



HAL
open science

Quel a été le ressenti des soignants corses contaminés par le SARS-CoV-2 et relevant de la médecine ambulatoire ? Étude qualitative

Sandra Luciani, Laetitia Dellasantina-Panzani

► To cite this version:

Sandra Luciani, Laetitia Dellasantina-Panzani. Quel a été le ressenti des soignants corses contaminés par le SARS-CoV-2 et relevant de la médecine ambulatoire ? Étude qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03433028

HAL Id: dumas-03433028

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03433028v1>

Submitted on 17 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Quel a été le ressenti des soignants corses contaminés par le SARS-CoV-2 et
relevant de la médecine ambulatoire? Etude qualitative**

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 26 Octobre 2021

Par Madame Laetitia DELLASANTINA-PANZANI

Née le 8 janvier 1992 à Marseille 08eme (13)

Et par Madame Sandra LUCIANI

Née le 8 mars 1993 à Bastia (2B)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Madame le Docteur DUBOIS Marion

Assesseur

Monsieur le Docteur DAHAN Thierry

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements communs

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Stéphanie GENTILE,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions pour l'intérêt et la curiosité que vous portez à notre sujet. Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Madame le Docteur Marion DUBOIS,

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail. Nous sommes reconnaissantes de l'intérêt que vous portez à notre sujet. Veuillez recevoir l'expression de notre plus profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Thierry DAHAN,

Tu nous as fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse. Nous avons particulièrement apprécié nos échanges tout au long de notre travail. Nous te remercions sincèrement pour ton aide, tes conseils bienveillants et ta disponibilité. Sois assuré de notre estime et notre plus profond respect. Les internes corses te doivent beaucoup pour ton investissement, on ne te remerciera jamais assez.

A tous les soignants qui ont accepté de participer à nos travaux de recherche et qui se sont rendus disponibles. Merci pour votre bienveillance et vos témoignages.

Remerciements de Sandra

« La famille c'est une richesse incroyable, ça donne des outils pour pouvoir affronter les moments extraordinaires, les moments plus difficiles, les hauts, les bas. » Céline Dion.

Maman, sans aucun doute la personne que je remercie le plus au monde. Je sais que tu déplacerais des montagnes pour moi sans rien attendre en retour. Je te remercie d'avoir réussi à supporter autant d'années l'infatigable Duracel que je suis ! Je n'ai jamais manqué de rien grâce à toi, j'ai reçu un amour débordant. Tu es mon modèle de générosité, de spontanéité, d'humour, de combattivité. J'espère que tu es fière de moi comme moi je suis fière de t'avoir pour mère. Cette thèse, c'est la tienne. Je t'aime tellement et je ne me lasserai jamais de te le dire.

Beau Papa. Par où commencer ? Tu es entré dans ma vie par hasard, ou plutôt le destin t'a mis sur mon chemin. Tu es maintenant un pilier, sur lequel j'ai la chance de pouvoir m'appuyer. La chanson qui résume le plus notre histoire c'est « Beau-Papa » de Vianney, parce-que comme je te le chante si bien « y'a pas que les gènes qui font les familles, du moment qu'on s'aime... ». Merci de faire partie de ma vie ! Je t'aime !

Papa, merci pour ces délicieux souvenirs d'enfance, je mesure la chance que j'ai eu de grandir au village, je pense avoir hérité de tes belles valeurs et surtout de ton grain de folie !

Laura P., ma cousine chérie, je ne te le dis pas assez mais je ne mesure pas la chance que j'ai de t'avoir dans ma vie ! Tu débordes de qualités et tu es la seule à avoir l'ascendant psychologique sur moi, surtout dans l'eau de mer ! Enfin plus sérieusement, je n'ai pas de frère et sœur mais avoir une cousine comme toi comble le manque d'une fratrie. Merci pour tout, tu es un être humain magnifique !

Chjara, mon petit bonbon, je suis fière de la jeune femme en devenir que tu es, tu es notre petite protégée et on te soutiendra dans tes choix et tes doutes tout au long de ta vie. A la vie, à la mort ma petite cousine chérie.

Laurina, pour ta piscine... je rigole, pour ta gentillesse et ta joie de vivre. Et pour tous les beaux moments qu'on partage quand on se voit chez **Tata Simone** et **Tonton Jacky** que j'aime tant.

Laura L., parce-que tu es la gentillesse incarnée, que j'adore passer des ptits moments chez toi surtout à Noël haha ! et parce que j'ai trop hâte de pouponner comme il se doit à Noël !!

Tata Dumè, pour tous ces cafés qu'on doit prendre car je suis trop pressée quand je te croise haha ! Merci d'être aussi adorable et bienveillante.

Francescu-Maria, mon zinzin au grand cœur. Comme tu le dis si bien, on en a fait des heures de route ensemble étant petits ! Tu es devenu un si bel homme, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur ! A cette soirée à la piscine mémorable où tu m'as atomisée...

Taty Do. Pour ton énoooooorme cœur et pour ce rire tellement mais telleeeement communicatif ! Tu as une place tellement importante dans ma vie, tu m'as vu grandir, tu m'as toujours soutenue, adorable... Tu es la tatie qu'on rêve tous d'avoir !! Je t'aime trop !

Tata Jany pour toutes les bêtises que j'ai pu faire chez toi, tu le sais que je suis absolument fan de toi !

Marraine, merci pour ta bienveillance sans limite.

Mamie Tona, j'aurais aimé que tu sois encore là pour partager ce moment si important de ma vie. J'espère que de là-haut tu es fière. « *ti bossés, ti bossés !* ».

« Je dis que si c'est un ami, tu peux dire un grand merci à la vie » Céline Dion.

Laetitia. Merci de m'avoir ambiancé avec tes lunettes jaunes anti-lumière bleue de daronne ! Merci à ta surface d'avoir tenu le choc, depuis la p2 quand même... Tu sais à quel point je t'estime, j'apprécie ta vision de la médecine et je suis fière d'avoir fait ce travail avec toi, je n'aurais pas pu avoir meilleur binôme ! Vraiment, t'es une superbe rencontre de cet internat ! Ne change rien à la fabuleuse personne que tu es ! Hâte de me saouler avec toi au Graaaaaaand Val hahaha !

Marine B., mon binôme de p1, comment te remercier ? Cette thèse c'est un peu la tienne, merci pour ton soutien indéfectible, ton cœur débordant de générosité. Trop de souvenirs : les mardis fous, les jeudis aussi, nos pétages de câble avec des fous rires à en pleurer. Je t'aime fort fort fort!!

Andréa... si on m'avait dit dans la cour du collège... ou à la danse à Corte... ce que la vie nous réserve parfois, c'est assez incroyable... Je remercie le Ciel de t'avoir mis sur ma route et quoique l'avenir nous réserve, je pense qu'on forme un binôme d'HPIA inégalable ! Alors, désolée, ça te fait un enfant en plus à gérer mais faut avouer qu'on rigole bien ! Tu es juste parfaite, J&J peuvent être fiers ! Tu as un cœur pur et je n'ai pas de mot assez fort pour te dire à quel point je t'admire et t'adore !

Christelle et Gabyska, mes vieilles amies que j'aime tant. Vieille amitié ne craint pas la rouille. A ce trajet en voiture où Christelle a sauvé mon permis et Gabrielle pouffait de rire avec son burger à l'arrière. Je suis fière des femmes que vous êtes devenues et je vous souhaite des courses de fauteuil roulant à l'EHPAD ! Dark Gaby je t'aime aussi.

Anne-Marie San. Avà Tasta ! A nos mille souvenirs plus fous les uns que les autres ! Tu es la personne la plus improbable qui existe dans cet Univers et c'est pour ça que je t'aime tant !

Marine C., mon alter ego espagnol, ma sœur d'une autre mère. Je vais te parler en mots clés pour que tu te remémore nos souvenirs : Céline Dion bien sûr, bonbons à la violette, balcon de chez toi ce fameux 6 mai, karaokés à volonté. Tu es partie chercher le bonheur en Espagne et je suis heureuse pour toi mais tu me manques tellement... C'est terrible qu'en 2021, on ne puisse pas se téléporter !!

Alizouz, mon bonbon breton... Si seulement tu pouvais vivre à 100 mètres de chez moi, pour que je t'admire en train de donner ta plus belle prestation sur du Céline ou du Beyonce. Je ne regrette pas de t'avoir proposé des gâteaux dans les box !! A nous Pékin Express !! PS : j'ai pas retrouvé le mouton...

Nabster, Chipster, toi qui sais manier le scalpel sur l'organe le plus noble et que j'admire tant, mais qui est aussi la plus grande organisatrice de banquet sucré-salé devant un programme TV merdique. A ce jour où je n'étais pas derrière ta porte ! A ce Fanta abandonné dans ta boîte aux lettres. Je t'aime trop !

Myriam, mimster, comment te décrire ? Experte en chipsologie, à l'accent chantant, discrète sauf quand on réveille le Gad Elmaleh qui sommeille en toi ! Merci pour ces années et pour la magnifique personne que tu es !! Tu es le sang de l'ECMO veino-veineuse !!

Sophie. « ohhhhh pauvre ». Je sais pas si un jour on arrivera à se voir sans s'insulter mais en même temps... Est-ce que c'est pas une preuve d'amour ? On n'est pas venues au monde pour épiler des kiwis, on n'a pas fini de faire bordel, c'est moi jte l'dis mon caribou ! A nos moments les plus drôles mais aussi les plus gênants ! Je t'aime de ouf !

Sonia, pour tous ces bons moments passés ensemble et tes petites dents vraiment trop mignonnes !!

Floriane, marche arriiiiière Mich Mich ! Notre urologue préférée !! Trop mignonne toi aussi.

Iris La Pinte, un mélange sensationnel de Bree Van de Kamp va à la messe et de « Oh fatch, sers moi un jaune » ! Merci pour ces années de délire ! DES FRITES DES FRITES DES FRITES ! De la bière, beaucoup de bière ! Mais surtout une très belle amitié, tu le sais que je t'adore ma petite pinte !

Emilie, je pense sincèrement que si j'avais pu avoir une grande sœur comme toi, j'aurais signé direct, j'ai vraiment l'impression de te connaître depuis dix ans et que tout est simple avec toi... Après m'avoir tant fait rêver au bloc, tu m'as laissée te découvrir et j'ai encore adopté une parisienne d'exception ! Juste, merci d'être toi ! On forme un beautrio avec **Axelle**, tête de pain... qu'on attend de pieds femmes pour lui faire la misère de nouveau parce qu'on l'aime !

Lisandru, je ne peux malheureusement pas te critiquer au vu des dossiers que tu détiens sur moi... Mais de toute façon ya rien à critiquer, tu es génialissime. Même si tu me coûtes très cher (450 euros par pari à la con), je suis tellement heureuse quand je vois ta tête avec le regard vide parce -que je sais que, dans la seconde qui suit, tu vas me sortir une connerie qui va me faire mourir de rire !! Alors, merci pour tout, et surtout merci pour tes précieux conseils d'épilation en fémoral...

Laurina, je te remercie d'avoir fait cet interchu c'était un pur bonheur, à ces 6 mois de sport intensif, de débats astrologiques et autres conneries mais surtout de narcolepsie sans limite, et n'importe où ! Je suis absolument fan de toi et je valide fort ton union avec le plus grand DJ de cette planète, **DJ Keeev** ! DJ Kev merci pour la pertinence de tes argumentations lorsqu'il s'agit de débattre sur des sujets pas du tout sérieux ! Vous me manquez, revenez vite !

BJ. A nos souvenirs, parce qu'on partage ce grain de folie qui fatigue tout le monde. Tu es une personne en or massif, qui donne sans compter et qui est toujours aux petits soins pour tout le monde. Tu sais me faire mourir de rire. Tu sais ce que je pense de toi, je n'ai pas besoin de l'écrire...

Camille, « la chenille se plie et se déplie », mon petit chat d'amour, tu sais à quel point tu comptes pour moi et j'aime trop quand on arrive à se voir quand tu fais tes escapades ajacciennes !!

Theo, je ne te remercierai jamais assez pour tooooooutes les fois où tu m'as sauvé de la mort ou de la prison ! Tu es génialissime et on aura bien rigolé pendant ces années de fac !

Adrien, ma Jeanine, tu es le pharmacien le plus gentil mais surtout le plus stylé de la West Coast !

Guigui, le roi de la sono, le boutentrain des fratés marseillais, continue de nous ambiaaaaaancer !

Christian, le gendre idéal qu'on veut tous en ami, pour ta gentillesse et tes cartes postales (mais qui en écrit encore ? hahaha ?)

Léa G., la pédiatrie te va comme un gant tu es beaucoup trop mignonne toi !! A tous ces bons moments partagés et ceux à venir...

Marine N., la plus mature du groupe des fratés et ça fait du bien. Ta constance, ta douceur, tes bons conseils, sans oublier ton goût pour les potins hihi... Je t'adore ma biche.

Matthias, je bisque encore d'avoir été dans un trou pommé pour ta thèse car j'ai raté le serment bouuuuuh ! Tu es le binôme d'ambianceurs avec Guigui, tu me fais toujours trop rire mon frère !!

Tata Rosine et **Tata Caro**, mes petits papillons, il faut qu'on se débrouille pour faire la fête en bonne et due forme maintenant que je rentre dans le cercle très fermé des theysey (enfin j'espère haha) ! Je vous aime trop !!

Anne-Charlotte, la dentiste la plus corse des continentaux ! Une pépite, tu me régales !!!

Laura P., « c'est toi Laura Paschel ? » à tous ces bons souvenirs de P1 ! Tu es adorable et la prof dentiste la plus belle de l'Univers !

Vanessa, tu me faisais peur au début mais j'ai découvert une chirurgienne au grand cœur !!

Marion T., à tous ces chouettes moments de fac, hâte d'en partager d'autres à Montpeul !!

Vialou, la queen, « c'est mon GET », ça me fait trop plaisir qu'on reste en contact, tu es tellement drôle, tellement gentille ! Sauf avec les femmes qui ne veulent pas manger de salade hahaha !

Lydia, ma petite camomille, tellement adorable, tellement zeeeeen !! Je t'adore !

Blandine et Elister, la LCA est maintenant qu'un lointain souvenir pour nous, je me souviendrai toujours de nos siestes si courtes mais si longues dans ce box digne d'un placard sous l'escalier ! Cœur sur vous les copines !!

Neylo, l'amour vache mais tu me manques beaucoup... « MAIS GROS MAIS », pour toutes les fois où on était en PLS devant des situations improbables !

Cotro, je t'adore, qu'est-ce que tu me fais rire, mais pense à arrêter la drogue stp !!

Nomster, pour ta gentillesse et tes cheveux sublimes ! Trop mignonne.

Pauline P., mon petit bizuth qui a bien grandi, t'es trop chou !

Lycia, ma mère adoptive lorsque j'étais complètement larguée à Marseille, loin de mon île, merci pour tout. **Medina**, pour ton soutien sans faille et tes phrases assassines qui cachaient un grand cœur !

Jean-René, mon futur mari ! Tu arrives à me faire mourir de rire en une seule phrase, tu es un rayon de soleil dans mon quotidien, merci pour ça. Surtout merci de trouver toujours une perle sur instagram pour embellir ma journée. Tu seras Président de la Corse un jour, en attendant « apéroooooo ».

Marie, pour ta gentillesse dans les couloirs d'Hippo, et ta répartie très fine quand je te pousse à bout ! sous tes airs « tyranniques » pour reprendre ton petit interne, tu es un petit bonbon trop mignon !

Chiara, pour les cours de sport que j'attends et merci d'être aussi solaire tout le temps !

André, parce qu'on est trop extrêmes mais tu es un adorable jeune homme, plein de belles valeurs.

Valentin et Pauline, The kooples, parce qu'on vous a adopté parce que vous êtes des amours tous les deux. Val, mon premier cointerne, la douceur et la gentillesse incarnée, une vocation d'acteur bafouée. Je regrette d'avoir refusé cette soirée avec toi le premier soir ! Pauline, parce que quand on est à bout ensemble, on rigole bien ! Tu es une perle toi aussi !

Léa, la gentillesse incarnée ! La reine des graines ! Tintaaaaacciaaaaaaaa ! Notre mère de l'internat et une amie sincère, qui a le cœur sur la main ! Suis trop contente de te compter dans ma vie !

Hélène, sous tes airs de sainte nitouche et de parigo hautaine se cache une taaaaaaaaaaaaarée comique insoupçonnable qui a fait vibrer mon internat. J'aime tout de toi ma sœur sauf l'odeur de tes pieds !!

Christophe, ou plutôt Jean-Kev, tu as été le co-interne rêvé le temps d'un stage, tu es au top !!

Laetitia G., on adore se faire la misère mais au fond tu es un petit sucre on le sait tous !! Merci pour tout, ta capacité à écouter mes angoisses pendant des heures, nos moments de pure gênance...

Robin, JCVD, pour ces 6 mois bien sympathiques ! On aura bien rigolé hein ! Tu es un garçon en or !

Liza, « c'est pas l'heure pour une bière là ? ». Pour ces fabuleuses pâtes au Maggi, ce nombre incalculables de bières, la fois où t'as fini perfusée aux urgences « non mais t'as pas honte ? ». Franchement, j'aurais pas rêvé mieux comme cointerne au premier semestre. « Meuf t'as rendu le devoir pour la fac ? Non et toi ? Non, ah ! tu me rassures ! » hahaha je t'aime trop trop trop toi !!

Anna B., « meuuuuuuuuuuuuf » la plus folle de mes copines !! Tu es débordante d'énergie et tellement improbable parfois, c'est ce que j'aime chez toi ! Je suis tellement heureuse pour **Alex**, mon cousin que j'aime, et toi, et fière d'avoir pu assister à votre mariage, c'était si émouvant hahaha !! Bon maintenant ça suffit, tu reviens hein ! « meuf t'as pas un briquet ? » Non, toujours pas !

Andrea B., pour m'avoir appris à garder le coude sur le comptoir et pour ta générosité sans limite ! Et aussi pour toutes les fois où tu me fais mourir de rire malgré toi !! Je t'adore !

Valentine, je sais toujours pas où c'est Rouen mais suis bien contente que tu aies fait le déplacement jusqu'en Corse c'est une bien belle rencontre !

Morgane. GRAOUUUUUUUUUUUUUUU. A ce semestre improbable... J'en reste là... Je t'adore.

Clacla, ma biologiste préférée, parce que j'aimerais siroter plus de mojitos au Scudo dans les années à venir avec toi !! Je t'en supplie, reeeeeeeeeeste ! Je vais avoir du temps maintenant ! Cœur, cœur !

Caro B., le Gémeau que j'embête le plus ! J'ai hâte que tu prennes ce poste à Corte... On a tous besoin d'un Gémeau dans notre vie ! Un jour, tu te rendras compte à quel point je t'apprécie...

Clara Kinks, ton blond vénitien reflète une belle âme ! Je t'adore !

Julie F., la petite nouvelle cramée du cerveau que j'adore ! « j'eeeeen prends note ! ».

Laetitia RJ, la méticuleuse. J'espère que tu vas revenir à la raison et me nommer marraine de la locatrice !! Je t'adore petit dragon !!

Rafaëlle, oui tu as encore ton nom en gras dans une thèse. Et si je pouvais le mettre en police 36, ce serait tellement mérité ! Longtemps imitée, jamais égalée. Ainsi, dans tous les autres stages, on s'évertuait avec les co-internes à chercher un équivalent licorne, une Raf' à admirer, mais tu es unique au monde !!! J'espère un jour être au moins 1/8^{ème} du fabuleux médecin que tu es !

Julie R., Helene V. Helene, pour toutes les fois où tu as su me faire rire alors que tu étais au bout du bout après des péripéties rocambolesques dans le service. Julie, parce-que tu es adorable et qu'on se voit pas assez souvent va falloir que j'y remédie !

Mel Zicchina, « oh malaaaaadeeee », tellement unique, tu pourrais ambiancer le stade de France. Tu es un vrai rayon de soleil, ne change jamais ! Je t'adore !!

Marine et Anne-Laure, mes petites chéries des urg !! Marine, tomber sur toi aux urgences après le village, c'était improbable et c'est un réel plaisir d'avoir pu te redécouvrir. Anne-Laure, alors toi tu es un sacré bout de femme, je suis toujours à l'affut d'un appel « oh fraté j'ai une question... » .

Maryvone, pour ta gentillesse et ta créativité, c'est dingue tout ce que tu sais faire ! Tu es une perle !

Georgina, pour ton énergie stimulante, ta folie et tes précieux conseils ! Je t'adore !!

Elodie, pour ta douceur et les petits thés à l'internat et les repas trop cools avec Lucie.

Delphine, parce-que j'ai adoré tes passages dans mes différents services, toujours de très bons conseils, t'es hyper pédagogue, tu as le cœur sur la main, et je n'oublierai jamais ce fameux cours pré-covid « les internes, vous savez ce que c'est une pandémie ? ». Maintenant, oui.

Un internat nustrale, avec la découverte d'Ajaccio ! *Récit d'une interne qui trahit le Nord.*

Urgences d'Ajaccio. Et dire qu'au fin fond de la Thaïlande, j'allais choisir un stage sur le continent... J'aurais raté des rencontres extraordinaires. Vraiment une équipe au top. Merci pour tout !

Bianca, Laurent C., Laurent G., plus particulièrement pour vos bons conseils en stage et votre sympathie !

Aurélia C. que j'ai eu le plaisir de te retrouver en gériatrie, quel bonheur de travailler à tes côtés !! Tu es une sainte !!

Court Séjour Gériatrique à Ajaccio. Alors là, j'aurais pas rêvé meilleure équipe pour affronter une crise sanitaire... Il faut dire qu'elle est gérée d'une main de maître par le Grand Chef.

Le Grand Chef. Vous savez l'admiration que je vous porte, j'ai eu l'immense chance de vous côtoyer et vous m'avez transmis beaucoup, dans la plus grande bienveillance. Je ne vous remercie pas pour l'emprise psychologique que vous avez sur moi, et sur tous les internes qui sont passés en stage chez vous. Je ne vous oublierai jamais.

Nassima, merci pour tout, ta gentillesse, ta douceur... Merci d'avoir supporté mes douze humeurs par jour pendant le covid, et merci d'aimer autant les petits potins que moi haha ! Je t'adore !

Anaïs P., parce que j'adore t'embêter et que tu es une infirmière au très grand cœur. Céiiiiiiiiine !

Camille. Un amour d'infirmière, une si belle âme, une superbe rencontre... Tu es tellement touchante !

Maria-Serena, petit chat d'amour. Ces house party inoubliables, ta gentillesse inégalable. Désolée de te malmener autant quand je veux te faire croire à une connerie « t'es sérieuuuuuse ? ».

Marion, parce que tu es la belle-maman qu'on voudrait tous !!

Perrine, pour ton extrême gentillesse et ces bons moments passés en stage !

Marie-Eve, pour ton initiation aux Cosplays et aux trucs super chelous, tu me fais trop rire !!

Gynécologie à Ajaccio.

Je remercie **Stéphane Oden** de nous avoir ouvert les portes de ce stage, Stéphane tu es le chef de service le plus cool que j'ai jamais rencontré ! Et je ne dis pas ça pour que tu m'emmènes faire du bateau ! **Coline,** merci pour ta cool attitude et ta bienveillance envers les internes !

Marion, même si ça a mal commencé entre nous pour une histoire de pastèque... on a fini par se faire un câlin haha ! Plus sérieusement, tu es si empathique et si compétente qu'on ne peut que t'admirer !! Aux apéros à venir parce qu'on en a plein en retard !

La Team Rocket : Pierrette la sentinelle, pour tes grands yeux à chaque fois que tu voulais me faire peur mais en fait tu es un amour... mais quand même tu me stresses, **Marie-Pierre** pour toutes les fois où tu criais fufuuuu et que ta voix partait dans les aigus et pour ta générosité, **Vannina** parce-que les poissons c'est les meilleurs et que tu m'as fait goûter les meilleures glaces de Corse, et que tu es très bonne en macagna !

Mathilde M., qu'est-ce que je t'aime toi ! Ce stage n'aurait pas été le même sans ta présence !! En même temps à partir du moment où tu aimes Céline, tu es forcément une belle personne !

Clotilde et **Coralie**, les petites nouvelles tellement mignonnes !! **Doriane** et **Mégane**, des petites perles également. Merci d'être aussi bienveillantes. **Mélanie B.**, même si tu es Lion et que ça me dégoute, j'ai adoré ce stage à tes côtés !!

Derudas, Sandra de son prénom hihi, pour ta folie bien cachée !! **Lisa**, la super SF, poisson-cancer, trop mignonne !

Pédiatrie à Ajaccio.

Anaïs, j'ai vraiment pas de mots pour décrire l'admiration que je te porte. Non seulement tu es un médecin... euh... génialissime !! Mais en plus, tu es tellement gentille ! J'ai vraiment eu énormément de chance de t'avoir pour senior et j'ai hâte que tu baptises ta fille pour enfin être marraine !

Edeline. Comment qualifier notre relation chef ? Je sais que tu sais qu'on sait. Donc voilà quoi...

Marie, ELLE EST A TOIIIIII tu es folle mais je t'adore ; **Noémie**, sa douceur et son goût du bon vin, **les Claire** trop mignonnes, **PRADOS** juste une infirmière exceptionnelle avec qui j'ai partagé de sacrées nuits, **Nathalie** que j'aime tant et à qui j'ai fait des blagues plus que douteuses, j'en suis en core désolée, **Joanna** et sa sinusite cas d'école, **Coline** pour ces super pauses thés.... Service au top !!

Comment oublier mes chouchoutes de l'internat ?

Lucie, à tous ces cafés si bien préparés, tes conseils sur la vie, toutes les fois où tu m'as fait mourir de rire, tu as été ma maman de l'internat et j'adore venir papoter avec toi dès que j'en ai l'occasion ! Merci pour tout !!

Marine, cette dédicace est difficile à écrire tant j'ai de choses à te dire... Tu as été un véritable coup de cœur dès mon arrivée à Ajaccio. Tu es un vent de fraîcheur à l'internat, une lumière qui fait du bien ! A ces parties d'échecs et de billard endiablées, aux discussions sans fin... Je t'aime tellement !!

Mes stages en cabinet médecine générale.

A Thierry, Inspecteur Gadget, monsieur Bricolage. Je n'aurais pas pu rêver mieux comme maître de stage. Je te porte une admiration sans limite ! Tu es tellement brillant, pédagogue, et surtout tu as le cœur sur la main. Toi et ta jolie famille, vous m'avez si bien accueillie au village, tu t'es toujours adapté à moi, tu as accepté de diriger cette thèse, tu es d'excellents conseils pour tout même pour la sphère privée. Tu me donnes envie d'être un meilleur médecin qu'hier et un moins bon que demain. Tu me donnes envie d'être curieuse, tout le temps. Tu vas sincèrement me manquer Thierry, et je ne suis pas prête de t'oublier ! Et j'espère transmettre au moins un quart de ce que tu m'as enseigné aux générations suivantes ! Merci mille fois, chef !!!!!

A Pierre, mon gourou ! Tu es le médecin que je veux être pour la façon que tu as de positiver en toute circonstance, l'amour que tu portes à tes patients, à ton île... Ton humour et ton rire si communicatif... Tu es un médecin de famille unique au monde, merci pour tout ! J'ai adoré ces stages à tes côtés !!!

Pour finir, merci **Céline Dion**, je sais que tu ne liras jamais cette thèse, mais si je suis médecin c'est un peu grâce à toi...

Remerciements de Laetitia

A ma famille

A Papa et Maman, je ne pourrais jamais vous remercier assez. Vous nous avez tant donné pour qu'Alexandre et moi puissions faire ce que nous voulions. Vous nous avez élevés dans l'amour, dans l'ouverture d'esprit avec l'idée que tout était possible. Je vous dois absolument tout.

A Alexandre, mon frère adoré, merci de m'avoir soutenu et supporté toutes ces années. Même si nous vivons loin et que tu me manques, je sais que l'on pourra toujours compter l'un sur l'autre.

A ma Caudine et Mamili, merci de vous être occupé de moi comme votre fille et petite-fille. Si je suis celle que je suis aujourd'hui c'est aussi grâce à vous.

A Tonton Jean-Paul et Tatie Jacqueline, à Tatie Danielle et Tonton Bertrand merci de m'avoir soutenu au cours de ce long parcours.

A Mina, merci d'avoir cru en moi. Merci pour tes prières et tes bougies.

A Thomas Père, Patricia, Kevin et Celia et à toute la famille Neri-Dellasantina merci de m'avoir accueilli dans votre famille et de m'avoir toujours fait sentir comme l'une des vôtres.

A ceux qui m'ont tant appris

A mes maîtres, **Marc Bonavita** et **Mme Amoros**, vous êtes des modèles pour moi. Vous m'avez appris la médecine, son aspect technique et scientifique mais surtout son humanité. J'espère être un médecin à votre image.

A Thierry merci de nous avoir guidé dans ce travail mais surtout merci pour ton investissement dans la formation des internes corses. Nous te devons beaucoup.

A Guillaume. Mon frère m'a dit un jour que trouver un associé était plus difficile que de trouver un mari. J'ai de la chance j'ai trouvé l'associé idéal. Je suis très fière du projet que nous avons construit. Merci aussi de m'avoir appris la médecine générale dans un service de gastro, il faut quand même souligner la performance !

A toutes ces médecins qui m'ont ouvert leur cabinet de consultation ou leur service, **Dr Pulicani, Dr Patrut, Dr Martini, Dr Joubert, Dr Le Saout, Dr Combette, Dr Coinde, Dr Ledoyen, Dr Corneille, Dr Secondi, Dr Kunstmann, Dr Schraub, Dr Pedulla, Dr Deliu, Dr Lecomte et Dr Lemonier**. Merci de m'avoir appris ce que vous saviez.

A l'ensemble **des équipes de l'hôpital d'Ajaccio**, cette thèse vous est dédiée.

A Lucie, j'ai beaucoup apprécié les quelques années passées dans ta maison qu'est l'internat. Tu es une mémoire vivante de l'hôpital d'Ajaccio.

A Andréa sans qui j'aurais très certainement stagné en phase socle.

Une pensée pour **Sabia**, ma première cheffe de ma première journée d'interne. « A l'impossible nul n'est tenu », cette phrase que tu disais souvent me guide dans les difficultés du métier.

A mes amis

A **Sandra**, quelle chance j'ai eu de t'avoir comme co-thésarde. Te découvrir à cette occasion a été un bonheur. Ces weekends aux quatre coins de la Corse à rédiger ce travail resteront gravés dans ma mémoire. Tu es une personne qui déborde de gentillesse, de bienveillance et de bonne humeur. J'espère continuer à te voir presque aussi souvent après tout ça.

A ma **petite Sibai** et **ma grande Alaoui**. Vous êtes mes sœurs. Merci de me soutenir depuis si longtemps. Vous me manquez tellement.

Aux filles **So, Maud, Camou, Roudith, Didie, Solène, Agathe, Josée, Caro**, En souvenir de ses années bonheur de fac, de ces soirées assis par terre en buvant religieusement de la tequila. A ma **petite Anne Ga**, sans qui ces années n'auraient pas été les mêmes.

A Elo, Fanny, Sophie, Ju, François, Saveria, Sandrine et tous les habitués du GrandVal et du Chiwawa Club®, merci de faire de ma nouvelle vie Ajaccienne une fête permanente.

Au meilleur de tous

A **mon coco** d'amour, Thom. Je t'aime plus que tout. Merci de faire de moi une femme si heureuse, de m'apporter une sérénité inébranlable. J'ai hâte de voir ce que la vie nous réserve.

I. Table des matières

I.	INTRODUCTION	4
A.	LE SARS-CoV-2	4
1.	Un virus émergent.....	4
2.	Sa transmission.....	4
3.	La maladie à COVID	4
B.	Les soignants : une population exposée et fragile	5
1.	Le risque de contamination.....	5
2.	Le risque psychologique	5
C.	La situation en Corse	5
D.	Notre étude	6
II.	MATERIELS ET METHODES	6
A.	Type de l'étude.....	6
B.	Réflexion autour de la posture des chercheuses	6
C.	Modalités de réalisation de l'étude.....	7
1.	Choix des participants	7
2.	Elaboration du guide d'entretien	8
3.	Recueil des données.....	8
4.	Analyse des données	9
D.	Considérations éthiques et règlementaires	10
III.	RESULTATS.....	10
A.	Caractéristiques des entretiens.....	10
B.	Caractéristiques des participants	10
C.	Un problème de santé.....	12
1.	Une maladie aiguë.....	12
2.	Une injustice.....	13
3.	Une maladie potentiellement grave	14
4.	L'influence de l'expérience et des connaissances du soignant	15
5.	Une maladie inconnue.....	15
6.	Une auto prise-en-charge par le soignant.....	16
7.	La place du médecin généraliste bouleversée	17
8.	Une maladie chronique	19
9.	Impact sur la santé mentale	20
D.	Une caractéristique sociale	20

1.	Un vecteur viral empreint de culpabilité.....	20
2.	Une stigmatisation	22
3.	Une cause d'isolement	22
4.	Un soutien réconfortant.....	23
5.	L'appartenance à un groupe	24
E.	Un facteur de déstabilisation de sa propre image	24
1.	Un bouleversement individuel	24
2.	Le soignant qui faillit	26
3.	Opposé à l'image du soignant héros	27
4.	Un changement d'état d'esprit	27
5.	Un citoyen comme un autre.....	28
F.	Une expérience professionnelle.....	28
1.	Une expérience initialement difficile	29
2.	Une modification des pratiques	30
3.	Une expérience profitable.....	30
4.	Une immersion dans la condition du patient.....	31
5.	Une meilleure prise en charge des patients COVID positifs.....	32
G.	La révélation de difficultés au travail	32
1.	Un système de soins en grande difficulté	33
2.	Le soignant en souffrance	34
3.	La politique désignée comme responsable	35
4.	Une profession à risque.....	36
5.	Des plans de carrières modifiés	37
IV.	DISCUSSION	37
A.	Vers une typologie de soignants infectés.....	37
	Être ignorant.....	38
	Être vulnérable	38
	Le médecin traitant, une personne ressource ?.....	40
	Être coupable	41
	Être revendicateur.....	42
	Être sachant.....	42
	Être responsable.....	43
	Être dévoué	44
	L'impact de la maladie du soignant contaminé sur la relation de soin.....	44
B.	Validité interne de l'étude.....	47
1.	Forces de l'étude	47

2.	Faiblesses de l'étude	48
C.	Comparaison avec les données de la littérature	49
1.	La comparaison entre les soignants contaminés et non contaminés	49
2.	Le ressenti des soignants contaminés	49
3.	L'anxiété	50
4.	La question du temps d'arrêt de travail	51
D.	Perspectives d'avenir	51
1.	Identifier les facteurs de dépression et d'anxiété spécifiques des soignants contaminés ...	52
2.	Se servir de l'expérience pour éviter certains écueils	52
3.	Soigner les soignants	52
V.	CONCLUSION	53
VI.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	54
VII.	ANNEXES.....	58

I. INTRODUCTION

A. LE SARS-CoV-2

1. Un virus émergent

La COVID 19 (Coronavirus Disease 2019) est une maladie infectieuse apparue dans la ville de Wuhan en Chine en décembre 2019 avec une épidémie de pneumopathie d'étiologie à l'époque indéterminée (1). En janvier 2020 l'agent responsable, nommé le SARS-CoV-2(2), a pour la première fois été identifié dans des échantillons respiratoires.

La maladie s'est rapidement propagée d'abord en Chine puis en Europe et à l'ensemble de la planète, avant d'être déclarée pandémie par l'OMS le 12 Mars 2020 (3).

2. Sa transmission

Ce virus est transmis par voie respiratoire et par contact (4) par les patients contaminés, symptomatiques ou non (5).

Son R0 (taux de reproduction) initial était estimé à 2,2 en Europe(6). Cela signifie que sans mesures visant à stopper la progression de l'épidémie, une personne infectée en contaminait en moyenne entre deux et trois autres. Le variant dit « Delta », devenu par la suite majoritaire car plus contagieux, a fait augmenter le R0 à plus de cinq (7).

Ces caractéristiques de transmission expliquent le potentiel de dissémination important de la maladie dans la population, mais également dans les établissements de soins ou en cabinet libéral.

3. La maladie à COVID

La COVID est une pathologie dont les signes sont très diversifiés. Les plus fréquents sont un syndrome grippal, des signes respiratoires, ORL et digestifs. Il existe également des signes plus rares oculaires ou encore cutanés(8).

La gravité vient du risque d'évolution en pneumonie hypoxémiante avec SDRA nécessitant des soins en hospitalisation voire en réanimation et pouvant conduire au décès. Le taux de mortalité chez les patients infectés symptomatiques est compris entre 2% et 3% (9).

B. Les soignants : une population exposée et fragile

1. Le risque de contamination

En France, entre mars 2020 et juillet 2021, 59 346 soignants travaillant en établissements de santé ont été infectés par le SARS-CoV-2 selon un recensement de Santé Publique France. Parmi eux 19 en sont décédés (10).

Il n'existe aucun recensement concernant la contamination des soignants libéraux, la seule donnée est le chiffre de 49 médecins en activité décédés de la COVID-19 en 2020 selon la CARMF(11). Les médecins généralistes, par leur activité de premier recours, par la proximité avec les patients, par le manque de matériel de protection, ont en effet été massivement exposés à une contamination.

En janvier 2020, au début de l'épidémie à Wuhan, presque un tiers des personnes hospitalisées étaient des soignants(1).

2. Le risque psychologique

Les crises sanitaires ont un impact psychologique sur les soignants qui y sont confrontés.

Les soignants engagés dans les différentes épidémies comme celle de H1N1 et du SARS-CoV-1 ont été confrontés à une augmentation des troubles anxieux, des états de stress post-traumatique, des syndromes dépressifs, des syndromes d'épuisement professionnel et des conduites addictives notamment alcooliques (12)(13).

De façon semblable lors de la crise de la COVID on retrouve une proportion importante de soignants en souffrance, presque un quart des soignants serait victimes d'anxiété, un quart de dépression et un tiers de troubles du sommeil(14). Conscient de ce risque, le Ministère de la santé a édité des recommandations concernant le soutien psychologique des professionnels de santé face à cette crise. Ainsi de nombreuses initiatives nationales et locales ont vu le jour pour permettre aux soignants une libre expression de leurs difficultés puis une orientation vers une prise en charge adaptée.(15)

La population des soignants contaminés ne fait quant à elle pas l'objet de recommandation ou prise en charge psychologique spécifique. A ce jour, à notre connaissance, une seule étude s'est intéressée à la santé mentale des soignants contaminés. Elle montre une plus grande fréquence d'anxiété, de dépression et de symptômes de l'état de stress post-traumatique chez les soignants infectés par la COVID que chez les soignants non infectés (16). Aucune étude ne s'est penchée sur la population des soignants libéraux contaminés.

C. La situation en Corse

En Corse, la situation sanitaire a été particulièrement difficile. Très rapidement et dès le début de l'épidémie, la ville d'Ajaccio est devenue une zone de circulation active du virus. Début mars 2020, une semaine seulement après la découverte des premiers cas importés sur l'île, Ajaccio était l'un des premiers foyers épidémiques du territoire français (17). Alors que tout le pays entrait en confinement le 17 Mars 2020, c'est en Corse que le taux d'incidence rapporté à la population était le plus élevé de France (18).

Durant cette période, à l'hôpital d'Ajaccio des patients ont été hospitalisés dans des services de médecine conventionnelle pour des pneumopathies atypiques qui se sont finalement révélées être des pneumopathies à COVID. Ces patients ont donc contaminé des membres du personnel soignant et des patients voisins de chambre. Un nombre très limité de patients a ainsi entraîné un emballement des chaînes de transmission intra-hospitalière lors de la première vague épidémique, infectant de nombreux soignants du monde hospitalier.

Les vagues suivantes de l'épidémie, en laissant plus de place à la médecine libérale dans la prise en charge des patients contaminés, a ensuite placé les soignants libéraux en situation à risque.

D. Notre étude

L'objectif de notre recherche était d'étudier le ressenti des soignants corse contaminés par le SARS-CoV-2.

II. MATERIELS ET METHODES

A. Type de l'étude

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés (19) a été menée auprès de soignants infectés par le SARS-CoV-2 en Corse.

B. Réflexion autour de la posture des chercheuses

Nous étions deux internes en médecine générale, toutes deux victimes d'une forme non grave de COVID pendant la première vague épidémique.

Nous nous sommes efforcées de ne pas influencer la conduite de nos entretiens ainsi que nos codages respectifs alors que nous avons été nous-même infectées par le SARS-CoV-2. En effet,

préalablement au recueil des données, nous avons listé tous nos a priori, notre ressenti et ce que l'on pouvait imaginer lors de la lecture des *verbatim*. Ainsi, cela nous a permis de nous lancer de la façon la plus neutre possible dans la réalisation de l'étude.

Nous avons insisté auprès des personnes interrogées sur le fait que nous n'étions pas dans une posture de pair, qu'il ne s'agissait pas de faire « bonne figure » à notre égard et que nous n'avions pas l'intention de porter un jugement sur leurs propos. Le but était de les mettre en confiance pour libérer leur parole.

Il n'était pas question de vouloir effacer l'enquêteur : il sera toujours présent avec ses caractéristiques personnelles et s'il devenait trop transparent, le sujet n'aurait plus personne à qui parler. En respectant le principe de neutralité dans ses relances et interventions, l'enquêteur laissait au sujet la possibilité de se sentir libre de lui assigner toutes les positions qu'il souhaitait. Les chercheuses gagnaient à rester ouvertes à la surprise.

C. Modalités de réalisation de l'étude

1. Choix des participants

a) Critères d'inclusion

Nous avons voulu inclure les soignants corses infectés par le SARS-CoV-2 aux différentes vagues épidémiques, quels que soient leur profession et leur mode d'exercice.

Nous avons considéré comme **soignants**, tout professionnel de santé qui réalise des actes de soins et entretient une relation avec des patients.

b) Critères d'exclusion

Nous avons volontairement exclu les soignants infectés par le SARS-CoV-2 et relevant d'une prise en charge hospitalière pour ne nous concentrer que sur le soin de premier recours et sur une population prise en charge par la médecine générale.

Nous avons également exclu les soignants contaminés par une forme **asymptomatique** qui ont découvert leur contamination par le SARS-CoV-2 sur une **sérologie**. Le vécu de la maladie y étant moins riche.

c) Recrutement

Le recrutement s'est effectué sur la base du **volontariat**.

Pour recruter des **soignants libéraux**, nous avons contacté les URPS régionaux des différentes professions de santé, qui ont relayé une note d'information sur nos études. Pour le secteur **hospitalier**, nous avons fait circuler cette note au sein de l'hôpital ainsi que dans les EHPADs et SSR d'Ajaccio, ville corse la plus touchée par la première vague épidémique.

Suite à un recrutement le plus large possible, les soignants étaient inclus selon une méthode **d'échantillonnage raisonné théorique**(20). Nous étions également ouvertes à un « effet **boule-de-neige** ». Ainsi, les soignants que nous interrogeons avaient la possibilité de nous suggérer spontanément l'inclusion de collègues infectés.

Nous avons sélectionné des soignants jusqu'à **saturation théorique des données**, c'est-à-dire jusqu'à ce que deux entretiens consécutifs n'amènent plus d'élément nouveau à la recherche. En effet, alors que les recherches quantitatives misent sur une représentativité des échantillons en fonction de la puissance statistique, les recherches qualitatives s'attardent plutôt à appliquer la notion de saturation.

2. Elaboration du guide d'entretien

Le guide **d'entretien semi-structuré** (21) a été expérimenté lors de deux entretiens tests auprès d'internes volontaires infectés par le SARS-Cov2-2 en dehors du territoire corse . Nous avons ainsi pu valider le guide d'entretien.

Par la suite le guide a été **modifié** à deux reprises, au fil des entretiens réalisés quand de nouvelles données nous sont apparues importantes. En effet un nouvel entretien était toujours analysé à la lumière du précédent en comparant les catégories conceptuelles entre elles. (les versions sont disponibles en annexe).

3. Recueil des données

Selon les préférences et la disponibilité des participants, il leur était proposé de réaliser l'entretien de façon soit visiophonique avec le logiciel Zoom® (22) soit en présentiel. Le choix de l'endroit était soumis aux participants et adapté selon les possibilités pratiques. Nous suggérions un endroit calme, propice au dialogue et sans interruption.

Les professionnels de santé ont reçu une **information** écrite et orale complète, loyale et claire de l'objectif de l'étude. On insistait sur leur **droit** de refuser de participer et sur la possibilité de se rétracter à tout moment. (Annexe « Préambule »).

Les participants donnaient oralement leur **consentement** libre et éclairé à l'enregistrement audio sur deux dictaphones et à la retranscription mot à mot de l'entretien.

L'enregistrement a été réalisé sans identification, puis détruit immédiatement après retranscription des données.

Chaque entretien était ensuite intégralement et directement retranscrit en fichier texte (Word®) par la chercheuse. Les silences et le non-verbal y étaient inclus. Les entretiens étaient anonymisés. Par exemple, l'âge des participants était converti en classe d'âge, le lieu d'exercice exact était masqué, les noms propres ont été remplacés.

De plus, nous avons pris soin de **protéger** le verbatim par un code d'accès que nous seules détenions.

4. Analyse des données

Le recueil des données et leur analyse étaient faits **en parallèle**, selon le principe itératif, c'est-à-dire des va-et-vient permanents entre le terrain et l'interprétation.

Le codage du verbatim était effectué à l'aide du logiciel NVivo® (Version Release 1.5.1) comme support(23).

Il était d'abord descriptif, dit « **ouvert** ». A la lecture d'un entretien, le texte était codé sans *a priori*, fragment par fragment, avant de réaliser l'entretien suivant. Chaque information dans le discours était analysée pour aboutir à un code, à une unité de sens.

La deuxième étape était le codage thématique, dit « **axial** ». Il s'agissait de comparer et de combiner entre eux des codes correspondants, en codes plus généraux, pour permettre d'en dégager un thème. Ce travail nécessitait de lire et de relire les données pour identifier les thèmes sous-tendus par des phrases ou des comportements non verbaux qui sont les plus porteurs de sens.

La troisième et dernière étape était l'analyse « **intégrative** ». Le but était de donner une signification à ces différentes thématiques définies et de les organiser entre elles.

Le verbatim était codé indépendamment en **double lecture** par les deux chercheuses. Les « livres de code » ont été mis en commun à l'issue des six premiers entretiens. Le reste des entretiens était soumis à un double codage systématique, venu étoffer ce premier livre de code avec les nouveaux codes émergents.

Concernant le concept méthodologique, notre étude était inspirée de la « *grounded theory method* », ou l'approche par **théorisation ancrée**(24). Il s'agit d'une démarche inductive développée par Glaser et Strauss en 1967. La méthode vise à construire un **modèle explicatif** en lien avec un phénomène survenant sur une population donnée constituée de plusieurs groupes sociaux.

D. Considérations éthiques et réglementaires

Le DUMG d'Aix-Marseille a mis à notre disposition un outil sous forme de questionnaire permettant la classification des protocoles en recherche impliquant la personne humaine (RIPH) ou non (non-RIPH) (25). Notre étude ne relevait pas du champ des RIPH au sens de la loi « Jardé »(26). De fait, il n'y avait pas lieu de solliciter l'avis d'un CPP.

Les principes de la déclaration d'Helsinki (27) ont été pris en compte. Une attention particulière était portée sur la création d'un climat de confiance avec l'importance accordée au consentement des participants, à la confidentialité des données et à la garantie de l'anonymat.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques des entretiens

Quinze entretiens ont été réalisés entre Janvier 2020 et Juin 2021. Ils ont duré entre 20 et 58 minutes avec une durée moyenne de 44 minutes.

Deux entretiens ont été réalisés en visioconférence via le logiciel Zoom®, permettant de s'adapter aux restrictions sanitaires en vigueur ainsi qu'aux contraintes géographiques. Les treize autres entretiens ont été réalisés en présentiel au domicile des chercheuses ou bien sur le lieu de travail des participants.

B. Caractéristiques des participants

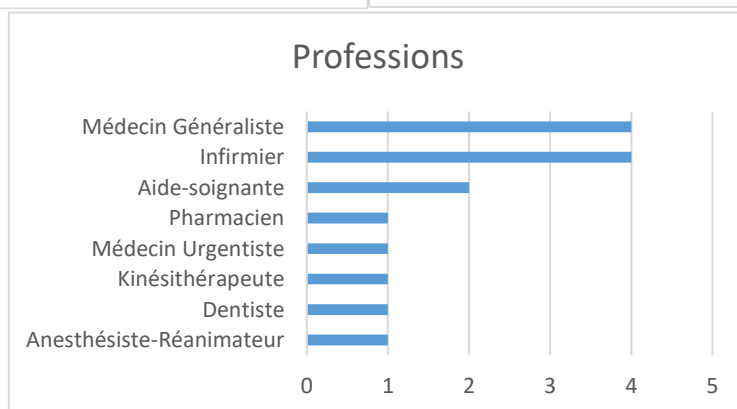
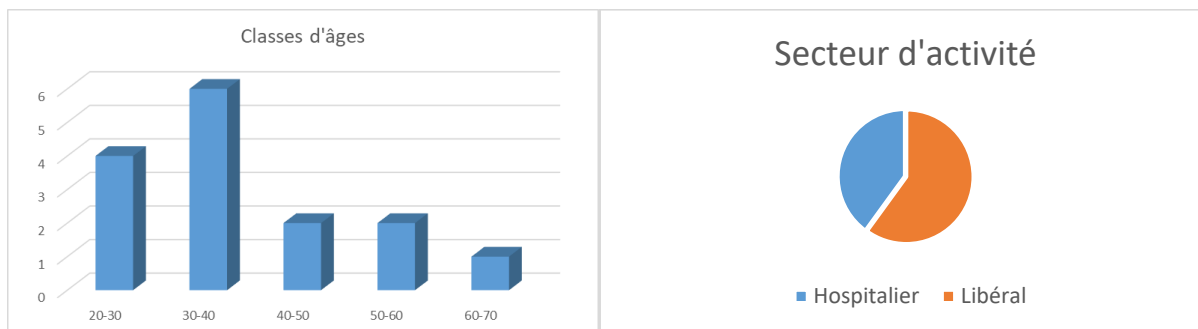
Quinze soignants corses contaminés par le SARS-CoV-2 ont participé à l'étude, ils ont été nommés de S1 à S15 en fonction de l'ordre dans lequel les entretiens ont été réalisés.

Il y avait un ratio de neuf femmes pour six hommes. L'âge moyen était de 39 ans.

Neuf d'entre eux exerçaient en libéral et six en hospitalier. Les professions des participants étaient variées, des médecins de plusieurs spécialités différentes, des infirmières, des aides soignant, un kinésithérapeute, un dentiste et un pharmacien.

Le tableau suivant présente les caractéristiques des participants :

Soignant	Âge (ans)	Genre	Profession	Secteur d'activité	Vague COVID de l'infection	Mode de réalisation entretien
S1	30-40	F	Aide-soignante	Hospitalier	Première	Présentiel
S2	30-40	F	Aide-soignante	Hospitalier	Première	Présentiel
S3	30-40	F	Kinésithérapeute	Libéral	Deuxième	Présentiel
S4	20-30	H	Infirmier	Hospitalier	Deuxième	Présentiel
S5	20-30	F	Médecin Généraliste	Libéral	Deuxième	Présentiel
S6	30-40	F	Infirmière	Libéral	Deuxième	Présentiel
S7	40-50	H	Médecin Généraliste	Libéral	Première	Présentiel
S8	20-30	F	Infirmière	Hospitalier	Première	Présentiel
S9	50-60	F	Médecin Urgentiste	Hospitalier	Deuxième	Présentiel
S10	30-40	H	Médecin Généraliste	Libéral	Deuxième	Présentiel
S11	30-40	H	Médecin Généraliste	Libéral	Troisième	Présentiel
S12	20-30	H	Dentiste	Libéral	Deuxième	Zoom
S13	40-50	F	Infirmière	Libéral	Deuxième	Zoom
S14	60-70	H	Pharmacien	Libéral	Deuxième	Présentiel
S15	50-60	F	Anesthésiste-Réanimateur	Hospitalier	Première	Présentiel



L'analyse des entretiens a révélé que l'infection au SARS-CoV-2 a été vécue comme un prisme à plusieurs facettes :

- Un problème de santé
- Une caractéristique sociale
- Un facteur de déstabilisation de sa propre image
- Une expérience professionnelle
- La révélation de difficultés au travail

C. Un problème de santé

La COVID a d'abord été perçue par les soignants contaminés comme un problème de santé.

1. Une maladie aiguë

C'est une maladie aiguë, dont les **premiers signes** ont souvent été **négligés**. Les symptômes étaient **sous-estimés**, mis **sur le compte d'une autre pathologie**, avec une tendance à les attribuer à ce que l'on connaît déjà.

S15 : « j'ai mis très longtemps à découvrir que j'étais malade. Je me sentais super fatiguée, après c'était un peu dans l'air du temps de se sentir fatigué »

S14 : « quand je fais des sinusites je perds le goût et l'odorat en partie et je me suis dit « bon je dois avoir encore la sinusite cette fois-ci » »

Cette négligence était sous-tendue par plusieurs éléments. D'une part par la **diversité des signes** de la maladie. Les symptômes ressentis par les soignants n'étaient pas ceux qu'ils avaient imaginés en cas de contamination.

De plus la fatigue, un des symptômes les plus fréquents et précoces dans l'histoire de l'infection, a souvent été reliée à la **surcharge de travail** nettement accentuée lors de cette période de crise.

Enfin il existait un véritable déni de la maladie.

S8 : « on entendait « grosse fièvre intense, toux, dyspnée » voilà j'ai extrapolé un peu je me suis dit « non ce n'est pas possible de l'avoir » »

S5 : « En fait j'ai été bien bien fatiguée mais je n'aurais pas forcément mis ça sur le compte du COVID hein, je pensais que c'était juste le rythme et que j'avais un contre-coup »

S15 : « Pourquoi vous pensez que vous n'avez pas pensé plus tôt à se faire tester ?
- Un espèce de déni de la maladie. »

L'apparition d'un **symptôme alarmant** a finalement fait réaliser au soignant que cela pouvait correspondre à la COVID. Ce symptôme était souvent la perte de l'odorat ou bien un symptôme inhabituel par sa forme ou intensité.

S8 : « j'ai commencé à perdre l'odorat donc du coup j'ai tilté de suite »

S13 : « j'ai été me faire tester le lundi matin parce que je trouvais que mon mal de gorge n'était pas assez fort pour avoir autant de fièvre. »

Par la suite les soignants ont ressenti une **déception** à l'apparition de chaque nouveau symptôme.

S13 « j'avais la fièvre, après j'ai eu mal à la gorge, la fatigue... après au bout de trois quatre jours j'avais plus de goût... après j'ai eu plus d'odorat... et je me disais « mince et tous les jours y'en a un nouveau et où ça s'arrête ? » »

L'asthénie, les céphalées et les troubles du goût et de l'odorat étaient les symptômes qui ont le plus marqué les soignants malades.

S5 : « une fatigue comme jamais j'ai eu ça de ma vie »

S8 : « c'était les maux de tête le pire. J'ai vraiment eu beaucoup mal à la tête »

2. Une injustice

La contamination était considérée comme **injuste** car elle s'est produite malgré les mesures de protection prises par le soignant et sans que sa responsabilité ne soit engagée.

S4 : « Donc malgré le FFP2, les lunettes de protection et l'habillement complet je l'ai choppé comme ça »

S9 : « non moi je pense que je me suis contaminée parce qu'il y avait un laisser-aller dans le service point barre quoi hein. Donc c'est faute à pas de chance. Faute à pas de chance quoi. »

Cette injustice était responsable **d'une frustration**.

S3 : « je bisquais parce que je me disais « punaise j'ai fait attention ». On n'a rien fait, on n'est pas sorties avec mes copines »

3. Une maladie potentiellement grave

L'évolution des symptômes était une source **d'angoisse**. Les soignants avaient surtout **peur** de la **détresse respiratoire**, mais aussi de manière plus spécifique pour les médecins contaminés de **l'embolie pulmonaire**.

S13 : « Ma crainte c'était voilà « est-ce que ça va s'arrêter là ou est-ce qu'il va y avoir d'autres symptômes au fur et à mesure... par exemple la décompensation respi » enfin c'était ça en fait mon angoisse »

S13 : « j'ai eu ce gros moment de panique quand même au départ... en me disant « est-ce que tu vas te retrouver intubée, ventilée en réa ? »

S11 : « Après je ruminais je me disais « bon soit je fais une embolie pulmonaire, soit je suis stressé »»

Les **facteurs de risque de forme grave**, que les soignants infectés connaissaient, modulaient **cette angoisse**. L'absence de facteur de risque était une source de réassurance, tandis que leur présence une source d'angoisse supplémentaire.

S4 : « j'avais pas du tout peur d'être malade parce que je suis en bonne santé, je n'ai pas de problème. J'avais aucune raison que ça dégénère»

S11 : « j'étais assez stressé, quand on m'a annoncé que le test était positif. Je suis en surpoids, j'ai des pathologies, j'étais assez stressé pour moi... »

Il existait une **appréhension de la période** entre J8 et J12 que les soignants **savaient plus à risque** de décompensation. Une forme d'anticipation anxieuse suivie d'un soulagement une fois que ce cap, vécu comme décisif dans le pronostic, était passé.

S7 : « ils nous disaient que la plupart du temps, on décompensait à ce moment-là donc c'est vrai qu'on attend un peu ces quatre jours un peu avec anxiété [...] quand on a passé le cap je vous dis entre le 6ème et le 9ème jour et que je n'ai pas décompensé, quand on a passé le cap du 10ème jour... on se sent un peu... soulagé. Rassuré et soulagé »

Les inquiétudes de l'entourage notamment du monde médical majoraient cette angoisse.

S13 : « Et puis quand vous avez tout le monde qui vous dit « fais attention à ci, fais attention à ça, tu n'as pas de goût ? Mais la sat elle est comment ? »... parce que bon forcément j'ai que des amis infirmiers, aides-soignants... au bout d'un moment je leur disais « bon laissez-moi, laissez-moi tranquille, ne me demandez plus »

4. L'influence de l'expérience et des connaissances du soignant

La connaissance du soignant était une source d'**angoisse** car il se projetait, souvent de manière irrationnelle, vers une complication.

S13 « quand on est du milieu médical et ça vous arrive à vous quoi... vous vous dites qu'il va vous arriver les pires trucs... des fois il vaut mieux ne pas savoir et comme ça on s'angoisse moins... »

Le raisonnement médical que le soignant malade mettait en œuvre pour lui-même permettait aussi de soulager ses angoisses.

S11 : « Après je ruminais je me disais « bon soit je fais une embolie pulmonaire, soit je suis stressé ». Puis je me suis rendu compte que j'étais stressé, peut-être un peu fébrile donc je prenais un doliprane je me calmait et ça passait »

Ces **peurs** étaient sous-tendues par le souvenir des patients présentant des **formes graves**. De même, le souvenir de la **guérison des personnes fragiles** était une source de **réassurance**.

S1 : « le peu qu'on avait vu là les quelques jours où j'avais travaillé en COVID c'était catastrophique. On les voyait tous mal et ils désaturaient tous et là je me suis dit « merde » »

S1 : « Et puis j'en ai vu tellement aussi plus vieux que moi, plus fatigués qui s'en sont sortis ça donne le moral »

5. Une maladie inconnue

Pour beaucoup la COVID restait une **maladie inconnue**, ils n'avaient pas d'autre référence que leur propre expérience.

L'inconnu fait peur et dans cette épidémie en mouvement permanent, **la peur de l'inconnu** s'est déplacée sur plusieurs objets au fil du temps. D'abord et surtout la peur d'une **nouvelle maladie** pour les contaminés de la première vague, puis **la peur des nouveaux variants** pour les soignants contaminés lors des vagues successives.

S1 : « Ce qui m'a préoccupé c'est heuu ... c'est le fait que ce soit une nouvelle maladie, qu'on ne connaît pas »

S11 : « ça a été une semaine stressante. J'ai eu le variant anglais qu'on ne connaissait pas trop »

Les soignants contaminés étaient **déstabilisés** par le fait que les personnes **censées détenir le savoir n'avaient pas de réponses** à leurs questions, même si les soignants exprimaient **indulgence** et compréhension envers le manque de connaissances des médecins.

S1 : « *quand on posait des questions on ne savait pas répondre et en fait ça c'est heu ... T'attends pas ça tu vois* »

S2 : « *les médecins libéraux, ils ont aucune démarche à suivre, en fait c'est ... donc ils tâtonnent ce qui est normal aussi* »

Le **patient/soignant** devenait alors **plus expert** dans la maladie que les personnes sensées le prendre en charge.

S10 : « *il recevait plus d'informations de ma part que l'inverse puisque j'avais travaillé en COVID donc il était plus au fait de la prise en charge grâce à moi, son patient.* »

6. Une auto prise-en-charge par le soignant

Le patient/soignant expert assurait lui-même sa prise-en-charge et devenait juge et partie de son état clinique.

La prise-en-charge débutait par **l'auto surveillance rapprochée**, rythmée par **la peur de la dégradation**.

S11 : « *Je prenais sat et pouls plusieurs fois par jour pour me surveiller.* »

S13 : « *je vous avoue que je me prenais la température toutes les trois secondes et demi, la sat, j'avais l'oxymètre branché...* »

Cette **surveillance était source d'angoisse ou bien de réassurance**, en fonction des paramètres du patient/soignant.

S14 : « *les jours les plus inquiets c'est en fait le 11ème, le 12ème, le 13ème parce-que je continuais à avoir 95 de pulsations sans avoir de fièvre.* »

S5 : « *le fait que la sat était bonne et ... A chaque fois je me disais « bon ben voilà je suis bien » je voyais qu'elle était stable.* »

Le patient/soignant expert **dictait** également **sa prise-en-charge**, des examens complémentaires aux traitements. Pour cela il se basait sur son **expérience de terrain**, et le fruit des **recherches** qu'il menait pendant son temps d'isolement.

S2 : « *c'est moi qui ai fait les démarches. J'ai demandé qu'on me prescrive un IRM cardiaque, un IRM cérébral... voilà* »

S10 : « J'ai suivi le protocole qu'on faisait à l'hôpital »

S12 : « du coup vu que je passais pas mal de temps à me renseigner »

7. La place du médecin généraliste bouleversée

Dans la plupart des cas le médecin généraliste était **exclu de la prise en charge**.

Cette exclusion fut la **conséquence d'une volonté** du gouvernement qui a été véhiculée par les consignes initiales diffusées à grande échelle. Cette exclusion a été ressentie comme **une frustration** par les médecins généralistes également contaminés. Ils regrettaient de ne pas **pouvoir tenir leur place** auprès de leurs patients.

S11 : « la médecine générale avait été un peu mise de côté au début du COVID où c'était « vous avez des symptômes, appelez le 15 » »

S7 : « j'appelle « vous avez besoin d'un arrêt de travail ? Vous avez besoin de me voir ? -« Non, non la sécu m'a fait l'arrêt merci docteur ». Ils nous ont clairement shuntés dans l'histoire. Alors qu'on a fait beaucoup d'efforts ! »

Le patient/soignant expert n'éprouvait pas le besoin de voir un médecin, ce qui a encore renforcé cette exclusion.

Souvent, il ne **se considérait pas comme malade**. Il n'avait donc **pas besoin** d'examen médical. De manière générale il n'avait **pas besoin de médecin traitant**, non plus. Le rôle du médecin était alors parfois réduit à celui **d'une prestation de service**.

S3 : « Mais comme j'allais très bien franchement je n'ai pas osé... je me suis dit je verrai par la suite en fait. »

S12 : « Même s'il y avait eu des disponibilités des médecins, j'aurais laissé ma place à d'autres qui en ont vraiment besoin »

S10 : « J'avais pas de vrai suivi. J'avais officiellement un médecin traitant mais officieusement, je me soigne tout seul »

S4 : « Et après t'as eu des liens avec ton médecin traitant ? - Pour la prolongation de mon arrêt maladie. C'est tout »

Par ailleurs on retrouvait souvent la volonté **de ne pas surmédicaliser** son cas.

S15 : « Donc je suis restée chez moi je n'ai pas eu de traitement, je n'ai pas eu d'examen complémentaire, parce que je n'avais pas envie de rentrer dans ce cycle »

Des **intervenants nouveaux** jouaient un rôle dans la prise en charge.

Les **connaissances du monde** médical intervenaient de **manière informelle**, dans un rôle de conseil. L'entourage médical du soignant était également une **source de réassurance**.

S12 : « j'ai vraiment beaucoup d'amis en médecine, donc pas de consultation concrète chez un médecin mais c'était coup de téléphone à mes amis [...] Sans contact avec mes amis, pendant le COVID, j'aurais peut-être pris un avis médical »

S5 : « j'ai demandé à M. et elle m'a dit « Mais non tu es jeune, tu n'es pas obèse, tu n'as aucun facteur de risque. Ce n'est pas la peine ! » Elle m'a dit « Au moindre problème tu nous appelles » mais voilà. »

Parfois le médecin traitant était remplacé par le contact tracing de l'ARS, par la Sécurité Sociale ou la médecine du travail etc...

S4 : « Voilà l'ARS m'appelait tous les 3 jours, pour me demander comment ça allait, si j'avais toujours des symptômes »

Dans quelques cas le médecin généraliste assurait la prise en charge des patients comme face à n'importe quelle pathologie.

Il jouait son rôle de **premier recours** face à la positivité. Il assurait le **suivi** et coordonnait les soins. Sa **présence rassurait**. Le soignant lui accordait alors sa confiance, et lui confiait **sa prise en charge**.

S13 : « j'ai appelé le docteur C. le lendemain [...] j'ai appelé ... je sais pas pourquoi d'ailleurs... C'est le premier numéro qui m'est venu sous la main. J'étais un peu en panique, j'avoue »

S3 : « je l'ai revu parce qu'il voulait voir un petit peu comment ça allait »

S9 : « Il a joué le rôle du médecin traitant et je lui faisais confiance »

Dans ces cas-là, les médecins généralistes étaient heureux de retrouver leur rôle.

S11 : « Là, maintenant, il y a du suivi, des patients COVID qui n'ont aucun lien avec l'hôpital et c'est tant mieux car on peut en gérer certains »

Certains soignants contaminés ont estimé que leur **prise-en-charge médicale avait été bâclée**. Ils analysaient avec un **esprit critique** leur médecin.

S9 : « t'as plus de 55 ans tu ne pars pas avec du Paracétamol ! Je suis désolée, tu pars avec des conseils, un oxymètre de pouls ... tu pars avec pleins de choses quoi. Tu ne pars pas comme ça dans la nature en disant « circulez il n'y a rien à voir » »

S9 : « Là je n'ai pas trouvé cette intelligence sur les médecins que j'ai vus ici »

8. Une maladie chronique

Certains **symptômes résiduels** ont pu durer plusieurs mois, l'asthénie et l'anosmie surtout.

S15 : « Et ça en revanche ça a perduré assez longtemps avec la fatigue. Et après 3—4 mois j'ai commencé à me sentir moins fatiguée »

S4 : « ça fait un peu plus d'un mois et demi que j'ai pratiquement pas d'odorat quoi »

La **persistance des symptômes** était une mauvaise surprise, vécue comme **une déception**, parfois comme **un handicap**.

S2 : « Parce qu'on se dit voilà on a le COVID c'est pour 14 jours mais en fait pas du tout, pour certains oui mais pas pour moi »

S14 : « En fait je me levais et je me disais « bon demain je vais me lever je ne vais plus avoir de température ». Et le lendemain je me levais j'avais toujours 40 »

S8 : « les odeurs d'incendie, de gaz etc... c'est quand même important »

Le soignant avait alors **peur de ne pas retrouver son état** antérieur.

S2 : « moi je me pose encore la question de savoir si mes séquelles elles seront transitoires ou irréversibles »

Chez certains la persistance de certains symptômes était responsable d'une **appréhension de la reprise** du travail, et la mise en doute de leurs capacités physiques.

S6 : « j'avais vraiment mal. Je m'étais dit « si je pouvais rester à la maison » »

Certains soignants ont pensé que ces troubles chroniques étaient **négligés par le corps médical**. Le manque d'écoute et la banalisation des symptômes résiduels par le corps médical plongeait le patient/soignant dans **une solitude et une incompréhension**.

S2 « : certains médecins s'en fichent en fait [...] je monte jusqu'à 148 au repos, mais pour lui c'est normal... »

S8 : « ça a été pris en charge ? - Non, j'ai pris sur moi »

Les soignants contaminés au début de l'épidémie rapportaient également une **peur des séquelles silencieuses**. Ils redoutaient de voir apparaître dans un second temps des symptômes qui n'étaient pas là jusqu'à présent. Cette peur des séquelles silencieuses était en lien avec la peur de l'inconnu.

S1 : « Pas sur le moment présent mais je me dis « on connaît rien de cette maladie. Et si il nous arrive quelque chose plus tard on ne sait pas comment ça va être pris en charge » »

9. Impact sur la santé mentale

Dans les suites de la contamination par le SARS-CoV-2 le patient soignant exprimait de manière claire des symptômes empruntés **au registre psychiatrique** : une anhédonie et des troubles anxieux surtout. Certains soignants en étaient presque **délirants**.

S5 : « j'étais à la limite de dire « Je me fais une dépression » parce que c'était rare en fait. Je n'avais envie de rien »

S8 : « Depuis le COVID, bouffées d'angoisse énormes »

S2 : « Ecarter certaines pathologies ou voir si le virus n'a pas muté autre part dans certaines parties du corps. »

D. Une caractéristique sociale

La contamination par le SARS-CoV-2 a modifié les rapports sociaux que le soignant infecté entretenait avec son entourage, ses collègues et ses patients. Ainsi, la COVID, en plus d'être une maladie, était également une caractéristique sociale.

1. Un vecteur viral empreint de culpabilité

Le soignant, une fois contaminé, devenait un vecteur viral.

La **crainte de transmettre** son infection était omniprésente, responsable d'une culpabilité. Cela concernait aussi bien ses **proches**, ses **collègues** que ses **patients**.

S4 : « ma principale crainte c'était de contaminer mes parents »

S8 : « Au début ça m'avait énormément stressé parce que je me suis dit « mince autant j'ai contaminé mes collègues » »

S3 : « j'avais peur d'en avoir contaminé un. C'est vrai que je stressais tous les jours j'avais hâte qu'ils passent leur test pour savoir enfin. C'était quand même très très stressant, un peu angoissant »

Cette crainte **était majorée par l'existence de facteurs de risque** chez ces personnes. Les soignants craignaient **d'être responsables de la forme grave** de quelqu'un d'autre, voire son décès.

S5 : « j'avais peur d'avoir contaminé mes chefs à l'hôpital que j'aime beaucoup et surtout qui sont un peu fragiles, plus âgés, qui fument et je m'étais dit « Oh mon dieu si je les ai ... » Donc j'étais très très stressé pour ça »

S11 : « ce qui m'a surtout stressé au final c'est la peur de contaminer les autres. Je me suis dit « si je contamine quelqu'un et qu'il finit en réa... » »

S'y associait souvent une **culpabilité d'avoir exposé à un risque** son entourage, parfois justement à cause de la négligence des premiers signes entraînant un retard diagnostic et une exposition non maîtrisée.

S15 : « sentiment de culpabilité parce que je ne m'étais pas ... enfin je n'ai pas imaginé que j'étais positive et donc je n'ai pas pris de précautions supplémentaires aux précautions habituelles »

S15 : « Par contre j'aurais dû me faire tester Alors c'est de mon fait uniquement, mais j'aurais dû me faire tester beaucoup plus tôt. »

On retrouve également, surtout chez les premiers contaminés, une **incertitude face à la durée de contagiosité**. Cela était responsable d'une peur d'être toujours contagieux à la sortie de l'isolement, notamment à la reprise du travail en présence de patients fragiles.

S2 : « j'avais toujours les symptômes du COVID, donc du coup ... ils ne savaient pas si j'étais toujours contagieuse ou pas »

S10 : « pour l'EHPAD j'en avais discuté avec l'autre maître de stage avec qui on y allait et on a convenu ensemble que c'est vrai que c'était plus raisonnable de respecter bien 15 jours et en fait en tout ça avait fait 3 semaines quoi »

A noter que dans la majorité des cas cette crainte de transmettre l'infection se transformait ensuite en **soulagement devant la faible contagiosité de son cas**.

S13 : « Là les tests revenaient négatifs... ouf... ça va ! C'est un poids de moins quoi... »

2. Une stigmatisation

Le soignant infecté qui se représentait déjà comme un vecteur viral se sentait en plus stigmatisé par les autres.

Le sentiment d'être **pestiféré** était très fréquent, associé à un sentiment de **rejet**.

S4 : « On te traite comme un pestiféré. Comme un pestiféré »

S3 : « « on se sent rejeté, un peu pestiféré. Enfin, franchement j'avais vraiment ce ressenti-là... ça c'était très dur... »

Il existait une **peur d'être exclu** par ses collègues et **rejeté par ses patients** lors du retour au travail. Cela participait également à **l'appréhension de la reprise**.

S4 : « Donc moi je n'avais pas envie de retourner au travail et qu'on me dise « ah non tu ne manges pas à l'office. Ah non tu ne touches pas les patients, est ce que tu as lavé ton clavier ? » »

S13 : « j'avais un petit peu d'appréhension quand j'ai repris, je me suis dit « bon comment je vais être reçue ? » »

A noter qu'une fois encore s'en est suivi la plupart du temps un **soulagement** de voir que la peur était en fait infondée.

S3 : « tout le monde a voulu que je revienne, il n'y a eu aucun rejet de ce côté-là, tout le monde était content que je revienne donc c'est vrai que ça fait plaisir »

3. Une cause d'isolement

L'infection au SARS-CoV-2, plongeait le soignant dans **la solitude**. Surtout la solitude de l'isolement en quarantaine mais également par le respect strict des gestes barrières qui modifiaient ses rapports sociaux.

S11 « Je me suis senti bien seul, c'est long dix jours »

S11 : « respecter à la lettre les mesures barrières... je l'ai vécu comme un isolement aussi quoi... »

Ainsi lors de son isolement au sein du domicile, le soignant se sentait **prisonnier**. Ce **sentiment d'enfermement** était responsable **d'angoisses**. L'isolement était également marqué par **une tristesse** due au manque de contacts physiques avec sa famille. Ainsi qu'un **ennui**.

S4 : « on t'enferme dans une pièce de ... il y en a qui reste une semaine, 10 jours ! Sans télé, sans interaction, sans visite »

S9 : « c'était angoissant d'être dans la chambre ou tu n'as pas de télé rien du tout »

S13 : « C'est pas facile... c'est pas facile de se parler à travers la porte quand vous êtes chez vous »

S4 : « surtout l'isolement c'est long, c'est très très long [...] c'est très très long, très très long et puis c'est chiant quoi c'est chiant. »

Ces difficultés pouvaient amener les soignants à **rompre leur isolement**. Ils attendaient **la reprise du travail avec impatience** car elle signait la fin de cet isolement.

S4 : « Il y a un jour où j'ai craqué j'ai pris le casque de la moto je suis allé me faire un tour, parce que j'en pouvais plus »

S2 : « J'étais contente de reprendre le travail. Ah oui. Socialement parlant ça faisait du bien »

Pour quelques rares personnes cependant cet isolement n'était **pas déplaisant** car c'était une chance de se reposer en pleine période de crise.

S5 : « L'isolement à la maison disons que après cela m'a permis de me reposer parce que c'est vrai que j'étais fatiguée et que les journées à l'hôpital avec les gardes commençaient à être un peu dures à encaisser, donc ça m'a permis de récupérer »

4. Un soutien réconfortant

Malgré la stigmatisation et l'isolement dont le soignant contaminé a été victime il a pu bénéficier du **soutien** de sa famille, de ses collègues, de ses patients.

Le soignant avait conscience d'être une catégorie de **patient privilégié**, un « VIP ».

S7 : « On est privilégié quand même. On n'est pas un patient classique »

Il était touché par **la solidarité** qui s'est organisée autour de lui, et du soutien logistique. Il était également touché par **la préoccupation** des confrères, des collègues et des patients. Les soignants étaient heureux que ces derniers soient plus **inquiets pour eux** que par le risque de contamination potentielle.

S7 : « On m'a fait mes courses, on me les montait devant la porte, c'était sympa ! Tout le monde s'est un peu relayé pour me monter les courses à la maison, le pain tous les jours, ce que j'avais besoin »

S3 « ils me demandaient des nouvelles enfin heureusement enfin je veux dire ça fait toujours du bien »,

S3 : « les personnes les plus âgées enfin il y en a qui m'ont carrément dit « on avait peur pour vous »»

Les proches présents dans **le foyer étaient également une source de réassurance.**

S8 : « heureusement que mon compagnon est venu me rejoindre parce que sinon seule je pense que j'aurais pété un câble, j'aurais fait des bouffées d'angoisse énormes»

5. L'appartenance à un groupe

Dans d'autres cas la contamination par la COVID permettait l'appartenance à un groupe social. La contamination était alors **assumée**

S11 : « de le dire « j'ai le covid je m'isole je peux pas venir » c'est pas une honte.»

L'appartenance au groupe **diminuait le sentiment de solitude.** Cela permettait un **partage d'expérience rassurant.**

S2 : « De partager des choses avec quelqu'un qui est positif ou qui a été positif et qui a connu la situation »

S13 : « mais euh ça les rassurait quelque part de pouvoir partager. « bon elle l'a eu elle aussi, elle sait comment ça marche » c'était plus ça »

E. Un facteur de déstabilisation de sa propre image

La contamination a contraint le soignant à une introspection, brisant l'image qu'il avait de lui-même.

1. Un bouleversement individuel

a) *Entre un état de confiance initial...*

Au départ le soignant se sentait souvent **invulnérable**. La contamination n'était même **pas envisagée comme possible**.

S4 : « se dire que « moi le covid ça ne va pas m'atteindre et tout »»

S9 : « Je n'ai jamais imaginé que je pouvais l'attraper (ton de certitude). Je n'ai jamais imaginé, jamais imaginé. Jamais jamais, jamais. Non parce que je faisais toujours très attention »

Cette sérénité était en lien avec **une assurance** concernant sa maîtrise des protocoles de protection.

S9 : « bon, je ne peux pas l'attraper parce que je me protège avec les patients, tous les patients, y compris quand ils sont non suspi covid »

b) ... et un état d'insécurité

Le soignant était soudain plongé un **sentiment de vulnérabilité** physique et mental. L'assurance laissant place à une **perte de confiance** globale.

S9 : « se disant « mais non je suis une battante » et en fait non ça te terrasse ce machin-là, tu n'es pas une battante, t'es madame tout le monde »

S9 : « je n'oublierai jamais le sentiment que j'ai eu de ... d'être perdue. De te dire « merde je suis pommée, je suis perdue »»

S4 : « est ce que c'est le matériel qui est défaillant ? Est-ce que j'avais bien écrasé le masque sur le nez ? Est ce qu'il n'y a pas un défaut d'hygiène dans le service ? »»

Dans ce contexte, la reprise du travail était attendue avec **appréhension**.

S8 : « Et comment ça s'est passé quand t'es retourné au travail ? - Alors j'avais une certaine appréhension »

c) Séparés par une fracture

L'annonce du résultat de test positif était vécue comme une **brutalité**. Cette fracture était symbolisée par le **départ précipité** du lieu de travail.

S5 : « Le labo de l'hôpital m'a appelé, j'étais en train de faire un compte rendu dans le bureau de ma chef. Donc la panique totale. »

S5 : « La médecin du travail elle me dit « mais enfin vous êtes encore dans votre bureau, là il faut que vous partiez ! » et je lui ai dit « oui ben 2 minutes juste je dis aux gens que je m'en vais et je préviens que ils se fassent tester, je mets les choses en place »»

2. Le soignant qui faillit

La contamination du soignant le plaçait alors dans une position de faillite.

Il éprouvait parfois une **culpabilité** face à une contamination considérée comme évitable par des mesures de protection simples, il se sentait alors fautif de sa maladie. Ce sentiment d'échec entraînait **un sentiment de honte** d'avoir été contaminé. Le soignant était alors **blessé dans son orgueil**.

S5 : « si je l'ai attrapé là c'est parce qu'on était ... au moment où on mangeait dans une salle close même si ça avait été un peu aéré et là oui ... on a les moyens de faire attention et c'est vraiment un moment où c'est bête de l'attraper »

S13 : « C'est la faute un peu à moi aussi (long silence). Je n'ai pas insisté plus que ça pour que les patients mettent le masque. »

S4 : « La première chose c'est ça, vexé et avoir honte d'être contaminé »

S4 : « Moi j'ai été plus énervé de l'avoir chopé et vexé d'être contaminé »

Certains soignants ressentait également une **culpabilité d'être en arrêt de travail** et de ne pas participer à l'effort collectif en cette période de crise. L'isolement était alors vécu comme **un abandon des collègues**.

S8 : « je culpabilisais d'être chez moi. Alors que je n'étais pas spécialement malade quoi. »

S8 : « Le fait d'être à la maison, d'être arrêtée... bon c'est sûr j'étais fatiguée donc je pouvais me reposer etc... mais voilà je pensais quand même à mes collègues qui galéraient en service »

Beaucoup avaient également **peur d'être responsables d'angoisse chez leurs patients**. Ils préféraient parfois mentir sur les raisons de leur absence dans une démarche de protection du bien-être mental de leurs patients.

S13 : « pour pas les affoler et compagnie, pour l'instant on dit rien, on dit que tu es malade et que tu... voilà ... mais on ne dit pas que tu as le COVID »

Certains également ont préféré **dissimuler leur angoisse** auprès de leurs proches, pour ne pas faillir face à eux ou les inquiéter.

S8 : « j'ai fait style que j'allais bien »

3. Opposé à l'image du soignant héros

En effet ce sentiment de faillite s'est construit en opposition à l'image d'un soignant fort et courageux, le héros acclamé, applaudi tous les soirs aux fenêtres.

Le soignant qui remplissait ses devoirs avec un **sens des responsabilités**. Le devoir de **protection des patients**, devenant garant de la continuité des soins. Il avait également un **devoir d'exemple** : que ce soit pour la mise en place des gestes barrières, ou pour la vaccination.

S10 : « précautions parce que mine de rien on voit des patients fragiles et c'est plus un devoir pour les autres que pour moi »

S11 : « si y'a une autre crise sanitaire dans le futur... on fera ce qu'il faut faire parce que c'est notre métier »

S8 : « gestes barrières qu'il faut mettre en place tout le temps, surtout nous, surtout en centre hospitalier et en tant que professionnels de santé »

S9 : « vis-à-vis de mes collègues, je l'ai fait savoir d'ailleurs quand je me suis vaccinée »

Dans une sorte d'héroïsme, le soignant se consacrait aux autres **malgré la peur** et le danger, avec la **satisfaction de se sentir utile** en temps de crise.

S1 : « je ne vais pas te mentir j'avais un peu peur du COVID personne ne savait ... Mais voilà j'y vais quoi »

S11 : « on le faisait parce qu'on avait tous envie d'aider et de faire quelque chose...»

4. Un changement d'état d'esprit

L'infection a changé le soignant par bien des aspects.

Le soignant qui a pris conscience que la vie était courte a **reconsidéré les choses importantes**. Il dissocie désormais davantage sa vie professionnelle de sa vie privée.

S9 : « le fait d'être patient, on prend conscience que la vie est courte, qu'il faut prendre du temps pour soi »

S9 « tu deviens peut être un peu plus philosophe, que tu ne veux plus t'emmerder avec des brouilles de considérations, des conneries [...] Mais quand je pars d'ici et que je rentre à la maison moi je ne parle plus patients. Tu vois je tourne la page »

L'immunité était perçue comme une **modification de son corps**. Elle lui procurait un **sentiment de protection**, soutenu encore une fois par le raisonnement médical.

S1 : « C'était une sensation bizarre les premiers jours »

S7 : « Une fois que j'ai vu ici que les anticorps étaient positifs, je me suis mis un masque chirurgical. Ça m'a rassuré de savoir que j'avais des anticorps. C'était dans la logique des choses hein, la théorie de l'immunisation, et puis j'ai pas de déficit immunitaire »

5. Un citoyen comme un autre

Face à cette maladie le soignant restait tout de même un citoyen comme un autre, participant initialement au **déni collectif** de l'épidémie, déni dû à l'angoisse de la situation.

S15 : « on ne croit pas que ça va évoluer comme ça. Mais je pense que ce n'est pas par ignorance mais c'est plutôt par crainte que ça évolue exactement comme ça »

Il éprouvait lui aussi une **impatience à reprendre une vie normale**, un ras-le-bol des conséquences sur la vie personnelle. Même si, comme tous, il se résignait à une **période difficile** qui risque d'être longue.

S4 : « j'ai hâte que ça s'arrête parce que ... on ne va pas pouvoir vivre comme ça encore un an avec des restrictions de liberté »

S5 : « Et en fait là vraiment j'ai pris conscience que vraiment on n'allait pas s'en séparer tout de suite. [...] j'ai réalisé que bon, on était bien dedans et que je pense qu'on en a pour plusieurs mois à galérer »

Il considérait les **médias** comme une **source d'angoisse**.

S9 : « Je ne regarde plus la télé, je ne regarde plus les infos, et j'ai interdit à ma famille et aux personnes âgées de ma famille de regarder parce que ils sont flippés les vieux, ils sont flippés ! »

Le soignant se considérait également comme n'importe quel patient, disposant des mêmes droits et protection, notamment concernant le **secret médical**.

S11 : « j'estimais que ça relevait du secret médical hein... ça vaut pour le soignant aussi... donc les patients n'avaient pas à savoir ce que j'avais eu »

F. Une expérience professionnelle

La crise du COVID et la contamination du patient/soignant lui a permis d'acquérir une expérience professionnelle indéniable.

1. Une expérience initialement difficile

La pandémie de la COVID était une situation surréaliste, elle a **sidéré le soignant**. C'était une situation **inimaginable**, qui lui paraissait **insurmontable**.

S1 : « je n'aurais jamais imaginé vivre ce qu'on a vécu. Jamais. On se dit « mais ce n'est pas possible il ne peut pas nous tomber un truc comme ça ... » tu vois c'est dans les films en fait c'est surréaliste ce qu'on a vécu quand même »

S3 : « Moi je n'ai pas vu les choses venir »

S1 : « Mais j'ai eu peur vraiment au début parce que je me suis dit « ça on ne va pas y arriver » »

Face à l'inconnu de cette maladie et à des prises en charges non protocolisées, le soignant **avait perdu ses repères**.

S1 : « tout ce qu'on a appris nous en tant qu'aide-soignante, en tant que soignant tu sais ça ne correspondait pas »

S9 : « ben j'avais l'impression que tout le monde tâtonnait de toutes les manières. Honnêtement c'était le sentiment que j'avais « tout le monde tâtonne » »

Il vivait une **situation d'échec** et de **désespoir** lié à l'état des patients.

S1 : « c'est un échec en tant que soignant quand t'as quelqu'un qui meurt pas vieux qui était pas prévu pour mourir »

S1 : « je les voyais mal les gens, vraiment, et je me suis dit jamais on va en sauver un quoi »

Le soignant a été confronté à des situations difficiles en **contradiction avec ses valeurs**. Il ressentait de la tristesse liée à la **solitude des patients**, peut être accentuée par son propre sentiment de solitude lors de son isolement. La désacralisation des rites funéraires était vécue comme un véritable **traumatisme**, lié à la **perte de la dignité dans la mort** et la **déshumanisation des personnes décédées**.

S1 : « ils sont malades, ils sont tous seuls quoi, ils sont tous seuls c'est moche »

S1 : « mettre dans les housses, les laisser à poil, parce que il fallait rien dans les housses. Ça c'est un truc qui m'a horrifié ... horrifié [...] Là on était plus dans l'humain pour moi tu vois. On ne faisait plus de l'humain. Je sais pas ce qu'on faisait »

2. Une modification des pratiques

Face à la crise sanitaire et pour faire baisser le risque de contamination croisée, le soignant a dû modifier ses pratiques habituelles.

Des **changements d'organisation** sont intervenus malgré les difficultés. La mise en place de rendez-vous et les lourds protocoles de désinfection en sont des exemples. Ces changements risquant de perdurer sur le **long terme** car bénéfiques.

S11 : « j'ai fait mettre en place du rendez-vous uniquement, tout, le temps donc ça a mis un peu de temps à prendre »

S11 : « je mets tout dans une poubelle jaune... tout le matériel je le mets à terre, je le désinfecte, et je le range dans un sac à part... donc c'est très, très chiant »

S7 : « Les mesures barrières on les garde bien. Je pense que... je sais même pas si on va arrêter les masques »

On assistait également à une **modification de la relation de soins** entre le soignant et le patient, avec une distance induite par le matériel de protection et les mesures barrières, ainsi qu'une communication fragilisée par la **distanciation physique**.

S7 : « après oui, les rapports ont changé bien sûr. Déjà, il y a le masque donc bon... ça met une distance. »

S2 : « Ça, ça va être très dur parce je suis quelqu'un de très tactile. C'est vrai qu'avec les patients je leur prends souvent la main... et c'est pas la même chose quand on porte des gants, les toucher avec des gants »

3. Une expérience profitable

Plusieurs soignants ont rapporté que cette épidémie de COVID avait été profitable pour l'avenir, **enrichissante**.

S8 : « je l'ai plutôt bien vécue, franchement, comme expérience personnelle et professionnelle je suis contente de l'avoir vécue »

Cela a permis **de souder les équipes** de soins et de tisser **des liens différents avec les patients** dans le huis-clos des confinements.

S8 : « ça nous a rapproché, il y a eu un lien ... je ne sais pas ... même au niveau des gens autour de nous quoi, qui ne sont pas professionnels soignants c'est vrai qu'on avait une autre ambiance quoi »

S13 : « voilà, ça a été l'occasion de se connaître mieux. Et du coup sur le plan relationnel c'était bien. Même si on aurait aimé qu'il n'y ait pas de confinement hein mais... voilà, ça a été quand même... une bonne expérience ! On en a retiré du positif en fait ! »

Les soignants en sont ressortis avec le sentiment **d'être plus préparés** en cas de nouvelle crise et la **satisfaction du travail bien accompli**.

S13 : « J'estime qu'il fallait la vivre, moi je suis content de l'avoir vécue au moins je sais ce qu'il m'attendra pour les prochaines »

S13 : « Avec les médecins, les généralistes avec qui on travaille. Mais voilà ! On s'est un peu débrouillés... on n'a pas fait n'importe quoi ! Mais au départ on faisait ce qu'on imaginait être le mieux à faire »

4. Une immersion dans la condition du patient

L'infection du soignant l'a plongé dans le monde des patients.

Passer de l'autre côté de la barrière a permis **une prise de conscience**. Ainsi, le soignant a réalisé que certaines pratiques atteignaient **la dignité des patients**. Cela a fait naître un sentiment **de culpabilité**. Le soignant se sentait responsable d'une certaine **forme de maltraitance** des patients.

S4 : « Tu te rends comptes que ... là tu te dis « putain est ce qu'on fait comme ça avec les patients ? » Parce que là tu passes côté contaminé [...] Mais ça va me faire réfléchir sur la prise en charge. C'est sûr. »

S4 : « « Vous restez là surtout vous ne bougez pas ». Tu pisses dans une chaise percée parce que tu n'as pas de toilette dans le truc »

S10 : « pour l'EHPAD parce que j'ai l'impression qu'on séquestre les résidents... »

Le soignant est sorti de cette expérience avec **plus d'empathie**, sentiment qui doit normalement guider sa posture. Il souhaitait pour l'avenir des **prises en charge plus humaines**.

S1 : « Je me mets à leur place »

S4 : « Que je leur donnerai un peu plus d'attention que juste « on vous fait les soins, on vous laisse là, vous attendez les résultats et vous appuyez sur la sonnette si vous avez besoin »

5. Une meilleure prise en charge des patients COVID positifs

De manière générale **la prise en charge des patients COVID s'est améliorée** quand l'inconnu de la maladie a laissé place à la connaissance.

S2 : « Déjà il y a plus de recul, on connaît un peu plus, il y a plus de connaissance sur le virus »

De plus, le soignant qui a eu la COVID avait une **meilleure compréhension** des patients et de **leurs symptômes**, ce qui renforçait l'empathie

S13 : « tu vois les patients te disent « je suis épuisé par le moindre geste ». Ben je me suis rendue compte que de mastiquer des aliments, tu usais une énergie folle »

S7 : « On comprend mieux les patients. »

L'antécédent de COVID chez les soignants prenant en charge des patients également infectés était une **source de réassurance** pour ces derniers. Cela **permettait d'amoinrir la solitude** des patients. Solitude par laquelle le soignant était lui aussi passé. Cela **renforçait l'alliance thérapeutique** parce que le patient et le soignant faisaient désormais partie d'un même groupe.

S13 : « mais euh ça les rassurait quelque part de pouvoir partager. « bon elle l'a eu elle aussi, elle sait comment ça marche » c'était plus ça »

S2 : « je pense que je peux leur apporter un soutien ayant vécu déjà la situation je peux leur apporter un soutien »

S13 : « quand on l'a eu, on peut plus facilement expliquer... en fait après on a eu des patients COVID positif en suivi... donc c'est vrai que ben c'était plus facile de leur dire « bon voilà vous n'avez plus de goût c'est normal... » »

Le soignant qui était plus à l'aise dans la prise en charge de cette pathologie souhaitait traiter des patients infectés par la suite.

S2 : « j'aimerais être dans un secteur COVID »

G. La révélation de difficultés au travail

La crise a révélé les difficultés professionnelles du soignant. Ces difficultés étaient déjà présentes mais elles sont devenues plus insupportables dans l'esprit du soignant.

1. Un système de soins en grande difficulté

Le patient/soignant s'est retrouvé doublement au cœur d'un système de soins qu'il a considéré au bord de l'effondrement.

Cette crise a révélé aux yeux de tous un **défaut de préparation**.

S1 : « Personne n'était préparé »

Le soignant ressentait une **colère face au manque de matériel**, défaillance qu'il considérait impardonnable. Cette colère concernait le **manque de matériel de protection** qui a aggravé la **peur de la contamination**, ainsi que le **manque de matériel de surveillance** qui engendrait une **frustration due à l'inadéquation** entre les exigences de soins des patients et le matériel à sa disposition.

S8 : « je l'ai mal vécu, le manque de matériel je me suis dit « putain t'es en zone covid, ou en suspi covid, t'es soignant et on n'a pas le matériel » Moi je ne trouvais pas ça normal, j'étais vraiment en colère quoi »

S4 : « On nous a sorti les sacs poubelles, alors au début on avait le sac poubelle entier avec les manches, après on a eu le sac poubelle avec les manches séparées heu ... voilà... Donc on se retrouve avec de combinaisons de peintre »

S12 : « A l'hôpital c'était très dur d'appliquer à la lettre les recommandations, on n'avait pas le matériel nécessaire »

S1 : « On te dit que c'est hyper contagieux et on a des masques de 2000 et on est en 2020 quoi et là tu te dis merde »

S1 : « on a manqué de saturomètres ce qui est la chose numéro 1 à avoir dans un service COVID. On en avait 3 pour 20 patients [...] ça m'a gonflé parce que on te demande mais on avait rien quoi »

Le soignant, après avoir vécu sa propre faillite, a **eu peur de la faillite du système de soins** dans son ensemble, un système qui ne pourrait plus soigner les malades.

S8 : « ça fait peur quand même ; on s'inquiète pour ... ben pour le devenir du service et pour la prise en charge du patient »

S1 : « s'il mute ? S'il y en a un autre ? Comment on fait quoi ? Parce que il n'y a rien qui a changé quoi, on n'est pas prêts je pense en France. Pour moi on n'est pas prêts, on n'est pas prêts encore à affronter. Là ça va. Tu vois ce que je veux te dire ça reste la même chose, maintenant si il y a un autre truc... Je ne sais pas comment on fait. Je pense qu'on coule.»

Le soignant avait **honte** du système de soins qu'il représentait.

S1 : « quand même on est en 2020, on est en France parce que travailler ... c'est des sacs poubelles quand même ; on a des sacs poubelles en protection [...] Ça c'est quand même honteux. C'est honteux »

2. Le soignant en souffrance

Le soignant se considérait comme le dernier rempart de ce système de soins en difficulté.

Il s'est senti utilisé comme **un pion**. Il avait l'impression d'être un **soldat sans armure**, qu'on se moquait de lui, sentiment renforcé par la colère liée au manque de matériel.

S1 : « tu es un pion, on te prend on te met là, on t'enlève ... »

S8 : « on est des petits soldats qu'on envoie au front et « démerde toi avec que tu as ». Des fois je me disais « putain mais c'est pire que la guerre quoi », même en temps de guerre ils avaient plus de matériel que nous »

S4 : « Autant y aller les bras nus. On nous prend pour des débiles »

Le soignant **a souffert d'un manque de considération**, de la part de l'**administration** des hôpitaux pour les soignants hospitaliers, ou des **instances supérieures** organisant la politique de soins pour les libéraux. Le soignant s'est senti **incompris, écrasé** par le poids de l'administration.

S2 : « ils s'en fichent de nous ... »

S8 : « mais pour quoi on nous prend ? On nous prend pour des merdes »

S7 : « Ils nous ont clairement shunté dans l'histoire. Alors qu'on a fait beaucoup d'efforts depuis le début de la crise ! Efforts, courage »

S1 : « personne ne comprend qu'on puisse être fatigué »

S4 : « je suis plus découragé par le peu de considération qu'on a de la part de l'administration »

Le soignant qui avait un travail stable ne souffrant habituellement d'aucune crise, a pu aussi faire face à la précarité, surtout chez les libéraux avec une protection sociale particulière.

Certains libéraux rapportaient une **angoisse liée à la perte de revenus** lors de leur arrêt de travail. D'autres ont eu de **réelles difficultés financières** malgré les différentes compensations mises en place.

S3 : « pour moi ça a été très dur psychologiquement, non seulement par rapport à mon travail parce que ben je ne travaillais pas pendant 14 jours donc aucune rémunération »

S3 : « je rentre pas du tout dans mon... dans mes frais quoi »

3. La politique désignée comme responsable

Plusieurs soignants **comprenaient l'absence d'anticipation d'une telle pandémie**. D'autres **regrettaient une situation évitable** par une politique de santé publique adaptée qui aurait amélioré aussi bien la situation dans les hôpitaux, que les conséquences de la crise dans la vie de tous les jours.

S11 : « On a bien compris que l'Etat sur ça était défaillant. Après on ne peut pas leur en vouloir, la maladie ils la découvrent... ils ne peuvent pas inventer les choses »

S4 : « Si depuis des années on arrêtaient de supprimer des lits d'hôpitaux, qu'on payait les gens, qu'on arrêtaient de payer les gens au lance-pierre et qu'on donnait les capacités aux libéraux et au personnel public de travailler correctement, peut-être qu'on n'en serait pas là aujourd'hui »

S9 : « Mais les jeunes qui sont à la fac ... les jeunes qui sont au lycée ... c'est monstrueux ce qu'on leur fait vivre, c'est monstrueux. Et au nom de quoi on a le droit de faire ça ? Alors qu'il suffirait de mettre des lits en plus à l'hôpital, de former des gens et d'avoir des optiflow »

Les soignants **dénonçaient l'absence de stratégie** et le manque d'anticipation, associés à un **manque de communication** qui les ont placés en porte-à-faux vis-à-vis des patients.

S4 : « assez désabusé par les mesures prises par les têtes pensantes du gouvernement parce qu'on a l'impression que ... qu'on manque un peu de sel on en ajoute, on fait un peu la cuisine quoi »

S11 : « On n'anticipe pas grand-chose je trouve [...] la secrétaire a appelé en disant « Macron a suspendu les vaccinations d'Astra, il faut arrêter ». C'est-à-dire qu'on l'a su par BFM TV avant d'avoir les mails de la DGS ! C'est grave »

On retrouvait **une colère** parce que **rien n'avait changé** après la première vague. Le soignant a été **déçu** du rôle de protection que devrait assurer l'Etat.

S1 : « on savait très bien que ça allait arriver. Les blouses on savait qu'il allait en falloir. Mais on a encore des sacs poubelles [...] Ils se foutent de notre gueule en fait. Ils se foutent de notre gueule »

S2 : « des promesses non tenues par le gouvernement. »

Les libéraux se sont sentis **abandonnés au profit de l'hôpital**.

S11 : « mais au début de la crise l'état avait interdit aux pharmacies de vendre les masques et même il y a avait le slogan « ne mettez pas de masque si vous n'êtes pas à l'hôpital ». C'était hospitalo-centré, avec une médecine ambulatoire délaissée. « Laissez les masques à l'hôpital »... »

Beaucoup ont eu l'impression que **le soin était sacrifié au profit de l'économie**. Ce qui a renforcé le sentiment d'être **manipulé**.

S2 : « ils savent donner aux grandes entreprises Renault ou Air France mais ils ne savent pas donner aux soignants qui sont là tous les jours »

S4 : « là c'est pareil c'est une histoire d'argent parce que les gens ils ont des intérêts à droite à gauche. Comme il dit Raoult il y a des conflits d'intérêt qui sont inéluctables et qui sont publics et ces gens-là ils ne te disent pas la vérité, ils prêchent la bonne parole pour le labo qui les engraisse »

4. Une profession à risque

Cette crise sanitaire a démontré que les soignants étaient des personnels à risque de maladies transmissibles.

La plupart avaient **conscience de ce risque** avant la crise. On retrouve un certain **fatalisme** face à ce risque de contamination chez le soignant qui accepte même l'éventualité d'être recontaminé.

S15 : « on est quand même ... exposés à toute une série de maladies transmissibles par le sang, par les sécrétions, donc pour moi oui la contagiosité est importante, il faut se protéger. Non c'est quelque chose dont j'ai conscience depuis que je fais mon métier »

S13 : « Même si c'est une patiente qui m'a contaminée, ben tant pis, c'est le risque du métier »

S2 : « Après si je dois être de nouveau contaminée je serai de nouveau contaminée après ... qu'est ce qui va m'arriver de plus ? C'est d'être en réa ? Le pire du pire »

D'autres soignants au contraire ont **pris conscience** de ce risque à cette occasion. Cela a **provoqué une peur d'être contaminé**. On retrouvait une **réassurance par les moyens de protection** quand ils étaient disponibles.

S8 : « là j'ai moins relativisé et je me suis dit « ouais là par contre il va falloir faire attention », c'est au moment du COVID que je me suis rendue compte qu'on était vraiment à risque »

S8 : « c'était ... une psychose. »

S9 : « au départ les mesures de protection qui ont été mises en place ici à l'hôpital elles étaient calquées sur Ebola, et j'ai trouvé ça très bien, très très bien, parce que c'était plutôt rassurant »

5. Des plans de carrières modifiés

Tous ces facteurs ont troublé l'avenir du soignant.

Les soignants, surtout les hospitaliers, au vu des difficultés qui y sont plus écrasantes, **se sont interrogés** sur leur avenir dans **ce mode d'exercice**. Tandis que les libéraux étaient plutôt **confortés dans ce choix** dans lequel il semblait plus simple de s'adapter aux difficultés.

S4 : « Ben je ne sais pas. Parce que moi au début je ne voulais absolument pas entendre parler du libéral, et si ça continue comme ça je vais y réfléchir assez rapidement »

S13 : « je me dis que j'étais contente d'être en libéral dans cette situation-là, d'être partie de la clinique (long silence). Parce que je pense qu'en institution ça a été beaucoup plus compliqué que pour nous en libéral »

Certains exprimaient **un découragement** et songeaient à se détourner de leur engagement. Pour d'autres au contraire **l'amour du métier** a été renforcé.

S4 : « Maintenant voilà, maintenant j'ai des propositions de ... d'embauche dans un autre domaine quoi, la restauration où j'ai travaillé pendant longtemps et on me demande de réfléchir et j'y réfléchis »

S13 : « moi plus que jamais je veux continuer mon métier, plus que jamais j'ai envie d'être là pour accompagner les patients et si c'est dans le cadre d'une épidémie ou pas. Voilà, ça ne change pas ma vision du métier d'infirmière. Pas du tout. »

IV. DISCUSSION

A. Vers une typologie de soignants infectés

Suite à notre analyse des données, nous proposons un **modèle explicatif** articulé autour des **groupes sociaux de soignants**. Les verbatim sont disponibles en annexe.

Être ignorant

Comme attendu, les groupes sociaux étaient unanimes. C'était la première fois de leur carrière, malgré la diversité d'expériences professionnelles, qu'ils affrontaient autant d'**incertitude**.

Face à la **brutalité** de propagation d'une maladie émergente ils étaient ignorants, tous logés à la même enseigne, au moins au début de la crise. Ils nageaient dans l'inconnu.

Beaucoup de soignants **négligeaient le risque sanitaire** inhérent à leur environnement de travail avant la survenue de cette crise. Ceci accentuait leur état de stupeur et leur manque de préparation face au tsunami épidémique.

Une autre explication à cet état d'ignorance est apparue au fil de notre analyse.

Pour certains soignants, la similitude avec des symptômes de maladies saisonnières masquait leur atteinte par la maladie émergente.

Pour d'autres, ils ne se considéraient tout simplement **pas malades**. En effet, les soignants négligeaient leurs symptômes et les mettaient sur le compte, entre autres, de la charge de travail.

Plus surprenant encore, certains soignants nous ont confié que ce **déni** prenait sa source dans l'atteinte de leur amour propre. Les soignants semblaient **touchés dans leur orgueil** d'avoir contracté une maladie qui était évitable avec des gestes barrières qui relèvent de leur domaine de compétence professionnelle.

Orgueilleux, ils semblaient alors **se complaire dans l'ignorance** de la maladie.

Les soignants utilisaient le rapprochement avec l'épidémie de Peste Noire. « **Être pestiféré** » renvoyait à la définition (28)(29) d'une personne « *avec qui on évite toute relation à cause de son caractère nuisible, réel ou supposé* ». Une personne « *qu'on évite à tout prix* ». Les soignants contaminés faisaient face aux comportements collectifs de peur, de rejet et de stigmatisation par son groupe social. Ils se percevaient comme *persona non grata*.

Les soignants se rendaient compte *a posteriori* qu'ils avaient été pendant un temps d'**ignorants contamineurs** participant activement à la propagation de la maladie.

Les microbes ne font pas les épidémies, c'est l'homme qui est généralement la cause de la diffusion « sur le peuple » du pathogène d'après Gualde en 2006. En d'autres termes, **l'épidémie c'est l'homme** (30).

Être vulnérable

Comme attendu, la peur de l'inconnu mettait les soignants en **situation de vulnérabilité**. Cette fragilité était potentialisée par des **conditions de travail éprouvantes**. Les soignants ont dû

brutalement faire face à un afflux exceptionnel de patients dans un état grave et au sentiment d'impuissance face à une épidémie non contrôlée.

Ce qui est surprenant, c'est que certains soignants soulignaient qu'**être « sachant »** devenait dans ce contexte un facteur de vulnérabilité. Sur le terrain, les soignants ont été confrontés à des patients infectés qui se dégradèrent brutalement. Cela constituait un vécu violent pour l'ensemble des soignants qui redoutaient de subir le même sort.

La majorité des soignants se sont spontanément comparés à des soldats partis au front, mais sans les armes adéquates. Ils s'assimilaient à de **la chair à canon**, à des soldats vulnérables.

D'ailleurs cela fait écho à l'allocution télévisée du Président de la République le 16 mars 2020 dans laquelle il déclarait « *Nous sommes en guerre et la Nation soutiendra ses enfants qui, personnels soignants en ville, à l'hôpital, se trouvent en première ligne dans un combat qui va leur demander énergie, détermination, solidarité.* »(31)

Les soldats en temps de guerre sont entraînés et armés. Dans notre étude, les soignants ne se sentaient **ni préparés ni protégés**.

Inscrits dans la loi depuis 2004, les plans blancs d'urgence sanitaire et de crise n'étaient pas évoqués comme une préparation à la crise sanitaire qu'ils ont vécue.

La crise a confronté la majorité des soignants à des **problèmes éthiques**.

D'abord, des problèmes éthiques partagés par l'ensemble des soignants impactés par cette crise.

Les consignes sanitaires étaient vécues comme un frein à **l'accompagnement de la fin de vie** des patients, que les soignants ne supportaient pas voir partir seuls.

Certains soignants nous ont fait part du traumatisme lié au **protocole funéraire déshumanisé**. Le soignant devait placer au plus vite le corps dans une housse mortuaire étanche, sans effets personnels, sans la présence de la famille du patient.

Ce traumatisme est expliqué par le fait que les soignants pouvaient projeter leur propre mort ou celle d'un proche. Il faut aussi souligner l'importance des rites funéraires dans le bassin culturel corse. En effet dans cette région le culte des morts est une tradition séculaire, comme en témoignent les nombreuses statues menhirs éparpillées sur l'île, effigies commémoratives de défunts. La société corse demeure très attachée à ces rites(32). Dans les villages c'est le son de la cloche qui annonce le décès. Si le défunt est mort chez lui, les visites à la famille et au corps ont lieu. Puis s'y tient la veillée, à laquelle assistent les hommes durant une bonne partie de la nuit. Les soignants qui ont suivi le défunt, retournent très souvent voir sa veuve ; les amis, les voisins agissent de même.

Par ailleurs, le seul fait de la contamination du soignant engendrait ses propres **problèmes éthiques**.

L'annonce diagnostique était vécue comme **brutale** pour l'ensemble des soignants, déshumanisée pour certains. Pourtant elle constitue une étape essentielle de la prise-en-

charge. Elle fait d'ailleurs l'objet de recommandations pour les maladies chroniques en contexte ambulatoire de premier recours(33).

Certains soignants pointaient du doigt la **levée du secret médical** dans ce contexte si particulier. Pierre angulaire de la charte déontologique médicale, cette loi du silence était mise à mal par la nécessité de briser les chaînes de transmission de l'épidémie. Au premier jour du déconfinement, **l'article L 1110-4 du Code de la santé publique**(34) qui encadre le secret médical, **a été modifié**. Les médecins ont désormais la possibilité de transmettre « *des données relatives aux personnes atteintes par ce virus et aux personnes ayant été en contact avec elles* » au système d'information Contact Covid, et cela « *sans le consentement des personnes intéressées* ».

Par ailleurs, nous avons constaté une angoisse liée à une précarité, possible en secteur libéral autant qu'en milieu hospitalier.

Un autre facteur de vulnérabilité est apparu au fil des entretiens. Certains soignants, victimes de symptômes persistants, ne retrouvaient pas leur **état antérieur**. Ils craignaient **les effets sur le long terme** d'une maladie inconnue auparavant.

Enfin, les soignants se sentaient **livrés à eux-mêmes face à leurs doutes**. Ils s'interrogeaient en permanence sur les bonnes pratiques à adopter face aux situations inédites rencontrées et ne trouvaient que peu de réponses auprès des institutions sanitaires qu'il pensait « sachantes ».

Face à ce profond sentiment de solitude, beaucoup ont souligné l'importance de **la solidarité de leurs collègues** et le **soutien** indéfectible et nécessaire de leurs **proches**.

L'ensemble des facteurs de vulnérabilité qui pesait sur les soignants conduisait à un risque **d'épuisement professionnel**.

[Le médecin traitant, une personne ressource ?](#)

La lecture des différents entretiens nous a offert une multitude de représentations du médecin traitant pour le soignant.

La majorité des soignants avaient un médecin traitant déclaré qu'ils n'ont cependant pas sollicité car ils se percevaient en **bonne santé**. Une consultation privilégiée avec leur médecin traitant ne leur semblait **pas utile**.

Certains soignants percevaient leur médecin traitant comme un **prestataire de service**. L'échange pendant l'infection du soignant se limitait aux tâches administratives telles que le renouvellement de l'arrêt maladie.

Un participant à l'étude s'est dit déçu de sa prise en charge et a changé de médecin traitant suite à son infection.

Quelques soignants ont évoqué la consultation chez un spécialiste devant des symptômes persistants sans consulter en premier lieu chez leur médecin traitant. Or le **parcours de soins coordonnés**(35), mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, confère au médecin traitant le soin d'adresser aux spécialistes si besoin. Si le patient ne respecte pas ce parcours, il est moins remboursé.

Certains soignants avaient un médecin traitant **issu de leur propre famille ou étaient leur propre médecin**. Ils évoquaient pour justifier cela l'aspect pratique. Le phénomène n'est pas nouveau. Le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs a lancé une campagne de sensibilisation en 2007(36) pour changer le modèle culturel des médecins. A cette époque le constat était qu'en France, 80% des médecins n'avaient pas de médecin traitant personnel. Ils privilégiaient l'autodiagnostic et l'automédication ou recherchaient un conseil rapide auprès d'un confrère.

Certains soignants contaminés se sont appuyés sur les conseils médicaux et le soutien de **médecins dans leur entourage**. Ce qui est inhérent à la condition de soignant, c'est qu'il est constamment entouré d'autres soignants. De fait, il a un accès privilégié à un médecin, voire à des médecins ressources, sur son lieu de travail par exemple.

Enfin, des soignants ont déclaré avoir eu **un suivi régulier** par leur médecin traitant et un soutien psychologique important tout au long de leur infection. Ils étaient satisfaits de leur prise en charge. Un des participants a évoqué que le médecin traitant aurait pu être une source de réassurance intéressante remplaçant les médecins de son entourage.

Être coupable

La plupart des soignants remettaient leurs compétences hygiéniques en question. Ils pensaient avoir commis **une faute** dans l'application des protocoles et cette faute avait pour conséquence de les rendre vecteur de la maladie. Donc de potentiellement créer une véritable chaîne de transmission.

Ils se sentaient d'autant plus coupables lorsque le déni de leur maladie faisait d'eux d'ignorants contamineurs.

Les soignants guettaient les tests réalisés par leurs proches, pairs et patients car ils se sentaient **coupables de les avoir exposés** à un risque de contamination.

Certains soignants ont exprimé une culpabilité d'être isolés avec une forme paucisymptomatique de la maladie et donc **d'abandonner leurs collègues**.

Le soignant coupable semble générer à lui-seul, par un **mécanisme de défense**, le soignant revendicateur. S'il reconnaît être coupable, il évoque des facteurs extérieurs qui l'ont poussé à la faute.

Être revendicateur

La majorité des soignants a déploré **un manque de matériel** de protection. En secteur hospitalier, les soignants pointaient du doigt des **ressources humaines insuffisantes**, ce qui participait au risque d'épuisement professionnel.

La colère était d'autant plus grande que le manque de moyens était déjà déploré avant la crise.

Les soignants auraient voulu une ligne directive claire émanant des autorités sanitaires. Ils regrettaient que ce qui était dit un jour, soit contredit le lendemain. Les **directives discordantes** reçues ont donné l'impression que les dirigeants changeaient sans cesse d'avis ce qui a diminué leur crédibilité. Les soignants devenaient alors **méfiant**s vis-à-vis des instances qu'ils jugeaient auparavant compétentes.

Par ailleurs, les canaux d'informations ont été multiples et variés, parfois informels. Les soignants auraient pourtant souhaité une **plateforme informative unique et fiable**. En effet, ils semblaient dépassés par l'afflux d'informations.

En secteur hospitalier, les soignants soulignaient des ordres et contrordres rendant les conditions de travail insoutenables. En secteur libéral, les médecins notamment, évoquaient les innombrables courriels du Ministère des Solidarités et de la Santé (DGS-urgent).

Les soignants voulaient se sentir écoutés dans leurs difficultés et soutenus par les pouvoirs publics. A l'inverse, la majorité avait **l'impression d'être méprisée**.

En 1917, Clémenceau, président du Conseil, disait devant l'Assemblée Nationale au sujet des soldats envoyés au front : « Ils auront des droits sur nous ». Dans son allocution télévisée du 16 mars 2020, le Président de la République Emmanuel Macron déclarait au sujet des soignants : « *Ils ont des droits sur nous. Nous leur devons évidemment les moyens, la protection. Nous serons là.* ». (31)

Le soignant se voyait alors comme un soldat envoyé au front et attendait une certaine **reconnaissance** au décours de cette guerre ainsi qu'une prise en charge en cas d'infection, semblable aux dispositifs mis en place pour les pensionnés de guerre.

Par ailleurs, certains soignants ont cherché à se regrouper pour faire reconnaître la communauté des « **longs-COVID** ». Le COVID-long a fait l'objet d'une recommandation par la Haute autorité de Santé, (37) car dès la fin de la première vague épidémique, **la persistance de symptômes** plusieurs semaines ou mois après les premières manifestations, a été décrite chez plus de 20 % des patients après 5 semaines et plus et chez plus de 10 % des patients après trois mois.

Le soignant revendicateur allait même jusqu'à vouloir emprunter **une autre voie** professionnelle.

Être sachant

Les différents groupes sociaux de soignants utilisent de manière plus ou moins approfondie un langage médical. Ils ont un **accès privilégié à l'information médicale**. Ils se sont tenus informés de façon autonome au travers de lecture d'articles scientifiques ou en sollicitant l'avis de professionnels qu'ils jugeaient pertinents.

Certains soignants ont mis en avant leur **esprit critique** qu'ils s'efforçaient de conserver tout au long de la crise et de leur infection alors que les choses évoluaient à une grande allure.

L'**expérience de terrain** était un accès fondamental au savoir. Certains soignants ont rapporté avoir fonctionné par mimétisme pour leur propre prise-en-charge ou celle de leurs proches, pairs et patients. De fait, le soignant devenait « sachant » et se sentait en mesure de s'auto-évaluer voir même de s'auto-médiquer pour certains.

Certains soignants étaient également en mesure de **maîtriser leurs angoisses**. Les crises d'angoisses irrationnelles étaient contrebalancées par un raisonnement lucide.

L'infection du soignant engendrait la création d'un **nouvel outil de communication** avec le patient. Le « sachant » contaminé est utilisé comme source de réassurance pour le patient par le partage de l'expérience vécue. Le soignant contaminé pouvant apporter davantage de réponses aux interrogations anxieuses du patient.

Pour certains soignants contaminés, le rejet qu'ils ont expérimenté par leurs pairs dès l'annonce du test positif a modifié leur relation soignant-patient. Ils cherchaient à **développer leur empathie**, à communiquer davantage avec le patient et ne pas se limiter aux soins physiques. Ils étaient animés d'une volonté de mieux accompagner le patient psychologiquement afin qu'il ne se sente pas rejeté, honteux d'être infecté, stigmatisé.

Le soignant contaminé s'est rendu compte au décours de son infection de l'efficacité des consignes sanitaires dans la limitation de sa chaîne de transmission virale. Il a cherché par la suite à **éduquer ses patients**, en rabâchant la nécessité d'appliquer les gestes barrières. Il voulait également **pérenniser les mesures** adoptées pour la crise.

Les soignants contaminés dans ce contexte sanitaire ont tiré plusieurs enseignements de l'expérience vécue.

Pour certains, leur infection leur a permis de se détacher de l'image d'Épinal du soignant dévoué qui vit son sacerdoce et est corvéable à souhait. Ils ont pris conscience que la vie est courte et recherchent en post-covid un rythme et un équilibre pour une vie épanouie.

Pour d'autres, la crise sanitaire leur a offert un bagage utile pour la suite de leur carrière, ce fût une expérience vécue positivement, y compris le fait d'être contaminé.

Être responsable

Il apparaissait que la majorité des soignants se sentaient porteurs de **lourdes responsabilités familiales et professionnelles**. Ils cherchaient à les assumer malgré le contexte sanitaire. Ils avaient selon eux un devoir d'exemplarité.

Certains soignants, convaincus par l'efficacité des consignes sanitaires, se sentaient investis d'une **véritable mission sanitaire**. Un soignant a fait intervenir un spécialiste de l'hygiène sur son environnement de travail pour améliorer les pratiques.

Par ailleurs, les mesures barrières pouvaient tourner à l'obsession pour certains.

Ils s'imposaient un **isolement strict** vis-à-vis des proches, pairs et patients. Ils étaient proactifs dans la reconstitution de la liste des personnes contacts. Certains soignants ont souligné le fait d'avoir une longueur d'avance sur les autorités sanitaires en charge du **tracing des cas contacts**.

La plupart des soignants infectés prenaient la décision de **ne pas en parler à leurs patients**. Cette décision était motivée par la volonté de ne pas angoisser leur patientèle.

Les soignants ont cherché à **adapter leurs pratiques** aux contraintes sanitaires, ayant recours à leur ingéniosité la plupart du temps et à l'entraide entre soignants.

Être dévoué

Malgré la peur d'être malade et surtout de contaminer leurs proches, les soignants ont continué à remplir leurs missions. En un temps record et malgré le manque de moyens qu'ils déploraient déjà avant la crise, ils se sont adaptés pour **continuer à prodiguer des soins**. **L'amour du métier**, pour la plupart, n'a pas été ébranlé.

Le travail pour certains était perçu comme salvateur, les sortant de leur angoisse quotidienne, leur occupant l'esprit dans un contexte particulièrement anxiogène.

Nous avons relevé une différence de propos entre les soignants du secteur libéral et ceux du milieu hospitalier. Si la lutte contre le coronavirus est une guerre, le consentement à l'effort de guerre semble distinct entre les secteurs. Le **sacerdoce** était **volontaire** en secteur **libéral**, le soignant se définissait comme son propre maître, décidant lui-même de son destin dans ce contexte sanitaire. En **secteur hospitalier** à l'inverse, les soignants soulignaient un **sacerdoce imposé**. Certains peut-être auraient choisi de se battre, d'autres auraient choisi de se retirer.

Ainsi, dans notre étude, l'avenir professionnel semblait globalement plus serein en secteur libéral.

Le soignant dévoué tout comme le soignant responsable est **sous pression**. Il doit sans cesse montrer l'exemple, apaiser les peurs, soigner quoi qu'il en coûte. Ces deux entités de soignants constituent un facteur de vulnérabilité.

L'impact de la maladie du soignant contaminé sur la relation de soin

Si les consignes sanitaires ont imposé une distance dans la relation de soin, certains soignants ont exprimé que le partage de l'expérience vécue lors de leur contamination avait largement renforcé la relation de confiance avec les patients.

La contamination du soignant leur a permis de mieux comprendre le patient et le patient était rassuré par le récit de l'expérience du soignant. En somme, le soignant contaminé s'est vu être un meilleur soignant. Son infection l'a rendu plus compétent, plus empathique.

B. Validité interne de l'étude

1. Forces de l'étude

a) *Choix du sujet*

La question de recherche traite d'un sujet d'actualité. Malgré la publication exponentielle sur la COVID, aucune étude ne s'est penchée sur l'expérience des soignants infectés et leur prise en charge en soins de premier recours. Il s'agit donc d'un sujet original.

b) *Choix de la méthode*

La **méthodologie qualitative** est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. En effet, ce type d'études ne cherche pas à quantifier ou à mesurer. Ces études consistent souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.

Nous avons donc considéré qu'elle se prêtait au mieux à notre objectif d'étude.

De plus, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en **médecine générale**, car elle permet d'aborder la santé et les déterminants de soins de manière globale.

Dans le but de garantir la bonne application des critères de scientificité en recherche qualitative(38), nous avons veillé au respect de la grille de **lecture COREQ** (39) (notre version est disponible en annexe).

c) *Choix du mode de recueil des données*

L'**entretien semi-dirigé** présentait de nombreux avantages pour notre objet d'étude.

Le cadre est plus intimiste permettant d'aborder des sujets plus délicats que dans les entretiens de groupe, où il existe un **biais déclaratif** lié à la peur d'être jugé par ses pairs.

Ainsi, pour les deux chercheuses, il s'agissait de garantir au maximum la **liberté** de la personne et la **fiabilité** des données recueillies au travers d'entretiens approfondis, prolongés et peu directs.

Enfin, l'entretien individuel et la protection du verbatim assurent à l'interviewé la garantie de la **confidentialité** de ce qu'il nous livre.

Le **recueil des données** s'est effectué en présentiel pour la majorité des entretiens, plaçant l'analyse dans des dispositions plus humanistes avec apport d'un « non verbal » de qualité. Deux entretiens ont été réalisés par visiophonie pour garantir tout autant un cadre plus humain que la téléphonie seule.

d) *La triangulation des données*

Le travail en binôme a permis une **triangulation** de l'analyse ouverte. Cette confrontation des résultats par les deux chercheuses est un critère fort de scientificité (38).

2. Faiblesses de l'étude

a) *Le manque d'expérience des chercheuses*

Nous étions deux chercheuses novices. **Si la subjectivité** est essentielle au travail de recherche qualitative, il faut souligner l'impact de notre présence. Il s'agissait de ne pas influencer la conduite de nos entretiens en tenant une posture d'enquêteur et se contentant de relancer, sans suggérer ses propres idées. Également, nos codages respectifs devaient être fidèles aux entretiens.

C'est pour cela qu'en début d'étude nous avons mis à plat nos *a priori* puisque nous avons été nous-mêmes infectées par le SARS-CoV-2 et nous sommes des soignants, baignant dans le bassin culturel corse.

Les chercheurs novices ont souvent le défaut de **ne pas oser l'interprétation**, ce qui peut aboutir à un modèle purement descriptif et n'appelant aucun concept. Ou pire, les étudiants peuvent envisager la falsification de leur recueil de données pour en extraire un sens qui leur appartient. Devereux (30) souligne ce danger lorsqu'il écrit que « *le savant cherche à se protéger contre l'angoisse par omissions, mises en sourdine, non exploitation, malentendus, descriptions ambiguës, surexploitations ou réaménagements de certaines parties de son matériau* ».

La crédibilité se traduit entre autres par le fait que le modèle explicatif est bien issu des données. Comme le soulignent Drapeau et Letendre(31) l'un des dangers liés à la pratique de la recherche qualitative est que le chercheur se limite à ne trouver que ce qu'il cherche. Samalin-Amboise(31) résume très bien cet état lorsque, ayant complété une recherche sur les enseignantes à la maternelle, elle conclut que son « *vécu psychique et social était la cause de la recherche et c'est par ce biais qu'elle l'abordait* ».

b) *L'absence de feedback*

Nous n'avons pas proposé aux soignants que nous avons interrogés un feedback sur leur entretien après retranscription et analyse. En effet la situation évoluant tellement vite, nous ne voulions pas que les soignants puissent réinterpréter la situation à la lumière de nouveaux éléments.

C. Comparaison avec les données de la littérature

A ce jour très peu de publications ont étudié l'impact psychologique de la maladie dans cette population des soignants infectés par le SARS-CoV-2. Aucune ne s'est intéressée aux soignants du monde libéral.

1. La comparaison entre les soignants contaminés et non contaminés

Une étude iranienne (16) a comparé la prévalence des symptômes psychiques entre les soignants infectés et non infectés des hôpitaux d'une province du pays. Alors que l'on pourrait penser que les soignants se sentent plus protégés et donc moins anxieux après avoir guéri du covid, l'étude montre une prévalence significativement plus importante de l'anxiété, de la dépression et des symptômes de l'état de stress post-traumatique chez les soignants infectés par rapport aux autres.

Aucune étude à ce jour n'a identifié quels étaient les facteurs d'anxiété, de dépression et d'état de stress post-traumatiques impliqués de manière spécifique chez la population des soignants contaminés.

2. Le ressenti des soignants contaminés

A notre connaissance une seule étude a exploré le ressenti de soignants contaminés par le SARS-CoV-2. Il s'agissait d'une étude qualitative sur le vécu de l'infection par des infirmières d'un hôpital de Wuhan contaminées après s'être occupées de patients hospitalisés pour la COVID (40). Ces neuf infirmières ont été interrogées pendant leur période d'isolement dans un service de leur hôpital.

Les émotions qu'elles ont exprimées sont en accord avec les résultats de notre étude. Avant le diagnostic elles avaient peur de cette maladie. Une fois le diagnostic posé, elles avaient peur d'une mauvaise évolution mais il y avait aussi un espoir de guérison. Les chercheurs ont également retrouvé la peur de transmettre la maladie aux proches et la culpabilité qui en découle. Malgré un sentiment d'exclusion et de solitude ces infirmières ont été touchées par le soutien de leurs proches. Elles espéraient retourner vite au travail dans un esprit de devoir et de responsabilité.

Même si les résultats de nos travaux sont cohérents, nous pouvons citer cependant deux différences.

La première concerne le ressenti des premiers signes de la maladie : les infirmières de l'étude chinoise ont éprouvé de la peur dès les premiers symptômes et avant même le résultat des tests. Tandis que notre population de soignants a négligé ces premiers signes et a mis du temps à les attribuer à la COVID. Ce déni de la maladie est effectivement quelque chose d'étonnant dans une population de soignants qui prenait en charge des patients covid. Cela semble s'expliquer d'une part par l'orgueil des soignants contaminés corses qui se sentent intouchables face à cette maladie et d'autre part par le souhait que cette contamination ne soit pas réelle ou par la crainte d'être faillible.

La deuxième différence vient du mode d'isolement : les patients/soignants de notre population étaient isolés à leur domicile, tandis que les infirmières de l'étude chinoise étaient isolées dans un service de leur hôpital même si elles ne nécessitaient pas d'hospitalisation. Ce mode d'isolement semble leur apporter un sentiment de sécurité parce qu'elles délèguent leur prise en charge à un tiers. De plus cela diminue la peur de contaminer leurs proches.

3. L'anxiété

Plusieurs recherches ont montré qu'une part importante des soignants confrontés à la crise sanitaire souffraient d'anxiété (14,41). La prévalence de l'anxiété parmi les soignants est encore plus importante s'ils ont été contaminés(16).

Notre étude a retrouvé plusieurs sources d'anxiété chez les soignants contaminés. La première était d'abord celle d'être infecté, angoisse augmentée par le manque de matériel de protection. Une fois malade l'angoisse principale était de développer une forme grave. Ceci était potentialisé par l'expérience du terrain et les connaissances du soignant sur cette maladie.

Les soignants contaminés ont aussi dû faire face à la peur des séquelles, à l'angoisse d'être atteint d'une maladie inconnue, à la peur de transmettre leur infection, à la préoccupation financière, à l'anxiété d'un enfermement.

La reprise du travail, même si elle était attendue avec impatience, cristallisait beaucoup d'angoisses : le rejet potentiel des collègues et des patients, la peur d'être toujours contagieux et les interrogations quant à ses capacités physiques.

Les conditions de travail dans lesquelles les soignants évoluaient étaient également sources de stress avec en fond la peur de la faillite du système de soins et les difficultés liées à l'évolution constante des informations et recommandations.

Aucune étude n'a analysé les sources d'anxiété spécifiques des soignants contaminés, mais nos résultats sont cohérents avec une étude américaine portant sur les sources d'anxiété des soignants en période de crise(42).

Cette étude en retrouvait huit : l'accès au matériel de protection, le risque de ramener la maladie dans sa famille, le risque de propagation sur le lieu de travail, le risque que le système

de soins ne soit pas en mesure de les prendre en charge en cas d'infection, la garde de leurs enfants, la gestion des besoins du foyer familial quand ils travaillent, la peur de ne pas prodiguer des soins de qualité et le manque d'accès à des informations de qualité.

De ces angoisses découlent cinq besoins du soignant en période de crise sanitaire : celui d'être écouté, celui d'être protégé face à cette maladie, celui d'être soutenu dans le reste de sa vie quotidienne, celui d'être préparé à prodiguer des soins de qualité et enfin celui d'être pris en charge en cas d'infection.

Ces soignants aimeraient que leurs dirigeants soient plus visibles sur le terrain, cela leur donnerait le sentiment d'être mieux considérés.

Par ailleurs plusieurs travaux ont étudié le ressenti des médecins généralistes pendant la crise(43,44). Dans une étude interrogeant ceux des Bouches-du-Rhône, on retrouve un niveau de stress élevé à très élevé chez 40% d'entre eux. Cette anxiété est corrélée à la réorganisation totale du cabinet vécue comme une contrainte, à des conditions de travail perçues comme non satisfaisantes, au manque d'information sur l'épidémie au moment du confinement, à l'incapacité des médecins généralistes de répondre aux peurs et angoisses de leurs patients.

4. La question du temps d'arrêt de travail

Dans notre étude plusieurs soignants ont exprimé une peur d'être toujours contagieux lors du retour au travail. A cela s'ajoutait une peur d'être rejeté par les patients et collègues. Ces interrogations des soignants étaient majorées par l'impossibilité des instances supérieures à leur donner des réponses claires sur leur temps de contagiosité. Les soignants étaient alors tiraillés entre la volonté de ne pas abandonner longtemps leurs collègues et leurs patients, et la volonté de ne pas leur faire courir de risque.

Effectivement la question du temps d'arrêt de travail des soignants est une question importante. Cela nécessite un juste milieu pour ne pas risquer de créer des chaînes de transmission en cas de retour au travail trop rapide, ou au contraire de fragiliser le système de soins par manque de personnel en cas de retour au travail trop tardif. Le monde scientifique n'a pas pu établir de recommandations objectives, c'est pourquoi les modalités sont différentes d'un pays à l'autre (45).

D. Perspectives d'avenir

1. Identifier les facteurs de dépression et d'anxiété spécifiques des soignants contaminés

Étonnamment, la population des soignants contaminés même si elle est importante en nombre a été très peu étudiée. Des études à plus grande échelle sont nécessaires pour voir si une prévalence plus forte des symptômes psychologiques se confirme dans les différents systèmes de soins et si elle perdure à distance de l'infection.

Au travers de notre étude nous avons mis en évidence les ressentis des soignants contaminés. D'autres études sont nécessaires pour évaluer lesquels sont associés à l'augmentation des scores d'anxiété et de dépression. Cela permettrait d'identifier les facteurs d'anxiété et de dépression spécifiques de la population des soignants contaminés en vue de mettre en place des mesures de prévention adaptées.

2. Se servir de l'expérience pour éviter certains écueils

Notre recherche a révélé un sentiment de stigmatisation et d'exclusion chez la plupart des soignants contaminés. En changeant de position, ils ont également pris conscience d'une certaine forme de maltraitance dont ils se rendaient coupables par l'exécution de protocoles qui, dans un objectif de minimisation des risques, portaient atteinte à la dignité des patients.

Ces constats doivent tous nous faire réfléchir sur l'impact de nos gestes et paroles sur nos patients. Il faut replacer l'humain et la dignité des malades au centre des prises en charge, quelles que soient les contraintes organisationnelles, sanitaires et les difficultés psychologiques auxquelles le soignant est confronté. Cela est appuyé par le réconfort procuré par le soutien dont certains soignants ont bénéficié.

3. Soigner les soignants

Par ailleurs nous avons vu que la plupart des soignants/patients n'avaient jamais vraiment été pris en charge par un médecin. Quand c'était le cas, il s'agissait bien souvent d'un collègue ou d'une connaissance qui intervenait de manière informelle et ponctuelle. La relation des soignants avec leur médecin traitant en était ébranlée.

Même si la plupart estimaient ne pas nécessiter un avis médical externe, l'auto prise en charge a été source d'angoisse et de décisions parfois irrationnelles. Cela s'est vu dans la surveillance presque obsessionnelle des paramètres vitaux, dans la peur de certaines complications les incitant à prendre des traitements dont ils n'avaient pas besoin ou bien dans la négligence de signes qui auraient dû les alerter.

Les soignants/patients ne peuvent pas être juges et parties de leur état clinique. Les soignants malades de la COVID mériteraient d'être pris en charge comme n'importe quel patient par un médecin indépendant lors de véritables consultations. Ces intervenants ne devraient être ni des connaissances ni des collègues des soignants/patients.

Cela aurait un impact positif sur la santé physique et psychique des soignants. Les prises en charge seraient uniquement guidées par des considérations objectives et rationnelles. Cela libérerait les soignants du poids de la responsabilité de leur propre prise-en-charge, permettant peut-être de limiter l'impact psychologique de la contamination. Le secret médical, qui doit s'appliquer également aux soignants malades, en serait renforcé.

V. CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mieux apprécier ce que représentait la COVID pour les soignants contaminés. L'infection modifie les rapports professionnels et personnels du soignant. La maladie remet en question l'image qu'il a de lui-même.

Le soignant est à la fois ignorant et sachant, coupable et revendicateur, responsable, dévoué et vulnérable. Cette pluralité le place dans un état de fragilité pouvant évoluer vers de véritables troubles psychiatriques.

Pour limiter les conséquences psychosociales de la contamination, il devrait être placé dans un environnement rassurant. Lui donner les moyens de se protéger ainsi que sa famille, éviter la stigmatisation, faire en sorte qu'il se sente écouté par ses supérieurs. Ces éléments constitueraient un début d'approche pertinente.

Soigner un soignant est un challenge délicat.

Il s'agit de travailler sur ses croyances et représentations puis de gagner sa confiance, s'adapter en temps réel à l'évolution de sa pathologie et lui faciliter l'accès à ses droits en tant que malade.

Finalement le soignant doit aussi s'octroyer le droit de tomber malade.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet Lond Engl.* 15 2020;395(10223):497-506.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 20 2020;382(8):727-33.
3. OMS. COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS [Internet]. [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
4. Chan JF-W, Yuan S, Kok K-H, To KK-W, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet Lond Engl.* 15 2020;395(10223):514-23.
5. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med.* 5 mars 2020;382(10):970-1.
6. Locatelli I, Trächsel B, Rousson V. Estimating the basic reproduction number for COVID-19 in Western Europe. *PLoS One.* 2021;16(3):e0248731.
7. Liu Y, Rocklöv J. The reproductive number of the Delta variant of SARS-CoV-2 is far higher compared to the ancestral SARS-CoV-2 virus. *J Travel Med.* 9 août 2021;taab124.
8. Société Française de Pneumologie. Infections bronchopulmonaires communautaires de l'adulte. In: *Collegue des Enseignants de Pneumologie.* 7ème ed. 2021.
9. He W, Yi GY, Zhu Y. Estimation of the basic reproduction number, average incubation time, asymptomatic infection rate, and case fatality rate for COVID-19: Meta-analysis and sensitivity analysis. *J Med Virol.* nov 2020;92(11):2543-50.
10. Santé Publique France, GERES. Recensement national des cas de COVID-19 chez les professionnels en établissements de santé [Internet]. 2021 [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante>
11. Caisse Autonome des Retraites des Médecins de France. Communiqué de presse : 74 médecins libéraux décédés de la Covid-19 en 2020. 2021.
12. Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, et al. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* déc 2008;43(6):706-12.

13. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encephale*. juin 2020;46(3):S73-80.
14. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. août 2020;88:901-7.
15. Ministère des Solidarités et de la Santé. Recommandations pour le soutien psychologique aux soignants et personnels en établissement sanitaire, social et médico social, et aux soignants de ville. 2020.
16. Mohammadian Khonsari N, Shafiee G, Zandifar A, Mohammad Poornami S, Ejtahed H-S, Asayesh H, et al. Comparison of psychological symptoms between infected and non-infected COVID-19 health care workers. *BMC Psychiatry*. 26 mars 2021;21:170.
17. Bouschon A, Altimare A. Covid -19 : retour sur un an de crise sanitaire en Corse [Internet]. France 3 Corse ViaStella. 2021 [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/corse/covid-19-retour-sur-un-an-de-crise-sanitaire-en-corse-1980562.html>
18. Souilla D. CARTE - Coronavirus : découvrez les taux de cas testés positifs par rapport au nombre d'habitants [Internet]. France Bleu. 2020 [cité 19 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/carte-coronavirus-decouvrez-les-taux-de-cas-testes-positifs-dans-les-regions-en-metropole-1584457117>
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliat L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
20. Hamel J. A propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point. *Bull Sociol Methodol Méthodologie Sociol*. 1 juill 2000;67(1):25-41.
21. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;102(3):23-34.
22. Archibald MM, Ambagtsheer RC, Casey MG, Lawless M. Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *Int J Qual Methods*. janv 2019;18:1-8.
23. Debret J. Codage pour les entretiens semi-directifs et directifs [Internet]. Scribbr. 2018 [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/codage-entretiens/>
24. Glasser B, Strauss A. Découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. Armand Colin. Paris; 2010. (Individus et Sociétés).

25. Jouannin A, Andres É, de Fallois M, Chevance A, Donnadiou S, Reymann J-M, et al. Validation d'un outil de classification de la recherche à destination des internes de médecine générale d'après la loi « Jardé ». *Exercer*. sept 2019;(155):306-13.
26. Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. *Code de la Santé Publique*, 2012-300 mars 5, 2012.
27. Association Médicale Mondiale. Déclaration Helsinki - Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. 1964.
28. Larousse É. Définitions : pestiféré - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pestif%C3%A9r%C3%A9/59906>
29. CNRTL. PESTIFÉRÉ : Définition de PESTIFÉRÉ [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/pestif%C3%A9r%C3%A9>
30. Gualde N. Épidémie et démorésilience. *Corps*. 2008;n° 5(2):15-22.
31. Macron E. « Nous sommes en guerre » : le verbatim du discours d'Emmanuel Macron. *Le Monde*. 16 mars 2020;
32. Loverini M-J. Corse, l'île des deuils impossibles. *Etudes Sur Mort*. 2012;142(2):145-56.
33. Haute Autorité de Santé. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. 2014.
34. Article L1110-4 [Internet]. *Code de la Santé Publique*. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798/
35. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
36. CFAR. Dis doc, t'as ton doc ? Une campagne pour prendre soin de ceux qui soignent [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
37. HAS. Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge. 2021.
38. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. 1 mars 2004;10(1):79-86.
39. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Rev Francoph Int Rech Infirm*. mars 2017;3(1):31-5.

40. He J, Liu L, Chen X, Qi B, Liu Y, Zhang Y, et al. The experiences of nurses infected with COVID-19 in Wuhan, China: A qualitative study. *J Nurs Manag.* juill 2021;29(5):1180-8.
41. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2 mars 2020;3(3):e203976.
42. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA.* 2 juin 2020;323(21):2133-4.
43. Luzet J. Crise du COVID-19: Vécu des médecins généralistes des Bouches-duRhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020.
44. Dutour M, Kirchhoff A. Analyse du stress et de ses déterminants chez les médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes durant la première vague pandémique de la COVID-19 [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2021.
45. Wang J, Lee YF, Zhou M. What is the best timing for health care workers infected with COVID-19 to return to work? *Am J Infect Control.* sept 2020;48(9):1128-9.

VII. ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS :	A gence R égionale de S anté
CARMF :	C aisse A utonome de R etraite de M édecins de F rance
CPAM :	C aisse P rimaire d'Assurance M aladie
CPP :	C omité d e P rotection des P ersonnes
COVID :	C oronavirus D isease
COREQ :	C onsolidated criteria for R eporting Q ualitative research
DGS :	D irection G énérale de la S anté
DUMG :	D épartement U niversitaire de M édecine G énérale
EHPAD :	E tablishement d' H ébergement P our personnes A gées D épendantes
ORL :	O to- R hino- L aryngologie
RIPH :	R echerche I mpliquant la P ersonne H umaine
RGPD :	R èglement G énéral sur la P rotection des D onnées
SARS-CoV-2 :	S evere A cute R espiratory S yndrome C oronavirus
SDRA :	S yndrome de D étresse R espiratoire A igu
SSR :	S oins de S uite et R éadaptation
URPS :	U nion R égionale des P rofessionnels de S anté
VIP :	V ery I mportant P erson

CRITERES COREQ

CRITERES COREQ		
DOMAINE 1 EQUIPE DE RECHERCHE ET DE REFLEXION		
Caractéristiques personnelles		
1	Enquêteurs	Sandra LUCIANI et Laetitia PANZANI.
2	Titres académiques	Internes de Médecine Générale au sein de l'Université Aix-Marseille.
3	Activité au moment de l'étude	Sandra LUCIANI en stage de gynécologie à l'hôpital d'Ajaccio et Laetitia PANZANI en SASPAS en Corse du Sud.
4	Genre	Deux femmes.
5	Expérience et formation	Aucune expérience de recherche. Formation en lien avec la faculté de médecine : des cercles de lectures nous permettant de découvrir la recherche qualitative, le colloque en soins primaires nous permettant de voir des présentations de thèses qualitatives, le module sur la recherche qualitative dispensé à la faculté. Lectures autonomes: la lecture d'ouvrages tels que "Initiation à la Recherche" de Paul Frappé, "Initiation à la recherche qualitative en santé" sous la direction de Jean-Pierre Lebeau ou "Les Recherches Qualitatives en Santé" de Fournier, Balard et Winance.
Relations avec les participants		
6	Relations antérieurs	Les enquêteurs et certains participants se connaissaient avant le commencement de l'étude car ils exercent sur le même lieu de travail et sont parfois collègues.
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Les participants prenaient connaissance des motivations des chercheuses lors de la phase de recrutement.
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Les motivations et intérêts pour le sujet de recherche étaient signalés.
DOMAINE 2 : CONCEPTION DE L'ETUDE		
Cadre théorique		
9	Orientation méthodologique et théorie	Construction d'un modèle explicatif inspiré de la théorisation ancrée.
Sélection des participants		
10	Échantillonnage	Echantillonnage raisonné théorique et composante effet boule-de-neige.
11	Prise de contact	Secteur hospitalier: démarchage en personne sur le lieu de travail. Secteur libéral: mails aux URPS régionaux.
12	Taille de l'échantillon	Jusqu'à saturation théorique des données.
13	Non-Participation	Aucun refus de participation.
Contexte		

14	Cadre de la collecte de données	Dans un lieu calme et propice à l'échange, selon les convenances de chaque participant à l'étude. Deux entretiens réalisés en visiophonie.
15	Présence de non participants	Non.
16	Description de l'échantillon	Personnel soignant de l'hôpital d'Ajaccio et du secteur libéral sur le territoire corse ayant été testé positif à la PCR nasopharyngée SARS-CoV2 et relevant de la médecine ambulatoire.
Recueil des données		
17	Guide d'entretien	Guide d'entretien testé au préalable sur deux internes volontaires contaminés par le SARS-CoV-2, relevant de la médecine ambulatoire et vivant en dehors du territoire corse. Le guide d'entretien n'était pas distribué aux participants. Il a été modifié à deux reprises.
18	Entretiens répétés	Non. Un soignant infecté bénéficiait d'un entretien unique.
19	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio uniquement, double (deux téléphones dotés de la fonction dictaphone).
20	Cahier de terrain	Avant/après l'entretien: pour recueillir les impressions personnelles de l'enquêtrice réalisant l'entretien. Pendant l'entretien: pour pouvoir prendre en compte la partie non verbale des entretiens et pour ne pas perdre le fil conducteur de l'entretien afin de rebondir sur les idées à faire développer par l'interlocuteur.
21	Durée	Durée s'étalant entre 20 et 58 minutes. Moyenne de la durée des entretiens individuels: 44 minutes.
22	Seuil de saturation	Les chercheuses ont fixé un seuil théorique dès lors que deux entretiens consécutifs n'apportaient pas de nouvel élément à la construction du modèle explicatif.
23	Retour des retranscriptions	La visualisation de la retranscription était proposée dans le préambule délivré avant chaque entretien.
DOMAINE 3 : ANALYSE ET RESULTATS		
Analyse des données		
24	Nombre de personne codant les données	Double codage : chaque entretien était codé séparément par les deux enquêtrices, avec codage par le directeur de thèse en cas de désaccord au moment de la mise en commun des résultats.
25	Description de l'arbre de codage	Le modèle explicatif était accompagné par un texte descriptif et des citations de verbatim.
26	Détermination des thèmes	Les thèmes ont été déterminés à partir des données (méthodologie inspirée de la théorisation ancrée).
27	Logiciel	Le logiciel NVivo® (Version Release 1.5.1).
28	Vérifications par les participants	Les participants n'ont pas exprimé de retours sur les résultats.

	Rédaction		
	29	Citation présentées	Des citations de participants ont été utilisées pour illustrer nos résultats. Chaque citation était identifiée. En effet, les participants ont été nommés de S1 à S15 en fonction de l'ordre dans lequel les entretiens ont été réalisés.
	30	Cohérence des données et des résultats	Les résultats sont présentés en deux parties: une analyse des données pure puis la proposition d'un modèle explicatif.
	31	Clarté des thèmes principaux	Les résultats de la première partie sont présentés de façon structurée. Une typologie claire des soignants contaminés est proposée en seconde partie.
	32	Clarté de thèmes secondaires	Certains points de nos résultats ont fait l'objet d'une discussion plus approfondie.

PREAMBULE AUX ENTRETIENS

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le binôme Sandra Luciani et Laetitia Panzani dans le cadre de leur thèse de médecine générale qui sera soutenue à la Faculté de Médecine de Marseille.

Cette note d'information résume les modalités prévues par le Code de la Santé Publique et l'article 6 du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) concernant la licéité du traitement des données personnelles, pour s'assurer de votre non-opposition à participer à cette étude. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public (recherche scientifique).

Nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance de l'ensemble des informations ci-dessous :

- **Procédure de l'étude** : vous serez interrogés au cours d'un entretien individuel d'environ une heure en face-à-face à votre lieu de convenance ou bien en visiophonie afin de réaliser notre travail de recherche visant à mieux comprendre votre ressenti durant votre infection dans ce contexte sanitaire particulier. Cet entretien sera enregistré par deux dictaphones.
- **Participation volontaire** : votre participation à l'étude est entièrement volontaire. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment et vous avez le droit de retirer votre consentement tout au long de l'étude sans fournir d'explication et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.
- **Destinataire des données collectées** : les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Nous sommes responsables du traitement des données et nous allons protéger l'accès à celles-ci sur nos ordinateurs et anonymiser les entretiens pour l'analyse des données afin d'en respecter la confidentialité.
- **Droit des participants** : vous êtes en droit de nous demander un retour des retranscriptions d'entretiens et d'émettre des commentaires et/ou corrections dessus.
- **Durée de conservation des données** : les données à caractère personnel seront conservées jusqu'à 6 mois à compter de la date de la soutenance de la thèse puis définitivement détruites.

Vous pouvez nous contacter à tout moment notamment après la réalisation de l'entretien pour obtenir des renseignements complémentaires ou pour exercer vos droits.

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Partie 1 : Introduction

Caractéristiques du participant :

- 1) **Pouvez-vous vous présenter ?** (Âge ? Sexe ? Profession ? Lieu d'exercice ? Vie familiale ?)

Question brise-glace :

- 2) **Racontez-nous comment vous avez été contaminé par le SARS-CoV-2**

Possibles relances : Quand et comment ont commencé les symptômes ? Comment ont-ils évolué ? Lesquels étaient les plus gênants ? Les plus angoissants ? Certains persistent ils aujourd'hui ?

Partie 2 : Axes thématiques

Ressenti concernant la maladie et son impact personnel :

- 3) **Quelles ont été vos craintes et angoisses au cours de votre maladie ?**
- 4) **Comment s'est passé l'isolement induit par votre contamination ?**
- 5) **Comment a évolué votre regard sur cette épidémie depuis le mois de janvier 2020 ?**

Possibles relances : Forme de culpabilité d'avoir ramené ce virus à la maison ? Rapport aux médias ? Quel a été l'impact financier lié à l'isolement ?

La place du médecin généraliste :

- 6) **Comment avez-vous été suivi ?**
- 7) **Qu'attendez vous de votre médecin généraliste dans cette situation ?**

Possibles relances : Avez-vous eu des consultations ou téléconsultations avec votre médecin généraliste ? Qu'avez-vous pensé du suivi médical pendant votre quarantaine ?

Impact sur la vie professionnelle :

- 8) **Dans quelles conditions s'est passé le retour au travail ?**

Possibles relances : Qu'est-ce que vous avez ressenti avant de retourner au travail après votre guérison ? Est-ce que vos rapports avec vos patients ont changé depuis votre covid ? Qu'est-ce que cela a changé dans votre pratique ?

9) Comment envisagez-vous l'exercice de votre métier actuellement ?

Possibles relances : Votre regard sur votre métier a-t-il changé ? Cela modifie-t-il vos projets d'avenir ? Votre envie de rester à l'hôpital ou en libéral ?

10) Avez-vous des peurs pour l'avenir ?

Possibles relances : Avez-vous déjà réalisé ce risque de contamination inhérent à votre métier avant le covid ?

Partie 3 : Conclusion et ouverture

11) Aimeriez-vous ajouter quelque chose qui vous semble important dont nous n'avons pas parlé ?

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Guide d'entretien modifié après l'analyse du troisième entretien.

Partie 1 : Introduction

Caractéristiques du participant :

- 1) **Pouvez-vous vous présenter ?** (*Âge ? Sexe ? Profession ? Lieu d'exercice ? Vie familiale ?*)

Question brise-glace :

- 2) **Racontez-nous comment vous avez été contaminé par le SARS-CoV-2.**

Possibles relances : Quand et comment ont commencé les symptômes ? Comment ont-ils évolué ? Lesquels étaient les plus gênants ? Les plus angoissants ? Certains persistent ils aujourd'hui ?

Partie 2 : Axes thématiques

Vécu de l'infection par le SARS-CoV-2 :

- 3) **Comment avez-vous vécu votre maladie ?**

Possibles relances : quels symptômes ? Quelle évolution ? Quel retentissement sur votre vie quotidienne ?

- 4) **Quelles étaient vos craintes ?**

Possibles relances : aviez-vous des sources de réassurance ?

Vécu de l'isolement pendant l'infection :

- 5) **Comment s'est passé l'isolement pour l'infection ?**

Possibles relances : combien de temps a-t-il duré ? Qu'est-ce qui a motivé la sortie d'isolement ?

Suivi médical et paramédical en médecine ambulatoire :

- 6) **Comment avez-vous été suivi ?**
- 7) **Avez-vous eu des contacts avec votre médecin traitant ?**

Possibles relances : si non, pourquoi ? Qu'attendiez-vous de lui ? Quelles informations avez-vous reçu de lui ? L'avez-vous revu depuis la fin de l'infection ?

- 8) Avez-vous été suivi par quelqu'un d'autre que votre médecin traitant ?
- 9) Quel traitement avez-vous reçu ?
- 10) Et qu'est-ce que vous changeriez à la prise en charge que vous avez eue, pour qu'elle soit plus optimale ?

Vécu lors du retour au travail :

- 11) Dans quelles conditions s'est passé le retour au travail ?

Possibles relances : qu'est-ce que vous avez ressenti avant de retourner au travail après votre guérison ? Qu'est-ce que cela a changé dans votre pratique ?

- 12) Est-ce que vos rapports avec vos patients ont changé depuis votre covid ?

Vécu de la situation sanitaire inédite :

- 13) Aviez-vous imaginé une telle situation sanitaire un jour ?
- 14) Que pensez-vous de la manière dont l'hôpital vous a protégé ?
- 15) Comment a évolué votre regard sur cette épidémie ?

Envisager l'avenir dans sa profession :

- 16) Maintenant, comment envisagez-vous votre avenir professionnel ?

Possibles relances : Votre regard sur votre métier a-t-il changé ? Cela modifie-t-il vos projets d'avenir ? Votre envie de rester à l'hôpital ou en libéral ?

Partie 3 : Conclusion et ouverture

- 17) Aimeriez-vous ajouter quelque chose qui vous semble important dont nous n'avons pas parlé ?

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Guide d'entretien modifié après l'analyse du sixième entretien.

Partie 1 : Introduction

Caractéristiques du participant :

- 1) Pouvez-vous vous présenter ? (*Âge ? Sexe ? Profession ? Lieu d'exercice ? Vie familiale ?*)

Question brise-glace :

- 2) Racontez-nous comment vous avez été contaminé par le SARS-CoV-2 ?

Possibles relances : Quand et comment ont commencé les symptômes ? Comment ont-ils évolué ? Lesquels étaient les plus gênants ? Les plus angoissants ? Certains persistent ils aujourd'hui ?

Partie 2 : Axes thématiques

Vécu de l'infection par le SARS-CoV-2 :

- 3) Comment avez-vous vécu l'annonce du résultat "covid positif" ?
- 4) Comment avez-vous vécu votre maladie ?

Possibles relances : quels symptômes ? Quelle évolution ? Quel retentissement sur votre vie quotidienne ?

- 5) Quelles étaient vos craintes ?

Possibles relances : aviez-vous des sources de réassurance ?

- 6) Y-a-t-il un impact de la maladie sur votre état mental ?

Vécu de l'isolement pendant l'infection :

- 7) Comment s'est passé l'isolement pour l'infection ?

Possibles relances : combien de temps a-t-il duré ? Qu'est-ce qui a motivé la sortie d'isolement ? Comment cela s'est passé l'approvisionnement en nourriture, médicaments ?

Suivi médical et paramédical en médecine ambulatoire :

- 8) Comment avez-vous été suivi ?
- 9) Avez-vous eu des contacts avec votre médecin traitant ?

Possibles relances : si non, pourquoi ? Qu'attendiez-vous de lui ? Quelles informations avez-vous reçu de lui ? L'avez-vous revu depuis la fin de l'infection ?

- 10) Avez-vous été suivi par quelqu'un d'autre que votre médecin traitant ?
- 11) Quel traitement avez-vous reçu et selon quelles modalités ?
- 12) Et qu'est-ce que vous changeriez à la prise en charge que vous avez eue, pour qu'elle soit plus optimale ?
- 13) Quel était votre rapport au secret médical concernant votre infection ?
- 14) Quelles étaient vos relations avec votre médecin avant le covid ?
- 15) Est-ce que ça a changé votre regard sur votre médecin traitant ?

Vécu lors du retour au travail :

- 16) Dans quelles conditions s'est passé le retour au travail ?

Possibles relances : Quels ont été vos rapports avec les collègues ? Avez-vous fait un test avant de reprendre le travail ?

- 17) Est-ce que vos rapports avec vos patients ont changé depuis votre covid ?

Vécu de la situation sanitaire inédite :

- 18) Aviez-vous imaginé une telle situation sanitaire un jour ?
- 19) Que pensez-vous de la manière dont l'hôpital vous a protégé ?
- 20) Comment a évolué votre regard sur cette épidémie ?

Envisager l'avenir dans sa profession :

- 21) Maintenant, comment envisagez-vous votre avenir professionnel ?

Possibles relances : Votre regard sur votre métier a-t-il changé ? Cela modifie-t-il vos projets d'avenir ? Votre envie de rester à l'hôpital ou en libéral ?

Partie 3 : Conclusion et ouverture

- 22) Aimerez-vous ajouter quelque chose qui vous semble important dont nous n'avons pas parlé ?

VERBATIM ILLUSTRANT LE MODELE EXPLICATIF

Être ignorant

Insouciance face à un risque sanitaire.

S1 : « Personne n'était préparé ... tu ne prévois pas une tonne de matériel pour une pandémie parce que jamais personne n'y pensait tu vois. »

S8 : « je me rappelle quelques années auparavant, le médecin de service qui disait « les filles mettez un masque là parce-que le patient il crache, vous risquez d'attraper des maladies », c'est vrai qu'on y pensait pas autant que ça. »

S10 : « par exemple pour les épidémies saisonnières, on n'a jamais pris la peine de mettre des masques, alors que là aussi faut dire ce qui est, on reçoit les kits, tous les ans « kit épidémie de grippe » avec les masques... tous les médecins les ont reçus... avec les lunettes de protection... les sacs poubelles [...] donc on sait très bien qu'une épidémie à tropisme respiratoire ben faut prévoir beaucoup de masques... et on savait aussi que ça pouvait arriver un jour ou l'autre... on aurait pu savoir... mais on ne se méfie pas... j'aurais jamais pensé que le virus arriverait chez nous et que ça s'enliserait autant »

Rapidité d'installation de la pandémie.

S8 : « fin mars 2020 où on était en pleine crise du COVID et où les premiers patients étaient contaminés par le COVID [...] des patients dont on ne savait pas qu'ils étaient positifs. Et du coup il y a une chaîne de contamination et du coup on s'est tous contaminé un à un »

Phénomène inédit incompris.

S1 : « tout ce qu'on a appris nous [...] en tant que soignant tu sais ça correspondait pas »

S3 : « ce qui est fou avec ce virus, c'est qu'il n'y a pas de règles. Mon compagnon, donc qui est son fils, qui l'a vu toute la semaine, qui a été mangé avec lui et ses cousins toute la semaine ne l'a pas chopé [...] Et c'est tombé sur moi et ma belle-sœur. [...] Moi je l'ai eu et mon compagnon ne l'a pas eu. Et je me dis ya vraiment pas de règle, ça tombe... c'est sur le moment à l'instant T... voilà hein. C'est trop bizarre. »

S14 : « Oui... Je termine sur une note très bizarre... mais... je n'avais jamais vécu ça même avec H1N1, Tchernobyl »

Similitude avec les maladies saisonnières.

S1 : « on a commencé à héberger des gripes à la base et heuuuu Voilà quoi des gripes. »

S3 : « Moi franchement c'était pas... je me sentais. C'était vraiment voilà, gros rhume et fièvre. Une grippe... c'est rien de plus hein. »

Maladie de la honte.

S2 : « J'ai pleuré [...] Parce que ça fait la sensation comme si on vous annonçait qu'on a le VIH en fait, « on est positive ». Ça fait bizarre »

S4 : « Je me suis dit « putain fait chier » j'étais vexé. J'avais honte de l'avoir chopé. Parce que je me suis dit « putain on est là tous les jours à se protéger ceci cela et je suis positif que maintenant » j'ai dit « c'est pas possible ». La première chose c'est ça limite vexé et avoir honte d'être contaminé. Je ne sais pas pourquoi. Par orgueil, de se dire que « moi le COVID ça ne va pas m'atteindre et tout » »

S5 : « le premier jour en fait quand je suis partie je me sentais un peu comme une pestiférée parce que la médecin du travail elle me dit « mais enfin vous êtes encore dans votre bureau, là il faut que vous partiez » [...] Donc tu faisais un peu pestiféré, tu pouvais voir personne »

S11 : « c'est pire que la peste quoi le COVID... donc c'était compliqué de pas les affoler et en même temps de ne pas les laisser dans le flou, de leur dire la vérité quoi. »

Déni de la maladie.

S3 : « Moi, quand j'ai eu mes résultats j'étais choquée parce que je me suis dit « mais comment c'est possible. » »

S8 : « C'est une interne [...] qui m'a appelé et qui m'a dit « voilà t'es positive ». Mais bon au début je n'y croyais pas du tout, franchement je me suis dit que je m'étais faite tester par principe, « jamais j'ai le COVID » finalement oui »

S10 : « Ya quand même encore des gens qui vivent dans une espèce de déni... tout le monde le sait maintenant... depuis un an, si t'as de la fièvre y'a de grandes chances que ce soit un COVID jusqu'à preuve du contraire. »

Paraître en bonne santé.

S4 : « Et donc moi j'ai été écarté parce que j'étais contagieux, sinon je ne me considère pas comme étant malade. »

S5 : « En fait j'ai été bien bien fatiguée mais je n'aurais pas forcément mis ça sur le compte du COVID hein, je pensais que c'était juste le rythme et que j'avais un contre coup du stage »

Ignorant contamineur.

S15 : « c'est de mon fait uniquement, mais j'aurais dû me faire tester beaucoup plus tôt. De façon à m'isoler, de façon à pas ... mais j'ai eu [...] Une espèce de déni de la maladie »

Être vulnérable

Peur de l'inconnu.

S1 : « l'inconnu fait peur. C'est l'inconnu qui fait peur on connaissait rien, on savait rien et le peu qu'on avait vu là les quelques jours ou j'avais travaillé en COVID c'était catastrophique. On les voyait tous mal et ils désaturaient tous et là je me suis dit « merde » »

S2 : « c'est toujours l'inconnu toute façon. Déjà qu'on ne connaissait pas la première souche alors s'il y a 2, 3, 4 souches on va jamais y arriver »

S8 : « Ben c'était le fait de ne pas savoir comment j'allais réagir après. La nuit je faisais beaucoup d'angoisse, j'avais peur de désaturer, d'avoir une dyspnée dans la nuit ... c'était un peu l'inconnu et je n'étais vraiment pas sereine du tout et j'avais constamment une boule d'angoisse au niveau de l'abdomen, c'était impressionnant. Je sentais mon cœur dans mon ventre, c'était impressionnant. »

Ou peur en sachant trop.

S7 : « Le médecin du SAMU qui m'a appelé m'a dit « bon il y a des complications entre le 6eme et le 9eme jour » donc voilà j'appréhendais quand même un peu. »

S9 : « Par contre je n'oublierai jamais le sentiment que j'ai eu de ... d'être perdue. De te dire « merde je suis pommée, je suis perdue ». Parce que tu sais comment ça évolue, tu sais quels sont les risques. »

S11 : « c'est vrai que le soir je prenais ma sat et mon pouls j'avais une bonne saturation mais j'avais pas moins de 130 de pulse. Après je ruminais je me disais « bon soit je fais une embolie pulmonaire, soit je suis stressé » »

S13 : « Je me suis dit « c'est pas une chance d'avoir le COVID en étant soignant » parce que quand on est soignants et qu'on sait on s'imagine, enfin moi en tout cas je m'imagine toujours les pires complications possibles. »

Conditions de travail éprouvantes.

S4 : « Quand tu travailles dans les selles, que tu as les odeurs, que tu vois des horreurs, c'est pas ... tu es confronté à la mort, tu es confronté à la maladie, tu es confronté à la détresse ...c'est pas ... c'est pas le pire dans mon travail ce n'est pas ce qui me contrarie le plus hein. C'est vraiment la gestion, la gestion du personnel par l'administration, ça je trouve que c'est catastrophique. »

Chair à canon, soldats sans armes.

S1 : « on n'était pas formés, on n'avait pas les protocoles au tout début. »

S1 : « On te dit que c'est hyper contagieux et on a des masques de 2000 et on est en 2020 quoi et là tu te dis merde. Mais tu y vas quand même parce que t'a pas trop le choix quoi. »

S4 : « c'est là où ils ont eu le plus de cas dans les services, c'est là où ils étaient pas équipés et ils sont allés au casse-pipe. »

S12 : « A l'hôpital c'était très dur d'appliquer à la lettre les recommandations, on n'avait pas le matériel nécessaire [...] on stérilisait, on avait des masques FFP2 qu'on stérilisait tous les jours et qu'on réutilisait cinq fois. Donc on réutilisait les masques FFP2 cinq jours différents. »

Ethique bafouée : accompagnement de fin de vie.

S1 : « En temps normal on le sait quand une personne va décéder, ben on se relève nous dans les services, on reste un peu. La personne ne meurt jamais seule. Déjà elle a soit sa famille qui veut rester ou soit nous. Parce que là on va pas se mentir on n'était pas 24-24 dans les chambres pendant le COVID quoi. Et ça c'est terrible tu ouvres la porte tu vois la personne décédée tu sais qu'elle est morte seule quoi. »

S4 : « Il y a des gens qui sont morts seuls, seuls, qui n'ont pas été accompagnés parce que les gens, parce qu'il y a des mauvaises interprétations des protocoles alors qu'il y avait des protocoles qui étaient prévus pour les fins de vie. Et que certains médecins et certains infirmiers ont refusé de les appliquer parce que « Non non non non COVID COVID, on isole on isole ». Donc Ça c'était ... C'est pas normal. »

Ethique bafouée : désacralisation du rite funéraire.

S1 : « la prise en charge des personnes décédés. Ça c'est des gestes qu'on a l'habitude de faire, de préparer quelqu'un quand il meurt dans ton service, mais ce qu'ils nous ont tous fait faire la ... mettre dans les housses, les laisser à poil, parce que il fallait rien dans les housses. Ça c'est un truc qui m'a horriifié. »

S1 : « Alors tu sais qu'ils meurent seuls, tu sais que la famille ne pourra pas les voir [...] Mais enfin ou tu enterres une personne seule à poil toi ?! J'ai jamais vu [...] tu le vis mal mais en plus tu avais tout ce rite-là de décontamination [...] C'est ce qui m'a le plus traumatisé en fait. »

Ethique bafouée : secret médical.

S14 : « Ma fille m'a dit que les premiers jours quand même, il courait le bruit qu'il y avait le COVID à la pharmacie et les gens sont un peu moins venus, ils avaient un peu d'appréhension. »

S15 : « Quand quelqu'un est testé positif pour le sida ça n'apparaît pas sur les résultats de labo etc., tout est très ultra confidentiel. Et quand il s'agit du COVID non c'est « tout le monde sait tout », tout le monde sait qu'un tel est mort du COVID [...] même les gens « célèbres » on sait qu'ils ont le COVID [...] moi je trouve ça un peu choquant. »

Ethique bafouée : annonce diagnostique.

S7 : « l'ARS ça manquait un peu d'humanité. C'est pas l'annonce diagnostique classique. Bien que je m'y attendais, je veux dire, les symptômes inhabituels, les maux de tête j'en ai jamais... je me doutais que... je me doutais que c'était ça quoi. Mais disons que l'annonce c'était brut de décoffrage... »

Angoisse de la précarité.

S2 : « Ben c'est énorme je perds 700 euros par mois. Un salaire d'aide-soignante [...] je touche de nuit, entre 1 700 et 1 800 et là je touche 1 050 euros. Donc ça fait un gros trou dans le budget mensuel. »

S3 : « c'est un peu compliqué parce qu'en libéral donc 14 jours c'est... il n'y a rien qui est pris... enfin on n'a rien quoi on a ... La prévoyance c'est 15 jours de carence donc je rentre pas du tout dans mon... dans mes frais quoi on va dire et il y a juste la sécu qui a pris en charge. »

S3 : « pour moi ça a été très dur psychologiquement, non seulement par rapport à mon travail parce que ben je ne travaillais pas pendant 14 jours donc aucune rémunération. »

Ne pas retrouver son état antérieur.

S2 : « J'ai toujours gardé la fièvre ... Depuis 9 mois j'ai de la fièvre, fébricule fièvre [...] la fatigue elle est toujours constante elle est chronique. »

S2 : « Ben les craintes c'est surtout savoir si je vais retrouver la santé d'avant quoi. C'est ça, la forme d'avant, avant COVID. »

S3 : « Goût et l'odorat. Parce que j'ai pas forcément tout retrouvé encore entièrement, je trouve que ça a changé. C'est-à-dire que j'ai pas ... je ressens pas les mêmes... Enfin les goûts de la même façon. C'est bizarre. »

S14 : « Ce que je dis aux gens c'est « il vaut mieux ne pas l'avoir » parce que moi j'ai l'impression d'avoir pris, au niveau des articulations, au moins dix ans. Même maintenant, à distance, peut-être cinq ans. »

Crainte des effets sur le long terme.

S1 : « Ce qui m'a préoccupé c'est heuu ... c'est le fait que ce soit une nouvelle maladie, qu'on connaît pas. Donc on ne sait pas ce que ça va te faire dans un an, dans deux ans ... personne ... parce que quand on posait la question personne ne sait répondre c'est normal c'est tout nouveau. »

S14 : « J'avais l'impression d'être un peu... Je disais à ma femme « tu crois que ça m'a attaqué le cerveau ? » (rires) On sait pas et on ne saura pas. »

Soignant livré à lui-même face à ses doutes.

S1 : « Je sais pas ce qui s'est passé j'ai été arrêté 15 jours mais je ne sais pas qui quoi comment si j'étais en maladie, en accident de travail [...] Je sais rien. »

S7 : « je faisais le test et après il me prolongeait car j'étais encore positif, même sans symptôme. Et oui, personne ne prenait le risque de vous dire que vous n'étiez plus contagieux et que vous pouviez reprendre le travail. »

S10 : « Qui on avait vu et est-ce qu'on avait besoin d'un arrêt maladie ou... Il n'a pas trop su répondre à mes questions d'ailleurs [...] Non il ne le savait pas, je lui ai dit et je lui ai demandé quand est-ce que je peux reprendre le travail et la réponse a été ça dépend. »

S13 : « je les ai sortis de l'école de moi-même en fait mais personne ne m'a dit « vous ne mettez plus vos enfants à l'école », je savais pas « je préviens ? je préviens pas l'école ? » c'est un peu comme je voulais quoi »

Soutien des proches réconfortant.

S6 : « Les courses ben mon père me les apportait à la porte. »

S8 : « Ben alors l'isolement je me dis qu'heureusement que mon compagnon est venu me rejoindre parce que sinon seule je pense que j'aurais pété un câble, j'aurais fait des bouffées d'angoisse énormes, surtout la nuit. »

S9 : « j'ai un mari qui est spécialiste du stress. [...] Et donc si tu veux ça m'a pas mal aidée de ... d'être positive dans mes propos. »

Solidarité des pairs.

S7 : « Non, non des dépannages. Et après j'ai la pharmacie qui me montait des masques à la maison parce que la pharmacienne elle habite à côté de chez moi donc... elle m'en montait un peu. Donc finalement c'était un peu un système D. [...] Tout le monde s'est un peu relayé pour me monter les courses à la maison, le pain tous les jours, ce que j'avais besoin. Non non ça a été... pour moi une expérience pas trop traumatisante on va dire ! mais c'est vrai que ya eu une belle solidarité ! »

S8 : « De mon service franchement ce qui est ressorti du COVID c'est ... bon ce qui nous a facilité vachement la tâche aussi c'est qu'on est restés soudés, c'est à dire on est restés dans notre service entre nous avec le même personnel, on avait l'habitude de travailler ensemble et nous on ressort du COVID ... on est ressorti du COVID un peu plus forts quoi ... un peu plus soudés. Moi je voulais mettre l'accent sur ça. »

Vers un risque d'épuisement professionnel.

S7 : « Personne n'a de nouvelles... on a eu quand même cinq médecins, en un an... un qui a repris et les autres bon... je sais pas si c'est vraiment la crise hein... bon un bon il est malade hein. Bon un qui a fait un burn out il s'était beaucoup investi dans le centre COVID. »

S9 : « Au bout d'un moment, il y a un relâchement forcément on a tellement travaillé ! »

Le médecin traitant, une personne ressource ?

Suivi non envisagé : se sentir en bonne santé

S1 : « Non non rien. J'ai jamais été voir mon médecin traitant parce que du coup j'ai eu heu ... j'avais pas de nécessité tu sais ; parce que j'allais plutôt ...ça allait j'ai pas eu une forme sévère. »

S10 : « J'ai pas ressenti le besoin d'avoir un médecin traitant plus qu'avant. »

S12 : « J'avais pas de médecin traitant non. Je suis quasi jamais malade, j'en ressens pas le besoin... et suite au COVID, toujours pas. »

S13 : « J'ai pas ressenti le besoin d'avoir voilà, d'avoir le médecin plus souvent au téléphone ou qui m'appelle ou ... »

Déception.

S2 : « Alors j'ai changé de médecin traitant au mois de mai. Donc du coup ça se passe très bien. Elle me fait faire des examens, des bilans sanguins, des examens pour écarter certaines pathologies. »

Appui purement administratif.

S3 : « C'est mon médecin généraliste, que j'ai appelé donc euh... je ne suis pas allée le voir parce que ça allait donc il m'avait prescrit... C'est sa secrétaire qui m'a envoyé tout par mail. Donc il m'a fait l'arrêt de travail pour 14 jours comme m'a demandé la sécu. »

S4 : « J'ai dit à mon médecin. « Regardez, vous me prolongez jusqu'à mes congés, au moins je rentre après et je suis tranquille. »

S4 : « Pour la prolongation de mon arrêt maladie. C'est tout. »

Parcours de soin coordonné outrepassé.

S8 : « Là, comme je retrouve un peu plus l'odorat cela m'inquiète un peu moins, mais j'ai failli aller voir un ORL voir s'il ne fallait pas que je fasse un scanner ou de la rééducation tu sais ... Pour ... je ne sais pas ... voilà. »

S15 : « Par contre j'ai développé des troubles de l'équilibre, et toujours avec cette impression de brouillage cognitif quoi. Et ça, ça a perduré assez longtemps, j'ai vu la neurologue qui n'avait pas un examen neurologique complètement normal au niveau de l'équilibre [...] j'ai fait une IRM qui était normale donc elle a conclu à un COVID long peut-être. »

Médecin traitant issu de sa famille voire soi-même.

S5 : « Le médecin traitant c'est ma mère. »

S6 : « Mon père est mon médecin traitant. Il est retraité du libéral mais il exerce toujours en centre de rééducation [...] Du coup, il peut rester mon médecin traitant donc c'est mon médecin traitant. »

S7 : « Vous aviez un médecin ou vous êtes vous-même votre médecin traitant ? - Non c'est ma sœur. »

S10 : « En tant que médecin, je me suis moi-même et bon je suis installé avec mon père, donc c'est vrai que c'est en famille quoi. Si j'ai un problème, je demande à mon père, c'est peut-être un peu le mauvais exemple ! mais je pense que je suis en âge de m'automédiquer. »

S11 : « Avant c'était mon père et depuis que je me suis installé c'est moi-même. »

Préférer un autre médecin de l'entourage.

S8 : « Médicalement parlant bon... on était quand même entourés quoi, le fait de travailler quand même à l'hôpital, d'avoir des connaissances ... même avec vous les internes ... voilà j'étais relativement bien suivi. »

S9 : « Heureusement j'ai mon cousin qui est médecin JM qui passait me voir tous les jours ; Qui m'appelait tous les jours. »

S9 : « Il a joué le rôle du médecin traitant et je lui faisais confiance. Je lui faisais confiance et ... et voilà. »

Suivi régulier.

S6 : « Alors tous les jours, je l'avais au téléphone. Donc il me faisait prendre ma température. Il me demandait comment je me sentais, est-ce que je me sentais essoufflée. Voilà, il me faisait en gros de la... télémedecine entre guillemets. Il me faisait prendre ma sat. »

S14 : « C'est lui qui m'a suivi... Il m'avait dit, par téléphone, je ne l'ai pas vu... comme il fallait s'isoler, je l'ai appelé « j'ai dit X., j'ai ça... il me dit « écoute, doliprane », il m'a mis sous azithromycine au deuxième jour [...] et le sixième jour [...] « écoute, on te met sous Lovenox, on sait jamais... »

Source de réassurance envisageable

S11 : « C'était bien de se faire rassurer sur le fait qu'il y a avait a priori peu de chance de passer d'une forme asymptomatique à une forme grave donc ça, ça a été fait par des amis mais qui étaient médecins donc si ça avait été par un médecin traitant dans une situation différente, ça aurait peut-être été bien... de se faire rassurer... »

Être coupable

Faute d'asepsie de la part du soignant.

S4 : « Moi je pensais m'être contaminé ... je m'étais coupé 3 jours avant avec une ampoule en faisant une seringue et le réflexe je l'ai mis à la bouche pour ne pas que ça saigne. Et quand je l'ai mis à la bouche je me suis dit « putain COVID ». »

S5 : « Si je l'ai attrapé là c'est parce que on était ... au moment où on mangeait dans une salle close même si ça avait été un peu aéré et la oui ... on a les moyens de faire attention et c'est vraiment un moment où c'est bête de l'attraper. »

S12 : « mes parents avec qui j'avais été en voiture donc fenêtres fermées, sans masque... ma seule vraie erreur... donc je les ai envoyés se faire tester »

Ignorant contamineur.

S15 : « Je n'ai pas du tout imaginé que c'était un COVID, alors pourquoi je n'en sais rien, et c'est vraiment au moment où j'ai commencé à devenir dyspnéique qu'une collègue à moi m'a suggéré de me faire tester et j'étais positive. La maladie évoluait déjà depuis plus de 10 jours. »

Peur d'avoir contaminé les proches, les pairs, les patients.

S3 : « C'est qu'on a des patients et que ... ils ont peur (long silence) voilà on se sent un peu responsable, enfin moi j'avais peur d'en avoir contaminé un. C'est vrai que je stressais tous les jours j'avais hâte qu'ils passent leur test pour savoir enfin. »

S8 : « Au début ça m'avait énormément stressé parce que je me suis dit « mince autant j'ai contaminé mes collègues », j'avais une de mes collègues que j'avais ramenée, bon on était masqués mais tu vois je l'avais ramené en voiture, je me suis dit « putain autant elle va l'avoir » et finalement non. »

S11 : « Ce qui m'a surtout stressé au final c'est la peur de contaminer les autres. Je me suis dit « si je contamine quelqu'un et qu'il finit en réa... » donc j'ai été vraiment rassuré des tests qui revenaient négatifs autour de moi, ça m'a enlevé un gros poids quand même... »

S15 : « J'ai eu une espèce de sentiment de culpabilité parce que je ne m'étais pas ... enfin je n'ai pas imaginé que j'étais positive et donc je n'ai pas pris de précautions supplémentaires aux précautions habituelles. Et donc j'ai eu vraiment peur d'avoir infecté des collègues. »

Coupable d'abandonner ses collègues.

S6 : « Après je me suis dit « si je peux me faire remplacer, je ne vais pas tenter le diable non plus hein » et je ne pouvais pas laisser ma collègue seule, sans personne ça aurait été la cata... Bon ça va que j'ai trouvé. Ça s'est bien goupillé aussi. »

S8 : « Je m'étais dit « putain j'ai loupé les 2 semaines de rush », même si ça a continué après mais c'est vrai que les 2 semaines où je suis tombée maladie c'est là où il y avait le plus de difficultés dans le service. »

Être revendicateur

Vouloir plus de moyens : humains, matériels, financiers.

S1 : « On avait des trucs périmés. Où on a manqué ça a été les saturomètres ce qui est la chose numéro 1 à avoir dans un service COVID. On en avait 3 pour 20 patients. Donc ça a été l'enfer. »

S2 : « De la rage. De la haine. [...] Mais bon après ils savent donner aux grandes entreprises Renault ou Air France mais ils ne savent pas donner aux soignants qui sont là tous les jours donc voilà. Je trouve que notre demande est légitime. On a été contaminé sur notre lieu de travail donc... »

S4 : « le plus gros bâton qu'on nous met dans les roues c'est l'administration qui nous le met. A nous dire « non non on peut pas vous remplacer les absents, il n'y a pas d'heure supplémentaire » alors que la loi dit que même en plan blanc les absences sont remplacées en heures supplémentaires ; nous on nous a dit « Non, vous revenez sur vos repos » ; tous les jours le planning était modifié, tous les jours il faut se battre pour travailler dans des conditions normales. »

S8 : « Moi j'aime absolument mon métier d'infirmière. Mais c'est vrai qu'à des moments, surtout du manque de matériel je me disais « mais pour quoi on nous prend ? on nous prend pour des merdes » excuse-moi, mais en fait on est des petits soldats qu'on envoie au front et « démerde toi avec que tu as ». Des fois je me disais « putain mais c'est pire que la guerre quoi », même en temps de guerre ils avaient plus de matériel que nous. »

Dénoncer l'absence d'une ligne directive claire des instances sanitaires.

S6 : « On recevait des mails... ça aussi les mails, l'ARS la CPAM l'ARS le ci le là... bon moi j'ai une cousine qui est pharmacienne et une amie donc je les appelais je disais « comment on fait avec les masques je ne comprends plus rien, l'ARS change tout le temps ». »

S10 : « La CPAM, vu les réponses qu'ils m'avaient fournies... je veux dire j'ai quand même insisté en leur demandant « dans combien de temps je peux reprendre ? », la réponse a été « ça dépend, si vous voulez dix jours on vous met dix jours, si vous voulez quatorze jours, on vous met quatorze... ». J'ai dit « non mais ce n'est pas ça, c'est que je voudrais savoir quand est-ce que je peux reprendre sans être nocif pour mes patients ». Bon ils n'ont pas su répondre. »

S11 : « Les règles changent tout le temps, tu reçois trois alertes DGS le soir. Le dimanche soir c'est une alerte à 18 puis à 20h... on te dit qu'il faut deux doses pour un tel, trois doses pour lui. Eux c'était l'Astra puis Pfizer, eux c'est deux Pfizer... ça change à une vitesse. C'est déroutant, en plus du cabinet à gérer et l'administratif... »

Dénoncer une mauvaise communication des autorités sanitaires.

S3 : « Je trouve qu'il n'y a personne qui... moi je vois autour de moi mes patients... alors, à qui dit « le masque ça sert à rien », enfin ils le mettent ils ne savent même pas pourquoi enfin voilà moi c'est ça je trouve que... et par contre ils nous mettent des pubs où ils disent « voilà tu vas tuer ta grand-mère si tu vas à son anniversaire » en gros hein... clairement. Les gens le comprennent comme ça. »

S11 : « Mais après tu as quand même sept jours de mesures barrières renforcées. Et ça ben tant que tu n'as pas le COVID on n'en parle pas c'est dommage. C'est même pas clair mais c'est marqué partout et donc tel que je le comprends c'est un isolement aussi... »

S11 : « Ya pas une ligne de conduite quoi. La communication est floue. »

S13 : « Je me dis que j'étais contente d'être en libéral dans cette situation-là [...] Parce que je pense qu'en institution ça a été beaucoup plus compliqué que pour nous en libéral, à vivre [...] enfin pour en avoir discuté avec des collègues à la clinique, c'était ordre un jour, contrordre le lendemain... »

Dénoncer un mépris institutionnel des pouvoirs publics.

S1 : « Et 6 mois se sont passés et on a encore des sacs poubelles [...] Bon ne me dis pas que ... on savait très bien que ça allait arriver. Les blouses on savait qu'il allait en falloir. Mais on a encore des sacs poubelles et ça tu te dis ... Ils se foutent de notre gueule en fait. »

S1 : « Ce qui me dégoûte dans tout ça c'est ... ben c'est l'administration. C'est qu'en fait toi tu te donnes, tu te donnes, tu te donnes tu vois et après tu es un pion, on te prend on te met là, on t'enlève. Tu n'attends pas la gloire tout ça, c'est pas ça tu vois mais ... personne ne comprend qu'on puisse être fatigués [...] ils vont t'imposer d'aller travailler là ou là parce que tu as moins travaillé en COVID et tout ça c'est ça qui m'énerve en fait. »

S7 : « Après bon l'ARS. L'ARS je ne sais même pas qui c'est moi, l'ARS. Ils ne savaient même pas que j'étais médecin ! Quand je vous dis, quand ils m'ont appelé, ils ne savaient même pas que

j'étais médecin. Ils vous appellent comme si vous étiez la personne lambda, un numéro... c'est moyen. »

S7 : *« Mais c'est vrai que je regarde, j'appelle « vous avez besoin d'un arrêt de travail ? vous avez besoin de me voir ? » « Non, non la sécu m'a fait l'arrêt merci docteur ». Ils nous ont clairement shuntés dans l'histoire. Alors qu'on a fait beaucoup d'efforts ! Depuis le début de la crise ! »*

S9 : *« Ben par rapport au manque de matériel, oui je crois que le gouvernement s'est vraiment foutu de notre gueule. En tant que médecin, on était en grève avant qu'il y ait le COVID pour dire « on manque de moyens à l'hôpital ». Il y a eu le COVID, on a tous oublié ça ! Tu as vu ce phénomène de société, on a tous oublié ! »*

S11 : *« La secrétaire a appelé en disant « Macron a suspendu les vaccinations d'astra, il faut arrêter ». C'est-à-dire qu'on l'a su par BFM TV avant d'avoir les mails de la DGS ! C'est grave. »*

Un système de santé à repenser.

S4 : *« Je pense qu'il faut réfléchir à une autre gestion. Si depuis des années on arrêtaient de supprimer des lits d'hôpitaux, qu'on payait les gens, qu'on arrêtaient de payer les gens au lance-pierre et qu'on donnait les capacités aux libéraux et au personnel public de travailler correctement, peut-être qu'on n'en serait pas là aujourd'hui. »*

S15 : *« La crise en elle-même ça change un peu philosophiquement en termes de priorités dans les soins. [...] Cela fait revoir les priorités parce qu'on se rend compte aussi du coût de la santé, et que finalement la répartition des moyens dédiés à la santé est limitée ... enfin les moyens dédiés à la santé sont limités et donc il faut pouvoir les répartir de manière plus proportionnelle. »*

Vouloir une reconnaissance en maladie professionnelle.

S1 : *« Je me dis si t'as une récurrence et que c'est pas bien déclaré, tu sais comment c'est l'administration quoi ... Et du coup, là on devait passer en maladie professionnelle on passe plus [...] je me dis « on connaît rien de cette maladie. Et s'il nous arrive quelque chose plus tard on sait pas comment ça va être pris en charge ». »*

S2 : *« Ben là nous on est en train de faire nationalement une partie civile, de se porter partie civile pour la maladie professionnelle. »*

S2 : *« Il va falloir qu'on monte une association et qu'on trouve au minimum 200 personnes, soignants, qui aient contracté le virus et justement qui se battent [...] pour [...] Que ce soit reconnu en maladie professionnelle sans restriction, sans condition, pour tous les soignants. »*

Se regrouper en communauté de soignants long-COVID.

S2 : *« Je pense déjà qu'au niveau de l'état je pense qu'ils n'ont pas fait leur boulot surtout. Il faudrait qu'il y ait des mesures institutionnelles, un protocole sanitaire pour les longs-COVID en fait. »*

S2 : « C'est que les médecins, les médecins libéraux ils n'ont aucune démarche à suivre, en fait c'est ... donc ils tâtonnent ce qui est normal aussi. Donc je pense qu'il faudrait vraiment se pencher sur les longs-COVIDs et puis faire des études sur les longs-COVIDs. »

Repenser son avenir. Envisager une autre voie professionnelle.

S4 : « Parce-que moi au début je ne voulais absolument pas entendre parler du libéral, et si ça continue comme ça je vais y réfléchir assez rapidement. »

S4 : « Maintenant voilà, maintenant j'ai des propositions de ... d'embauche dans un autre domaine quoi, la restauration ou j'ai travaillé pendant longtemps et on me demande de réfléchir et j'y réfléchis. »

S4 : « Carrément couper parce-que ... Parce-que la coupe est pleine quoi. Alors que ça ne fait qu'un an et demi, je ne sais pas comment ils font ceux qui sont là depuis 20 ans. A supporter des trucs comme ça ! »

Être sachant

Avoir accès à une information médicale : lecture scientifique et information pertinente.

S7 : « Ça m'a rassuré de savoir que j'avais des anticorps. C'était dans la logique des choses hein, la théorie de l'immunisation, et puis j'ai pas de déficit immunitaire. »

S9 : « Pas du tout, parce-que moi je lis toutes les publications et que dans le monde je sais qu'il y a des gens qui ont été contaminés et qui ont rattrapé le COVID avec une souche ... parce-que je travaillais en vaccinologie avant et si tu veux tout mon background fait que j'ai un certain bagage pour pouvoir interpréter les choses et le coronavirus c'est des virus, on sait que les virus mutent c'est leur système pour survivre. »

S10 : « De ce qu'on a appris en virologie, le propre du virus c'est de vivre dans l'hôte donc... si c'est pour le tuer, c'est pas une bonne stratégie, donc je pense qu'il va muter et devenir un virus saisonnier banal. »

S12 : « Donc je me fiais à ça, aux articles PubMed® et aux appels téléphoniques de mes amis médecins... »

Avoir accès à une information médicale : avoir l'esprit critique.

S14 : « Il m'avait inondé de mails en disant que Raoult avait raison [...] Comme je lui disais « enfin tu es mathématicien, il y a un truc qui devrait au moins t'alerter sur le citron du type quand même. [...] Quand il compare la mortalité des gens sur les tests qu'il a fait à l'IHU et qu'il inclut dans les positifs des gens qui sont asymptomatiques etc... et qu'il les compare avec la mortalité de l'hôpital, c'est un peu de mauvaise foi quand même ! » Et après bon voilà... au début je trouvais qu'il avait raison et ensuite il s'est un peu oxydé et puis je pense qu'il n'a jamais fait la preuve de l'efficacité de son traitement. »

Avoir accès à une information médicale : expérience de terrain.

S5 : « Quand on voit des jeunes femmes de 30 ans sans facteur de risque par ... enfin peut-être une obésité mais des gens quand même jeunes faire des complications parfois graves, bon on se dit « bon je me surveille un peu quoi. » »

S7 : « Bon, à vrai dire, je m'étais renseigné. Je savais qu'il y avait une interne originaire d'ici qui avait attrapé le COVID. [...] je l'avais appelée [...] j'avais entendu dire qu'elle avait été traitée par le protocole de Raoult [...] elle m'a expliqué qu'ils rentraient chez Raoult, puis qu'ils faisaient un électro avant de commencer le traitement et un bilan sanguin. Ils revenaient deux jours après dans le service, ils refaisaient un électro. Donc en fait avant de commencer le traitement, y'avait quand même un suivi. Donc je me suis dit, « je ne vais pas me mettre zithromax®, hydroxy, à la maison, sans faire d'électro, sans encadrement, sans rien. » »

S10 : « J'ai suivi le protocole qu'on faisait à l'hôpital au mois d'août. On avait que ça en fait, avec aussi l'anticoagulant mais je me suis dit quand même... vu la sévérité, enfin la légèreté de l'infection, je me suis dit « bon je vais pas me mettre sous anticoagulant vu que je suis jeune. » »

Savoir s'auto-évaluer et s'auto-médiquer.

S2 : « Je m'auto médicamente donc du coup j'ai pris du Zithromax® et du Solupred® et c'est passé. »

S7 : « J'avais monté mon saturomètre à la maison et on surveillait. »

S9 : « A un moment je me suis dit « ben merde » oui. Et ce que j'ai fait, donc du coup ... j'ai pris des corticoïdes. Et j'en ai pris pendant trois jours seulement, et cela m'a enlevé complètement les douleurs. Bon après elles sont revenues et j'ai dit « bon ben il faut que j'apprenne à vivre avec ». »

S11 : « Je prenais sat et pouls plusieurs fois par jour pour me surveiller. »

Savoir se maîtriser pour se protéger.

S9 : « J'avoue que j'ai désaturé. Je suis descendue jusqu'à 91%, 90% ... Surtout la nuit. Alors ce que je faisais je restais assise la nuit dans le lit. Et puis je me disais « bon la nuit tout prend de l'ampleur heu ... donc respire calmement et puis ça va passer ». »

S11 : « C'est vrai que le soir je prenais ma sat et mon pouls j'avais une bonne saturation mais j'avais pas moins de 130 de pulse. Après je ruminais je me disais « bon soit je fais une embolie pulmonaire, soit je suis stressé » [...] puis je me suis rendu compte que j'étais stressé, peut-être un peu fébrile donc je prenais un doliprane je me calmait et ça passait. »

S13 : « Il m'a fallu un temps pour me raisonner en fait. Mais il n'y a pas eu des choses qui m'ont rassuré spécialement, c'est moi qui ai réussi à ma canaliser un peu quoi. On n'est jamais mieux servi que par soi-même. »

Acquérir un nouvel outil de communication : la réassurance par le partage d'expérience.

S5 : « C'est juste que j'ai une expérience à apporter pour les gens qui ont peur du COVID et qui des fois ... ont une peur un peu déraisonnée. J'ai une expérience à apporter. »

S10 : « ça me permet... de rassurer les gens. J'avoue que c'est bien d'avoir vécu la chose parce que ça me permet de pouvoir dire aux gens euh... « ben c'est pas grave c'est le COVID vous l'avez, ça va se passer comme ci comme ça et puis faut surveiller » après c'est vrai qu'il y a plein de formes différentes et selon les périodes, selon les variants, les moments de l'année... bon... mais voilà... déjà quand on leur dit qu'on l'a eu ils se sentent ben... pareil, pour en revenir à la stigmatisation... ils se sentent je pense moins stigmatisés. »

S10 : « Ça reste quelque chose d'inconnu le COVID donc les gens aiment bien les témoignages, et le témoignage du médecin d'autant plus ! c'est encore mieux pour eux ! »

S13 : « Après ben quand on l'a eu, on peut plus facilement expliquer... [...] donc c'est vrai que ben c'était plus facile de leur dire « bon voilà vous n'avez plus de goût c'est normal... » enfin, c'était plus un partage d'expérience avec les patients positifs. »

Développer son empathie.

S1 : « Si ça a changé quand même parce-que [...] ils sont seuls ces gens quand ils sont dans le COVID ils sont seuls. Donc du coup t'es plus attentif, tu essayes plus d'être ... de combler leur manque [...] Je me mets à leur place en me disant « ils sont malades, ils sont tous seuls quoi ». »

S4 : « Mais je pense qu'il va falloir... Que je leur donnerai un peu plus d'attention que juste « on vous fait les soins, on vous laisse là, vous attendez les résultats et vous appuyez sur la sonnette si vous avez besoin » quoi. »

S9 : « Heuu je suis sortie d'ici avec du paracétamol, ce qui est dramatique [...] Donc voilà, ça c'était juste le truc « je comprends tout ce que j'ai pu lire sur les patients qui sortent qu'avec du paracétamol. » »

Acquérir une hygiéno-vigilance et éduquer les patients, les proches, les pairs.

S7 : « Beaucoup de patients, quand ils arrivent au cabinet encore aujourd'hui. Ils s'assoient et ils enlèvent le masque. Pensant qu'ils sont protégés dans le cabinet. Ça, j'avoue je comprends pas. Donc je leur explique que peut-être le patient juste avant avait le COVID et à mon avis c'est là qu'il fallait garder le masque. »

S11 : « Au cabinet c'est gestes barrières, je passe mon temps à dire aux patients de remettre leur masque correctement, on désinfecte à fond... »

S13 : « « Mettez les masques, si vous ne le mettez pas pour vous, mettez-le pour lui ou pour elle ». C'est un peu le discours que j'ai... alors je ne le dis pas tous les jours hein... mais de temps en temps je... refais un petit speech. »

S14 : « Mais les mesures barrières, elles marchent ! Parce-que regarde, moi j'ai travaillé tout le lundi, avec toute mon équipe, de 8h30 à 21h et personne ne l'a eu à la pharmacie. Et il n'y avait même pas les vaccins. »

S14 : « *Moi euh, pas plus tard qu'hier donc il y a une employée qui [...] me téléphone, elle me dit « je suis cas contact ». En plus elle est là que 18h par semaine... donc je lui ai dit « écoute tu vas t'isoler tu vas rester tranquille chez toi tu vas faire ton test ». [...] A chaque fois qu'il y a un doute, moi les gens je leur demande de rester à la maison. »*

Tirer un enseignement de l'expérience vécue : pérenniser des mesures sanitaires.

S7 : « *ça m'a permis finalement de me mettre sur rendez-vous ! J'étais un peu réticent là-dessus puis finalement ça m'a permis de changer ma méthode de travail et ce n'est pas plus mal. Ya moins de pression. »*

S8 : « *Bon tout ce qui est geste barrière je suis à 100%, voilà le masque en centre hospitalier d'ailleurs je suis d'accord à 100%, je pense que c'est une pratique et des gestes barrières qu'on devrait faire tout le temps au final parce qu'il n'y a pas que le COVID. »*

S11 : « *Et là on a fait notre stock parce qu'on sait que l'Etat ou fabricants ne pourront pas suivre à la prochaine pandémie. Donc voilà, on est devenus des fourmis. »*

S12 : « *Modifications que je vais adopter dans ma pratique c'est que je vais faire faire des bains de bouche avant chaque traitement, avant d'inspecter la cavité buccale [...] Je travaille maintenant avec une visière qui me recouvre tout le visage. »*

S12 : « *On va pouvoir en tirer du bénéfique parce qu'on se pose des questions sur la conception des cabinets dentaires de demain [...] par exemple, pendant un temps on se demandait si les box c'était sympa de faire communiquer les box les uns avec les autres. Et là on s'aperçoit que c'est impensable avec le COVID. Donc au final [...] je pense qu'il y aura du bénéfique à en tirer. »*

Tirer un enseignement de l'expérience vécue : apprendre à se ménager.

S7 : « *Après voilà, le fait d'être patient, on prend conscience que la vie est courte, qu'il faut prendre du temps pour soi. »*

S9 : « *C'est vrai qu'à un moment on était dans un microcosme où quand tu dors à l'hôpital tous les jours, c'est un peu vous aussi les internes quand vous êtes à l'internat, tu as un microcosme où finalement on interfère et on se dit « c'est ça la vie ». Non ce n'est pas ça la vie, c'est à l'extérieur. »*

S9 : « *Ben avant les gamins ils disaient « Maman elle préfère ses patients à la maison ». Et ça c'est fini. »*

Tirer un enseignement de l'expérience vécue : progresser.

S4 : « *On a vécu une crise sanitaire, enfin depuis 20 ans c'était pas arrivé. J'estime qu'il fallait la vivre, moi je suis content de l'avoir vécue au moins je sais ce qu'il m'attendra pour les prochaines. »*

S8 : « *ça m'a forgé vraiment, parce qu'on a vu d'autre chose, on a vu une autre prise en charge, une autre façon de s'organiser dans le service ... non franchement je ne regrette pas. »*

Être responsable

Protéger proches, pairs et patients : exemplarité dans les précautions sanitaires.

S2 : « Et puis après du coup on s'est isolés pendant 2 mois on a fait chambre à part avec mon mari. WC séparés, salle de bain séparée donc du coup ils n'ont pas eu le COVID tous les deux. »

S6 : « Son père [...] vivait avec elle. J'ai dit « Par contre ton père tu le fais monter au village. [...] est positive, moi je n'en sais rien, je suis cas contact. Fais-le monter au village comme ça on est sûres quand on revient dimanche ». »

S10 : « J'ai appliqué les mesures barrières et... J'ai repris le travail normalement mais avec un petit décalage pour l'EHPAD pour être maximaliste. »

S12 : « Il y avait des boîtes spéciales qui étaient désinfectées pour les vêtements, y'avait une désinfection entre chaque patient donc au niveau du travail, on prenait toutes les précautions possibles. »

S13 : « Mais j'ai évité vraiment vraiment pendant une semaine je les ai évités. C'est pas facile... c'est pas facile de se parler à travers la porte quand vous êtes chez vous. »

S14 : « On a été les premiers à mettre les plexiglas, on les a mis tout de suite les plexi aux caisses, le masque je l'ai toujours mis. »

Protéger proches, pairs et patients : participation active au tracing des cas contacts

S3 : « Bon déjà j'ai eu de la chance de le savoir un samedi donc j'ai eu le temps d'appeler tout le monde pour prévenir tout le monde. »

S5 : « J'ai prévenu du coup tout le monde pour que tout le monde Aussi la cadre ... pour que tout le monde prenne ses dispositions et que tout le monde se fasse tester malgré tout. »

S13 : « Après moi, avant que la sécu ne m'appelle puisqu'ils ont mis trois jours à m'appeler, j'avais prévenu tous mes contacts que j'avais vu dans les 48 heures avant parce-que je savais qu'il fallait que je les prévienne. Donc tout le monde, en fait, quand la sécu les a appelés, tout le monde avait fait le test déjà. Parce-que moi je les avais prévenus. »

Protéger proches, pairs et patients : ne pas divulguer son infection.

S6 : « Je suis jamais arrivée comme ça chez ma patiente, essoufflée, au point de dire bonjour et de me dire « bon on va souffler un peu avant que je parle à la patiente parce-que je pouvais pas leur dire à mes patients... J'ai pas pu leur dire à tous, y'en a une qui le savait parce-que c'est la grand-mère d'une amie à moi [...] Les autres pensent que j'étais en vacances et qu'après j'ai eu mal à la tête donc du coup il fallait que je me repose une semaine. Je n'ai pas pu leur dire parce qu'ils avaient trop le stress et sur le COVID franchement au regard des infos c'était l'enfer. »

S13 : « On s'est dit avec les collègues, pour pas les affoler et compagnie, pour l'instant on dit rien, on dit que tu es malade et que tu... voilà... mais on dit pas que tu as le COVID. »

S13 : « C'est pire que la peste quoi le COVID... donc c'était compliqué de pas les affoler et en même temps de ne pas les laisser dans le flou, de leur dire la vérité quoi. »

Être en mission d'éducation sanitaire.

S8 : « Gestes barrières c'est pas évident à mettre en place, surtout nous ici au niveau de la population corse, au niveau des sentiments familiaux ... c'est vrai qu'on est très famille ici ... très amis ... et les gestes barrières sont vraiment difficiles à mettre en place à ce niveau-là. »

S9 : « Dire il y a eu plein de choses et moi à chaque fois je l'ai fait remarquer, donc là quand j'ai demandé à ce que l'hygiéniste passe pour justement arrêter ces mauvaises pratiques. C'est une dérive qu'il y a eu hein, voilà, les gens ont beaucoup travaillé et puis après ben... »

S'adapter aux contraintes sanitaires.

S7 : « Donc ça, ça a changé pas mal, mais bon finalement mes patients se sont vite habitués ! Bon ils ont compris que par rapport à la situation, ils n'avaient pas trop le choix. Je ne pouvais pas remplir la salle d'attente comme avant cette épidémie donc bon. »

S11 : « Les gens qui ont le COVID, on essaye de gérer par téléphone. »

S11 : « C'est le système D, on a des surblouses, masques FFP2, des gants, et euh... ben c'est la dernière visite forcément... on a aussi les sprays désinfectants... je mets tout dans une poubelle jaune... tout le matériel je le mets à terre, je le désinfecte et je le range dans un sac à part... donc c'est très, très chiant. [...] J'applique les gestes barrières autant que possible. »

S14 : « On savait pas comment ça marchait donc on avait scindé la pharmacie en deux équipes qui ne se croisaient jamais... un jour l'une un jour l'autre en disant « si ya une équipe, si ya un cas dans une équipe, il va falloir mettre toute l'équipe à l'isolement et l'autre assurera. »

Être dévoué

Être passionné par son métier.

S6 : « Pour l'instant je suis bien en libéral, j'ai ma patientèle que j'adore aussi. »

S9 : « Le travail tu le fais du mieux que tu peux, c'est une passion parce qu'il faut faire médecine par passion parce que sinon ce n'est pas la peine tu vas souffrir toute ta vie. Il faut aimer les nouveautés, moi je trouve ça passionnant ce qu'on vit avec le COVID. Moi j'ai connu le SIDA et je suis étonnée de ne pas voir plus de jeunes s'y intéresser. »

S'adapter pour continuer à soigner.

S3 : « J'avais un peu changé ma façon de faire des domiciles [...] Je faisais d'autres zones parce qu'en fait forcément bon moi j'étais contente de bosser et parce que les patients ne trouvaient personne à côté de chez eux. »

S7 : « J'ai essayé. J'ai continué un peu à faire des renouvellements d'ordonnance par exemple. Je les envoyais par mail à la pharmacie ou par fax à la maison. J'ai essayé de jouer le jeu, de pas laisser tomber tout le monde. C'est compliqué. »

S13 : « « Bon ben alors puisque vous êtes seuls à la maison, confinés, nous on prend le relais pour tout, les médicaments, les courses... » On faisait tout hein ! On faisait des drives pour nous, pour les patients, enfin voilà, il fallait répartir les trucs. »

Soigner au péril de sa vie : sacerdece.

S4 : « Parce-que gérer des patients contaminants ou pas contaminants ... C'est pour ça qu'on a signé quoi. »

S11 : « Après on a eu le mois dernier un patient qui a eu le COVID qui se sentait pas bien donc on allait le voir en visite. S'il faut donc, on donne de notre personne quoi. »

S14 : « J'ai continué à faire des soins un peu comme tu vois là, je suis rentré derrière le comptoir soigner le pied d'un petit [...] Et effectivement, je me rappelle avoir soigné un monsieur qui transpirait, mais rarement j'ai vu des gens transpirer autant ! Alors peut-être qu'il avait lui aussi le COVID, je sais pas. »

Sacerdoce contraint en secteur hospitalier.

S1 : « On te dit que c'est hyper contagieux et on a des masques de 2000 et on est en 2020 quoi et là tu te dis merde. Mais tu y vas quand même parce-que t'as pas trop le choix quoi. »

S8 : « C'était droit que ... La prise en charge déjà elle n'était pas optimale et c'est sûr qu'on allait tous se contaminer, c'était droit, on le savait, on tombait tous un par un et puis je n'étais pas la première et je n'étais pas la dernière. »

Sacerdoce volontaire en secteur libéral.

S3 : « Après j'avais un patient qui a une sclérose en plaques donc lui, pareil, obligée de continuer des soins. »

S7 : « J'avais déjà une grosse patientèle mais là... Non j'aime mon métier et heureusement ! Sinon c'est impossible à faire. C'est un don de soi quand même. »

S11 : « Voilà si ya une autre crise sanitaire dans le futur... On fera ce qu'il faut faire parce-que c'est notre métier, on est là pour soigner des gens, on est là pour ça mais c'est vraiment ce changement permanent et le manque de clarté qui m'épuise... »

S13 : « Même si c'est une patiente qui m'a contaminée, ben tant pis, c'est le risque du métier ! C'est pas pour ça que je m'arrêtera. »

S14 : « La seule chose que je n'ai pas régulée comme il faut, j'avoue c'est ça. J'avoue. Mes enfants rouspétaient d'ailleurs... « Papa, tu continues à faire des soins derrière le comptoir ? ». Je leur répondais « Enfin, moi les gens ils arrivent, ils ont un bobo, un petit truc, ils se coupent et tout... On a toujours rendu service ! On a toujours fait... ». Moi je trouve que c'est un peu le truc du métier ! Je ne regrette absolument pas d'avoir continué à aider les gens. »

L'impact de la maladie du soignant contaminé sur la relation de soin

Relation de confiance abîmée par la distanciation physique.

S2 : « Être beaucoup plus prudent maintenant voilà, porter toujours un masque. Des gants. Ça ça va être très dur parce que je suis quelqu'un de très tactile. C'est vrai qu'avec les patients, je leur prends souvent la main... Et c'est pas la même chose quand on porte des gants, les toucher avec des gants et les toucher sans les gants. Moi le soir j'aime bien leur faire un massage des

jambes, ou des pieds. Mais je le fais sans les gants s'ils n'ont pas de blessure. [...] Je pense que ça va me freiner. »

S7 : « Et après oui, les rapports ont changé bien sûr. Déjà, il y a le masque donc bon... ça met une distance. Bon après vous savez quand ça fait 22 ans... Vous connaissez tout le monde ! Ils arrivent, on se fait la bise, une accolade... Bon donc ça a changé quelque chose. »

Mieux comprendre son patient. Relation de soin renforcée par le partage d'expérience vécue.

S2 : « Vous pensez que le fait d'avoir eu le COVID ça peut améliorer la prise en charge de vos patients COVID ? Heu au niveau psychologie oui. Oui. Et c'est réciproque. C'est dans les deux sens. [...] Pour moi et pour lui. »

S9 : « J'ai toujours été dans l'empathie avec les patients. Si tu veux. Je me suis toujours mis à leur place, donc là en plus j'ai été à leur place donc c'est encore différent. »

S13 : « Au niveau relationnel, ça a tissé beaucoup beaucoup de liens avec certains patients ! »

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.