discussion avec les patients sur les mesures d'isolements, de quarantaines et d'hygiène. Proposition d'une aide bénévole (course ou pharmacie).
- Prévenir le patient qu'un appel du tracing gouvernemental est prévu. Explication de son déroulement et promouvoir une coopération optimale.

#### **J+1 des résultats :**

- Appel pour prise de nouvelles, proposition d'aide et réponses aux questions des patients non posés la veille.
- Contact tracing plus approfondi (contacts étroits en dehors de la sphère familiale) en joignant les autres contacts étroits (Cfr. Annexe : Fiche 2 : Liste symptôme du contact étroit). Il est demandé à chaque fois la permission de les contacter, tout en précisant la non divulgation du cas initial au contact étroit.
- Déterminer la source de contamination du patient (travail ? loisir ? etc..)

#### **J+7 des résultats :**

- Appel pour prise de nouvelle, proposition d'aide et réponses aux questions des patients non répondues

## 7) Vie privée et conservation des données.

Une charte de confidentialité créée par la maison médicale est signée par les traceurs. Ils/elles sont tenu.es au secret médical. Le contact tracing est effectué exclusivement au sien de la maison médicale et aucun document ne peut être conservé par les traceurs.

Concernant les informations du contact tracing, elles se retrouvent sous différentes formes et conservations :

- Les patients testés et les cas positifs sont recensés par les soignants et les secrétaires médicaux dans un document Excel interne, conservé sur le serveur privé de la maison médicale (avec code d'accès)
- Pour le tracing, les traceurs n'ont pas accès aux données des patients. Ils reçoivent certaines informations nécessaires au tracing de manière filtré (par les soignants et les secrétaires médicaux) et sur papier.

Les traceurs disposent de leurs deux fiches<sup>6</sup> retranscrivant les informations de la recherche de contacts effectué du patient. Les données sont conservées sur papier, dans leur farde attitrée , puis mis dans une armoire sous clé (clé détenue par le secrétariat médical). Après une période de 4 semaines, les données papiers sont détruites.

Le week-end ou pour une cause exceptionnelle ou un problème de santé, le contact tracing peut être effectué à domicile. Le responsable du contact tracing s'assure la récupération des documents chez le traceur les jours suivants. Aucune information n'est échangée par internet (uniquement par appel téléphonique).

---

<sup>6</sup> Cfr annexe *Fiche 1 : Liste des contacts étroits* et *Fiche 2 : Liste symptôme du contact étroit*

### 3.3 Le contact tracing réalisé localement, en maison médicale, au sein de ses patients positifs au covid-19 – Evaluation (étude quantitative)

#### A. Objectif

L'objectif principale est d'évaluer si ce contact tracing « local », fait par la maison médicale (Médecine pour le peuple- Marcinelle), a rempli son rôle et a permis une prise en charge optimale de ses patients durant la période du 1 octobre 2020 au 30 Avril 2021.

Secondairement, un focus plus important sera fait sur la période de la seconde vague ( octobre et novembre 2020), période où la charge de travail a été bien plus conséquente et pendant laquelle le contact tracing devrait justement être le mieux mené. Une comparaison avec les données du contact tracing gouvernemental (Belge et Wallon) dans cette même période sera faite.

#### B. Méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative et transversale. Cette étude prend la forme d'une enquête par questionnaire interrogeant une population choisie. Elle suit notre travail initial d'assurance-qualité et se trouve être la source de données permettant d'objectiver celui-ci.

Le questionnaire a été réalisé à l'aide de google document<sup>7</sup>. La construction du questionnaire été réalisée sur base du guide méthodologique de l'enquête de l'université Libre de Bruxelles (ULB)<sup>33</sup> et de celui de L'A.P.E.S (association pour la promotion de l'éducation pour la santé)<sup>34</sup>.

Il a été complété soit en ligne (toujours via « GoogleForm ») ou soit sous format papier. Ce questionnaire garantit l'anonymat des participants. Il est doté d'une note explicative du sujet d'étude et des réponses qu'il tente d'apporter<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Un document d'information plus long et complet a été fourni aux participants de l'étude (par mail ou par voie postale)

Le questionnaire se compose de 16 questions dont 13 sont à réponses fermées et à choix multiples, 2 à réponses ouvertes et courtes, 1 à réponse ouverte et longue (non obligatoire).

Il se divise en trois parties :

- Partie 1 : Le profil général et socio-économique des répondants (âge, genre, métier, statut)
- Partie 2 : Les caractéristiques générales de contamination des répondants (période de contamination, type de test et résultats, ...)
- Partie 3 : Les données du Contact Tracing Effectué ( isolement, les contacts étroits, le lien de confiance, appelés ou pas et à quelle fréquence, ...)
- Partie 4 : L'avis personnel des répondants sur leur vécu de cette recherche de contacts.

Le questionnaire a été testé par des soignants (médecins et infirmier.es) et par un petit échantillon de patient au sein de la population cible de manière aléatoire ( via la version en ligne du questionnaire). Il n'a pas fallu changer le questionnaire de base puisqu'il semblait clair et compréhensible auprès des intervenants.

Le questionnaire est disponible dans son intégralité à la fin de ce travail (Cfr. Annexe – Questionnaire).

Concernant les modalités de communication des résultats de l'enquête, la note informative reçue par l'entière des participants stipule les informations et les démarches nécessaires pour les recevoir (cfr. Annexe – Note informative).

- Population

Patient.e (sexe féminin ou masculin) âgé.e de 18ans ou plus (pas de limite supérieure) de la maison médicale « Médecine pour le peuple-Marcinelle » ayant eu un résultat positif à la covid-19 ou ayant un résultat négatif interprété comme « faux-négatif » par le/les soignants dans la période du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 30 Avril 2021.

**La population initiale est de 164 sujets.**

- Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion correspondent aux conditions de la population choisie.

Pour les critères de Non-inclusion :

- Les patient.es âgé.es de moins de 18ans, de même que des cas positifs/"faux-positif" non patients de la maison médicale.
- Les contacts étroits.
- Les patients analphabètes ou comprenant difficilement le français.
- Les patients décédés avant le déroulement de l'étude.

- Echantillon

La taille de l'échantillon souhaité était le plus grand possible avec **un minimum de 50 sujets nécessaires**.

Le mode de sélection a concerné la population dans son entièreté. Elle s'est principalement faite par la réponse positive ou négative des sujets concernés via les différents moyens de communication mises en œuvre durant le recueil des questionnaires (courrier postal, mail et appel téléphonique organisé avec transmission du questionnaire).

- Méthode de recueil des questionnaires

L'envoi des questionnaires a nécessité une certaine diversité des voies de communication afin d'éviter un nombre de biais important (Cfr. 5.2 Discussions).

Dans un premier temps, vers la fin du mois de juillet 2021, le questionnaire a été envoyé par voie postale (adresse de référence du sujet) à l'ensemble des sujets de la population étudiée et par e-mail pour les sujets ayant communiqué leur adresse mail au préalable à la maison médicale.

Pour l'envoi du courrier postal, divers documents étaient présents :

- ⇒ La note informative de l'étude (cfr. Annexe – Note informative)
- ⇒ Le lien du questionnaire en ligne (Google form).
- ⇒ Le questionnaire papier que les patients pourront compléter et renvoyer.

- ⇒ Le consentement éclairé à renvoyer par mail, courrier postal ou en main propre (cfr. Annexe – Note consentement éclairé).

Il en va de même pour l'envoi e-mail :

- ⇒ La note informative de l'étude.
- ⇒ Le lien pour le questionnaire en ligne (Google form).
- ⇒ Le consentement éclairé à renvoyer.

10 jours après l'envoi des questionnaires, des call centers ont été organisés pour recontacter les sujets de la population étudiée au début du mois d'Aout 2021. Les appels téléphoniques ont été réalisées uniquement pas des soignants de la maison médicale, durant leur temps de travail et avec l'approbation de la direction médicale.

Un appel « unique » a été passé à l'ensemble de la population de l'étude, soit nous mettant en relation téléphonique direct ou soit nécessitant le dépôt d'un message vocal complet invitant à nous recontacter, si le sujet le souhaite.

Lors du contact téléphonique direct :

- Une nouvelle explication du sujet de l'étude a été donnée.
- Une transmission du questionnaire par mail, par courrier postal (patient détenant normalement déjà le questionnaire) ou en main propre a été organisé si cela était nécessaire et si le patient le souhaitait. Il en va de même pour le document de consentement éclairé.
- Le patient a choisi de répondre ou non à ce questionnaire. Le soignant n'a aucunement aidé le patient à répondre au questionnaire. Il devait en revanche répondre aux questions des sujets sur le travail d'étude.
- Méthode de recueil des résultats

Pour les questionnaires en ligne, les données ont été recueillies de façon automatique sous forme de tableau Excel sur Google Drive. Concernant les questionnaires papiers, les réponses ont été ajoutées manuellement au tableau Excel contenant initialement les réponses des questionnaires en ligne.

Avant l'analyse des résultats, un nettoyage des données a été effectué sur Excel afin de faciliter l'analyse de celles-ci et l'utilisation des outils informatiques à notre disposition.

Ce nettoyage consiste principalement à rassembler sous une même terminologie les diverses réponses ouvertes et clarifier les incohérences de certaines réponses (exemple : un sujet n'ayant aucune idée sur le fait d'avoir été contacté par notre contact tracing ne peut pas donner d'appréciation sur son lien de confiance avec le traceur durant l'appel).

L'analyse statistique utilisée est purement descriptive.

### 3.4 Précautions éthiques

Sur base de l'avis rendu par les membres du GEIMG sur le projet de travail, le CEHF de l'UCL a été consulté. Une demande précise des démarches nécessaires pour la consultation a été faite par nos soins. Après une réponse positive sur les démarches et ayant rassemblé l'entièreté des documents nécessaires, une demande de consultation au comité d'éthique a été envoyée le 6 juillet 2021. A ce jour, nous n'avons toujours reçu aucune réponse (positive ou négative).

A la fin du mois de juillet 2021, en constatant l'absence de réponse, nous avons donc décidé de nous lancer dans notre enquête (cfr.3.3 Le contact tracing réalisé localement, en maison médicale, auprès de ses patients positifs au covid-19 – Evaluation (étude quantitative)).

Notre enquête respecte les précautions éthiques basées sur :

- la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et la réglementation européenne (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) en vigueur.
- Les recommandations évoquées dans les divers documents et formulaire du CEHF, notamment le questionnaire de protection de la vie privée dans la recherche clinique (Cfr. Annexe – Protection de la vie privée en matière de recherche clinique : Questionnaire 1).

Il en va de même pour notre critique de ce contact tracing local (cfr. 3.2 Le contact tracing réalisé localement, en maison médicale, au sein de ses patients positifs au covid-19 – Critique (Assurance qualité).

## 4 Résultats

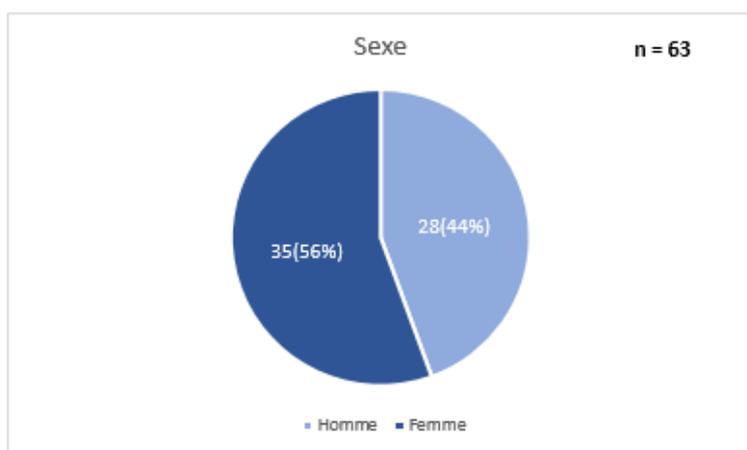
### 4.1 Partie 1 : Profil général et socio-économique des répondants

Dans notre population initiale de 164 sujets, un échantillon de 63 répondants a pu être

Echantillon = 63

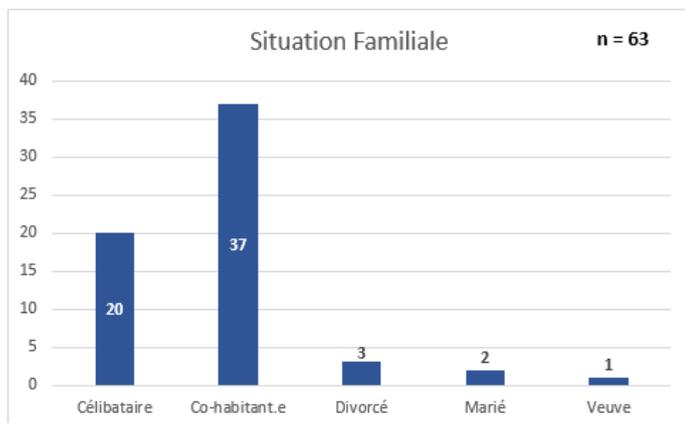
Moyenne Age = 37 ans

sélectionné, soit 38,4 % de celui-ci.

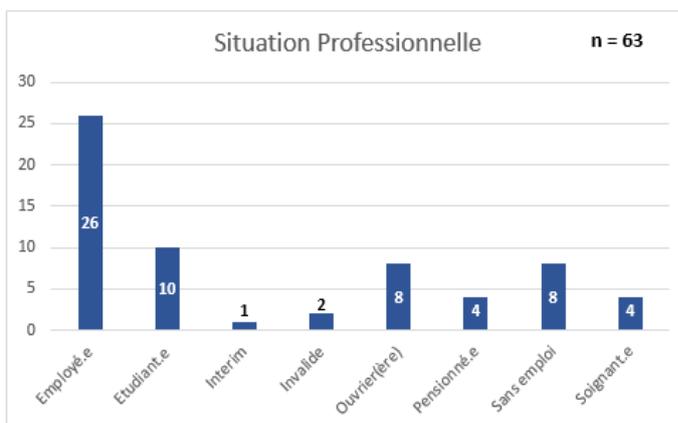


Notre échantillon présente un âge moyen de 37 ans, majoritairement féminin (35 sujets – 56%).

#### Q2 : Situation familiale ?



#### Q3 : Situation professionnelle ?

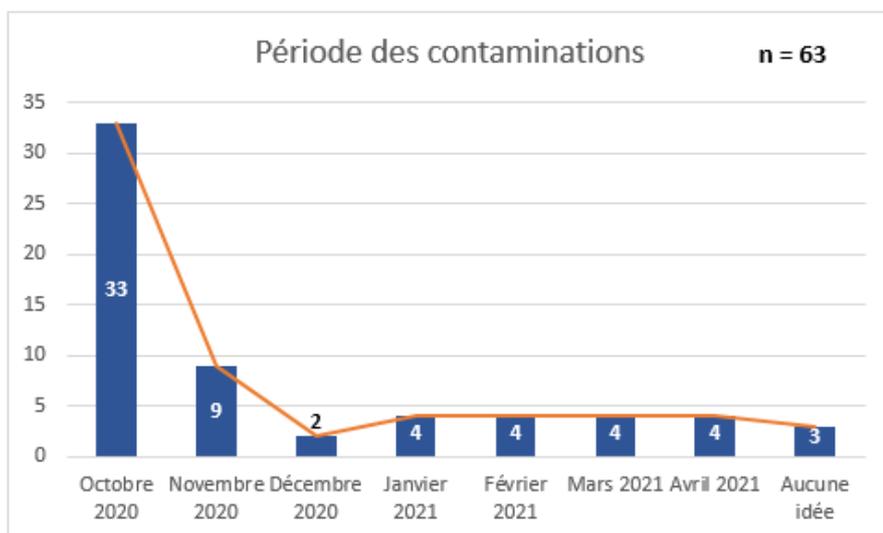


Concernant la situation familiale, 37 sujets sont en cohabitations (58,7%) et représentent la majorité de l'échantillon. Pour la situation professionnelle, 39 sujets (62%) ont une activité professionnelle (employé.e = 26, ouvrier(ère) = 8, soignant.e = 4 et interim = 1), suivit par les étudiant.es (10 sujets = 16%), les sujets au chômage (8 sujets = 12,7%), les pensionné.es (4 sujets = 6,3%) et les invalides (2 sujets = 3,2%).

## 4.2 Partie 2 : Caractéristiques générales de contamination des répondants

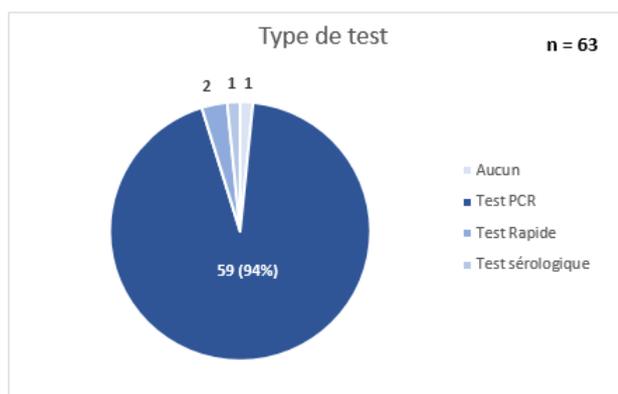
Cette partie des résultats concerne les questions portant sur les aspects de contamination des sujets.

Question 6 : Quand avez-vous été diagnostiqué positif à la Covid-19 (selon un test positif ou sur décision de votre médecin) ?

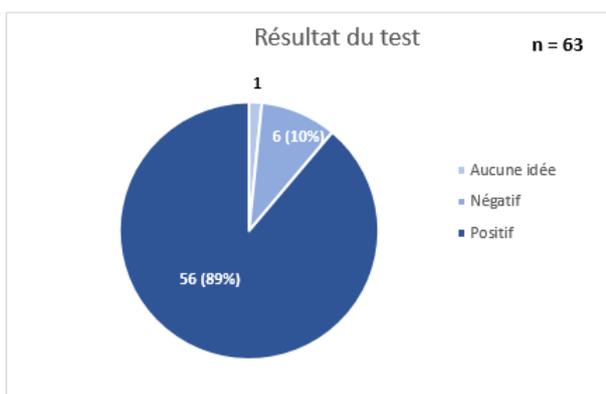


La majorité de notre échantillon (n total =63) a été contaminé en octobre et novembre 2020, période de la deuxième vague<sup>8</sup> (42 sujets = 66,6%) (Graphique Question n°6). 3 sujets n'avaient aucune idée de leur période de contamination.

Q7 : De quel type de test avez-vous bénéficié ?



Q8 : Quel a été le résultat de votre test ?



Dans le cadre du diagnostic de l'infection, 59 sujets ont déclaré avoir reçu un test PCR (94%), 2 sujets un test rapide, un sujet le test sérologique et un sujet n'a reçu aucun test diagnostic (Graphique question n°7). Qu'importe le test, 56 sujets ont reçu un test positif (89%),

<sup>8</sup> En Belgique, la courbe épidémique de la deuxième vague a commencé au tout début du mois d'octobre (plus ou moins le 4 octobre 2020), atteignant son pic le 27 Octobre et s'écrasant dans les environs du 24 Novembre (cfr. Annexe courbe Sciensano ou biblio <sup>10</sup>)

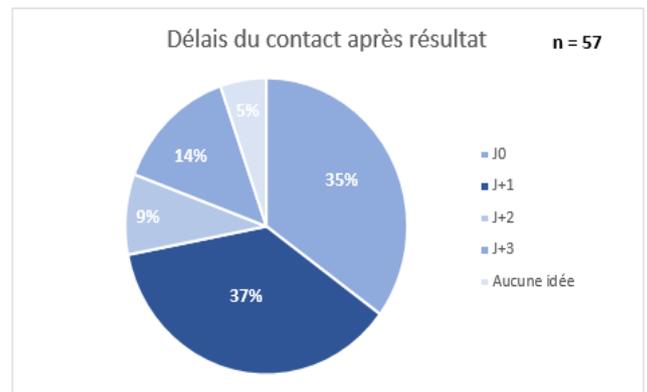
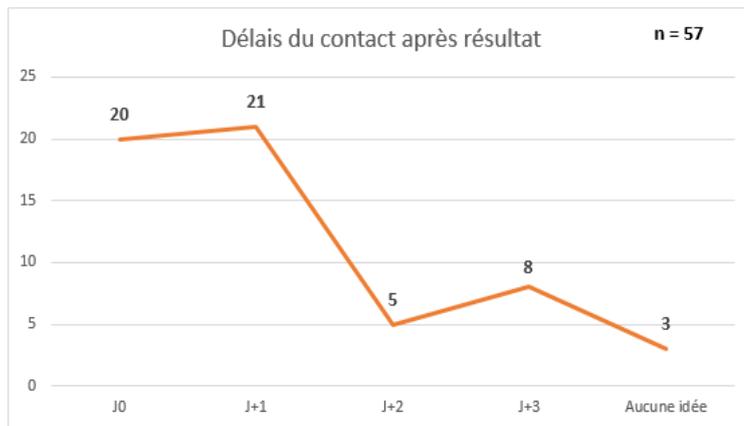
6 sujets ont été négatifs (10%) (Graphique question n°8).

#### 4.3 Partie 3 : Les données du Contact Tracing effectué

Q9 : Suite au diagnostic de la covid-19, avez-vous été contacté par le "contact tracing" de votre maison médicale (MPLP) ?



Q10 : Si vous-avez répondu "oui" à la question précédente, Combien de temps après vos résultats avez-vous été contacté ?



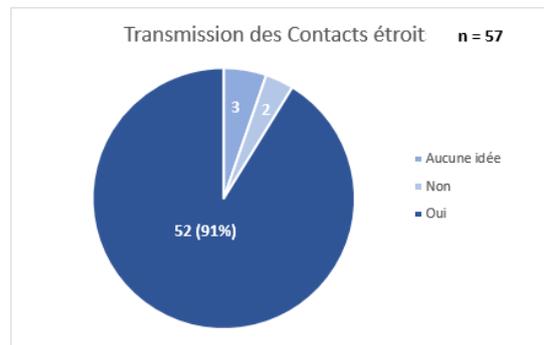
Temps contact après résultat	J0	J+1	J+2	J+3	Aucune idée	Grand Total
Oui	20	21	5	8	3	57
	35%	37%	9%	14%	5%	

Pour cette question, notre échantillon a été réduit à 57 sujets. En effet, nous n'avons pas retenus les 4 sujets qui n'ont pas été contactés par notre CT et les 2 sujets ne s'en souvenant plus (Question 9). Il en sera de même pour les questions 11, 12, 13, 14 et 15.

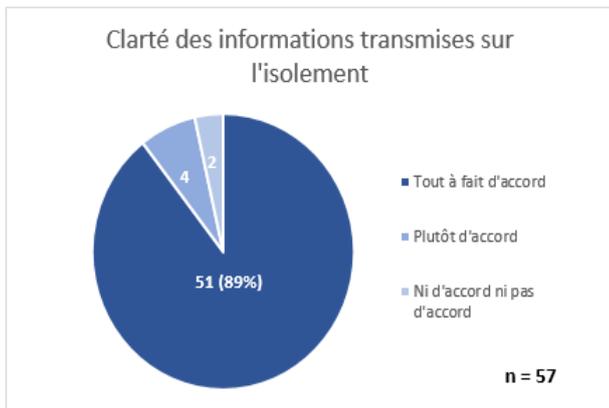
Q11 : Lors de votre isolement, avez-vous eu lors plusieurs appels de la maison médicale (du contact tracing) ?



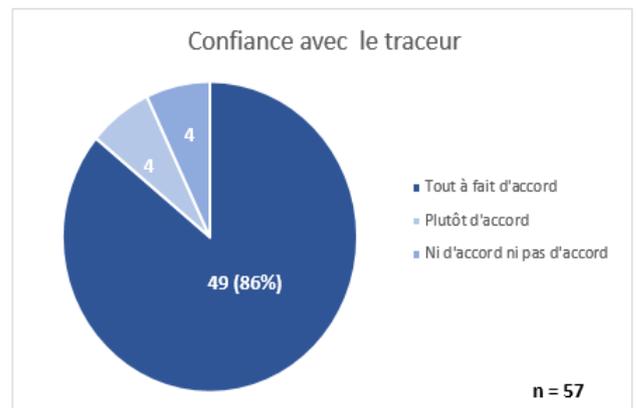
Q12 : Avez-vous transmis tous vos contacts étroits de ce contact tracing ?



Q13 : Concernant l'isolement, est-ce que les informations transmises par la maison médicale étaient claires ?  
Etait-ce compréhensible pour vous ?



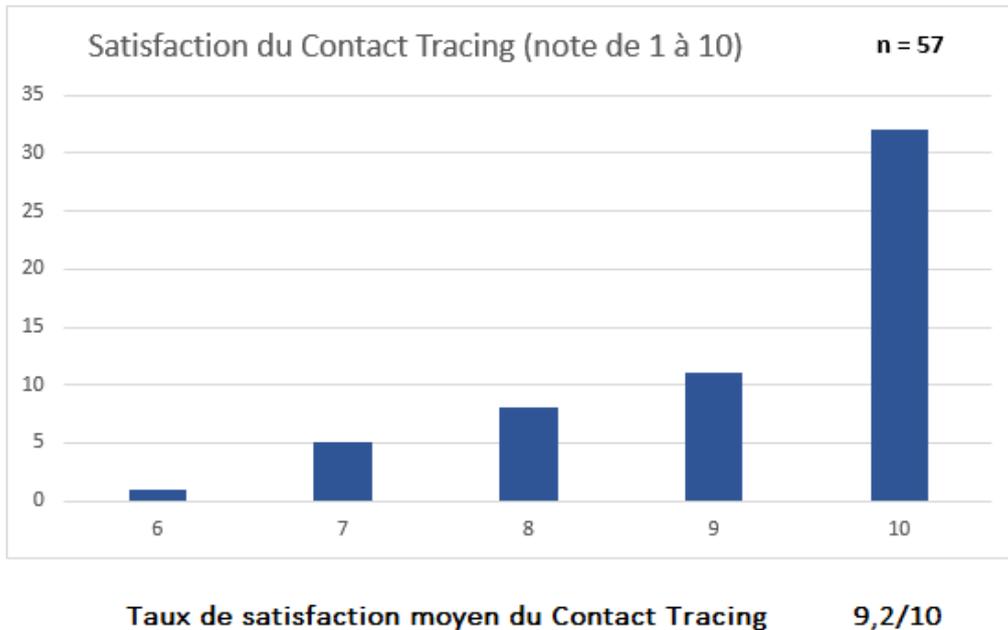
Q14 : Lors du contact tracing de votre maison médicale, vous sentiez-vous en confiance avec votre interlocuteur ?



Pour les questions 13 et 14, les 5 propositions se déclinaient comme telles : tout à fait d'accord, plutôt d'accord, ni d'accord ni pas d'accord, pas d'accord et pas du tout d'accord. La 6<sup>ème</sup> proposition « je n'ai jamais été contacté » n'a pas été prise en compte (aucun patient n'a répondu à cette proposition OU écarté de notre échantillon parce qu'il n'avait pas été contacté).

#### 4.4 Partie 4 : L'avis personnel des répondants sur le contact tracing de la maison médicale.

Q15 : Concernant le contact tracing de la maison médicale, êtes-vous globalement satisfait.e de celui-ci ?



Les répondants avaient le choix de donner une note d'évaluation entre 1 (Pas du tout) et 10 (Absolument).

Pour la question n°16, les répondants pouvaient laisser un avis (positif ou négatif) sur le contact tracing s'ils le désiraient. Cette question offre une réponse ouverte (longue) et les résultats seront analysés dans la discussion.

#### 4.5 Données du Contact Tracing Effectué : focus sur Octobre/Novembre 2020

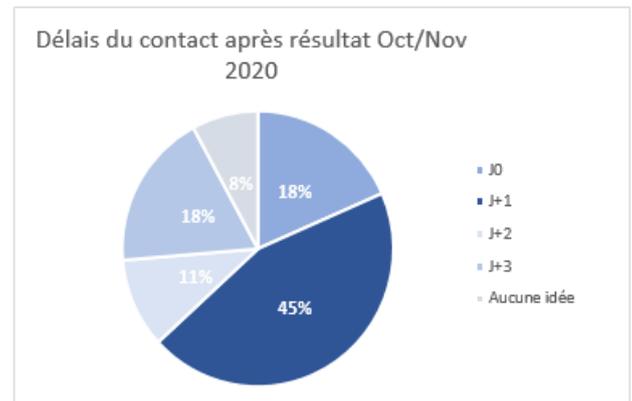
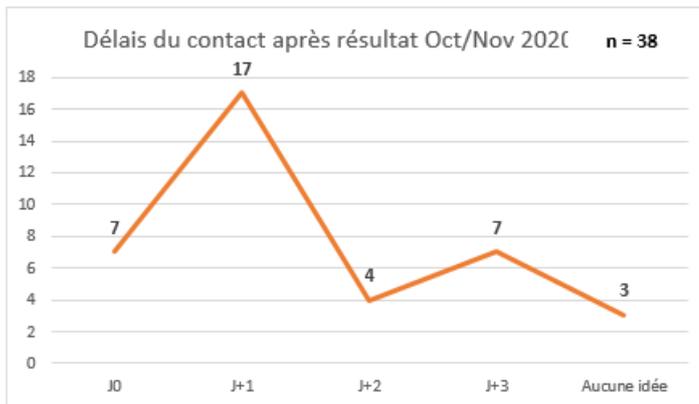
Dans cette partie, nous nous sommes concentrés sur la période de la seconde vague (Octobre et Novembre 2020). Les données du contact tracing de la maison médicale ont été analysées de la même manière mais pour cette période. Pour ce faire, nous avons repris les données concernant les sujets de notre échantillon contaminés lors de cette période (Question n° 6).

Dans notre échantillon, 42 répondants ont été contaminés lors de la 2<sup>ème</sup> vague (cfr. Graphique Q6)



- Concernant le nombre de patients contacté par le contact tracing de la maison médicale (Question n°9) :
- 38 déclarent avoir été contactés (90%)
- 3 déclarent ne pas avoir été contactés
- 1 sujet n'en a aucune idée.

- Concernant le délais du contact après le résultat (Question n°10) :

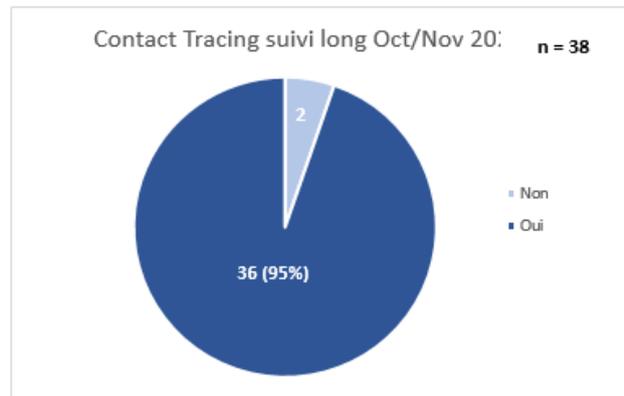


Temps contact après résultat Oct/Nov 2020	J0	J+1	J+2	J+3	Aucune idée
Oui	7	17	4	7	3
	18%	45%	11%	18%	8%

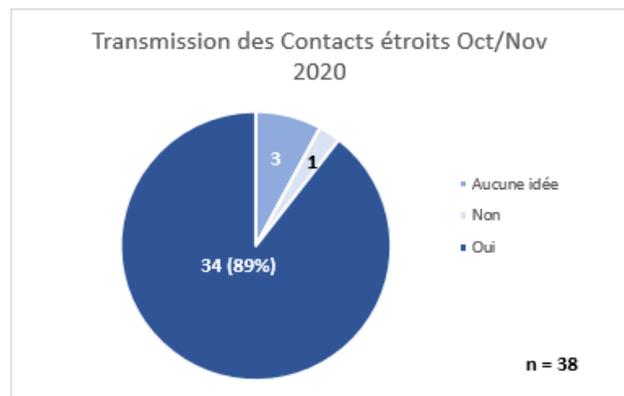
Notre échantillon se réduit à 38 sujets. Les 3 sujets n'ayant pas été contactés et celui n'ayant aucune idée ont été retirés par soucis de cohérence dans l'analyse des réponses aux questions suivantes.

- 28 Sujets sur les 38 (soit 74%) ont été contactés dans les 48h suivant les résultats
- 24 Sujets (soit 63%) ont été contactés dans les 24h suivant les résultats
- 7 sujets (soit 18%) ont été contactés le jour même des résultats
- On notera que 7 sujets (18%) n'ont été contactés que 72h après les résultats et que 3 sujets (8%) n'avaient plus aucune idée du délais.

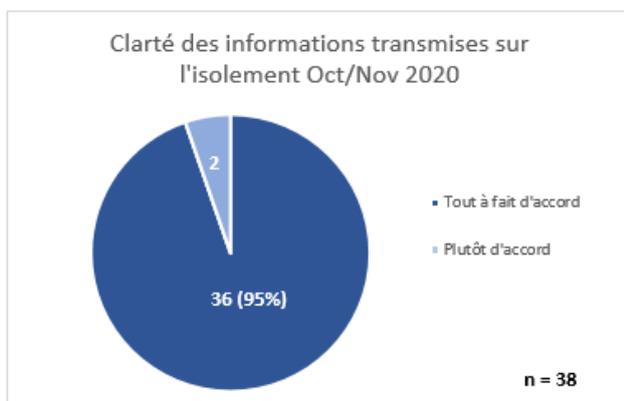
- Concernant le suivi à long terme du contact tracing lors de l'isolement des patients (Question n°11) : 36 des 38 sujets (95%) contactés par le contact tracing ont déclarés avoir été contact à plusieurs reprises durant leur isolement.



- Concernant la transmission de l'ensemble des contacts étroits (Question n°12) : 34 des 38 sujets (89%) ont déclaré qu'ils ont bien transmis l'ensemble de leurs contacts étroits aux traceurs de la maison médicale.



- Concernant la clarté des informations transmises sur l'isolement par le traceur (Question n°13) : 36 des 38 sujets (95%) ont déclaré être tout à fait d'accord sur la clarté des informations transmises sur l'isolement.



## 5 Discussions

### 5.1 Interprétation des résultats de l'enquête

Dans notre population initiale de 164 sujets, un échantillon de 63 répondants a pu être sélectionné, soit 38,4 % de celui-ci. Pour notre enquête et compte tenu des éléments que nous voulons étudier, cette échantillon nous convient et une simple analyse descriptive de nos résultats suffit.

Cependant, nous aurions apprécié avoir un échantillon de plus grande taille afin de rendre nos résultats plus significatifs.

#### A. Profil général et socio-économique des répondants

Les résultats nous permettent clairement de dégager un profil général des répondants.

Néanmoins, sur le plan socio-économique des répondants, les deux premières catégories de notre échantillon concernent les employé.es ( 26 sujets, soit 41%) et les étudiant.es (10 sujets, soit 16%). Ces deux catégories peuvent potentiellement être considérées comme « éduquées/intellectuelles» et pourraient représenter un biais dans l'analyse de certains résultats.

#### B. Indicateurs de performance pour le contact tracing (covid-19)

Pour évaluer la performance de notre contact tracing, nous nous sommes basés sur les « Key performance indicators » (KPIs) des recommandations de l'OMS<sup>27,36</sup> ainsi que sur la littérature à notre disposition<sup>16,35</sup>.

Les critères d'efficacité répertoriés sont les suivants :

- Le nombre de cas positifs atteints et mis en isolement : 90% des cas positif.
- La rapidité de la mise en isolement : 2-3jours (maximum) après le début de symptômes, avec une optimisation sous les 48h.
- Le nombre de contacts étroits retrouvés et leur mise en quarantaine : 80% des contacts étroits du cas positif.

- Le suivi et la surveillance à long terme pendant l'isolement et/ou la quarantaine.
- Le respect de l'isolement et/ou de la quarantaine (compliance).

### C. Les données du Contact Tracing Effectué

- Taux d'atteinte (graphique question n°9) :

A la question n° 9 (« *Suite au diagnostic de la covid-19, avez-vous été contacté par le "contact tracing" de votre maison médicale* »), **57 sujets** ont déclarés avoir été contactés par le contact tracing de la maison médicale, soit **90%** de notre échantillon.

**Notre taux d'atteinte des cas positifs égale celui recommandé dans la littérature<sup>36</sup>.**

- La rapidité de la prise de contact avec les cas positifs (graphique 1 et 2 question n°10) :

Comme précisé dans les résultats, cette analyse se concentre sur un échantillon de 57 sujets. Les sujets n'ayant pas été atteints par notre CT (4 sur 63) et n'ayant aucune idée de l'avoir été (2 sur 63) ont été écartés.

46 sujets sur les 57 (soit 85%) ont été contactés dans les 48h suivant leur résultat.

41 sujets (soit 72%) ont été contactés dans les 24h suivant leur résultat.

20 sujets (35%) ont été contactés le jour même de leur résultat.

On notera que 8 sujets (14%) n'ont été contactés que 72h après les résultats et que 3 sujets (5%) n'avaient plus aucune idée du délais.

Il est difficile de comparer ses données avec les recommandations citées. En effet, celles-ci estiment que le contact et la mise en isolement des cas doit se faire dans les 48-72h (maximum) après le début des symptômes, avec une optimisation sous les 48h<sup>35</sup>. Or cette enquête ne permet pas de situer dans le temps le début des symptômes des sujets (Un biais de « mémoire » trop conséquent aurait influencé les données). Donc, nous ne pouvons affirmer son efficacité concernant la rapidité du contact. Cependant, les résultats montrent une réactivité non négligeable de ce contact tracing à contacter le plus rapidement possible les cas confirmés.

- Le suivi à long terme, la clarté des informations transmises et le lien de confiance avec le traceur pendant l'isolement :

Il a été demandé aux répondants s'ils avaient été contactés à plusieurs reprises lors de leur isolement par le contact tracing de la maison médicale (graphique Question n°11) : 53 sujets affirment que cela a bien été le cas ( n tot = 57, soit 93%).

Concernant la clarté des informations transmises sur l'isolement par le traceur, les résultats vont dans le même sens (graphique Question n°13) : 51 sujets ont déclaré être « tout à fait d'accord » (n tot = 57, soit 89%).

Quand est-il du lien de confiance patient-traceur (Graphique question n°14) ? Ce lien est impératif pour augmenter la compliance des patients. « Vous sentiez-vous en confiance avec votre interlocuteur », 49 sujets ont déclaré être « tout à fait d'accord » (n tot 57, soit 86%) , 4 sujets (7%) « plutôt d'accord » et 4 sujets « ni d'accord ni pas d'accord ».

Malgré l'absence de « chiffres » dans les recommandations, nous pouvons suggérer que le suivi et la surveillance des sujets pendant l'isolement ont été bien menés. Il en va de même pour la clarté et la compréhension des informations transmises, mais aussi pour le lien de confiance créé avec le traceur.

La clarté des informations est un point d'attention important pour nous. En effet, la transmission d'un maximum d'informations et la limpidité de celle-ci sont l'une des recommandations clés pour prévenir des risques psychologiques majeures d'un confinement, d'une quarantaine ou d'un isolement<sup>3</sup>.

- Transmission des contacts étroits :

Il a été demandé aux répondants s'ils avaient transmis l'ensemble de leurs contacts étroits lors du contact tracing de la maison médicale (graphique question n°12) : 52 sujets ont répondu « oui » (n tot = 57, soit 91%).

Dans un premier temps, il n'est pas envisageable de comparer nos résultats avec les recommandations de la littérature sur l'efficacité concernant les contacts étroits<sup>35,36</sup>. Pour rappel, il a été estimé qu'il était nécessaire de mettre en évidence et de contacter 80% des contacts étroits du cas positif initial. Notre enquête ne permet pas de le savoir avec précision. Cependant, ces résultats semblent suggérer un haut taux de contact étroits transmis, s'il s'avère bel et bien que l'affirmation des 52 sujets soit correcte.

#### D. L'avis personnel des répondants sur le contact tracing de la maison médicale

Comme rapporté dans les résultats (graphique question n°15), les répondants ont attribué une cote moyenne de satisfaction de 9,2/10 (n tot = 57). La plus petite note attribuée a été de 6/10. Ces résultats sont très élevés et montrent une réelle satisfaction de la prise en charge des sujets.

La question n°16 permettait aux patients de donner leur avis sur ce contact tracing, de manière totalement libre et ouverte. Encore une fois, les réponses sont assez unanimes et très positives ( cfr Annexe – Question n°16 : Les réponses). Les avis décrivent le contact tracing de la maison médicale de différentes manières : rassurant, empathique, clair, à l'écoute, soutenant, bien organisé et confiant.

D'un point de vue subjectif, ces résultats contrastent énormément avec les expériences et les retours majoritairement négatifs du contact tracing gouvernemental. A l'avenir, dans un souci de rendre ce ressenti plus objectif, il serait intéressant de porter une étude qualitative sur le vécu des patients lors du contact tracing (de la maison médicale et/ou gouvernemental et de les comparer).

Cependant, un biais non négligeable est à signaler : la sympathie pour son médecin. Les sujets savent que cette étude a été menée par leur médecin et par leur maison médicale, une structure dont la sympathie y est grande grâce au travail de leurs soignants. Malgré l'anonymat garanti par cette enquête, il est possible que cela ait influencé la réponse des sujets.

## E. Données du Contact Tracing Effectué : focus sur Octobre/Novembre 2020

Il nous est paru pertinent de produire une analyse des données durant la période de la 2<sup>ème</sup> vague (octobre et novembre 2020). En effet, bien que le contact tracing a vocation d'éviter l'apparition de nouvelles vagues, il a toute son importance lorsque celles-ci sont présentes. Lorsque le nombre de cas explose, la mise en place d'un CT efficient est mise à rude épreuve. Raison pour laquelle une attention particulière lui est porté lors de cette période.

Comme expliqué dans nos résultats, 42 des 63 répondants ont été contaminés lors de la 2<sup>ème</sup> vague :

- Concernant le taux d'atteinte pour cette période, 38 sujets déclarent avoir été contacté par le contact tracing de la maison médicale (n tot = 42, soit 90%). Nous observons le même résultat que sur notre échantillon initiale (période d'octobre 2020 à Avril 2021). Pour la période de la 2<sup>ème</sup> vague, **notre taux d'atteinte des cas positif égale celui recommandé dans la littérature<sup>36</sup>**.
- Concernant la rapidité de la prise de contact avec les cas positifs, les résultats s'avèrent moins bon qu'avec notre échantillon total. Que ce soit dans les 48h ( 74% pour la 2<sup>ème</sup> vague contre 85%) , dans les 24h (63% contre 72%) ou le jour même (18% contre 35%) des résultats, le contact tracing semble avoir été moins performant que lors de la période dans son ensemble.

La principale raison est le nombre de cas beaucoup plus important et la charge de travail qui en a résulté. Le CT s'est trouvé beaucoup plus sollicité, rendant la prise de contact plus lente.

Une autre explication potentielle réside dans le test effectué. 2 sujets, contactés le jour même, sont les 2 seuls sujets ayant bénéficié d'un test rapide dans notre étude, et cela en mars et avril 2021. Le test rapide permet un gain de temps énorme dans la prise en charge et dans la transmission du cas au traceurs.

De plus, les 3 seuls sujets de l'étude n'ayant aucune idée du délais de leur contact ont été été contaminés lors de la seconde vague. Cependant, écarter ces 3 sujets dans l'analyse comparative ne changerait rien au rapport des deux périodes comparées.

Néanmoins, les résultats tendent vers l'analyse faite précédemment sur notre échantillon total (octobre 2020 à avril 2021), à savoir une certaine réactivité à l'appel des cas positifs.

- La transmission des contacts étroits :

Pour la 2<sup>ème</sup> vague, 34 sujets (n =38) ont déclarés avoir transmis l'ensemble de leurs contacts étroits, soit 89%. C'est presque autant notre échantillon total (91% pour la période d'octobre 2020 à avril 2021). Concernant l'efficacité, les mêmes conclusions peuvent être tirées qu'avec notre échantillon total : notre enquête ne permet pas de savoir avec précision si la transmission des contacts étroits a été performante durant la 2<sup>ème</sup> vague, mais ils suggèrent un haut taux de contacts étroits transmis, pour autant que l'affirmation des 34 sujets soit correcte.

- Le Suivi à long terme et la clarté des informations transmises pendant l'isolement :

Le suivi à long terme des cas lors de la 2<sup>ème</sup> vague présente de très bon résultats, puisque 36 des 38 sujets concernées (soit 95%) ont été appelé à plusieurs reprises lors de leur isolement.

Le suivi et les surveillances des cas semblent avoir été optimaux durant cette période.

Il en va de même pour la clarté des informations transmises sur l'isolement par le traceur : 36 des 38 sujets concernés (soit 95%) confirment cela.

Nous tirons donc les mêmes conclusions qu'avec notre échantillon total, puisque les résultats sont légèrement meilleurs durant la seconde vague.

## 5.2 La méthodologie de l'enquête

- Les Biais

Notre enquête comporte un biais qui n'a pas été cité lors de la discussion des résultats : Un biais de mémoire (mémoriel) .

Notre enquête s'est déroulée principalement durant le mois d'août 2021. Or, notre population choisie a été contaminée entre octobre 2020 et avril 2021. Il est possible qu'il ait été difficile pour certains patients de se souvenir avec précision de la période de leur contamination.

C'est la raison pour laquelle nous avons choisi, pour la Question n° 6 (Quand avez-vous été diagnostiqué positif à la Covid-19 ?), de demander le mois et non la date précise de contamination, afin de diminuer le plus possible ce biais (étant aussi plus adapté pour garantir l'anonymat).

Il en va de même pour la transmission des contact étroits (Q12 : Avez-vous transmis tout vos contacts étroits lors de ce contact tracing ?). A cause de ce biais mémoriel, Il était difficile de demander aux patients le nombre exact de contact étroits transmis et non transmis, notamment pour les sujets contaminés en 2020. Pour combler cela, nous demandions « seulement » si l'ensemble des contacts ont été transmis.

Concernant la rapidité de la prise de contact (Q10 : Combien de temps après vos résultats avez-vous été contacté ?), c'est ce biais qui ne nous a pas permis de l'évaluer en fonction de la date du début des symptômes (le critère réel d'efficacité sur la rapidité du CT<sup>35,36</sup>). En effet, il nous a paru compliqué de demander une précision pareil après autant de temps. Pour les autres éléments étudiés (la confiance, la satisfaction, le suivi à long terme, etc...), ce biais ne semble pas avoir joué un rôle.

Le biais « médical » peut être recité, bien que déjà discuté précédemment (*cfr. Point 5.1.D. Avis personnel des répondants sur le CT de la maison médicale*). Il influence principalement l'avis personnel des répondants sur le CT mais pourrait aussi influencer, dans une moindre mesure, le reste de l'enquête.

Pour terminer, rappelons que les deux catégories « professionnel » de notre échantillon sont les employé.es ( 26 sujets, soit 41%) et les étudiant.es (10 sujets, soit 16%). Ces deux catégories peuvent potentiellement être considérées comme « éduquées/intellectuelles » et pourraient représenter un biais dans l'analyse de certains résultats.

- La population choisie

La période de contamination retenue pour notre population était du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 30 avril 2021. Nous avons choisi cette période pour plusieurs raisons : d'une part elle contient la période de la 2<sup>ème</sup> vague, une période intéressante en termes d'analyse puisqu'un nombre de cas très importants sur un laps de temps court ont mis à l'épreuve l'organisation du CT. D'autre part, il nous était important d'étudier le CT lors de période plus calme. Cela permet d'avoir un repère supplémentaire et mettre en perspective la 2<sup>ème</sup> vague (facilite la comparaison avec une période beaucoup moins agitée). Retourner avant le mois d'Octobre 2020 aurait augmenté le biais mémoriel.

Les contacts étroits n'ont pas été retenus pour notre population ni même étudiés à côté. Il n'y a pas de base de données sur les contacts étroits à la maison médicale et les contacts étroits répertoriés durant le CT ne peuvent plus être retrouvés puisque les documents sont détruits (*cfr. Point 3.2.B.7 – Ethique et conservation des données*). A l'avenir, une adaptation protocolaire du CT de la maison médicale devrait être proposée afin de faciliter l'analyse des contacts étroits. Des conditions éthiques supplémentaires devront être mises.

- Méthode de recueil des questionnaires

Pour rappel, sur notre population de 164 sujets, nous avons envoyé notre questionnaire par mail et par voie postale (*cfr point 3.3 Méthode*). L'envoi postal nous semblait évident puisque nous n'avions pas l'ensemble des adresses électroniques des sujets mais aussi une potentielle « fracture numérique » concernant certains sujets.

Un call center effectué par des soignants de la maison médicale a été effectué durant 2 semaines, 10 jours après l'envoi électronique et postal du questionnaire. Les call-centers ont été menés d'une part pour motiver les sujets à renvoyer leur questionnaire (s'il accepte d'y répondre) et répondre à leurs interrogations. D'autre part, il s'agissait de limiter un biais de sélection important dans notre étude : nous sommes partis de l'idée que les sujets répondant spontanément aux enquêtes sont les sujets les plus « éduqués ». Ces call centers ont limité le plus possible ce biais, même si les deux premières catégories de notre échantillon (n=63) sont les employé.es ( 26 sujets, soit 41%) et les étudiant.es (10 sujets, soit 16%). Au final, 63 sujets ont pu être sélectionnés sur les 164, soit 38% de notre population.

## 5.3 Critique et analyse du contact tracing de la maison médicale

### A. Les choix organisationnels

Il aura fallu beaucoup de temps et d'essais pour trouver la parfaite harmonie entre tous les acteurs de ce CT. Les différentes recommandations du CT<sup>27,28,29,30</sup> ont été analysées et suivies par le groupe de travail national de MPLP. Une proposition test fut proposée à la maison médicale de Marcinelle et adaptée par rapport aux réalités fonctionnelles de celle-ci. Un protocole propre à la maison médicale fut conçu. En juin 2020, lançant le CT, celle-ci devint pilote du projet.

La manière de mener le CT et la communication avec le soignant fut travaillé et tout à fait satisfaisante vers la fin de l'été 2020 (août 2020). Durant la seconde vague, des adaptations dans l'articulation organisationnelle ont été menés afin de répondre aux difficultés rencontrées. Ces difficultés ont été diverses mais l'une de celles-ci a particulièrement attiré notre attention.

Les médecins se surchargeaient de travail et à s'attelaient à des tâches administratives énergivores. Pour certains, il était difficile de déléguer certaines tâches dans un soucis de « faire les choses correctement ». Dès lors, ils se retrouvaient impliqués dans chaque étape du tracing, en pleine période de seconde vague. Lors des réunions médicales, une évaluation organisationnelle du CT a été faite afin de répondre aux multiples problèmes rencontrés par les soignants. Une réflexion sur le travail des médecins permis de mettre en avant des réflexes « d'individualisme » chez certains, n'arrivant pas à faire plus confiance aux autres et à demander de l'aide. Une surcharge de travail faramineuse en devenait la conséquence, pouvant potentiellement menacer le bon fonctionnement du CT, le travail général et la santé du médecin. Pour palier à ce problème, une adaptation plus importante du protocole et une implication plus intense des autres secteurs de travail ont dû être effectués. S'est alors dessiné l'articulation organisationnelle définitive entre « l'accueil », les soignants et le traceur (*cfr. Point 3.2.B.5 articulation organisationnelle*). Cette articulation a permis d'harmoniser le travail de tous les acteurs de la maison médicale sur le CT. Il est évident que la collaboration optimale et pluridisciplinaire a été l'une des clés dans le bon fonctionnement de ce CT. En effet, la coopération a permis aux médecins de plus se focaliser

d'avantage l'aspect médical individuel des patients (consignes, surveillance, réflexion), et pas moins sur l'aspect administratif ou pratique du tracing.

Cette expérience sur les réflexes intrinsèques du médecin généraliste nous a beaucoup intéressé. En tant que médecin, nous pouvons rencontrer des difficultés à travailler en équipe et à nous faire aider (par d'autres médecins, mais aussi par d'autres « corps » de métier). Nous avons suggéré le réflexe d'individualisme comme potentielle explication mais cette situation nous paraît beaucoup plus complexe, probablement lié aussi au statut du médecin généraliste dans notre société et de la personnalité du soignant. A l'avenir, il serait pertinent de mener une étude (qualitative ?) plus approfondie sur la valeur ajoutée du travail en équipe et de la pluridisciplinarité dans le CT, et d'étudier les potentielles freins du soignant dans ce processus.

## B. Les traceurs

Le travail des « traceurs » s'est montré extrêmement précieux et positif. Ils ont fait prendre conscience de la tâche gargantuesque du CT s'il n'était réalisé que par les soignants.

Le recrutement a varié selon les périodes : Lors de son lancement en juin 2020, il a été difficile de recruter beaucoup de traceurs bien que de nombreuses personnes avaient répondu à l'appel du projet. Néanmoins, après sélection et rodage, 3 traceurs se sont avérés être opérationnels lors de l'été. En septembre, la menace de l'automne et d'une 2<sup>ème</sup> vague avaient poussé les soignants de la maison médicale à accélérer ce recrutement, en prévision d'une augmentation des cas positifs. Ce recrutement a été prolifique puisqu'il a permis la mobilisation de 4 traceurs supplémentaires, en plus des 2 traceurs initialement présent (l'un des 3 ayant arrêté à la rentrée scolaire). Avec le départ supplémentaire de l'un des traceurs de « base », la maison médicale pouvait compter sur 5 traceurs (potentiellement 1 traceur pour 450 patients, la maison médicale en ayant environ 2250) se répartissant les permanences de la semaine (*Cfr point 3.2.B.3 Les « traceurs » : formation, caractéristiques et règles*). Après la seconde vague, un nouveau recrutement n'a pas été mené et le nombre de traceurs a progressivement diminué. Lors de la fin de l'hiver 2020 et le printemps 2021, le travail a été assuré par 2 traceurs.

La formation des traceurs demande beaucoup de temps aux soignants. Outre le fait de donner régulièrement cette formation (aux anciens et nouveaux traceurs), celle-ci doit être préparée et mise à jour régulièrement, compte tenu des variations épidémiologiques qui ont été vécues<sup>2</sup>.

Concernant le profil des traceurs, la sélection de ceux-ci a permis de disposer de traceurs assez compétents et motivés une fois les formations menées (critères de sélection : la psychologie, les compétences et la motivation). Le principal problème rencontré a été l'ambivalence d'une partie des traceurs, étant eux-mêmes patients de la maison médicale. Dans de rares cas, le traceur connaissait le patient malade, situation entraînant des difficultés organisationnelles (certains traceurs ne voulant pas faire le tracing du patient concerné) mais surtout éthiques. Du point de vue éthique, le fait d'être patient au sein même de la structure organisant le tracing pose est problématique car le secret médical est en jeu. Le protocole de ce CT permet de « limiter » ce problème en étant très strict sur les données transmises aux traceurs et pointilleux au niveau organisationnel (cfr. Point 3.3.B.4 et 7). A l'avenir, il est impératif de se munir de traceurs « non patient ».

Une maison médicale a vocation d'être impactante sur la santé de ses patients. Cela passe par les multiples déterminants de la santé. Le contact tracing peut être un acte de prévention et de santé dans sa localité. Mais il peut être aussi un projet collectif mené par son quartier, impliquant les gens de celui-ci. Avec les traceurs, c'est ce que nous avons pu observer. Certains d'entre eux sont invalides, malades de longue durée ou isolés. Participer à ce projet collectif leur a prodigué une dynamique positive dans leur vie, faisant prendre conscience pour certains des qualités qu'il possède. De plus, leur motivation est renforcée par le sentiment d'aider leur communauté, dans une période ô combien difficile pour celle-ci durant cette pandémie. D'une part, être patient pose un problème éthique indéniable, mais d'autre part, cela renforce aussi le potentiel d'un tel projet vecteur de lien, de solidarité et de promotion à la santé.

### C. Les soignants et le médecin généraliste

Lors de notre étude sur ce contact tracing local, il s'est avéré que les moyens humains nécessaires à son bon fonctionnement semblaient très conséquents, un fait retrouvé dans la littérature<sup>24,27,29</sup>. Il nécessite aussi une organisation au millimètre afin de garantir pleinement

sa réalisation. Les freins à la réalisation du CT ont été assez bien surmontés grâce aux ressources intrinsèques qu'offre la maison médicale. Les moyens humains ont été trouvés, d'une part via la structure de bénévole préexistante et d'autre part grâce aux travailleurs de cette même maison médicale. Pour ces derniers, des difficultés supplémentaires ont été rencontrées. Outre le CT, il fallait répondre à la demande importante de soin des patients et préserver la qualité médicale. Néanmoins, il n'était pas envisageable pour les investigateurs du projet de ne pas donner une place centrale aux soignants et notamment aux médecins généralistes, détenant des connaissances et des liens capitaux avec les patients et la communauté (*cfr. 5.5 – le rôle et la place potentielle du médecin généraliste dans le contact tracing*).

Pour cette raison, les soignants ne participent pas à la recherche de contact elle-même, laissant cette tâche chronophage et capitale aux « traceurs » recrutés. Le médecin généraliste va jouer son rôle central en s'immisçant dans le rouage organisationnel de ce CT. Comme précisé dans la méthodologie (cfr. 3.2.B.4 et 5), Le médecin traitant peut pleinement jouer son rôle dans le CT en ayant une position de supervision « passive » et de soutien (médical, informative concernant le cas ou organisationnel). L'horaire est adapté pour donner la possibilité de lier le travail médical avec sa position dans le processus du CT. De plus, Le médecin est le créateur du protocole de travail (et garant de sa mise à jour perpétuelle) et Il donne les formations aux traceurs.

Pour ce faire, il est essentielle d'être épaulé par toute une **équipe médicale** permettant l'organisation d'une revue hebdomadaire des recommandations et du protocole, mais surtout permettant le partage des tâches (lié au CT ou le reste du travail médical). D'autre part, s'entourer d'une équipe médicale permet aussi de pousser la réflexion scientifique et médicale plus loin, stimulant intellectuellement l'ensemble des soignants. Nous avons observés, de manière subjective, une motivation plus grande dans la réalisation du projet grâce à cela. Les soignants se sont sentis d'avantage stimulés scientifiquement et médicalement par ce projet collectif.

Cependant, il est indispensable de pouvoir se reposer sur une structure administrative forte (le secrétariat médical), facilitant la multiplication et la coordination des tâches, la gestion des horaires et la temporisation des situations difficiles tel que l'afflux de patients. Sans cela, il est difficile voir impossible de s'engager dans un tel acte de prévention.

Le médecin généraliste prend donc une place centrale dans cette expérience. Il est le coordinateur et le moteur de la recherche de contact. Néanmoins, il est l'un des rouages, certes indispensable, parmi les autres. Le généraliste pratiquant seul n'est pas en mesure de pouvoir générer un tel acte de prévention. En revanche, la structure de maison médicale permet au généraliste d'offrir ce service de soins à sa patientèle.

#### 5.4 Le contact tracing en Belgique

##### A. Les données du CT Belge et Wallon

Lors de notre enquête et de l'analyse de nos résultats, nous avons interpellé l'Institut scientifique de santé publique, Sciensano, afin de recollecter les données « manquantes » du CT en Belgique. Nous avons été redirigés vers les rapports hebdomadaires du site<sup>10,11,12</sup>. Cependant, Les rapports hebdomadaires ne présentent des chiffres sur le contact tracing qu'à partir du rapport du 12 février 2021 (ce rapport nous avait initialement aidé dans notre recherche de littérature de juin 2020 à février 2021). Pour la période de la deuxième vague, il n'y avait toujours pas de données chiffrées sur le contact tracing, notamment le nombre de cas atteints.

Cependant, on y trouve toujours bien à plusieurs reprises un graphique montrant les données du contact tracing sur la période de la 2<sup>ème</sup> vague (*cfr. 2.5 graphique rapport hebdomadaire du 12 février 2021*)<sup>10,11,12</sup>. Celui-ci n'est ni commenté ni analysé pour cette période.

De plus, Il n'y a aucun rapport hebdomadaire entre le 26 juin 2020 et le 13 novembre 2020, période clé de notre « histoire » épidémiologique, puisqu'elle contient la 2<sup>ème</sup> vague belge.

Lors de l'analyse de nos données, et nos interrogations toujours présentes, nous avons décidé de recontacter Sciensano. Leur réponse fut négative pour l'obtention de ses données « manquantes », nous renvoyant vers les entités fédérées concernées<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Les chiffres de sciensano sont des projections « nationales » intégrant les données des trois régions.

Nous nous sommes donc adressés à la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AVIQ (région Wallonne) et à la cellule santé de la région bruxelloise « Iriscare ». A ce jour, La région Bruxelloise est restée muette à notre demande contrairement à la région Wallonne. En effet, l'AVIQ nous a transmis rapidement l'ensemble des données que nous avons demandées et qu'ils étaient en mesure de fournir (taux d'atteinte et la transmission des contacts). Nous n'avons pas pu avoir des données concernant rapidité de la mise en isolement ou de prise de contact, ni sur le suivi et le respect de l'isolement.

- En retournant dans les rapports hebdomadaires de Sciensano pour la période de février 2021 jusqu'à avril 2021, le taux d'atteinte est chiffré et commenté par semaine. Il avoisine les 90% (% de cas covid-19 confirmés ayant été contactés avec succès au niveau national). Il en va de même pour le pourcentage de cas positifs ayant transmis des contacts étroits pour cette période : 79,5 % (sur les 683 118 cas COVID-19 confirmés et contacté depuis le 31 Aout 2020)<sup>37</sup>.
- Les chiffres communiqués par l'Aviq permettent de clarifier la période de la 2<sup>ème</sup> vague, mais uniquement pour la Wallonie (cfr. Annexe – calcule des chiffres : entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 31 novembre 2020 (période de la 2<sup>ème</sup> vague), le taux d'atteinte en Wallonie a été de 65.5% (130 103 cas contactés et atteints sur les 198 570 cas positifs indexés<sup>10</sup>). Seulement 80% des cas ont été appelés, sans pour autant être atteints (cfr. Annexe – chiffres de l'Aviq)

Concernant la transmission des contacts étroits :

Pour le mois d'octobre 2020, 46% des cas atteints par le contact tracing ont transmis au moins un contact étroit. Pour le mois de novembre 2020, ce pourcentage atteint 45,8%. Pour décembre 2020, ce pourcentage est de 56,32%. On peut légitimement écrire que pour la 2<sup>ème</sup> vague, ce taux équivaut à 46%.

---

<sup>10</sup> Patient index : Le nombre de Patient index est le nombre de tickets que le call center de l'AVIQ a reçu par Sciensano, soit les tests PCR positifs ou les eform des MG nécessitant un suivi de cas immédiat car forte suspicion (rem : ces tickets ne passent pas par l'AVIQ). Il s'agit donc des personnes devant être tracées et non effectivement contactées.

B. Parallèle avec les résultats de notre CT local : Comparaison n'est pas raison ?

Une comparaison statistique et objective de nos résultats avec le contact tracing gouvernemental semble totalement inappropriée tant la taille de notre échantillon (63) est petite face aux données gouvernementales. Cependant, nous pouvons nous demander si le CT gouvernemental a été performant selon les mêmes critères de la littérature<sup>27,35,36</sup> et faire un parallèle avec notre étude. Avec les données en notre possession de CT belge (et notamment Wallon), nous ne pouvons pas revoir tous les critères de performance mais seulement certains.

Les données dont nous disposons :

	Période	Taux d'atteinte% (n)	Taux de patient atteint ayant Transmis ses contacts étroits
<b>National (Sciensano)</b>	<i>Période février 2020 – Avril 2021</i>	90% (n= ?)	?
	<i>Période 30 Aout 2020 – 30 Avril 2021</i>	?	79,5% (n =683 118)
	<i>Période 30 Aout 2020 – 12 Février 2021</i>	?	59,6 % (n =636 268)
<b>Wallon (Aviq)</b>	<i>Période 2<sup>ème</sup> vague</i>	65,5% (n=198 570)	46% (n=130 130)
<b>Maison médicale (Notre étude)</b>	<i>Période 1 Oct 2020 – 30 Avril 2021 :</i>	90% (n=63)	91% (n=57)
	<i>Période 2<sup>ème</sup> vague</i>	90% (n=42)	89% (n=38)

- Lors de la deuxième vague, le contact tracing belge et wallon n'a pas été capable d'atteindre les objectifs recommandés pour le nombre de cas atteints (soit 90%)<sup>36</sup>. Pour la Wallonie, les données sont claires (65,5%). Au niveau national, le tableau référence (*cfr. 2.5 graphique rapport hebdomadaire du 12 février 2021*) ne semble pas nous contredire. En revanche, Le CT de notre étude atteint l'objectif de performance<sup>36</sup> (90%).

Une des explications les plus crédibles semble être l'afflux massif de cas positifs à traiter et cela avec un effectif d'agent réduit. Comme cité dans notre littérature, l'objectif de plus de 400 agents n'avait pas été atteint à la fin de l'été 2020<sup>25</sup>, puisqu'au

plus fort de la 2<sup>ème</sup> vague, seul 230 agents call center étaient actifs, résultant d'une campagne de recrutement intense durant le mois d'octobre<sup>38</sup>. Le fruit d'une démobilisation durant l'été vu le nombre de cas peu élevé ?<sup>39</sup> Signalons aussi la situation dramatique du testing à cette période pouvant prendre une part de responsabilité : les centres de testing ont été débordés et l'analyse des tests a été extrêmement longue (en moyenne 3 jours pour avoir les résultats). Cette situation n'a pas été optimale pour le CT.

Pour la transmission des contacts étroits, comme pour notre étude, les données recueillies ne permettent pas de lire un pourcentage de contacts étroits atteints autour d'un cas (soit 80%)<sup>35,36</sup>. En revanche, il est frappant de constater le faible taux de patients ayant transmis des contacts étroits pour le CT Wallon : 46% (moins d'un cas atteint sur 2).

Une des explications pourrait être le 2<sup>ème</sup> confinement, rendant les contacts moins nombreux ? Celui-ci n'est rentré en vigueur que le 2 novembre 2020. Or, ce faible taux se retrouve déjà dans les chiffres d'octobre (cfr- Annexe- Chiffre AVIQ), bien avant le confinement de la population. Il pourrait alors s'agir d'un manque de confiance de la population à divulguer ses contacts, par atteinte de la vie privée, de peur de représailles des proches, d'amendes, d'être mis en isolement ou en quarantaine ayant des conséquences socio-économiques pour eux. Là aussi, il serait intéressant d'avoir une étude qualitative sur la divulgation de ces contacts étroits ou des freins à la mise en quarantaine de cas suspects.

- Pour la période Post deuxième vague, le CT national fonctionne mieux et atteint ses objectifs d'efficacité : le taux d'atteinte des cas est de 90% et nous supposons un bon taux de transmission des contacts étroits (79,5% pour la période Août 2020 à Avril 2021, comprenant la 2<sup>ème</sup> vague), confirmant aussi que le confinement n'est pas un argument en faveur des faibles taux rencontrés lors de la 2<sup>ème</sup> vague (National et Wallon). Lors de cette période, nous sommes en plein confinement et le nombre de cas quotidiens chute drastiquement. La campagne de vaccination bat son plein pour

les personnes âgées et les plus à risques. Le CT de notre étude montre aussi des chiffres très positifs, pouvant être reliés aux faits cités.

Donc, nous constatons plusieurs choses dans ce parallélisme :

- Lors de la vague épidémique, le CT national et wallon n'ont pas été à la hauteur et se sont retrouvés submergés. En Wallonie, il s'avère alors que les moyens humains mis à disposition n'ont pas été optimaux<sup>25,38</sup>.
- La transmission des contacts étroits s'est avérée difficile et cela même durant les semaines suivant la deuxième vague. Le confinement ne semble pas l'expliquer. En revanche, nous pensons qu'il y a un manque de confiance de la population pour ce CT, dont les potentielles raisons ont été évoquées avant (atteinte à la vie privée, problème économique, amendes, mauvaise image, etc...)
- Le CT mis en œuvre par la maison médicale a montré son efficacité durant la 2<sup>ème</sup> vague (taux d'atteinte et transmission des contacts étroits) et durant la période suivante. Si le manque de confiance est pour nous une hypothèse expliquant les taux bas de transmissions de contacts étroits pour le CT gouvernemental, nous rappelons que nos résultats exprimaient un sentiment de confiance majeure parmi nos répondants (n=57) (*cfr. Point 4.3 graphique Question 14*) concernant le CT qu'ils avaient reçu de la maison médicale.

### 5.5 Le rôle et la place potentielle du médecin généraliste dans le contact tracing

Après ce travail d'analyse critique, nous pensons que le médecin généraliste devrait faire partie intégrante du CT. Comme discuté précédemment sur le rôle des soignants dans ce CT mené localement, le médecin généraliste est le coordinateur et le moteur de la recherche de contact (*cfr. 5.2.C Les soignants*). De plus, la littérature nous a montré que l'aspect « local » ou « communautaire » semble être un des facteurs de réussite de la recherche de contact<sup>20,21,22,23,24,27</sup>. En Belgique, le médecin généraliste est un maillon essentiel de notre 1<sup>er</sup> ligne de soins. L'implication de celui-ci est donc l'un des moyens pour rendre le CT automatiquement plus local. Sa position lui octroie des compétences non négligeables pour

des actes de santé préventifs tel que, potentiellement, le CT, notamment en temps de pandémie :

- Le lien de confiance majeur avec ses patients. Cela permet une plus grande compliance aux diverses initiatives de santé, même les moins bien acceptées. Ce lien de confiance peut aussi se transmettre à la structure pour laquelle il/elle travaille (exemple : en maison médicale, le sentiment de confiance du patient envers son médecin s'étend à toute la structure de la maison médicale. Des patients se confient aussi bien à la secrétaire médicale qu'à l'infirmier
- Le lien médical : Lors de la recherche de contact, le traceur est en relation directe avec le médecin traitant du patient. Cela octroie un gain de confiance du patient mais aussi l'opportunité pour le soignant d'être alerté sur l'état de santé de certains patients grâce au tracing<sup>11</sup>.
- La connaissance du quartier et de la communauté : Connaître les communautés vivant dans notre quartier, les familles et leurs amis, les liens existants entre chacun. Tout cela est d'une importance cruciale dans la recherche de contact.
- La connaissance des réseaux locaux : Permet de potentialiser des actions de santé localement en travaillant avec les organismes de cette même localité (A médecine pour le peuple – Marcinelle, nous avons effectué le dépistage de certaines collectivités telles que des maisons de repos ou des écoles de notre commune et avons collaborés avec d'autres Asbl tels que des foyers d'accueil pour la vaccination Covid-19).
- La promotion d'un acte d'utilité publique plutôt que punitif : Le médecin généraliste est un ambassadeur de choix auprès des patients. Il favorise l'adhésion de la population à des actions collectives comme la mise en isolement ou en quarantaine. Ces actes peuvent sembler punitifs pour une grande partie de la population et diminuer la compliance collective qui justement permet de lutter efficacement contre le virus.

---

<sup>11</sup> La première vague, de même que la période ayant suivi, nous a totalement coupé de nos patients, notamment les plus fragiles.

Cependant, nous nous rendons aussi compte que l'un des éléments additionnels, et non des moindres, à la réussite de cette expérience est d'offrir une structure appropriée aux médecins généralistes et aux soignants : la maison médicale.

En Belgique, la pratique libérale est encore très majoritaire en médecine générale (En 2017, « 3,2 % de la population belge, soit environ 360 000 patients, sont inscrits dans une « maison médicale », à savoir un centre qui applique le paiement au forfait »)<sup>12</sup>. Plusieurs pratiques y sont représentées, passant du médecin généraliste travaillant « en solo » à la collaboration. En se référant à notre travail, il est aisé de comprendre l'étendue de l'incompatibilité d'une pratique en solo avec la réalisation de tout un CT pour son quartier. De même, une collaboration de médecins n'offre pas de structure propice à cette expérience, vu le nombre d'acteurs différents nécessaires, la coopération requise, l'organisation, etc...

#### 5.6 Des soins de santé propices au CT ?

Un tel acte de prévention est-il réalisable par notre 1<sup>er</sup> ligne de soins de santé en Belgique ? Notre système de soins semble beaucoup plus axé sur les soins curatifs que préventifs. Or, la recherche de contact locale nécessite une première ligne de soins forte (des structures de santé dans la plupart des quartiers, des moyens humains allant du soignant au personnel administratif, l'organisation des acteurs de santé locaux,...).

Selon un rapport du KCE de 2019<sup>40</sup>, nos soins préventifs sont qualifiés de « médiocres » n'atteignant toujours pas les objectifs internationaux (Dépistage cancer, vaccination, santé mentale, etc...). De plus, il existe une disparité énorme entre les différentes régions au profit de la Flandre. La médecine de prévention est une compétence régionale tandis que la médecine curative (hospitalière principalement) est une compétence fédérale.

Le Dr. Emmanuel André, ancien porte-parole interfédéral de la lutte contre le covid-19 et ancien coordinateur du contact tracing belge, décrivait les mêmes faiblesses structurelles de notre système de soins et dénonçait les dernières réformes de l'état, régionalisant encore plus les soins de santé, coupant de surcroît dans les budgets et toujours au détriment de la médecine préventive<sup>42</sup>.

---

<sup>12</sup> rapport de l'agence intermutualiste de 2017<sup>41</sup>

Le Dr. Wout Arrazola, directeur de l'Association flamande pour les soins de santé respiratoire et la lutte contre la tuberculose<sup>13</sup>, considéré comme le « Emmanuel André » Flamand, fut auditionné au parlement le 12 Mars 2021<sup>43</sup>. Son constat est le même : "Le système de prévention belge est beaucoup trop faible. Nous avons lancé un appel ouvert en octobre 2019, donc avant la pandémie de covid, pour demander à tous les politiciens et tous les partis qui essayaient de former un gouvernement d'investir un milliard d'euros dans notre système de prévention. En effet, sa faiblesse nous coûte énormément d'argent et est attestée par le grand nombre de cas de morbidités, car certains indicateurs de santé belges ne sont pas bons: santé mentale, obésité, maladies cardiovasculaires et respiratoires. Il faut aussi savoir que la lutte contre les maladies infectieuses en Belgique figure au chapitre Prévention depuis les années 80. Le co-auteur en était Emmanuel André, qui n'était pas encore du tout connu."

L'organisation de nos soins de santé ne semble donc pas propice au développement d'un contact tracing réalisé localement et impliquant pleinement la médecine générale, du moins pour l'instant...

---

<sup>13</sup> *Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding.*

## 6. Conclusion

Durant la pandémie à la covid-19, le contact tracing s'est avéré être un outil indispensable dans la lutte contre ce pathogène. A travers le monde, il s'organise différemment selon les ressources, les moyens et la culture des pays. Cependant, l'aspect « local » ou « communautaire » du CT semble être l'un des éléments clés de son efficacité. En Belgique, le CT n'est pas effectué localement et a montré des signes de fragilité. Le médecin généraliste, acteur de notre 1<sup>er</sup> ligne de soins, pourrait jouer un rôle dans ce CT et rendre celui-ci plus local. Le lien entre le médecin généraliste et le contact tracing n'a pas été trouvé dans la littérature, suggérant que notre travail est l'un des seuls à étudier la question.

Le contact tracing mis en place à la maison médicale de MPLP-Marcinelle semble avoir été efficace, que ce soit pour la période du 1 octobre 2020 au 30 Avril 2021 ou durant la 2<sup>ème</sup> vague (1 Octobre au 31 Novembre 2021). D'un point de vue organisationnel, des moyens humains importants ont été nécessaires, de même qu'une structure adéquate permettant d'organiser ce projet. La réussite de ce CT réside dans chaque étape de la mise au point de son organisation, chaque acteur de la maison médicale étant un rouage indispensable.

Dans cette expérience, le médecin généraliste y a joué un rôle prépondérant, occupant une place centrale dans sa création et son déroulement. Le médecin généraliste étant un maillon essentiel de notre 1<sup>er</sup> ligne de soins, sa position lui octroie des compétences non négligeables pour des actes de santé préventifs tel que, potentiellement, le CT, notamment en temps de pandémie. Le médecin généraliste permet de potentialiser ces actes de santé. Par conséquent, son implication dans le CT devrait être impérative. Seulement, notre système de soins ne permet pas d'offrir ce genre de service. Les maisons médicales s'avèrent être des structures indispensables aux généralistes pour pratiquer ce CT mais ne sont pas suffisamment présentes dans le paysage belge pour embarquer la médecine générale dans cette aventure (la majorité des généralistes pratiquant en solo).

En revanche, cette expérience locale peut servir d'exemple aux autres maisons médicales désireuses de se lancer dans ce genre de projet de santé communautaire. Ce travail peut servir d'inspiration, pratique ou scientifique, montrant qu'il est possible de mettre sur pied

des actes de santé préventifs localement lors d'épidémie. De plus, ce travail peut se voir comme un moyen de remettre en avant notre système de soins préventifs, trop longtemps délaissé et dont nous payons le prix de sa faiblesse actuellement.

Ce travail comporte aussi beaucoup d'inconnues et pose de nouvelles questions. Beaucoup d'expériences subjectives ont été vécues durant ce travail et nous laisse interrogatif. A l'avenir, une série d'études pourraient être menées sur ce CT, concernant des problématiques plus précises rencontrées durant cette expérience. Par exemple :

- Une étude plus approfondie sur la valeur ajoutée du travail en équipe et de la pluridisciplinarité dans le CT. Analyser les potentielles freins du soignant dans ce processus.
- S'intéresser au vécu des patients lors du contact tracing de la maison médicale et gouvernemental, de manière plus approfondie. De même que les freins potentiels des patients à se mettre en quarantaine ou en isolement, ou de divulguer ses contacts étroits.

Revenir sur ces expériences et les étudier pourrait être un plus dans l'analyse et le développement de ce CT local.

Toutes ces réflexions sur le CT restent capitales à étudier. La pandémie de la covid-19 n'est pas terminée et l'avenir nous réserve très certainement de nouvelle pandémie avec d'autres pathogènes tout aussi virulents. Nous devons nous préparer à affronter cet avenir incertain. En tant que médecin généraliste, il en va de notre responsabilité envers nos patients.

## 7. Bibliographie

1. Morreel S, Philips H, Verhoeven V. Organisation and characteristics of out-of-hours primary care during a COVID-19 outbreak : A real-time observational study. PLOS ONE [En ligne]. 13 août 2020 ; 15(8):e0237629
2. Nouveau Coronavirus (Maladie : COVID-19, Virus : SARS-CoV-2) | Coronavirus Covid-19 [En ligne]. Historique des changements | Coronavirus Covid-19 ; Disponible : <https://covid-19.sciensano.be/fr/procedures/historique-des-changements>
3. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet. 2020, 395 :912-  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
4. FARES asbl [En ligne]. Stratégie et contrôle.  
Disponible : <https://www.fares.be/tuberculose/infos-pour-professionnels/strategie-de-controle>
5. Wolfe CM, Hamblion EL, Schulte J, Williams P, Koryon A, Enders J, et al. Ebola virus disease contact tracing activities, lessons learned and best practices during the Duport Road outbreak in Monrovia, Liberia, November 2015. PLoS Negl Trop Dis. 2017;11(6):e0005597.
6. Bi Q, Wu Y, Mei S, Ye C, Zou X, Zhang Z et al. Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China : a retrospective cohort study. The Lancet Infectious Diseases [En ligne]. Août 2020 ;20(8):911-9.  
Disponible : [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30287-5](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30287-5)
7. WHO | World Health Organization [En ligne]. COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS.  
Disponible : <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
8. Nouveau Coronavirus (Maladie : COVID-19, Virus : SARS-CoV-2) | Coronavirus Covid-19 [En ligne]. COVID-19 - Situation épidémiologique | Coronavirus Covid-19.  
Disponible : <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>
9. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of

72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention:  
Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control  
and prevention. JAMA. 2020;323(13):1239–42.

10. COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DU 26 MARS 2020  
Situation épidémiologique [En ligne]. Sciensano.be.  
<https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>
11. COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DU 12 février 2021  
Situation épidémiologique [En ligne]. Sciensano.be.  
<https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>
12. COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DU 14 Mai 2020  
Situation épidémiologique [En ligne]. Sciensano.be.  
<https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>
13. Sun, K., & Viboud, C. (2020). Impact of contact tracing on SARS-CoV-2  
transmission. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(8), 876–877.  
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30357-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30357-1)
14. BBC [En ligne]. BBC Four - Contagion : The BBC Four Pandemic - About BBC  
Pandemic.  
Disponible : <https://www.bbc.co.uk/programmes/articles/3pYGfsqONKB1bNkrGGYJl4h/about-bbc-pandemic#:~:text=The%20data%20collected%20between%20September,The%20BBC%20Four%20Pandemic>
15. Kucharski, A. J., Klepac, P., Conlan, A. J. K., Kissler, S. M., Tang, M. L., Fry, H., ...  
CMMID COVID-19 working group. (2020). Effectiveness of isolation, testing,  
contact tracing, and physical distancing on reducing transmission of SARS-CoV-2  
in different settings: a mathematical modelling study. *The Lancet Infectious  
Diseases*, 20(10), 1151–1160.  
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30457-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30457-6)
16. Hellewell, J., Abbott, S., Gimma, A., Bosse, N. I., Jarvis, C. I., Russell, T. W., ... van  
Zandvoort, K. (2020). Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of  
cases and contacts. *The Lancet. Global Health*, 8(4), e488–e496.  
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30074-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30074-7)
17. Lewis, D. (2020). Why many countries failed at COVID contact-tracing - but some  
got it right. *Nature*, 588(7838), 384–387.  
DOI: 10.1038/d41586-020-03518-4

18. Clark, E., Chiao, E. Y., & Amirian, E. S. (2021). Why contact tracing efforts have failed to curb Coronavirus disease 2019 (COVID-19) transmission in much of the United States. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 72(9), e415–e419.  
DOI: 10.1093/cid/ciaa1155
19. Lee, S. M., & Lee, D. (2020). Lessons learned from battling COVID-19: The Korean experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20).
20. Reintjes R. Lessons in contact tracing from Germany. *BMJ* [En ligne]. 25 juin 2020  
Disponible : <https://doi.org/10.1136/bmj.m2522>
21. Schmitz R. How germany staffed up contact tracing teams to contain its coronavirus outbreak [Web page]. 22 juin 2020.  
<https://www.npr.org/sections/health-shots/2020/06/22/880803278/how-germany-staffed-up-contact-tracing-teams-to-contain-its-coronavirus-outbreak>
22. Iacobucci G. Covid-19 : Is local contact tracing the answer ? *BMJ* [En ligne]. 17 août 2020.  
Disponible : <https://doi.org/10.1136/bmj.m3248>
23. COVID-19 Case Detection : Cuba’s Active Screening Approach. *MEDICC Review* [En ligne]. 2020 ;22(2):58.  
Disponible : <https://doi.org/10.37757/mr2020.v22.n2.16>
24. WHO | World Health Organization [En ligne]. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) ;  
Disponible : [https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))
25. Wallonie [En ligne]. Tracing : marché attribué au Groupement Autonome des Mutualités ;  
Disponible : <https://www.wallonie.be/fr/actualites/tracing-marche-attribue-au-groupe-ment-autonome-des-mutualites>
26. Le site officiel de la Wallonie [En ligne]. Tracing et appli Coronalert.  
Disponible : <https://www.wallonie.be/fr/covid19/tracing-et-appli-coronalert>
27. World health organisation (WHO): Contact tracing in the context of COVID-19. Interim guidance : WHO; February 2021  
Disponible : <https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>

28. Organisation mondiale de la santé (OMS): Considérations relatives au placement en quarantaine des personnes ayant été en contact avec des cas de covid-19, orientations provisoires. Genève: OMS; 2020.  
Disponible : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331364>
29. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed - 5Mai 2020  
Disponible : <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/contact-tracing-covid-19-evidence-scale-up-assessment-resources>
30. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update 2020 (8 Avril 2020)  
Disponible : <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>
31. MG TFE – Pour des Travaux de Fin d'Étude (TFE) de qualité en Médecine Générale [En ligne]. 6.7. Assurance de qualité – MG TFE  
Disponible : <http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/6-les-differentes-methodes-dinvestigation/6-7-assurances-de-qualite/>.
32. Nouveau Coronavirus (Maladie : COVID-19, Virus : SARS-CoV-2) | Coronavirus Covid-19 [En ligne]. Procédures - les changements les plus récents | Coronavirus Covid-19 ; [cité le 20 août 2021]. Disponible : <https://covid-19.sciensano.be/fr/procedures/home>
33. Petit guide de méthodologie de l'enquête – ULB
34. L'enquête par questionnaire, une méthode de collecte de données -L'A.P.E.S (association pour la promotion de l'éducation pour la santé)
35. medRxiv [En ligne]. Effective Contact Tracing for COVID-19 : A Systematic Review.  
Disponible : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.23.20160234v2>
36. WHO. Public health criteria to adjust public health and social measures in the context of COVID-19. 2020 May 12. Disponible : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332073/WHO-2019-nCoV-Adjusting\\_PH\\_measures-Criteria-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332073/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-Criteria-2020.1-eng.pdf)).
37. COVID-19 – BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE DU 30 Avril 2021 Situation épidémiologique [Internet]. Sciensano.be.  
Disponible : <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>

38. RTBF Info [En ligne]. Face à l'augmentation de cas de coronavirus, des centaines d'agents de traçage engagés en Wallonie et à Bruxelles.  
Disponible : [https://www.rtbf.be/info/societe/detail\\_face-a-l-augmentation-de-cas-de-coronavirus-des-centaines-d-agents-de-tracage-engages-en-wallonie-et-a-bruxelles?id=10613583](https://www.rtbf.be/info/societe/detail_face-a-l-augmentation-de-cas-de-coronavirus-des-centaines-d-agents-de-tracage-engages-en-wallonie-et-a-bruxelles?id=10613583)
39. RTBF Info [En ligne]. Tracing : des employés des call centers se plaignent de ne pas avoir grand-chose à faire.  
Disponible : [https://www.rtbf.be/info/regions/detail\\_tracing-des-employes-des-call-centers-se-plaignent-de-ne-pas-avoir-grand-chose-a-faire?id=10506623](https://www.rtbf.be/info/regions/detail_tracing-des-employes-des-call-centers-se-plaignent-de-ne-pas-avoir-grand-chose-a-faire?id=10506623)
40. KCE [En ligne]. Performance du système de santé belge – Rapport 2019.  
Disponible : <https://kce.fgov.be/fr/performance-du-systeme-de-sante-belge---rapport-2019>
41. M.Boutsen, G. Camilotti, T. Di Zinno, A-F; Pirson, P. Van Cutsem, K. Vervoort ; Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique : une mise à jour. Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste ; 2017.  
Disponible : [https://ima-aim.be/IMG/pdf/etude\\_ima-mm- resume-20171205\\_fr.pdf](https://ima-aim.be/IMG/pdf/etude_ima-mm- resume-20171205_fr.pdf)
42. GBO [En ligne]. 02/07/2020- Le Monde des spécialistes (Modes/GBO) accueillait le 15 juin 2020 en "webinaire " le célèbre virologue Emmanuel André Article du Journal du Médecin du 25/06/2020 "Nous serons mieux armés en cas de 2e vague " - GBO.  
Disponible : <https://www.le-gbo.be/02-07-2020-le-monde-des-specialistes-modes-gbo-accueillait-le-15-juin-2020-en-webinaire-le-celebre-virologue-emmanuel-andre-article-du-journal-du-medecin-du-25-06-2020-nous-serons-mieux-ar/>.
43. COMMISSION SPECIALE CHARGÉE D'EXAMINER LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 PAR LA Belgique du 12 mars 2021  
Disponible : <https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?language=nl&section=/pri/covid&story=audition.xml>

## 8. Annexes

### ○ Recherche de la littérature systématique

Libellule, portail documentaire (UCLouvain)

- Base de donnée par domaine : Science de la santé

#### 1) Embase

=> Recherche des bons mots clés via Emtree

Contact tracing : « Contact examination » ; « general practitioner » ; « general practice » ; « coronavirus disease 2019 » ; « health care personnel » ; « primary care provider »

=> 1<sup>er</sup> recherche : 'contact examination'/exp AND 'general practitioner'/exp

2<sup>ème</sup> recherche : 'contact examination'/exp AND 'general practitioner'/exp AND 'coronavirus disease 2019'/exp

3<sup>ème</sup> recherche : ('contact examination'/exp OR 'contact examination') AND ('primary care provider'/exp OR 'primary care provider') AND ('coronavirus disease 2019'/exp OR 'coronavirus disease 2019')

4<sup>ème</sup> recherche : ('contact examination'/exp OR 'contact examination') AND ('primary care provider'/exp OR 'health care personnel ') AND ('coronavirus disease 2019'/exp OR 'coronavirus disease 2019')

#### 2) PubMed

Mesh : "Contact Tracing" ; « General Practice » ; "Covid-19" ; "physicians, primary care » ; « primary health care »

⇒ 1<sup>er</sup> recherche : ("Contact Tracing"[Mesh]) AND "General Practice"[Mesh] AND "COVID-19"[Mesh]

⇒ 2<sup>ème</sup> recherche ("Physicians, Primary Care"[Mesh]) AND "Contact Tracing"[Mesh] AND "COVID-19"[Mesh]

⇒ 3<sup>ème</sup> recherche ("Primary Health Care"[Mesh]) AND "Contact Tracing"[Mesh] AND "COVID-19"[Mesh]

#### 3) Cochrane

1<sup>er</sup> recherche : Contact tracing AND general practice

2<sup>ème</sup> recherche : Contact tracing AND general practice AND covid-19

3<sup>ème</sup> recherche : Primary Health Care AND contact tracing

4<sup>ème</sup> recherche : Primary Health Care AND contact tracing

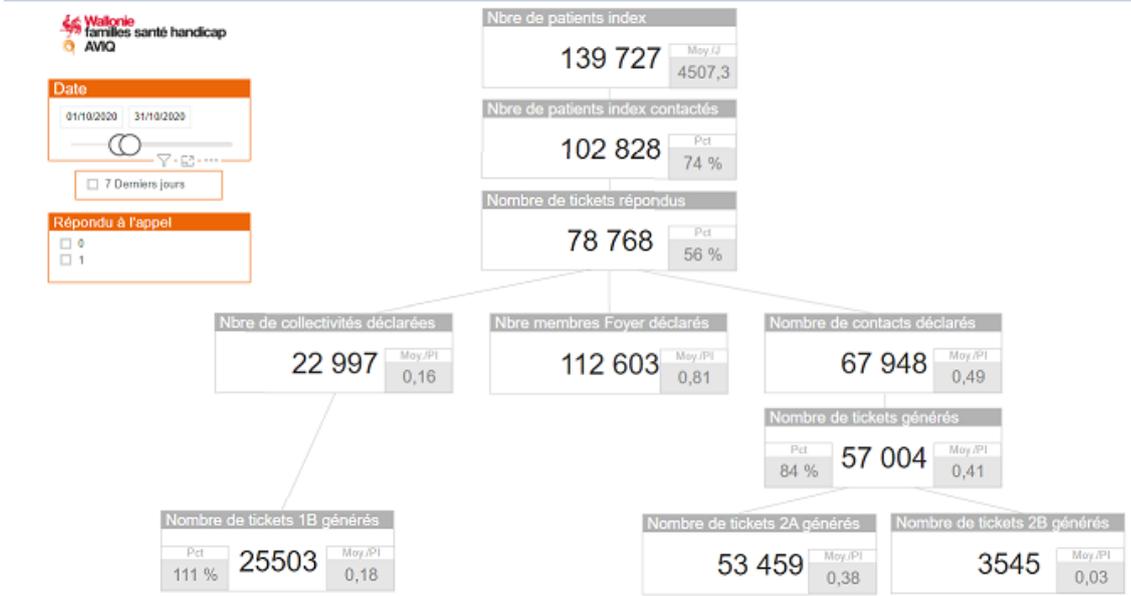
#### 4) Lit covid (via Pubmed)

⇒ 1<sup>er</sup> recherche : Contact tracing AND general practice

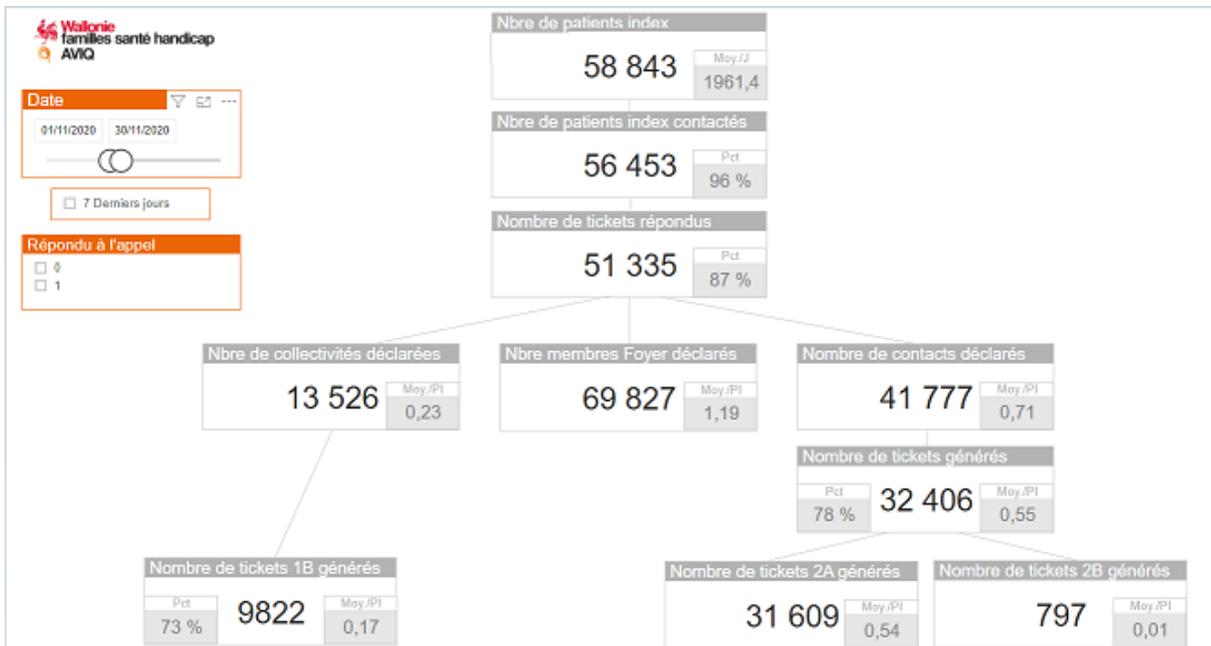
⇒ 2<sup>ème</sup> recherche : practitioner AND contact tracing

○ Chiffres du contact tracing- Aviaq

Agence pour une vie de qualité (Aviaq) - Donnée du CT – période Octobre 2020



Agence pour une vie de qualité (Aviaq) - Donnée du CT – période Novembre 2020



Période	Nbre PI	Taux PI permettant le suivi de contacts
01/10/20 - 31/10/20	139.727	26%
01/11/20 - 30/11/20	58.843	40,2%
01/12/20 - 31/12/20	19.453	48,9%

Octobre 2020 :

- 26% des PI « brut » = 36 329
- PI **atteint** = 78 768
- ⇒ Taux de PI atteint ayant transmis des Contact étroits = 46%

Novembre 2020 :

- 40,2% des PI « brut » = 23 537
- PI **atteint** = 51 335
- ⇒ Taux de PI atteint ayant transmis des Contact étroits = 45,8%

Décembre 2020 :

- 48,9% des PI « brut » = 9512
- PI **atteint** = 16 888
- ⇒ Taux de PI atteint ayant transmis des Contact étroits = 56,3%

Concernant les contact étroits, l'AVIQ parle de « Taux PI permettant le suivi de contacts »<sup>14</sup>.

○ Taux d'atteinte pour la période d'octobre/Novembre (calculs) :

Cas Index Octobre (139 727) + Cas Index Novembre (58 843) = 198 570 cas index Oct/Nov

Cas index atteint Oct ( 78 768) + Cas index atteint Nov (51 335) = 130 103 cas index atteint

⇒ 65.5% (130 103 cas atteints sur les 198 570 cas positifs indexé)

<sup>14</sup> Le taux de PI ayant au moins donné un contact et donc pour lesquels un suivi de cas a pu être effectué par les agents du call center et/ou de terrain. Ce taux correspond bien aux PI dans leurs ensembles (atteint ou pas par le CT).

○ Questions n°16 : Les réponses

« Je ne peux comparer avec le contact tracing « national » mais je peux confirmer que celui de la maison médicale était rassurant, clair et professionnel. » 10/10

« La personne qui m'a contactée était très rassurante et très empathique. Dans ce moment de grand stress, c'était très important de me savoir entendue et rassurée. » 10/10

« Le contact a été positif pour moi, je me suis senti soutenu pendant cette épreuve » 9/10

« La prise en charge de patient était vraiment à la hauteur. » 9/10

« Il était bien organisé et les explications étaient nombreuses et concrètes. » 9/10

« Pour ma part je suis ravie de leur travail

Surtout pendant notre confinement

Ils m'ont proposé des aides ménagères et faire des courses si on avait rien chez moi

Franchement un grand merci pour eux » 10/10

« Je me suis sentie soutenue et bien suivie pendant la maladie » 10/10

« La personne nous a bien expliqué si nous avons eu besoin d'aide pour les courses ou autre » 8/10

« Très bonne initiatives car le tracing fédéral de m'a jamais contactée. Ressenti d'être accompagnée et soutenue tout au long de l'isolement. » 10/10

« C'était très bien mais entre les différents appels du call center fédéral et ceux du bénévole de la maison médicale ça faisait beaucoup. Heureusement que je n'étais pas trop malade (accentué par le fait que je connaissais le bénévole que me contactait du coup via messenger » 7/10

« Oui, c'était très important de se sentir rassuré et surtout que la maison médicale prend la peine d'humaniser cette pandémie pour éviter de tomber dans la peur. Merci. » 10/10

« Ils sont bien à l'écoute et renseigne bien le patient. » 7/10

« J'ai dû attendre plus d'une semaine avant d'avoir mes résultats, peut-être à cause du grand nombre de cas à traiter à cette période. Mais mes symptômes étaient très clairs, je suis donc restée en quarantaine, comme conseillé par la maison médicale » 8/10





Formulaire de consentement éclairé au patient/participant de  
l'étude :

« En médecine générale, Peut-on faire du contact tracing local dans le cadre de la pandémie au covid-19 en Belgique ?

Critique et évaluation d'un contact tracing réalisé localement, en maison médical, au sein de ses patients positifs au covid-19. Réflexion sur le rôle potentiel et de la place du médecin généraliste dans cet acte de prévention. »

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),

.....

déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude : « Quel rôle le médecin généraliste peut-il jouer dans le contact tracing lors de la pandémie au Covid-19 en Belgique ? »

2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête. On m'a remis les informations nécessaires pour avoir accès aux résultats de l'étude. Toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
4. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
- la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et la réglementation européenne (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) en vigueur ;
  - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
  - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
5. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.
6. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

---

Signature du (de la) participant(e)

Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) ..... confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) participant(e) mentionné(e) ci-dessus.

*Signature de la personne qui procure l'information*

*Date (jour/mois/année)*

---

NOM et Prénom participant ;e :

## INFORMATION AU PARTICIPANT

« En médecine générale, Peut-on faire du contact tracing local dans le cadre de la pandémie au covid-19 en Belgique ? »

*« Critique et évaluation d'un contact tracing réalisé localement, en maison médical, au sein de ses patients positifs au covid-19. Réflexion sur le rôle potentiel et de la place du médecin généraliste dans cet acte de prévention. »*

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à cette étude. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette étude.

### Objectif et description de l'étude

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, en tant qu'assistant en médecine générale, je réalise un travail sur le sujet de recherche Mentionné en intitulé

Pour mieux comprendre comment gérer une épidémie, Je me suis intéressé au TTI (Testing/tracing/isolation), et plus particulièrement au contact tracing, se révélant un outil majeur dans la gestion des épidémies (Ebola, Tuberculose,...). Cet outil a été utilisé dans plusieurs pays, avec des résultats très intéressants. Les pouvoirs publics Belges ne se sont intéressés au contact tracing que tardivement. Néanmoins, il se pratique aujourd'hui chez nous.

Cette pandémie impacte toute la population, de manière individuelle et collective. D'un point de vue individuel, les personnes à risque de développer une forme sévère de la maladie sont en danger. D'un point de vue collectif, le confinement de la population a été vécu comme une catastrophe pour beaucoup de personnes. Certes, cette mesure était plus que nécessaire pour éviter une saturation de notre système de santé, mais d'autre part il aura eu des conséquences dramatique sur la vie des gens : Conséquences sociales (perte d'emploi, fermeture d'entreprise, accès aux réseaux absent,...) conséquence sur la santé mentale (enfermement, privation du réseau familiale et amicale) mais aussi d'un point de vue purement médical (saturation des hôpitaux, téléconsultation uniquement avec le médecin traitant, erreur médicale,...). Contrôler cette pandémie est donc un défi de santé public majeur mais le confinement s'avère être une arme à double tranchant que nous ne pourrons plus nous permettre d'utiliser.

Dans la littérature, le contact tracing organisé localement semble apporter plus d'efficacité par rapport à un contact étroit « national ». Dans certains pays, il est organisé par la ville ou le comté (Royaume-Uni), dans d'autres pays, par les médecins de quartier (Cuba). Cependant, hormis

l'exemple cubain, la littérature à travers le monde n'abonde pas concernant l'implication de médecin généraliste dans ce contact tracing local.

En Belgique, le contact tracing est effectué par les régions et organisé par le pouvoir fédéral. Il propose un système de téléphoniste venant des différentes régions du pays, n'ayant pas de lien ou de contact direct avec la 1<sup>ère</sup> ligne des soins (médecins traitants, etc...). L'implication de la 1<sup>er</sup> ligne de soin et des médecins généralistes dans le projet gouvernementale est très limitée. Le médecin généraliste n'est pas du tout impliqué dans le contact tracing et est limité à pratiquer, dans une moindre mesure, le « testing ».

En d'autres termes, j'ai la sensation que, justement, la médecine générale devrait prendre une place plus importante dans ce processus.

Dans notre système de soins de santé, un contact tracing local peut-il être réalisé ( en s'aidant de structure tel que les maisons médicales) ? Le médecin généraliste a-t-il la possibilité d'y être un acteur important ou doit-il en être un ?

A médecine pour le peuple, une série de maison médicale se sont lancés dans la réalisation d'un contact tracing, notamment celle de Marcinelle (mon lieu de stage). La maison médicale de Marcinelle effectue donc ce contact tracing depuis juin 2020 et est toujours en cours. Ce processus a impliqué les nombreux acteurs d'une maison médicale, du médecin à l'accueillant. Cependant, bien que l'expérience soit très positive, il est intéressant de pouvoir quantifier l'efficacité de celui-ci de manière plus scientifique.

### Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude vise à évaluer la possibilité de produire en Belgique un contact tracing local et efficace. Les maisons médicales pourraient s'avérer être des structures propices à cette exercice.

Elle vise aussi à réfléchir sur le rôle potentielle du médecin généraliste dans ce contact tracing locale. En effet, le médecin généraliste étant un maillon essentiel de notre première ligne de soins, celui-ci peut-il et devrait-il jouer un rôle majeur dans le contact tracing local ?

### Déroulement de l'étude

Outre la partie réflexive sur cette expérience, une enquête via un questionnaire sera réalisée auprès des patients de notre maison médicale.

### Les patients sélectionnés :

- Patient.e (sexe féminin ou Masculin) âgé.e de 18ans ou plus (pas de limite)
- De la maison médicale « Médecine pour le peuple-Marcinelle »
- Ayant eu un résultat positif à la covid-19 ou ayant un résultat négatif interprété comme « faux-négatif » par le/les soignants
- dans la période du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 30 Avril 2021.

Lors de la pandémie à la covid-19, vous avez été diagnostiqué positif à ce virus (par test ou par votre médecin). La maison médicale de Marcinelle (médecine pour le peuple) a organisé son propre contact tracing locale pour ses patients, dans l'optique de lutter contre le coronavirus. Il est tout à fait probable que vous ayez eu à faire à ce contact tracing, réalisé par les acteurs de la maison médicale.

Via ce questionnaire, je souhaiterais recueillir votre vécu et votre avis sur ce contact tracing réalisé par la maison médicale. Grâce à vos réponses, une évaluation de celui-ci pourra être faite.

**Les réponses de ce questionnaire sont totalement anonymes.**

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette étude n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

### **Bénéfices et risques**

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance des opinions, volontés et réticences des patientes, afin de mieux les comprendre et, dans l'idéal, mieux les soigner.

### **Protection de la vie privée**

Votre identité et votre participation à cette étude demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude.

La protection des données personnelles est assurée par la loi en vigueur du 30 Juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par la réglementation européenne (réglementation générale

européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Les gestionnaires des données sont :

Dr. Lefèvre Lorenz (responsable de l'étude)

Dr. Hufkens Eric ( promoteur)

### **Résultats de l'étude**

Cette étude rentre dans le cadre du TFE (travail de fin d'étude) en master de spécialisation Médecine générale du Dr. Lefèvre Lorenz.

Si vous en partagez le souhait, les résultats de l'étude vous seront fournis immédiatement.

### **Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête**

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'enquête ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Dr Lefèvre Lorenz

Téléphone : 071/476.496

N° de référence : AAHRPP-FORM-082

Clinical Trial Center

Version : 1.0

Date d'application : 05/11/2018

**PROTECTION DE LA VIE PRIVEE EN MATIERE DE RECHERCHE CLINIQUE : QUESTIONNAIRE 1 :****A FAIRE REMPLIR ET SIGNER PAR L'INVESTIGATEUR PRINCIPAL****CE DOCUMENT SERA FOURNI AU 1<sup>ER</sup> CONTACT AVEC LE GUICHET CENTRAL UCLOUVAIN DU CTC.**

	QUESTION	OUI	NON	N/A
<b>A : DONNEES ETUDE</b>	Les données collectées permettent une identification du sujet (nom, n° administratif, NISS, téléphone, email, photo de visage, adresse, n° de compte, vidéoconférence, sons etc)		X	
	Les données seront-elles transférées hors UE ?		X	
<b>B : MATERIEL</b> (en cas de réponse NON à ces 2 questions allez directement au D)	Fournissez-vous un matériel électronique au patient (pc, tablette, téléphone etc) ?		X	
	Utiliserez-vous l'équipement privé du patient pour collecter des données (pc, tablette, téléphone etc)		X	
<b>C : DONNEES COLLECTEES AUPRES DU PATIENT</b>	Des informations seront-elles échangées avec le patient par son email ?		X	
	Les données sources collectées directement auprès du patient pourront-elles être ajoutées vers son dossier médical (medical explorer) si l'investigateur juge qu'elles sont utiles pour son suivi médical ?		X	
	Les données collectées auprès du patient seront-elles stockées dans un environnement ISO27000 ou HIPAA ?			X
	Les données de localisation de l'accès chez le patient (IP - FSM-MAC ADDRESS) seront-elles masquées par le sponsor ?			X
<b>D : LOGICIEL</b>	Devez-vous installer une application sur un ordinateur UCLouvain?		X	
	En tant qu'investigateur académique UCLouvain, utiliserez-vous une base de données (excel, word, access, redcap etc) qui répond aux conditions suivantes : - fichier protégé par un mot de passe ✓ - backup réalisé ✓ - localisée sur un serveur UCLouvain X		X	

**DES REPONSES INAPPROPRIEES AUX QUESTIONS A,C,D PAR RAPPORT AU GDPR EXIGENT L'ENVOI DU QUESTIONNAIRE 2 PAR LE GUICHET À L'INVESTIGATEUR ET EVALUATION DU DOSSIER PAR LE DPO.**

DATE : 06/07/2021

SIGNATURE DU SPONSOR/CRO :

NOM, PRENOM DE L'INVESTIGATEUR PRINCIPAL :

Lefine Lorenz

NOM DE L'ETUDE :

En médecine générale, peut-on faire du contact tracing local dans le cadre de la pandémie au Covid-19 en Belgique ?  
 Critique et évaluation d'un contact tracing réalisé localement, en maison médicale, au sein de ses patients positifs au Covid-19.  
 Reflexion sur le rôle potentiel et de la place du médecin généraliste dans cet acte de prévention.

# Questionnaire sur le contact tracing Médecine pour le peuple-Marcinelle

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, en tant qu'assistant en médecine générale, je réalise un travail sur le sujet de recherche suivant :

" En médecine générale, Peut-on faire du contact tracing local dans le cadre de la pandémie au covid-19 en Belgique ?

Critique et évaluation d'un contact tracing réalisé localement, en maison médical, au sein de ses patients positifs au covid-19. Réflexion sur le rôle potentiel et de la place du médecin généraliste dans cet acte de prévention. "

Lors de la pandémie à la covid-19, vous avez été diagnostiqué positif à ce virus (par test ou par votre médecin).

La maison médicale de Marcinelle (médecine pour le peuple) a organisé son propre contact tracing locale pour ses patients, dans l'optique de lutter contre le coronavirus. Il est tout à fait probable que vous ayez eu à faire à ce contact tracing, réalisé par les acteurs de la maison médicale.

Via ce questionnaire, je souhaiterais recueillir votre vécu et votre avis sur ce contact tracing réalisé par la maison médicale. Grâce à vos réponses, une évaluation de celui-ci pourra être faite.

Les réponses de ce questionnaire sont totalement anonymes.

Pour toutes autres informations, questions ou retour sur ce travail de fin d'étude (notamment pour les résultats finaux de l'enquête),vous pouvez vous adresser au responsable de l'étude :

Dr. Lefèvre Lorenz  
Médecine pour le peuple  
Rue de la vieille place, 67  
6001 Marcinelle  
071/47.64.96

Merci d'avance pour votre participation !

**\*Obligatoire**

Votre profil

Cette rubrique regroupe les questions vous concernant.

1. Age \*

---

## 2. Sexe \*

Plusieurs réponses possibles.

Masculin

Féminin

Autre :  \_\_\_\_\_

## 3. Situation familiale \*

Plusieurs réponses possibles.

Célibataire

En couple

Co-habitant.e

Enfant.s

Autre :  \_\_\_\_\_

## 4. Situation professionnelle \*

Plusieurs réponses possibles.

Ouvrier(ère)

Employé.e

Sans emploi

Indépendant.e

Soignant.e

Etudiant.e

Autre :  \_\_\_\_\_

## 5. Si vous n'êtes pas sans emploi ou étudiant.e, pourriez-vous préciser votre métier ?

\_\_\_\_\_

Le contact  
tracing

Cette rubrique vous questionne plus en détails sur le contact tracing de la maison médicale.

6. Quand avez-vous été diagnostiqué positif à la Covid-19 (selon un test positif ou sur décision de votre médecin) ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Octobre 2020
- Novembre 2020
- Décembre 2020
- Janvier 2021
- Février 2021
- Mars 2021
- Avril 2021
- Aucune idée

7. Quel type de test avez-vous bénéficié ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Test PCR
- Test Rapide
- Aucun

Autre :  \_\_\_\_\_

8. Quel a été le résultat de votre test ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Positif
- Négatif
- Aucune idée

9. Suite au diagnostique de la covid-19, avez-vous été contacté par le "contact tracing" de votre maison médicale ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Oui
- Non
- Aucune idée

10. Si vous-avez répondu "oui" à la question précédente, Combien de temps après vos résultats avez-vous été contacté ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Le jour-même
- Le lendemain (J+1)
- Le surlendemain (J+2)
- Au-delà du 3ème jour
- Aucune idée
- Je n'ai jamais été contacté

11. Lors de votre isolement, avez-vous eu plusieurs appels de la maison médicale (du contact tracing) ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Oui, le contact tracing de la maison médicale m'a contacté plus d'une fois
- Non, le contact tracing de la maison médicale ne m'a contacté qu'une seule fois
- Je n'ai jamais été contacté
- Aucune idée

12. Avez-vous transmis tout vos contacts étroits lors de ce contact tracing ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Oui
- Non
- Aucune idée
- Je n'ai jamais été contacté

13. Concernant l'isolement, est-ce que les informations transmises par la maison médicale étaient claires ? Etait-ce compréhensible pour vous ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Ni d'accord ni pas d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord du tout
- Je n'ai jamais été contacté

14. Lors du contact tracing de votre maison médicale, vous sentiez-vous en confiance avec votre interlocuteur ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Tout à fait d'accord  
 Plutôt d'accord  
 Ni d'accord ni pas d'accord  
 Plutôt pas d'accord  
 Pas d'accord du tout  
 Je n'ai jamais été contacté

### Votre avis sur le contact tracing de la maison médicale

15. Concernant le contact tracing de la maison médicale, êtes-vous globalement satisfait.e de celui-ci ?

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Absolument									

16. Souhaitez-vous donner votre avis (positif ou négatif) sur le contact tracing de la maison médicale ?

---

---

---

---

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms