



HAL
open science

Le vécu des médecins généralistes en Isère lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19

Hélène Cuq

► **To cite this version:**

Hélène Cuq. Le vécu des médecins généralistes en Isère lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03533762

HAL Id: dumas-03533762

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03533762v1>

Submitted on 19 Jan 2022

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.

**UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION
UFR SANTÉ**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Année : 2021

N° :

**LE VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ISÈRE LORS DE
LA PREMIÈRE VAGUE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2021

Par Hélène CUQ

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur FRANCO Jean-Marc

Asseseurs :

Monsieur le Docteur LERUSTE Sébastien

Monsieur le Docteur CHEYMOL Lucas

Madame la Docteure BERNARD Aurélie

Directrice de Thèse :

Madame la Docteure BRUCHON Mélanie

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION :	5
II. MÉTHODE	6
A. TYPE D'ÉTUDE.....	6
B. CRITÈRES DE L'ÉTUDE	6
C. RECUEIL DES DONNÉES.....	8
D. MÉTHODE D'ANALYSE.....	9
E. CRITÈRES DE VALIDITE	10
F. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET ÉTHIQUES	10
III. RÉSULTATS.....	12
A. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIÉE	12
B. CARACTÉRISTIQUES DES ENTRETIENS	13
C. ANALYSE DES RÉSULTATS	13
1. Déroulement de la prise de conscience lors de l'émergence de l'épidémie de Covid-19.....	13
1.1. Risque épidémique faiblement perçu par les médecins généralistes.....	14
1.2. Développement d'un environnement anxieux.....	15
1.3. Prise de conscience brutale du risque épidémique au mois de mars 2020	20
2. Réorganisation urgente de la pratique professionnelle des médecins généralistes face à l'épidémie de covid-19.....	23
2.1. Tri des patients suspects de Covid-19	23
2.2. Développement de la télémédecine et de nouveaux outils de communication ..	24
2.3. Réorganisation du soin primaire autour de la Covid-19.....	28
2.4. Relation médecin-patient renforcée	31
2.5. Modification de la coordination des soins	33
2.6. Collaboration renforcée entre confrères.....	35
2.7. Augmentation du temps de veille documentaire	38
2.8. Mise en place de moyens de protection.....	40

3.	Vécu professionnel des médecins généralistes impacté par la crise sanitaire..	45
3.1.	Diminution de l'activité et faible taux d'incidence de la Covid-19 en Isère	45
3.2.	Coordination des soins perturbée	48
3.3.	Démarche décisionnelle perturbée par l'épidémie de Covid-19	50
3.4.	Gestion institutionnelle de la crise critiquée	54
3.5.	Gestion inadaptée des moyens de protection.....	58
3.6.	Répercussions de la crise sanitaire sur la santé des patients	61
3.7.	Désorganisation du temps de travail impactant les revenus	66
4.	Vécu personnel des médecins généralistes impacté par la crise sanitaire	73
4.1.	Impact émotionnel de la crise sanitaire sur les médecins généralistes	73
4.2.	Organisation personnelle bouleversée par la crise sanitaire	76
4.3.	Organisation familiale bouleversée par l'épidémie de Covid-19.....	77
5.	Axe d'amélioration de l'expérience des médecins généralistes	80
5.1.	Amélioration de l'information	80
5.2.	Amélioration de la communication institutionnelle	81
5.3.	Amélioration de l'accompagnement des médecins.....	82
5.4.	Amélioration de la gestion des moyens de protection	83
5.5.	Amélioration de l'approche centrée-patients.....	84
IV.	DISCUSSION	86
A.	ANALYSE DES RÉSULTATS PRINCIPAUX.....	86
1.	Vécu des médecins généralistes impacté par l'émergence de l'épidémie	86
2.	Vécu professionnel des médecins généralistes impacté par la crise sanitaire..	87
3.	Vécu personnel des médecins généralistes impacté par la crise sanitaire	96
B.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	99
C.	PERSPECTIVES.....	101
V.	CONCLUSION:.....	103
BIBLIOGRAPHIE		104
ANNEXES.....		112
RÉSUMÉ.....		116
SERMENT D'HIPPOCRATE		120

ABRÉVIATIONS

ARS :	Agence Régionale de Santé
BMJ :	British Medical Journal
CARMF :	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
COREQ :	Consolidated criteria for Reporting Qualitative research
COVID-19 :	Coronavirus Disease 2019
CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGS :	Direction Générale de la Santé
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation des Statistiques
EPI :	Équipement de protection individuelle
HAS :	Haute Autorité de Santé
IHU :	Institut Hospitalo-Universitaire
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MERS :	Syndrome respiratoire du Moyen-Orient
MCO :	Établissement de Médecine, chirurgie, obstétrique
MG :	Médecins généralistes
MNA :	Mineurs Non Accompagnés
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCR :	Polymerase Chain Reaction
SARS :	Severe Acute Respiratory Syndrome
SARS-CoV-2:	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
TCG:	Acte de cotation de téléconsultation
URSSAF :	Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

I. INTRODUCTION :

En décembre 2019, à Wuhan en Chine, un foyer de pneumonies a été observé. Un nouveau coronavirus, le Sars CoV-2, a été identifié à l'origine d'une infection respiratoire (1). Dès le mois de mars 2020, celle qu'on a nommé la Covid-19 s'est propagée dans le monde, au rang de pandémie (2).

Afin de limiter la dissémination du virus et l'engorgement des systèmes de soins, des mesures politiques internationales inédites ont été mises en place(3). Certains gouvernements ont fermé leurs frontières et ont interdit les déplacements de population (4). En France, devant une augmentation brutale du nombre de cas graves de Covid-19, le gouvernement a ordonné un confinement strict de la population du 17 mars au 11 mai 2020 (5). L'état d'urgence sanitaire a été proclamé(6). Comme cela a été décrit dans la littérature lors de précédentes épidémies, le manque de préparation, l'émergence soudaine et la mortalité potentielle du virus ont bouleversé le système de soins (7)(8)(9). La réorganisation du système hospitalier est devenue la priorité des pouvoirs publics (10). Afin d'optimiser la capacité de prise en charge des cas graves de Covid-19 aux urgences et en réanimation, la majorité des soins chroniques ont été suspendus (11). En ville, le rôle des médecins généralistes a été centré sur l'évaluation, le tri et l'orientation des patients suspects de Covid-19 (9). Pour garantir la continuité des soins, ils ont dû adapter leur pratique en urgence (12). La crise sanitaire et la mise en place inédite d'un confinement ont perturbé l'organisation des médecins généralistes, les confrontant à de nouvelles difficultés (13)(14).

Dans ce contexte, il nous a semblé pertinent d'explorer le vécu des médecins généralistes au cours de cette crise sanitaire sans précédent. Nous avons souhaité connaître leur expérience dans le département d'Isère, un des plus épargnés de France (15). Pour cela, nous avons choisi d'étudier la première vague de l'épidémie du 1er janvier au 11 mai 2020, incluant la mise en place du premier confinement.

La question de recherche suivante s'est posée : Comment les médecins généralistes ont-ils vécu la première vague d'épidémie de Covid 19, en Isère ?

II. MÉTHODE

A. TYPE D'ÉTUDE

1. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des médecins généralistes isérois lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19.

2. CHOIX DE LA MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative phénoménologique par entretiens individuels semi structurés.

- La réalisation d'entretiens individuels a été choisie par la chercheuse afin de recueillir l'expérience propre de chaque participant dans un climat de confiance.
- La réalisation d'entretiens semi-structurés avec des questions ouvertes a permis de favoriser la liberté d'expression des participants, tout en les guidant pour s'assurer que les thèmes retenus étaient bien abordés.
- Une approche inductive a été choisie pour expliquer un phénomène à partir de faits rapportés par les participants.

B. CRITÈRES DE L'ÉTUDE

1. COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

L'équipe de recherche était composée du Docteur Mélanie BRUCHON directrice de thèse, et de Madame Hélène CUQ, doctorante, chargée du recueil et de l'analyse des données, formée à la méthode qualitative lors des ateliers de méthodologie organisés par la faculté de médecine de La Réunion.

2. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La bibliographie a été réalisée sur les sites gouvernementaux français au sein des revues médicales et à partir de bases de données disponibles sur le portail de la bibliothèque de l'Université de La Réunion:

- Le Sudoc a été utilisé pour rechercher les thèses ou publications sur le vécu des médecins généralistes durant la crise de Covid-19.
- Les bases de données Pub Med et CAIRN ont été utilisées. Les termes MESH retenus étaient «Covid-19», «experiences», «general practitioners» « primary care », «feeling», «practice» en anglais et «Covid-19», «vécu», «médecin généraliste», «ressenti» « soins premiers » en français.

3. POPULATION ÉTUDIÉE

3.1. CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

La population étudiée était composée de médecins généralistes thésés ayant exercé en Isère du 1er janvier 2020 au 11 mai 2020. Ce choix a été fait en raison du lieu de vie de la chercheuse principale.

Lors de l'échantillonnage, la diversité des profils personnels comme professionnels était recherchée, pour recueillir les points de vue les plus divers possibles. Le but était d'obtenir un échantillonnage dit en recherche de variation maximale.

Nous avons choisi de faire varier les profils selon des critères personnels (genre, âge, lieu de vie, statut familial, nombre d'enfants à charge) et des critères professionnels (statut professionnel, le type de structure, le lieu et mode d'exercice, secrétariat, téléconsultation, le lieu de stage).

3.2. RECRUTEMENT

Le recrutement des participants à l'étude a été effectué via la plateforme de communication collaborative Slack®, utilisée par les médecins généralistes isérois pour communiquer entre eux lors du début de l'épidémie de Covid-19. Par effet «boule de neige», les premiers participants en ont suggéré d'autres. Pour exploiter un maximum de points de vue différents, les derniers participants recrutés ont été sélectionnés par la chercheuse principale au cours de l'avancement de l'analyse des données.

C. RECUEIL DES DONNÉES

1. DÉROULEMENT DU RECUEIL

La chercheuse qui a mené les entretiens était Madame Hélène CUQ, médecin généraliste, doctorante.

Devant les mesures de distanciation sociale en vigueur dans le cadre de la crise sanitaire de Covid-19, le participant et la chercheuse ont préalablement dû convenir de leurs préférences pour la réalisation de l'entretien. Ils ont choisi ensemble le lieu et le mode d'entretien en présentiel ou en visioconférence.

Le recueil de données a été fait sous forme d'entretiens semi-structurés avec des questions ouvertes. La chercheuse a utilisé une technique d'écoute active. Elle a relevé à l'écrit, les données démographiques du participant, son attitude non verbale ainsi que les éventuelles questions de relance.

Les entretiens ont été enregistrés vocalement via l'application dictaphone d'un téléphone intelligent et d'un logiciel d'enregistrement sur ordinateur. Ces supports, simples d'utilisation et déjà en possession de la chercheuse, ont été retenus pour répondre à la question de recherche basée sur le vécu. Ils étaient adaptés aux limitations méthodologiques induites par le recueil à distance et permettaient de limiter les frais liés à la conception de cette étude.

2. GUIDE D'ENTRETIEN

La chercheuse principale a réalisé un guide d'entretien (Annexe 1) à partir de recherches bibliographiques qu'elle a complété par des thématiques issues de son vécu personnel et professionnel de la crise sanitaire.

La première partie du guide d'entretien comportait une présentation de la chercheuse visant à mettre en confiance le participant et le recueil de données sociodémographiques auprès des participants permettant de caractériser l'échantillon. La seconde partie du guide d'entretien était constituée de questions ouvertes dites brise-glace et de questions de relance sur les thématiques suivantes:

- Contexte de survenue de la crise sanitaire
- Répercussions de la crise sur le vécu professionnel des médecins généralistes
- Répercussions de la crise sur le vécu personnel des médecins généralistes
- Axes d'amélioration

Avant de débiter avec les participants, le guide d'entretien a été testé en phase exploratoire auprès de deux participants non inoculables dans l'étude, dont la directrice de thèse. Les critiques dont il a fait l'objet ont permis son amélioration.

D. MÉTHODE D'ANALYSE

1. RETRANSCRIPTION

La retranscription des entretiens a été faite par la chercheuse, mot à mot, dans le respect de l'anonymat, via la plateforme Otranscribe®. L'attitude non verbale des participants a été retranscrite et analysée.

2. ANALYSE DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été analysés au fur et à mesure du recueil des données. Le logiciel N'Vivo® a été utilisé pour le codage et l'analyse des données par la chercheuse.

La chercheuse a procédé au codage des verbatims extraits des entretiens grâce à une approche phénoménologique inductive. Ce type d'analyse a pris en compte des indices linguistiques et extralinguistiques afin d'identifier au mieux les expériences vécues par les participants. Il a ensuite permis de les catégoriser et de les transcrire dans des connaissances explicites.

E. CRITÈRES DE VALIDITE

La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée au préalable. Le nombre d'entretiens suffisant a été déterminé par l'obtention de la saturation des données.

La validité interne a été renforcée par une double évaluation lors de l'analyse des données de la part de la chercheuse et de sa directrice de thèse.

La validité externe a pu être améliorée par la consultation des critères de la grille CoREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) (16), dont la chercheuse a pris connaissance avant l'étude et tout au long de sa recherche.

F. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET ÉTHIQUES

1. RÉGLEMENTATION

L'étude a été conduite selon la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Elle a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 13 mai 2021 et les chercheurs se sont engagés à respecter la méthodologie de référence MR-004 (17).

2. ÉTHIQUE

Avant chaque enregistrement, un formulaire de consentement autorisant l'enregistrement, l'exploitation des données et la retranscription a été remis à chaque participant pour signature (Annexe 2). L'anonymisation des données leur a été garantie ainsi que la possibilité de se retirer de l'étude à chaque instant.

A l'issue de l'entretien, la retranscription par la chercheuse était envoyée au participant par courriel afin qu'il vérifie l'exactitude, l'exhaustivité et l'anonymisation des données.

Seules la chercheuse et sa directrice de thèse ont eu accès aux données. Elles ont traité les informations dans le plus strict respect de l'anonymat des participants. Aucune donnée nominative n'a été conservée par les auteurs à l'issue de ce travail. Seul le format anonymisé a été conservé au bureau des thèses et référencé.

3. CONFLIT D'INTERÊT

Les auteurs de ce travail n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt.

III. RÉSULTATS

A. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIÉE

Toutes les caractéristiques des médecins généralistes qui ont participé à l'étude sont présentées dans les tableaux ci-après (Tableau 1, Tableau 2).

Médecin	CARACTERISTIQUES PERSONNELLES				
	Age	Genre	Lieu de vie	Statut	Enfant(s) à charge
MG 1	31	M	urbain	En couple	non
MG 2	61	F	rural	Célibataire	non
MG 3	50	M	rural	En couple	oui
MG 4	45	F	rural	En couple	oui
MG 5	70	M	rural	En couple	non
MG 6	36	F	rural	En couple	oui
MG 7	28	F	urbain	En couple	non
MG 8	40	F	rural	En couple	oui
MG 9	30	F	urbain	En couple	non

Tableau 1: Caractéristiques personnelles des médecins généralistes étudiés

Médecin	CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES							
	Statut	Type de structure	Mode d'exercice	Pluridisciplinaire	Type d'exercice	Secrétariat	Téléconsultation	Lieu de stage
MG 1	Salarié	Hospitalière	Groupe	oui	Urbain	Sur place	non	oui
MG 2	Installé, libéral	Cabinet MG	Seul	non	Urbain	Télésecrétariat	non	non
MG 3	Installé, libéral	Cabinet MG	Groupe	non	Semi rural	Sur place	non	oui
MG 4	Installé, libéral	Cabinet MG	Groupe	non	Semi rural	Sur place	non	oui
MG 5	Installé, libéral	Cabinet MG	Groupe	oui	Rural	Sur place	non	non
MG 6	Installé, libéral	Cabinet MG	Groupe	non	Urbain	Télésecrétariat	non	non
MG 7	Salarié	Centre de Santé	Groupe	oui	Urbain	Sur place	non	oui
MG 8	Installé, libéral	Cabinet MG	Groupe	non	Semi rural	Télésecrétariat	non	non
MG 9	Remplaçant, libéral	Cabinet MG	Groupe	non	Rural	Télésecrétariat	non	non

Tableau 2: Caractéristiques professionnelles des médecins généralistes étudiés

L'échantillon étudié comprenait une population de neuf médecins généralistes avec divers critères sociodémographiques (genre, âge, lieu de vie, statut personnel, enfants à charge) et professionnels (statut, type de structure, mode d'exercice, seul ou en groupe, pluridisciplinaire ou non, type d'exercice, présence de télésecrétariat sur place, pratique de la téléconsultation avant l'épidémie, lieu de stage). L'hétérogénéité des critères permettait l'obtention d'un échantillon dit « en variation maximale ».

Trois des médecins généralistes interrogés étaient des hommes, six des femmes. Leur âge était compris entre 28 et 70 ans. La médiane d'âge était de 40 ans.

B. CARACTÉRISTIQUES DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés entre le 5 mars et le 10 juin 2021.

Dans le but de tester la méthode de l'entretien semi-structuré, la chercheuse a réalisé deux entretiens exploratoires. Puis, neuf entretiens semi-structurés ont été réalisés : deux entretiens ont eu lieu en présentiel et sept en visioconférence via l'application Zoom.

Les entretiens ont duré entre 37 et 84 minutes avec une durée moyenne de 64 minutes, une durée médiane de 67 minutes.

La saturation des données a été obtenue dès le sixième entretien. Le recueil des données a été poursuivi jusqu'au neuvième entretien pour s'assurer qu'aucune nouvelle thématique n'ait été abordée.

C. ANALYSE DES RÉSULTATS

Voici les thématiques qui sont ressorties des entretiens pour être analysées suite à la réalisation d'un arbre de codage (Annexe 3).

1. DÉROULEMENT DE LA PRISE DE CONSCIENCE LORS DE L'ÉMERGENCE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Lors de l'émergence de l'épidémie de Covid-19, les médecins généralistes interrogés ont rapporté un vécu ambivalent : ils ont ressenti du stress face au climat médiatique anxigène mais ils ont été mis en confiance par les connaissances scientifiques qu'ils avaient.

1.1. RISQUE EPIDEMIQUE FAIBLEMENT PERÇU PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Avant le mois de mars 2020, les médecins interrogés percevaient le risque épidémique comme faible.

1.1.1. Risque épidémique connu et permanent

Les médecins généralistes avaient connaissance du risque d'épidémie sous-jacent, avant la survenue de celle de Covid-19.

“On sait qu’un jour, il faudra faire face à une vraie pandémie.” (MG2)
“Ça faisait un moment qu’ils nous disaient qu’il y avait un risque de zoonoses.” (MG4)

1.1.2. Référence rassurante aux épidémies précédentes

Les médecins généralistes interrogés faisaient référence aux épidémies antérieures de façon rassurante.

“On avait eu le premier SARS, qui était resté en Chine, puis après on a eu l'épidémie de grippe aviaire épidémie H5N1, et la grippe H1N1 n'a pas fait des dégâts donc on ne savait pas quoi penser...” (MG2)
“J'étais très partagée, je me demandais si ça allait refaire comme le coup de la grippe aviaire en 2009 qui avait fait « pschitt !”(MG4)

1.1.3. Propagation de l'épidémie perçue comme éloignée

Les médecins interrogés disaient avoir pris connaissance de l'épidémie de Covid-19 en Chine dès le mois de janvier 2020, mais aucun n'avait modifié leur pratique à ce moment-là.

“J'avais l'impression que cette épidémie était très loin de nous, en janvier.» (MG7)
“Avant le confinement, on en parlait un peu avec les patients, mais c'était loin, on n'avait encore débuté aucun changement dans notre pratique au cabinet.” (MG 9)

1.1.4. Dé dramatisation initiale

Jusqu'au mois de mars 2020, la plupart d'entre eux n'étaient pas inquiétés par l'épidémie de Sars-COV-2 qui émergeait de Chine.

“Moi je pense que parmi les généralistes avant mi-mars, personne n'a réalisé que c'était une épidémie.” (MG2)

“ En janvier, nos patients nous posaient des questions, ils nous demandaient si ça allait arriver en France, j'avais tendance à les rassurer « c'est un virus qui ressemble à la Grippe, ce n'est pas en France en ce moment », et finalement c'est arrivé début mars...” (MG7)

1.1.5. Médecins généralistes sereins lors de l'émergence de l'épidémie

Les médecins généralistes interrogés se sentaient sereins lors de l'émergence de l'épidémie de Covid-19, entre le mois de janvier et mars 2020.

“Je ne fais pas partie des médecins qui ont eu peur du Covid !!” (MG5)

“Je me rappelle la première réunion qu'on a faite avec l'infectiologue. Il n'y'avait pas la notion que ça pouvait être vraiment dangereux ou vraiment s'étendre!” (MG6)

1.2. DEVELOPPEMENT D'UN ENVIRONNEMENT ANXIOGENE

Les médecins interrogés constataient un climat médiatique anxigène lors de l'émergence de l'épidémie de Covid-19 et citaient plusieurs causes.

1.2.1. Manque initial d'informations

Lors de l'émergence de l'épidémie, en janvier 2020, les médecins interrogés n'avaient pas d'informations scientifiques sur la nouvelle pathologie de Covid-19.

- **Absence de recul scientifique sur la Covid-19**

Les médecins évoquaient un manque de recul scientifique sur la pathologie de Covid-19.

“J'essayais de me renseigner davantage, aussi parce que les informations changent sans cesse comme c'est une nouvelle maladie.” (MG7)

“C'est vrai qu'au début, ce n'était pas très clair non plus pour nous les médecins...” (MG9)

- **Information au compte-goutte**

Les médecins mettaient à jour leurs connaissances sur les épidémies virales et sur la pathologie de Covid-19 avec les informations diffusées par les médias en provenance de Chine.

“Au début on savait uniquement ce qui pouvait se dire et ce qu'on avait pu avoir comme information sur les précédentes épidémies virales.” (MG8)

- **Obtention simultanée d'informations médecins-patients**

Les médecins recevaient les informations sur la COVID-19 en même temps que la population générale.

“ Il n'y avait pas de différence de tempo entre l'information aux professionnels et l'information au grand public. “ (MG4)

“Les patients regardent beaucoup les médias et des fois, ils sont au courant de certaines choses avant que nous ayons reçu des informations officielles (rires).” (MG9)

- **Médecins parfois en difficultés**

Les médecins se sentaient parfois en difficulté lorsque les patients étaient informés simultanément ou avant eux de certaines actualités liées à la crise sanitaire.

“Les patients étaient informés en même temps que les professionnels, ça nous hérissait le poil mais c'est le parti pris qui a été choisi. C'est vrai qu'il faut peut-être éviter l'idée qu'il y ait “ceux qui savent”, et que tout le monde soit traité de la même façon parce que sinon ce n'est pas démocratique, ça me paraît normal. C'est juste que pour nous l'exercice est un petit peu plus difficile...” (MG4)

1.2.2. Difficultés d'identification des sources fiables

D'après les médecins interrogés, l'identification de sources fiables lors du début de la crise sanitaire était compliquée.

- **Fiabilité incertaine des informations**

Les médecins interrogés remarquaient qu'il était compliqué d'être certains de la fiabilité de ses informations.

“Il n'y avait pas beaucoup de sources fiables et sûres, même les scientifiques qu'on pouvait considérer comme sources fiables et sûres comme le Pr Épaulard, ne savaient pas tout, ils s'actualisaient, au fur et à mesure.” (MG2)

“Si ça sort de Voici ou Gala, tu peux dire que la source n'est pas fiable, mais quand ça sort de la bouche de Christian Péronne, chef de service du service d'infectiologie à APHP, ou Didier Raoult fondateur de l'IHU Méditerranée, à priori des sources fiables, alors comment on fait pour vérifier ses sources ?” (MG2)

“Rien n'était fiable et encore aujourd'hui, rien n'est fiable.” (MG5)

- **Information non validée scientifiquement**

Les médecins interrogés constataient la diffusion de nombreuses informations non validées scientifiquement.

“Les gens avançaient des arguments sans aucune source derrière, c'était juste de la conviction personnelle donc ce n'était pas intéressant” (MG1)

- **Médiatisation de scientifiques engendrant de la confusion**

Les médecins interrogés regrettaient la médiatisation de certains discours scientifiques qui engendraient, d'après eux, de la confusion.

“C'était un certain flou artistique, moi je ne critique pas ça, par contre je critique la désinformation faite par des scientifiques.” (MG2)

“Il y a avait des polémiques avec toute une série de grands chefs de service reconnus mondialement et récusés par les énarques, par les guérillas de petits chefs hospitaliers.” (MG5)

- **Médiatisation de points de vue extrêmes et contradictoires**

Les médecins interrogés regrettaient la médiatisation de points de vue extrêmes et contradictoires engendrant une perte de confiance.

“il y a eu trop d'informations et plein d'informations contradictoires, les patients étaient perdus !!!” (MG6)

“Il y avait toutes sortes de gens qui parlaient de tout et n'importe quoi, on ne savait plus qui croire !!! ” (MG9)

1.2.3. Discours contradictoire des autorités politiques

Les médecins interrogés évoquaient la diffusion d'un discours contradictoire des autorités politiques et sanitaires dans les médias, semant la confusion.

- **Médiatisation de discours politiques contradictoires**

Les médecins interrogés regrettaient la diffusion de discours politiques contradictoires et imprudents.

“Franchement c'était un jour « Blanc », un jour « Noir » : un jour ils disaient « Jamais on ne confinera la France », et puis quelques jours après « Tiens finalement confinement général! »” (MG6)

- **Confusion engendrée par certains discours politiques**

Les médecins interrogés regrettaient la confusion engendrée par la médiatisation de certains discours politiques.

“On se demande aujourd'hui si ce sont les politiques qui dirigent, les journalistes ou les quelques médecins qui passent à la télé.” (MG5)

“Pour les politiques, s'exprimer en situation d'incertitude des fois c'est délétère et c'est le problème du temps médiatique.” (MG4)

1.2.4. Couverture médiatique inquiétante

Les médecins interrogés critiquaient la couverture médiatique de l'épidémie.

- **Covid-19 : exclusivité de l'espace médiatique**

Les médecins interrogés trouvaient que la nouvelle épidémie de Covid-19 occupait l'espace médiatique de façon exclusive.

“ Il y a eu une surmédiatisation autour du Covid. “(MG1)

“ Ils ne parlaient que du Covid pendant des mois. J'ai trouvé qu'ils avaient profité de la crise pour faire de l'audience sans que ce ne soit un moyen d'information, c'est malheureux.” (MG9)

- **Dramatisation des événements**

Les médecins interrogés trouvaient que l'épidémie de Covid-19 occupait l'espace médiatique de façon dramatique.

“On entendait de plus en plus parler de cas graves, de morts, et la médiatisation parlait beaucoup des jeunes, alors qu'au final ce n'était qu'un faible pourcentage...” (MG1)
“Ils voulaient de l'audience, donc ils allaient dans les réas, montraient des cas hyper rares, hyper impressionnants, hyper graves, ce n'était pas vraiment de l'information...” (MG9)

- **Promotion de fausses informations**

Les médecins interrogés regrettaient la diffusion médiatique de fausses informations.

“Il y a une grosse désinformation, je pense que c'est inhérent à notre société, avec le Covid ça prend un coup d'éclat, c'est énorme.” (MG8)
“On se rend compte que les gens se désinforment et vont prendre des positions dangereuses sans argument, sans faire avancer le système de santé.” (MG1)

1.2.5. Exposition médiatique anxiogène

Les médecins interrogés soulignaient une exposition médiatique anxiogène pour la population générale comme pour eux mêmes.

- **Exposition médiatique anxiogène pour les patients**

“J'ai l'impression que mes patients passaient leur temps devant la télé, c'était très anxiogène.” (MG7)
“Ce n'était pas de l'inquiétude, ce n'était pas de l'anxiété, c'était de la terreur qu'on mettait dans la tête des gens!” (MG5)

- **Exposition médiatique anxiogène pour les médecins**

“On avait l'impression au début d'un danger énorme, on ne savait pas quoi faire !” (MG2)
“Il y a vraiment eu cette période de stress, d'incertitude, on savait pas trop à quel point ça allait être grave” (MG6)
“ Mon sentiment c'était que le Tsunami, la vague allait nous tomber dessus.” (MG 4)

1.3. PRISE DE CONSCIENCE BRUTALE DU RISQUE EPIDEMIQUE AU MOIS DE MARS 2020

Malgré la connaissance du risque épidémique, la plupart des médecins disaient avoir soudainement pris conscience de l'épidémie de Covid-19.

1.3.1. Prise de conscience lors du rapprochement géographique de l'épidémie

La plupart des médecins interrogés ont réalisé l'existence d'un risque épidémique imminent lorsqu'ils ont été informés des premiers cas en France et dans les pays limitrophes.

“On voyait qu'en Chine ils prenaient ça au sérieux, avec une quarantaine...mais en fait je pense que la prise de conscience, ça a été quand l'Italie a été touchée.” (MG 4)
“J'en ai pris conscience, peut-être début mars, assez tardivement en fait, peut-être avant le confinement (...) quand j'ai commencé à en voir autour de moi, dans mes patients.”(MG 7)

1.3.2. Prise de conscience du risque épidémique liée aux données épidémiologiques

La majorité des médecins interrogés rapportaient une prise de conscience soudaine du risque épidémique liées aux données épidémiologiques de la Covid-19.

“Quand mi-mars, on a pris conscience que c'était le même taux de contagiosité et de létalité que la grippe espagnole, du jour au lendemain, on a compris, que c'était sérieux.” (MG2)

1.3.3. Prise de conscience lors de la mise en place du confinement

La majorité des médecins interrogés rapportaient une prise de conscience soudaine du risque épidémique due à la mise en place du confinement, le 16 mars 2020.

“Ça a été un électrochoc du jour au lendemain en l'espace d'une semaine.” (MG 2)
“J'ai pris conscience de la gravité sur le plan sanitaire de la situation, brutalement, juste avant que le confinement soit décrété, quelques jours auparavant !” (MG 3)

1.3.4. Sidération à l'annonce du confinement

La plupart des médecins interrogés ont perçu la mise en place d'un confinement général de la population comme un choc brutal.

- **Mise en place d'un confinement inattendue**

Les médecins interrogés décrivaient la mise en place confinement comme incertaine et inattendue.

“La critique majeure c'est qu'on n'ait pas été averti du confinement avant ! Moi, personnellement, j'ai peut-être été un peu naïve, mais je ne m'y attendais pas du tout.”(MG9)

- **Description d'un état de sidération**

Les médecins interrogés décrivaient un état de sidération lors de la mise en place confinement.

“Je me souviens de cette sidération quand on nous a dit qu'on allait être confiné parce qu'on se doutait que ça allait arriver mais on ne savait pas ce que ça impliquait pour tout réorganiser!” (MG4)

1.3.5. Opinions divergentes des médecins

Certains médecins étaient soulagés de la mise en place d'un confinement, d'autres y voyaient une mesure contestable en lien avec un manque d'anticipation gouvernementale :

- **Confinement salué**

“Le gouvernement a bien réagit, globalement : le confinement était nécessaire même si à Grenoble on en a fait un peu trop.” (MG2)

“On met en place des mesures qui restreignent les libertés individuelles des gens, c'est énorme, mais nécessaire.” (MG2)

- **Confinement critiqué**

«Le confinement a été mis en place pour rentrer dans les aberrations des systèmes ministériels !!! (S'énerve)» (MG5)

“Peut-être qu'il aurait fallu anticiper un peu le premier confinement !!!” (MG6)

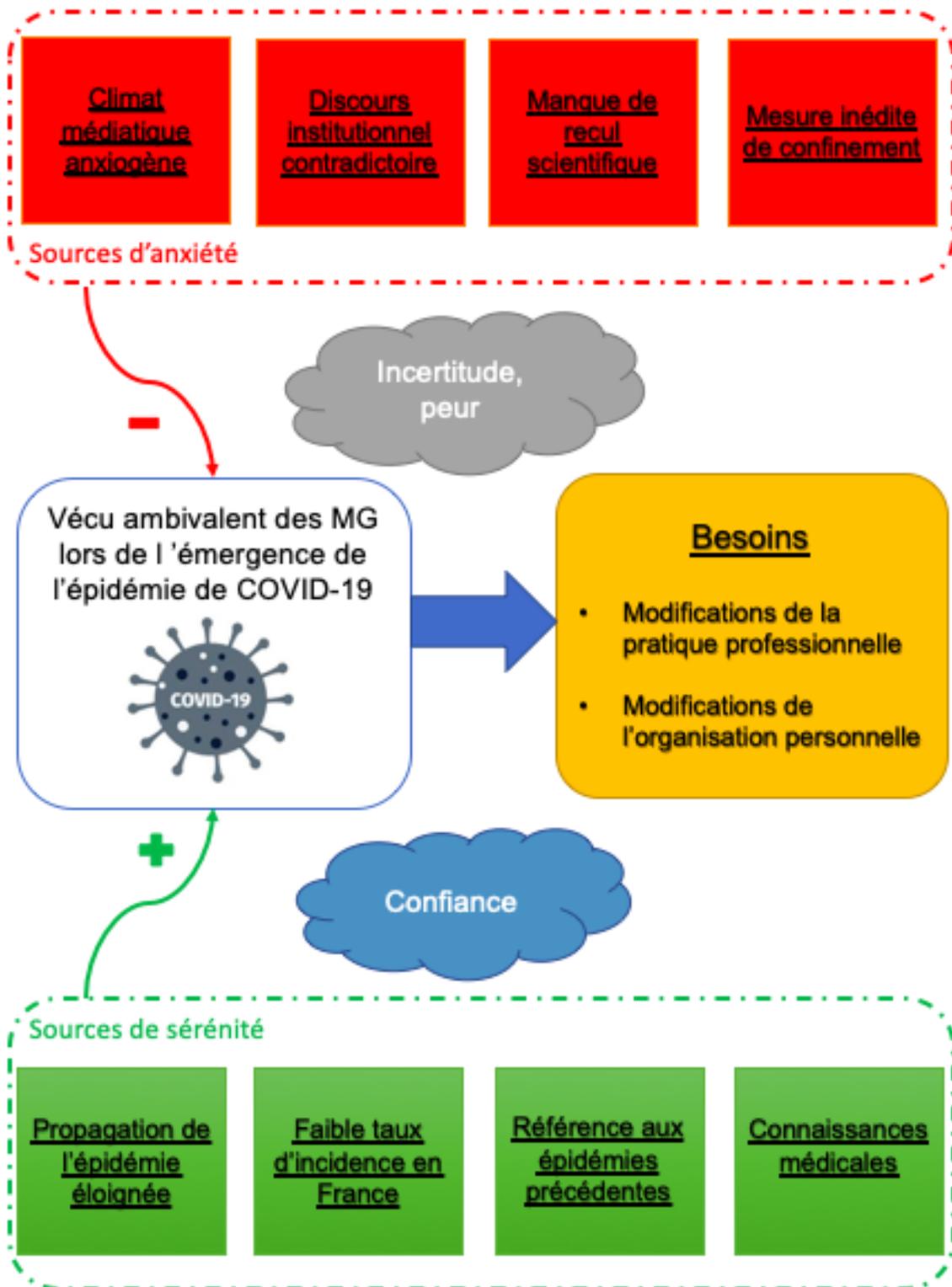


Figure 1: Le vécu ambivalent des médecins généralistes lors de l'émergence de l'épidémie de Covid - 19

2. RÉORGANISATION URGENTE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FACE À L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Lors de la crise sanitaire, les médecins généralistes d'Isère ont dû adapter leur pratique en urgence pour lutter contre la propagation virale. Ils ont modifié leur organisation afin d'assurer la continuité des soins de leurs patients et pour ne pas engorger le système hospitalier.

“Tout le monde a joué le jeu car on s'attendait vraiment à ce que ce soit l'hécatombe, on s'est vite adapté à une crise éventuelle.” (MG1)

2.1. TRI DES PATIENTS SUSPECTS DE COVID-19

Pour limiter la transmission virale, les médecins ont effectué un tri des patients suspects de Covid-19.

2.1.1. Tri téléphonique par le secrétariat

Afin de limiter le risque de transmission virale, un tri des patients Covid était effectué par le secrétariat dès la prise des rendez-vous en fonction du motif de consultation.

“On avait briefé notre secrétaire : les gens qui présentaient des symptômes infectieux attendaient dans la voiture, on les recevait sur des créneaux dédiés.” (MG4)

“Le secrétariat a reçu plein d'appels, c'était un secrétariat à distance et on les a informés de comment il fallait répondre.” (MG 9)

2.1.2. Évaluation en télémedecine

Les médecins évaluaient les patients suspects Covid au téléphone ou en téléconsultation.

“On les évaluait déjà par téléphone ou par vidéo : au début, on n'a pas trop fait venir les gens qui n'avaient pas l'air de présenter des signes de gravité en consultation.” (MG7)

2.1.3. Plages de rendez-vous dédiées aux patients suspects Covid

Lorsque c'était nécessaire, les patients suspects Covid étaient reçus en consultation physique sur des plages horaires de consultation dédiées.

“A partir de 16 heures, il n’y avait plus que du Covid pour ne vraiment pas mélanger les patients.” (MG 4)

“L’idée, c’était de mettre tous les potentiels Covid en même temps dans le cabinet à un moment donné pour pouvoir ensuite nettoyer après leur passage.” (MG 6)

2.1.4. Centre Covid

Certains médecins s’investissaient dans des projets de centres Covid, permettant la prise en charge des patients suspects ou diagnostiqués Covid à distance des autres patients.

“On s’est dit qu’il ne fallait pas mélanger nos patients et les patients Covid, donc qu’il faudrait qu’il y ait un centre.” (MG 8)

2.1.5. Organisation du système de soins en Isère

En Isère, le CHU de Grenoble était défini comme le centre de référence pour la prise en charge des patients Covid-19 présentant des signes de gravité.

“Il y a eu une réorganisation du système de soins sur tout le bassin grenoblois et on devait réorienter les patients Covid graves sur le CHU pendant la première vague. “ (MG1)

2.2. DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE ET DE NOUVEAUX OUTILS DE COMMUNICATION

Pour garantir la continuité des soins et limiter le risque de transmission virale, les médecins généralistes ont développé de nouveaux moyens de communication.

2.2.1. La télémédecine : une nouvelle pratique

La majorité des médecins interrogés ont eu recours à une nouvelle pratique : la télémédecine.

- **Première utilisation de la télémédecine**

Aucun des médecins interrogés n'avaient expérimenté la télémédecine auparavant.

“ Je n'avais jamais pratiqué la téléconsultation.” (MG 2)

“Avant le Covid c'était uniquement présentiel et le téléphone. Je n'utilisais pas le mail pour communiquer avec les patients, juste le téléphone du cabinet.” (MG 7)

- **Formation contrainte à la télémédecine**

Certains des médecins interrogés se sont formés à la télémédecine à contre cœur.

“Moi, je me suis forcée aux téléconsultations quand ça pouvait rendre service mais ce n'est pas mon truc...”(MG8)

“Je n'avais jamais pratiqué la téléconsultation, alors je m'y suis mise, effectivement à cause du Covid mais uniquement par téléphone car je craignais ça...” (MG2)

- **Développement de la téléconsultation**

La plupart des médecins interrogés ont développé la téléconsultation avec les patients.

“Au moment du confinement, les consultations se sont arrêtées d'un coup, on a tout annulé et on ne faisait que des téléconsultations.” (MG 7)

“Tout ce qui pouvait être traité en téléconsultation, on le mettait, lorsqu'aucune raison de voir les patients ne se faisait sentir, les renouvellements par exemple !” (MG 3)

- **Développement des consultations téléphoniques**

Les médecins interrogés ont développé les consultations téléphoniques avec les patients.

“Quand c'était nécessaire on a fait un peu de vraies téléconsultations, sinon on a fait beaucoup de consultations par téléphone, vraiment beaucoup.” (MG6)

- **Dématérialisation des ordonnances**

Les médecins interrogés ont développé la télétransmission de documents administratifs et médicaux aux patients.

“J’envoie beaucoup plus d’ordonnances par mail quand ça ne justifie pas que je voie les patients... Ce que je ne faisais pas au départ.” (MG6)

2.2.2. Nouvelles démarches en ligne

Pour décharger les médecins, certaines démarches administratives en ligne ont été facilitées.

- **Accès administratifs inédits pour les médecins**

Certains médecins se réjouissaient des accès administratifs mis en place durant la crise sanitaire.

“En termes d’organisation, ça a débloqué certaines choses: on a pu voir que dans le contexte d’urgence, les portes administratives qui bloquent les choses pouvaient être ouvertes.” (MG1)

- **Arrêts de travail en ligne**

La majorité des médecins ont salué la mise en place du téléservice « déclare.ameli.fr » de l’Assurance Maladie dès mars 2021. Il permettait la déclaration d’arrêt de travail en ligne d’abord par l’employeur puis par les patients eux-mêmes sans consultation médicale (18).

“Pour les arrêts de travail , le site Ameli était tout de même très pratique, ils ont bien fait de mettre ça en place car sinon, les médecins étaient noyés .” (MG1)

“Très rapidement, la sécu a créé un dispositif qui permettait aux gens de s’inscrire eux-mêmes pour garder les enfants. De même, les arrêts de travail, on n’en a même pas fait : c’était le dispositif sécu.” (MG2)

2.2.3. Développement de nouveaux outils de communication

Face à la crise sanitaire, les médecins ont modifié leurs habitudes avec les patients et avec leurs confrères. Ils ont utilisé divers moyens de communication :

- **Le courrier électronique ;**

“On avait un mail, pour lequel on avait modifié la signature avec les informations à la fin concernant le Covid : "Si vous avez « si », et si vous avez « ça » comme symptômes...”
(MG9)

- **Les appels téléphoniques ;**

“On a eu vraiment un creux, et du coup on a beaucoup, beaucoup utilisé le téléphone parce que les gens ne voulaient pas se déplacer.” (MG 6)

- **La vidéoconférence ;**

“Les réunions zoom, les vidéoconférences se mettaient en place petit à petit.”(MG1)
“Il m'est arrivé d'utiliser Skype, essentiellement Skype voilà”(MG4)

- **Des communiqués locaux ;**

“J'ai rédigé un communiqué des professionnels de santé de notre zone qu'on a diffusé à toute la population car ce qui était compliqué c'est de ne pas avoir d'infos locales et les gens nous demandaient chaque jour "alors il y a des cas ?”(MG 4)

- **Des affiches et stands d'informations au cabinet ;**

“Au bureau avec les collègues on a pris pas mal de choses en main, dont la création d'un stand Covid.” (MG 6)

“On a créé des affiches dans le cabinet avec le numéro de téléphone, avec les gestes barrières.” (MG 9)

- **Des documents papiers.**

“Les patients, je leur imprimais les fiches conseils du Service Public.” (MG 1)
“Coronaclac ® c'était un très bon outil pour homogénéiser les connaissances, c'était bien fait, et ça permettait aussi de donner des fiches d'informations toutes faites aux patients.” (MG1)

2.2.4. Objectifs des outils de télécommunication

D'après les médecins interrogés, les outils de communication à distance développés lors de la crise de Covid-19 répondaient à plusieurs objectifs :

- **La limitation du risque de transmission virale ;**

“On a vraiment expérimenté la Visio avec les patients symptomatiques qu'on essayait de ne pas voir au cabinet, comme on n'était pas vacciné, pas protégé, sans masque, sans rien...”

(MG4)

“Si ça pouvait éviter les prises de risques pour les patients.” (MG8)

- **La continuité des soins ;**

“On leur rappelait qu'on n'était pas fermés, qu'on était là, que s'il y avait une urgence, on les verrait.” (MG7)

- **Le renforcement de la communication ;**

“Donner le sentiment aussi aux patients que les professionnels étaient tous présents et que nous donnions pour eux quelque part aussi, ça a permis d'améliorer l'information et la communication.” (MG3)

- **La consolidation du lien social.**

“Je crois que ça a catalysé les relations et en tout cas renforcé les liens au sein du cabinet, au sein du territoire, avec les patients.” (MG3)

2.3. REORGANISATION DU SOIN PRIMAIRE AUTOUR DE LA COVID-19

Lors de la crise sanitaire de Covid-19, les médecins généralistes de ville ont dû réorganiser leur pratique.

2.3.1. Prise en charge priorisée de la Covid-19

Les médecins interrogés ont réorganisé leur pratique autour de la prise en charge des patients suspects de Covid-19.

- **Évaluation en télémedecine puis en consultation physique**

Certains médecins interrogés évaluaient les patients en télémedecine : en cas de signe de gravité ou de difficulté lors de la téléconsultation, ils les convoquaient en consultation physique.

“Il y en a un qui faisaient les téléconsultations des patients malades Covid et l'autre qui voyait éventuellement les patients symptomatiques plus graves qui avaient besoin d'être vus au cabinet.” (MG4)

- **Suivi des patients Covid-19 à distance**

Les patients suspects de Covid-19 étaient suivis en télémedecine, à intervalles réguliers selon les protocoles des medecins, jusqu'à quinze jours après le début des symptomes.

“Les recommandations c'était d'appeler tous les jours ou tous les 2 jours suivant comment ils allaient, pour évaluer, pour voir si par téléphone ils étaient essoufflés, pour pouvoir les convoquer si on trouvait qu'ils allaient moins bien.” (MG6)

“On a fait un suivi téléphonique pour tous les gens suspects de coronavirus.” (MG9)

- **Conseils d'isolement pour les cas contacts**

Les medecins donnaient aux patients des conseils d'isolement pour eux et leur contact.

“Je me souviens très bien avoir passé énormément de temps et sans doute trop mais je trouvais que c'était mon travail, d'expliquer aux gens exactement, qui était cas contact et qui devait faire quoi.” (MG4)

“Le contact tracing, on a peu fait sur la première vague car on ne pouvait pas encore entrer les contacts dans le logiciel, mais on les cherchait, et du fait qu'on ait eu peu de Covid, on n' en a pas eu beaucoup.” (MG9)

2.3.2. Consultations présentielle hors Covid-19 réservées aux urgences

En dehors des patients Covid-19, la plupart des medecins essayaient de voir en consultation physique uniquement les patients nécessitant une prise en charge urgente soit après une évaluation en télémedecine, soit en accès direct :

- **Après évaluation télémedecine ;**

“Nous n'assurions que les urgences après avoir eu les patients au téléphone et fait une supervision afin de convenir si un conseil téléphonique était suffisant ou pas, ou s' il fallait les recevoir au cabinet.” (MG3)

“Les rendez-vous prévus c'était souvent des gens qu'on avait eu au téléphone et dont la téléconsultation ne suffisait pas à poser un diagnostic, ou donner un traitement... Donc dès qu'on avait le moindre doute on les faisait venir au centre de santé !” (MG7)

- **En accès direct.**

“Nous continuions à assurer les consultations au cabinet ou visites, uniquement quand les patients avaient besoin d'une consultation urgente.” (MG3)

2.3.3. Annulations des consultations et visites non urgentes hors Covid

Pour limiter le risque de transmission virale, toutes les consultations de suivi, de prévention et de dépistage ainsi que les visites non urgentes étaient différées :

- **Annulation des consultations non urgentes ;**

"Tout ce qui était non urgent était annulé !! C'était une médecine de guerre quoi !!!!" (MG2)

- **Annulation des visites, fermeture des Ehpad ;**

"Les EHPAD ont fermé leurs portes aux médecins généralistes." (MG9)

"Nous n'assurons que des visites incompressibles dites urgentes quand il s'agissait de tout autre chose que des visites pour renouvellement."(MG3)

- **Annulation des consultations de suivi, et de dépistage;**

«Ça a beaucoup désorganisé le suivi des patients chroniques, le fait d'avoir cette pause-là, le fait que les gens ne viennent plus, qu'ils aient peur de sortir.» (MG6)

"Les gens disent maintenant " à cause du covid, je ne suis pas allé chez le spécialiste pour mes suivis : cardiologie, gynécologie"...(exaspéré)" (MG9)

- **Annulation des suivis mère-enfant ;**

"L'impact de la pandémie sur le soin premier : notre activité s'est particulièrement soldée lors de la première vague par le fait de différer toutes les consultations du renouvellement de traitement, aux consultations gynécologiques systématiques, et aux visites pédiatriques systématiques." (MG3)

"Les enfants, on les suit tous les mois normalement et là, il y en a qu'on n'a pas vu pendant trois mois." (MG6)

- **Annulation des suivis psychiatriques.**

"Les suivis psychiatriques, je trouve que c'est un peu pareil, j'ai l'impression qu'on les a oubliés pendant la crise ! " (MG7)

2.3.4. Renouvellement automatisé d'ordonnance

Un arrêté permettant à titre exceptionnel le renouvellement automatique d'ordonnance en pharmacie (19) a permis aux médecins de se concentrer sur la prise en charge des urgences, tout en limitant la propagation virale.

"Un certain nombre de patients ont pu avoir un renouvellement d'ordonnance à la pharmacie sans passer par le cabinet de médecine générale." (MG3)

"Les pharmaciens ont eu l'autorisation de renouveler les ordonnances en attendant que la situation se tasse. " (MG5)

2.4. RELATION MEDECIN-PATIENT RENFORCEE

2.4.1. Rôle de conseil du médecin généraliste renforcé

La crise sanitaire a consolidé la relation médecin-patient. Les médecins généralistes ont dû renforcer leurs rôles :

- **Écoute ;**

“Les patients qui appelaient quatre fois par semaine, on les écoutait.” (MG6)

- **Information ;**

“Je pense qu’avec mes patients, venant d’un milieu social pas très aisé et pas très éduqué, dans le coin, j’arrive à faire passer des informations facilement.”(MG8)

- **Reformulation ;**

“Je ne dis pas qu’il a fallu à chaque fois déconstruire mais plutôt reformuler les informations qu’ils avaient pu comprendre à leur façon.” (MG3)

- **Explication ;**

“Les patients me disaient “j’ai entendu ça et ça”, je peux leur dire si c’est n’importe quoi, expliquer, rapidement on arrive à débayer les trucs.” (MG8)

- **Réassurance ;**

“Au début, les gens voulaient savoir s’il y avait des patients Covid, si ça craignait, on les rassurait facilement.” (MG8)

- **Persuasion.**

“J’ai passé beaucoup de temps à convaincre qu’il n’y avait pas beaucoup de cas pédiatriques que ce n’était pas grave, que ce n’était pas trop contagieux.” (MG4)

2.4.2. Prévention du risque de transmission virale renforcée

Pour lutter contre la propagation du virus, les médecins généralistes avaient plus que jamais un rôle d’éducation et de conseil avec les patients. Ils les renseignaient sur différents thèmes autour de la pathologie de Covid-19 :

- **Covid-19 ;**

“Les thèmes abordés avec les patients étaient essentiellement les problématiques de transmission et des modes de vecteur, de transmission du virus et de la pathologie.” (MG3)

- **Épidémiologie locale ;**

“La question principale que posaient les patients, c'était "est ce que vous voyez des patients Covid?" "il y en a ?" Je me vois répondre " il y en a peu dans la région, ça circule peu".” (MG8)

- **Définition des cas à risque;**

“Les principaux thèmes évoqués avec les patients: savoir s'ils étaient foncièrement à risque, savoir quelles étaient les dispositions qu'il fallait qu'ils prennent en charge, qu' ils mettent en place au sein de leur domicile.” (MG3)

“Je pense que notre première vague, c'était beaucoup de réponses au sujet de l'activité de ces personnes à risque.” (MG4)

- **Isolement, durée ;**

“C'était quoi la dernière recommandation Covid, on isole? on isole combien de temps? comment on isole les cas contacts...?” (MG6)

- **Problématiques liées à l'emploi ;**

“Ils appelaient pour des problématiques liées au travail: devaient ils aller au travail ? quelles étaient les mesures de protection individuelle, familiale, à prendre vis à vis du travail ? Y avait-il possibilité de mettre en place du télétravail ? Comment ça devait s'organiser ?” (MG3)

- **Problématiques liées à la garde d'enfants.**

“Quand les écoles ont fermé aussi, les parents qui devaient rester à domicile voulaient des informations, des arrêts... jusqu'à ce que les gens puissent le faire seuls sur declare.améli.fr...” (MG4)

“Sur les arrêts de travail, pour la garde d' enfants.... Les gens étaient vraiment perdus en fait.” (MG9)

2.4.3. Suivi à distance des patients

Certains médecins généralistes ont tenté d'anticiper le suivi des patients les plus vulnérables face au confinement. Certains ont dressé des listes et ont effectué un suivi téléphonique de certains patients:

- **Patients à risque de Covid-19 ;**

“On avait une grande liste de patients à risque et les patients n'étaient pas informés de ces critères de gravité, en fait .” (MG9)

- **Patients atteints de pathologies chroniques ;**

"Je me souviens d'avoir été obligé d'appeler mes patients pour leur dire de venir consulter parce que quand même par exemple, le diabète ça n'allait pas : on était obligé de solliciter les gens pour qu'ils viennent nous voir ! "(MG4)

- **Patients atteints de pathologies psychiatriques ;**

"On essayait d'appeler pendant le confinement les patients présentant des pathologies psychiatriques, mais pas toujours facile à avoir ces patients-là d'ailleurs..." (MG7)

- **Patients isolés, âgés ;**

"On a appelé tous nos patients assez âgés, précaires, isolés ." (MG7)

- **Patients en situation de précarité ;**

"On a fait une liste des patients fragiles, des gens qui étaient précaires et qui n'avaient pas forcément accès aux informations, et on les a surtout appelé par téléphone ces patients-là."(MG7)

- **Patients victimes de violences conjugales ;**

"On a appelé les femmes connues, victimes de violence de la part de leur mari, dans le cadre du confinement." (MG7)

2.5. MODIFICATION DE LA COORDINATION DES SOINS

Lors de l'émergence de l'épidémie de Covid-19, les médecins interrogés ont noté une modification de la coordination des soins.

2.5.1. Modification de l'organisation de soins Ville-Hôpital

Les médecins interrogés ont rapporté une modification de l'organisation des soins entre ville et hôpital.

- **Système intra-hospitalier centré sur l'urgence**

Les établissements hospitaliers ont été réorganisés autour de la prise en charge de la Covid-19.

"L'hôpital et même les cliniques étaient concentrés sur le Covid."(MG 2)

"C'était comme s'il n'y avait plus d'autres urgences. " (MG6)

- **Accès facilité aux urgences**

L'accès aux urgences était facilité et les services désengorgés pour prévenir l'apparition de nouveaux cas de patients infectés.

“J'ai eu quelques urgences pendant le confinement, et ils me les ont pris tout de suite: c'était beaucoup plus facile qu'habituellement.” (MG7)

“Pour moi la prise en charge des urgences a été facilitée car les spécialistes s'emmerdaient alors ils étaient dispos et les avis beaucoup plus faciles à avoir.” (MG8)

- **Annulation des soins programmés**

Les médecins interrogés rapportaient une annulation des soins programmés au niveau des hôpitaux et cliniques.

“Les chirurgies programmées étaient annulées par les cliniques, du coup ils se sont organisés autrement.” (MG1)

2.5.2. Annulation des soins de second recours

Les médecins interrogés ont rapporté une annulation des soins de second recours lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19.

- **Annulation consultations de second recours**

Les médecins interrogés confiaient qu'en intra-hospitalier comme en libéral, les consultations de second recours non urgentes étaient annulées.

“Il y a eu pas mal de choses qui ont été annulées pour les patients : pas mal de spécialistes qui ont arrêté de consulter, qui ont reporté leurs consultations.” (MG6)

- **Annulation des suivis par les spécialistes**

Les médecins interrogés notaient que les suivis non urgents étaient annulés.

“Il n'y avait rien à faire à Grenoble, la première vague, il n'y a pas eu de Covid. Dans tous les services, on se tournait les pouces, je ne vois pas pourquoi ils ont arrêté le suivi.” (MG2)

- **Avis téléphoniques facilités auprès des spécialistes**

Paradoxalement, les médecins interrogés trouvaient que l'accès aux avis téléphoniques était facilité.

“Ils étaient du coup paradoxalement plus à disposition car leurs cabinets étaient priés de fermer étant donné qu'ils n'avaient plus d'activités secondaires programmées sur les cliniques, les centres hospitaliers, je parle des seconds recours.” (MG3)

2.5.3. Annulation des prises en charge paramédicales et dentaires

Les soins paramédicaux et dentaires étaient annulés ou reportés.

“Les kinés n'avaient pas le droit de bosser.”(MG6)
“Il y a eu pas mal de spécialistes qui ont arrêté de consulter, qui ont reporté leurs consultations, y compris les dentistes...” (MG6)

2.6. COLLABORATION RENFORCEE ENTRE CONFRERES

2.6.1. Solidarité entre confrères sans précédent

La plupart des médecins interrogés rapportaient une solidarité remarquable entre pairs permettant de garantir la continuité des soins, ils citaient notamment :

- **Une entraide exceptionnelle entre médecins généralistes ;**

“On a constitué un réseau WhatsApp avec tous les professionnels du réseau, du territoire : c'était vraiment très aidant, très facilitant et très chaleureux. Au travers de ce réseau est montée très vite une vraie fraternité, tous professionnels confondus.” (MG3)

- **Le partage d'informations ;**

“Sur Grenoble, il y a eu la création du groupe Slack, je ne sais pas si tu connais, il a permis de regrouper les infos, après ça traitait peut-être plus de l'organisation des soins que de la bibliographie en tant que telle.” (MG7)

- **Le partage de matériel de protection ;**

“C'était effectivement le réseau WhatsApp de professionnels qui dans les relations des uns et des autres avait permis de mettre en commun du matériel de protection .” (MG3)

- **Le partage d'expériences ;**

“Il y avait un médecin qui avait travaillé un peu dans la médecine de guerre, qui nous avait donné pas mal de conseils pour organiser ça, de logistique, comment gérer, pour simplifier au mieux les choses parce que tout était très compliqué.” (MG6)

- **Un esprit de motivation collective.**

“Les médecins étaient vraiment prêts à travailler bénévolement dans des centres Covid.”(MG8)

2.6.2. Renforcement des échanges professionnels

Lors de la première vague de l'épidémie, les médecins multipliaient les échanges afin d'obtenir un maximum d'informations sur la Covid 19. Ils échangeaient davantage avec les spécialistes, leurs consœurs et leurs confrères. Les médecins intensifiaient leurs échanges sur le lieu de travail puis ils utilisaient de plus en plus les échanges téléphoniques, les vidéoconférences, le courrier électronique, pour éviter le risque de contamination :

- **Conversations orales en face à face ;**

“On prenait le temps d'échanger les uns avec les autres : autant avec les secrétaires qu'entre nous médecins et bien sûr internes.” (MG3)

“On s'est mis à faire des réunions hebdomadaires avec l'équipe des médecins et les IDE, les secrétaires, pour faire un point, semaine par semaine des nouvelles choses qu'on apprendait sur le Covid.” (MG7)

- **Conversations orales à distance ;**

“On a créé un groupe WhatsApp® et puis on était tellement nombreux après, on a migré sur un truc plus gros qui est l'application Slack®.” (MG4)

“Entre collègues du secteur, on se voyait par Zoom, mais on communiquait par WhatsApp ou des choses comme ça.”(MG4)

- **Échanges de courriers électroniques.**

“Les mails étaient des conversations entre médecins, les infectiologues du CHU de Grenoble aussi, le Pr Épaulard, les recos coronavirus, la DGS, des groupes de discussions etc.” (MG9)

2.6.3. Thèmes abordés entre consœurs et confrères

Les médecins partageaient entre eux des informations sur la Covid-19, des initiatives et leurs difficultés personnelles. Ils s'organisaient pour trouver du matériel de protection, réaménager leur cabinet, et limiter le risque de transmission au domicile. Certains organisaient la création de centres Covid. Entre eux les médecins abordaient différents thèmes :

- **Covid-19 ;**

“Ce groupe WhatsApp, ce groupe de pairs, il portait sur le Covid: on ne parlait que de ça!!”(MG2)

- **Obtention de matériel de protection ;**

“Très vite en fait chacun s'est organisé un petit peu à sa façon pour savoir ce que les uns et les autres pouvaient amener aux autres, ou en tout cas à la communauté.” (MG3)

- **Réorganisation des cabinets ;**

“On se demandait: qu'est ce qu'on allait faire? Comment on allait s'organiser au cabinet ? les masques, les écrans en plexiglas, le matériel...” (MG2)

- **Réorganisation personnelle ;**

“Je me souviens sur le groupe SLACK, les conversations: « comment faites-vous quand vous rentrez à la maison le soir? » et tout le monde y allait de sa petite technique: « il y a un sas, je me déshabille complètement »... « Je monte à poil dans la douche » (rires).” (MG4)

- **Création de centres Covid ;**

“C'était de l'improvisation et puis beaucoup de discussions sur Slack avec d'autres collègues dans la région qui avaient aussi un peu monté des centres Covid ou qui étaient en train de le faire.”(MG6)

- **Difficultés psychologiques .**

“Ce groupe, au début, c'était tout, c'était le support, c'était à la fois la source d'information, et puis un support psychologique aussi, puisqu' on se confiait, on s'entraidait.”(MG2)

2.7. AUGMENTATION DU TEMPS DE VEILLE DOCUMENTAIRE

2.7.1. Augmentation du temps de formation continue

Pour obtenir des informations sur l'épidémie en cours, les médecins consacraient chaque jour plus de temps à la recherche d'informations, y compris sur leur temps personnel.

“J'avais vraiment besoin d'avoir un maximum d'informations, de savoir comment les implémenter au quotidien dans notre exercice.” (MG3)

“Tout au début , je me rappelle que je passais énormément de temps à essayer de trouver des infos : je pense que j'étais à deux ou trois heures par jour à la recherche d' infos.” (MG6)

2.7.2. Multiplication des canaux d'informations

Pour obtenir un maximum d'informations, les médecins multipliaient les canaux d'informations .

“J'allais chercher des informations au travers différents canaux et j'avais besoin qu'elle se croisent, qu'elles se consolident les unes et les autres.” (MG3)

“Je me suis inscrite sur DGS urgence par mail, au groupe Slack, j'ai fait des recherches sur l'épidémie via Google Scholar ou Pub Med, voir ce qu'il en était.” (MG9)

2.7.3. Principaux canaux d'informations

Parmi les sources d'informations citées par les médecins interrogés, on retrouvait principalement les médias classiques, la presse médicale, les échanges avec les infectiologues du CHU de Grenoble et le syndicat de médecins Mg France :

- Médias classiques ;

“Les grands canaux d' informations qui étaient les médias en ligne et télévisés.”(MG3)

- Sites d'épidémiologie ;

“Je suis tombé sur le site Covid Visualizer, qui est super important, qui est mondial, donc c'est fait par une université aux États-Unis, tu as la carte du monde, tous les jours c'est mis à jour toutes les deux minutes. Moi j'ai beaucoup regardé ça, tous les jours.” (MG2)

- **Presse médicale internationale ;**

“Je suis la presse internationale, médicale, anglo-saxonne, des publications (...) le BMJ British Medical Journal, il y a des scientifiques de Cambridge, un peu de tous azimuts.”
(MG5)

- **Médecins Infectiologues;**

“Sur Twitter je suis abonné sur pas mal de comptes d infectiologues, et d' autres professionnels de soins premiers, des épidémiologistes par exemple.” (MG3)
“Inf Med Savoie” je ne sais pas si tu as entendu parler, en fait c'est les infectiologues en Savoie qui se sont mis à disposition des médecins de ville pour les aider à résoudre leurs problèmes infectieux.” (MG4)
“Le Professeur Épaulard PU PH en infectiologie à Grenoble, qui nous a fourni un maximum d'informations dès le premier jour.” (MG2)

- **Médecins Contacts dans les foyers épidémiques ;**

“On était en relation avec le service de réanimation en Italie et on avait si tu veux, des informations sur la vague qui était celle dont nous entendions parler à la télévision.” (MG3)

- **Syndicats de médecins ;**

“Le syndicat MG France a vraiment fait un super travail depuis le début de la crise, avec des mails synthétiques qui reprenaient bien les choses etc., les nouveautés à peu près dès qu'elles sortaient, pour être au courant.” (MG6)

- **Collèges des enseignants ;**

“Pendant le confinement, il y avait le site du collège des enseignants de médecine générale qui renvoyait sur Antibioclic et Coronacliv, leurs pages Covid.” (MG8)

- **Institutions médicales.**

“Il y avait quand même au début une information de la part de Santé Publique France qui était dans la définition des cas, et que j'avais trouvé assez précise, qui m'aidait” (MG4)
“Mes sources d'informations en mars-avril, c'était : la SFAR, JIM.fr, la SFMU, le Collège de France, les documents du Pr Épaulard au CHU de Grenoble, ceux du Dr Rougeaux infectieux au CH de Chambéry, ceux du CHU d'Amiens Picardie, Santé publique France, Covid CHAI pour la psy, le HCSP: haut conseil de la santé publique...” (MG7)

2.7.4. Veille documentaire satisfaisant les médecins

Les médecins interrogés ont eu accès à des information dont ils étaient satisfaits par leurs recherches personnelles.

“Au final, moi je n'ai pas eu cette impression de manquer d'informations.” (MG2)

“Moi, à aucun moment j'ai eu le sentiment d'être perdue. Je pense que m'informer déjà sur les cinétiques des courbes, de voir comment ça se passait chez nos voisins, déjà ça donnait une bonne idée.” (MG8)

2.8. MISE EN PLACE DE MOYENS DE PROTECTION

Lors de la crise sanitaire de Covid-19, les médecins ont réorganisé leur moyen de protection pour lutter contre le risque de transmission virale.

2.8.1. Réorganisation du cabinet médical

Tous les médecins interrogés ont dû réorganiser leur cabinet pour lutter contre le risque de transmission virale :

- Modification du circuit patient ;

“Les patients non Covid prenaient un autre chemin pour éviter les patients suspects Covid.” (MG1)

“On a mis au sol aussi des marquages, de façon à ce que les patients attendent à 1m50- 2 mètres, lorsqu' ils voulaient demander quelque chose au secrétariat.” (MG 3)

- Réorganisation de la salle d'attente;

“On a retiré évidemment toutes les revues et je nettoyais assez souvent les sièges...”(MG2)

“On a identifié une salle d'attente « sale » et une salle d'attente « propre ».” (MG3)

“Les gens patientaient plus facilement dehors que dans la salle d'attente.” (MG5)

- Limitation de l'accès aux accompagnants;

“On a modifié la circulation des individus en demandant à ce qu' il y ait un patient et pas forcément deux , les accompagnants restant dehors .” (MG3)

- Salle de consultation dédiée aux patients Covid-19;

“C'était un médecin par journée dédié aux suspects Covid et on empruntait toujours ce bureau pour le Covid.” (MG 7)

- Matériel de protection au sein du cabinet.

“Au niveau de nos cabinets, on avait mis des protections plastiques, des films en tout cas sur les souris, sur mon écran, sur mon clavier... On avait érigé des murs de plexiglas.” (MG 3)

2.8.2. Équipement de protection individuelle (EPI)

Pour lutter contre la transmission virale, les médecins ont adapté leur usage en termes d'équipements de protection individuelle.

- **Port du masque imposé aux patients**

Les médecins interrogés ont imposé le port du masque aux patients.

« Le port du masque obligatoire au cabinet était déjà instauré avant qu'il ne le soit en réalité. »(MG3)

- **Consultation classique :**

Lors des consultations classiques, les médecins interrogés portaient un masque chirurgical et une tenue de travail spécifique (blouse, ou tenue dédiée) :

- **Tenue de travail ;**

“On arrivait au cabinet , on se changeait et on se mettait en tenue de combat, si je peux me permettre... les sabots, les pyjamas et autres tuniques...!!” (MG 3)

“J'ai mis une blouse mais pas de lunettes. Blouse et masques. Gants non.” (MG8)

- **Masque chirurgical ;**

“On mettait des masques chirurgicaux pour tous les patients déjà parce que de toute façon on n'avait pas d'autres solutions... “ (MG4)

- **Port de gants jugé inutile.**

“On est parti sur le principe qu'on se désinfectait les mains, donc que ça ne servait à rien de mettre des gants . “ (MG6)

- **Consultation de patient suspect Covid-19**

Le port de surblouse, de lunettes et de masque FFP2 est privilégié par certains lors de consultation avec des patients suspects Covid-19 :

- **Tenue spéciale Covid-19 ;**

“Pour les suspects Covid, je pense que je mettais un FFP2, je devais mettre des lunettes, une charlotte et... (réfléchit) je pense qu' on mettait la blouse...” (MG4)

- **Masque FFP2.**

« Dans de rares cas on mettait des masques FFP2 : quand on avait des éléments qui laissaient supposer qu'on avait un patient porteur d'une virose. » (MG3)

2.8.3. Renforcement des mesures d'hygiène

Les médecins ont mis en place des moyens de protection pour lutter contre la transmission virale.

• **Nettoyage systématique entre les patients**

Après chaque consultation, les médecins devaient désinfecter la salle à l'aide de produits virucides.

"Le ménage était fait le matin mais aussi entre midi et 14 heures : un grand ménage à fond. Et après avoir fait le ménage, on désinfectait entre chaque patient tout notre espace personnel." (MG 6)

"J'ai vu des études sur la persistance du virus sur les surfaces planes, les moyens de l'éradiquer. Nous, pour la désinfection on avait de la javel et on frottait." (MG4)

• **Hygiène des mains**

Le lavage de mains étaient obligatoires pour les patients, comme pour les médecins.

"On s'est toujours lavé les mains avant et après chaque patient." (MG5)

"On demandait aux gens de se laver les mains directement, de ne rien toucher." (MG9)

• **Aération**

Les médecins aéraient systématiquement leur cabinet entre deux consultations.

"On ouvrait toutes les fenêtres systématiquement dans nos salles d'attente et dans le secrétariat du cabinet." (MG 3)

2.8.4. Sources d'approvisionnement

Lors du début de la crise sanitaire, les médecins se sont protégés grâce à divers moyens :

- **Matériel de protection conservé de l'épidémie H1N1 ;**

“Heureusement qu' on avait une espèce de trésor de guerre de la première épidémie de H1N1.” (MG4)

- **Matériel de protection fourni par du personnel soignant ;**

“Tout le monde a mis en commun son énergie pour pouvoir apporter à la communauté des soignants quelque chose (...) en particulier ceux qui n'avaient plus le choix que de fermer leur cabinet : les kinés, les orthophonistes et j'en oublie certains.” (MG3)

- **Matériel de protection fourni par des patients ;**

“Une des caractéristiques de cette première vague, c'est qu'en fait, nos patients nous ont amené tout ce qu'ils avaient, eux, et ça c'était super généreux et même très touchant !” (MG4)

- **Matériel de protection fourni par des entreprises et des communes ;**

“La plateforme chimique à proximité a mis à disposition plusieurs milliers de litres de javel, des communes qui ont mis à disposition masques et surblouses.” (MG3)

- **Commandes effectuées avant l'épidémie ;**

“Je l'avais joué finement en prévision de l'épidémie grippale j'avais acheté des masques donc nous on en avait.” (MG4)

- **Approvisionnement tardif via les pharmacies .**

“On a eu la distribution des masques en pharmacie mais elle est arrivée un peu tard en fait, ça aurait été bien que ça arrive dès le départ.” (MG6)

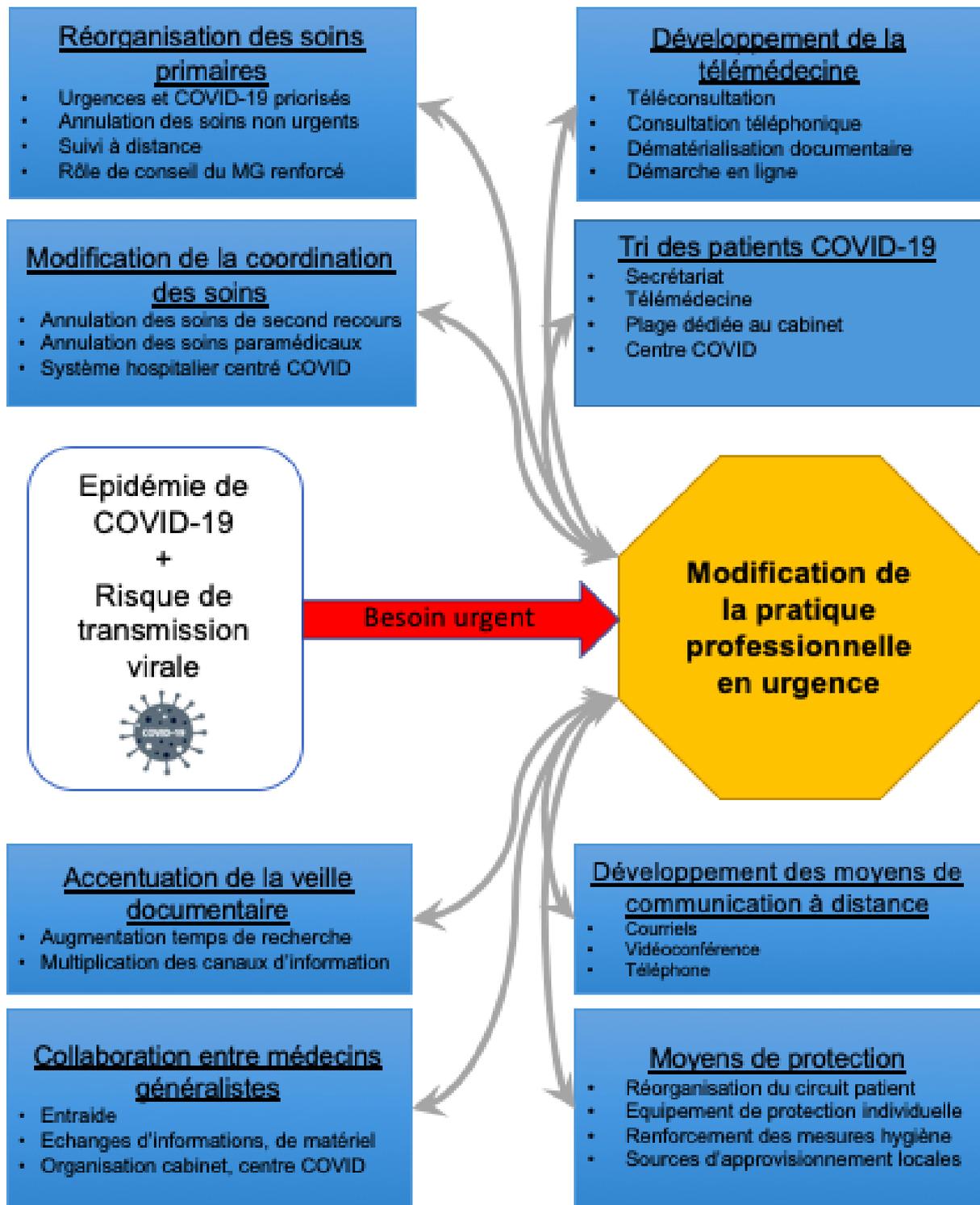


Figure 2: Vécu professionnel et modifications de la pratique des médecins généralistes face au risque de transmission virale lors de l'épidémie de Covid-19

3. VÉCU PROFESSIONNEL DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES IMPACTÉ PAR LA CRISE SANITAIRE

Les médecins ont été confrontés à de nombreuses difficultés lors du début de la crise sanitaire de Covid-19.

3.1. DIMINUTION DE L'ACTIVITE ET FAIBLE TAUX D'INCIDENCE DE LA COVID-19 EN ISERE

3.1.1. Important investissement face l'épidémie de Covid-19

Les médecins décrivaient un très gros investissement pour se préparer à l'épidémie

“En fait on a été dans l'attente, on a tout préparé mais on n'a pas été touchés pendant la première vague à Grenoble...” (MG2)

“Tous ces changements, ça avait demandé beaucoup d'heures d'investissement et puis finalement ça n'a pas trop servi.... Tant mieux, ça veut dire que ça allait mieux au niveau de l'épidémie...” (MG6)

3.1.2. Faible taux d'incidence de la Covid-19 en Isère

Les médecins généralistes s'attendaient à une forte dissémination de l'épidémie au sein de la population. Ils ont noté un taux d'incidence de cas de Covid-19, très faible en Isère, lors du confinement. Ils étaient stupéfaits :

- **Faible taux d'attaque de la Covid-19 en Isère ;**

“Il n'y avait rien à faire : à Grenoble, la première vague: j'ai eu très peu de cas de Covid... en fait, je n'en ai pas eu !” (MG2)

“Sur la première vague, je n'ai pas du tout eu de proche, de famille, d'ami atteint et pas du tout de patients atteints. “ (MG3)

“Nous, en Rhône Alpes, je pense qu'on n'a vraiment rien eu parce qu'on n'était pas du tout une région touchée.” (MG4)

“La période que tu étudies, dans la région: c'est vraiment une période où il ne s'est rien passé.” (MG8)

- **Stupéfaction des médecins généralistes**

“En fait, en mars, la vague qu'on attendait, n'est jamais arrivée puisqu'on a été confiné à temps et paradoxalement, on a eu des cabinets vides, mais vides... c'était assez épouvantable...(…) On se disait « mais c'est bizarre, il n'y a rien », alors qu'on pensait vraiment qu'on allait être submergé !” (MG4)

3.1.3. Diminution brutale du nombre de consultations au cabinet à l'annonce du confinement

Lors du début de la crise sanitaire, les médecins généralistes ont assisté à une nette diminution de la fréquentation des patients au cabinet. Ils étaient surpris et décrivaient un état de sidération à l'annonce du confinement :

- **Diminution du nombre de consultations présentes**

“Il y a eu des journées avec trois ou quatre patients... alors que d'habitude on en voyait 20 à 25 / jour: ça a été assez effrayant !” (MG3)

“Il y a eu une nette diminution d'activité pendant au moins tout le mois de mars je pense. Pas avant, à partir du confinement en fait.” (MG8)

- **Sidération de l'activité à l'annonce du confinement**

“Ça a été plus une sidération qu'un raz de marée.” (MG2)

“Il y a peut-être une quinzaine de jours où je n'ai plus trop fait de visites parce qu'on était toujours dans cette stupeur, cette sidération, et puis après je crois bien que j'ai repris...” (MG4)

3.1.4. Causes de la diminution du nombre de consultations au cabinet médical

Les médecins expliquaient la diminution de la fréquentation du cabinet par plusieurs facteurs.

• **Annulation des soins programmés**

Les médecins interrogés citaient d'abord la réorganisation des soins basée sur les prises en charge urgentes, et l'annulation des soins non urgents.

“Aucune des consultations de soins spécialisés du second recours n'a pu se faire.” (MG3)

“Soit les patients eux même reportaient leurs examens par peur, soit l'hôpital reportait.” (MG9)

- **Renoncement des patients aux soins**

Les médecins interrogés constataient un renoncement des patients aux soins motivé par la peur de se déplacer, d'être contaminés, de surcharger le système de soins lors du confinement :

- **Peur de se contaminer ;**

*"Tu as les patients qui ne voulaient pas venir parce qu'ils avaient la trouille pour leur santé."
(MG2)*

*"Les patients disaient : "Docteur je n'ai pas envie de venir au cabinet car je n'ai pas envie d'être contaminé", et cela a entraîné une drastique baisse d'activité, et de fréquentation."
(MG3)*

- **Peur de surcharger le système de soins ;**

*"Je suis un cas secondaire, je ne vais pas prendre la place de quelqu'un." (MG2)
"Moi j'ai des patients qui m'ont dit qu'ils n'avaient pas osé venir parce qu'ils pensaient que j'étais débordée par le Covid, alors qu'à un moment donné ce n'était vraiment pas le cas !"(MG6)*

*"Les gens ont attendu avant de consulter : il y a des gens qui n'ont pas consulté à cause du Covid, ils pensaient qu'on était débordés et du coup ils ont fait traîner des pathologies..."
(MG7)*

- **Peur de se déplacer ;**

*"On avait beaucoup de demandes par téléphone, car les gens avaient peur de se déplacer."
(MG6)*

*"Par rapport aux femmes victimes de violence, on essayait de les orienter via des numéros d'appels et vers l'association, très active à Grenoble, "Solidarité Femme Milena", on arrivait à les joindre, mais tout était plus compliqué, comme si personne ne "pouvait" se déplacer..."
(MG7)*

- **Perte de confiance ;**

"Il y a eu un gros souci de confiance dans les informations du gouvernement à cette période-là." (MG6)

- **Difficultés d'appréciation du degré d'urgence pour les patients.**

"Toutes les urgences qu'on a d'habitude, les infections urinaires, les machins... il y a eu un moment où vraiment les gens ne venaient plus avant d'être certains et que ce soit vraiment urgent. C'était assez étonnant !"(MG6)

"Je suis tombée sur une ischémie de pied, ça faisait une semaine qu'elle avait l'orteil bleu, j'ai dû l'envoyer chez un angiologue qui l'a envoyé aux urgences, elle aurait pu se faire amputer...Elle m'a dit qu'elle n'osait pas se déplacer à cause du Covid en fait..." (MG9)

3.2. COORDINATION DES SOINS PERTURBEE

3.2.1. Système excessivement centré sur la Covid-19

Les médecins généralistes critiquaient le fait que le système de soins soit centré sur la Covid-19. Certains estimaient que l'approche centrée-patient était fragilisée.

"Plein de pathologies qui malheureusement ont été mises de côté ..." (MG1)

"Le Covid ça a tout effacé, c'est comme s'il n'y avait eu plus que ça et plus rien d'autre! Or tout le reste était là, bien entendu !" (MG2)

3.2.2. Accès aux urgences compliqué hors Covid-19

Les médecins interrogés trouvaient l'accès aux urgences intra hospitalières complexe pour les patients hors Covid-19 à cause du risque de contamination, des directives du SAMU.

"Envoyer les gens aux urgences, ce n'était pas possible !! Enfin... On essayait d'attendre car on avait peur qu'ils se prennent le Covid..." (MG9)

"Le 15 nous disait "aux urgences il y a le Covid, donc il y a peut-être plus de risques d'envoyer le patient là-bas que de le garder au cabinet quoi"... enfin, c'est fou !!!" (MG9)

3.2.3. Accès aux soins de second recours compliqué hors Covid-19

Les médecins rapportaient des difficultés pour adresser leurs patients hors Covid-19 aux spécialistes.

"On a eu beaucoup de mal à faire soigner les gens qui avaient d'autres maladies que le Covid." (MG2)

"Pour adresser nos patients non Covid aux spécialistes, on s'est retrouvés un peu démunis..." (MG6)

3.2.4. Accès aux examens complémentaires compliqué hors Covid-19

Les médecins rapportaient des difficultés pour adresser leurs patients dans les cabinets d'imagerie médicale.

*“On recevait des mails de service de radiologie qui disaient "Tout patient suspect du Covid, nous on ne prend pas, donc vous vous débrouillez, allez à l'hôpital !!" (MG2)
“Suspicion de Covid, il fallait un scanner : « Ah non, on ne reçoit pas les suspicions de Covid » C'était aberrant : mais où devait-on envoyer les gens ??? “ (MG9)*

3.2.5. Accès aux structures de soins externes compliqué hors Covid-19

Les médecins rapportaient des difficultés pour adresser leurs patients aux structures de soins externes, aux structures sociales, aux associations.

*“J'ai eu des cas de violences conjugales. Oui... Avec du coup la difficulté d'orienter les patients dans des structures pendant le Covid. Tout était compliqué à cette période-là, les associations ne recevaient pas forcément, donc ce n'était pas simple à gérer. Je pense qu'il y a eu beaucoup plus de cas que ce qu'on a pu voir. ” (MG6)
“Les structures d'hébergement pour les anciens travailleurs, précaires ou immigrés, je ne sais pas si tu connais, ADOMA, on continuait à avoir un échange mais c'était plus compliqué...” (MG7)*

3.2.6. Coordination hôpital-ville compliquée

Les médecins généralistes interrogés regrettaient la fragilité du lien « ville- hôpital ».

*“Moi ce qui m'embête, c'est qu' à chaque fois, de la part des hospitaliers même et puis de la part de l'État, comme on est des médecins libéraux eh ben on n'est pas là pour le bien commun et cette fracture-là me peine voilà” (MG4)
“En Isère on n'a pas eu vraiment d'échanges ville-hôpital comme il y a pu en avoir en Savoie et ça j'ai trouvé que c'était dommage comme si le CHU phagocytait le truc, ne nous faisait pas confiance à nous médecins de terrain pour faire notre part du boulot.” (MG4)*

3.3. DEMARCHE DECISIONNELLE PERTURBEE PAR L'EPIDEMIE DE COVID-19

3.3.1. Focalisation sur le diagnostic de Covid-19

La majorité des médecins interrogés s'indignaient des prises en charges centrées autour du seul diagnostic de Covid 19.

“Dès qu'il y avait un problème cardiaque c'était le Covid, dès qu'il y avait de l'asthme, c'était du Covid, mais enfin !!! (s'exaspère) ” (MG9)

“Les spécialistes tournaient tous uniquement autour du Covid : "suspicion de Covid...c'est le Covid" .” (MG9)

3.3.2. Incertitude diagnostique de Covid-19

Les médecins interrogés évoquaient une majoration de l'incertitude diagnostique.

- **Diversité des symptômes de la Covid-19**

Les médecins interrogés citaient la diversité des symptômes de la Covid19 comme un facteur d'incertitude diagnostique.

“On avait des syndromes grippaux, mais bon, il pouvait y avoir encore de la grippe: on ne pouvait pas trier en fait !!” (MG6)

“A l'hôpital ils ont des cas graves ils ont les cas les plus graves, les plus importants, et nous en médecine générale, tout et n'importe quoi pouvait être le Covid : j'ai eu des Covid sur céphalées, Covid sur anosmie, sinusite, perte d'appétit chez patiente de 70 ans, c'était le Covid!” (MG9)

- **Manque de connaissances sur la Covid-19**

Les médecins interrogés citaient le manque de connaissances sur la pathologie de Covid19 comme un facteur d'incertitude diagnostique.

“Comme on avait peu d'informations sur le retentissement organique du Covid, on ne pouvait pas dire formellement “non”... on ne pensait pas que ce soit dû au Covid mais ce n'était pas un risque zéro.” (MG9)

- **Inaccessibilité des examens complémentaires**

Les médecins interrogés citaient l'inaccessibilité des examens complémentaires comme un facteur d'incertitude diagnostique. Ils dénonçaient l'absence de disponibilité, ou de fiabilité des examens complémentaires de référence (PCR, sérologies Covid) :

- **Tests diagnostiques de référence non disponibles ;**

“C'était l'époque où il n'y avait pas de test, donc il y avait bien des gens qui avaient des symptômes mais on ne savait pas si c'était ça ou pas” (MG4)

“On ne pouvait pas tester les gens en ville, il n'y avait que les gens hospitalisés qui étaient testés.” (MG6)

- **Manque de fiabilité des tests de référence ;**

“Déjà à l'époque on disait que 70 % des tests rapides pouvaient avoir des faux positifs et des faux négatifs, on a des rapides qui sont positifs avec des PCR négatifs, et vice versa...” (MG5)

“On ne sait même pas si avec les Anticorps, on est immunisé !” (MG5)

- **Accès à l'imagerie limité pour les patients suspects Covid-19.**

“C'était choquant quand on recevait un mail du cabinet radiologique en nous disant « vous pouvez tout nous adresser, sauf des malades suspects du Covid : les malades suspects Covid vont chez les médecins généralistes ou aux urgences ». Nous on pouvait prendre des risques mais pas les autres !!! ”(MG2)

3.3.3. Démarche diagnostique perturbée par la télémedecine

Les médecins interrogés évoquaient la perturbation de la démarche diagnostique.

- **Disparition de l'examen clinique, risque diagnostique**

Devant la disparition de l'examen clinique, les médecins considéraient la démarche diagnostique et l'appréciation des signes de gravité plus complexe. Ils redoutaient le risque d'erreur diagnostique.

“On en a eu quelques-uns en téléconsultation pour lequel il a fallu organiser une consultation car au téléphone ce n'était pas évident, de les évaluer. ” (MG 3)

“ Apprécier la gravité de quelqu'un qui est essoufflé par téléphone, je sais bien que c'est ce que fait le SAMU, mais moi je ne trouve pas ça évident.” (MG4)

- **Examen clinique jugé indispensable à la médecine générale**

Les médecins généralistes jugeaient l'examen clinique et les consultations physiques indispensables à l'exercice de la médecine malgré le risque de transmission virale.

“Les patients avaient peur de consulter mais les médecins faisaient en sorte de quand même garder une activité de consultation, même si c'était compliqué...” (MG1)

*“On les voyait quand même le plus possible pour les évaluer, prendre une saturation. On les a toujours reçus, enfin ceux qui voulaient venir parce qu'il y en a qui ne voulaient pas.”
(MG6)*

“C'était un peu bancal : franchement je préfère les vraies consultations aux téléconsultations !” (MG7)

- **Arbres décisionnels et thérapeutiques modifiés**

Les médecins généralistes se basaient sur leurs propres connaissances, et leur expérience pour établir leur raisonnement médical en l'absence de consensus scientifique lors de la première vague de Covid-19.

“Tout ce qui tousse avec une supposition de Covid , je demande les D-Dimères et parfois quand c'est supérieur à 0,5 donc je suis obligé de faire un scanner. “ (MG5)

“On a modifié notre façon de faire les choses, parfois on a mis des traitements comme ça, sans examen, enfin, différemment de ce qu'on faisait avant, en fait...” (MG9)

3.3.4. Accès aux soins modifié par la télémédecine

Les médecins interrogés relevaient une modification de l'accès aux soins liée l'usage de la télémédecine, perturbant la démarche diagnostique.

- **Illectronisme**

Les médecins interrogés notaient un accès limité aux populations n'étant pas capables de se servir des outils numériques.

“Pour nos vieux patients, on utilisait le téléphone parce qu'eux ce n'était pas possible de les faire accéder à la Visio.” (MG4)

“Franchement pour les médecins isolés qui ne gèrent pas l'informatique, ça devait être l'horreur quoi ! Envoyer toutes les ordonnances via téléconsultation, ce n'est pas si évident que ça...” (MG7)

- **Accès limité aux patients en situation de précarité**

Les médecins interrogés notaient un accès limité aux populations en situation de précarité, avec une certaine déconsidération de la communication non verbale et interculturelle.

“Je ne vais pas parler de fracture numérique, mais pour les patients qui n'avaient pas les moyens d'avoir une empreinte de carte bancaire, c'était compliqué.” (MG3)

“Il y en a certains qu'on a eu du mal à joindre, notamment les femmes victimes de violences au sein du foyer: elles ont dû s'isoler car parfois le mari entendait... C'était un peu compliqué oui...”(MG7)

“On suit aussi des migrants, des MNA “Mineurs Non Accompagnés”. Normalement, on fait le bilan de santé à leur arrivée, et eux, on arrivait très peu à les joindre...” (MG7)

- **Accès limité à la population pédiatrique**

Les médecins interrogés notaient un accès limité aux populations pédiatriques.

“Pendant le confinement, on n'avait plus d'enfants dans notre patientèle, déjà on n'avait quasiment pas de téléconsultation pour les enfants.” (MG7)

“C'est facile en mars-avril, je n'ai eu aucun enfant en téléconsultation, je n'ai fait pratiquement AUCUN suivi pédiatrique.” (MG9)

- **Accès limité par les problèmes techniques**

Les médecins interrogés notaient un accès limité par les difficultés techniques fréquentes.

“On essayait comme on pouvait le système SARA, mais je me souviens bien qu'au début ça buggait vraiment...(…) ça reste quand même compliqué la Visio chez nous, parce qu'il n'y a pas la fibre, le réseau n'est pas terrible.” (MG4)

“C'étaient des conditions techniques qui étaient déplorables: on n'entendait rien, tout le monde parlait en même temps.” (MG4)

- **Manque de sécurité des données médicales**

Les médecins interrogés se questionnaient sur la sécurité des données médicales lors des téléconsultations.

“On aurait pu avoir des aides quoi, des outils pour communiquer et garantir la confiance, la sécurité des données, parce que WhatsApp avec les patients, c'est quand même limite !” (MG7)

3.4. GESTION INSTITUTIONNELLE DE LA CRISE CRITIQUEE

3.4.1. Manque d'accompagnement institutionnel

Les médecins interrogés décrivaient un manque d'accompagnement institutionnel :

- **Manque d'anticipation**

Les médecins interrogés décrivaient un manque d'anticipation de la part des autorités sanitaires.

“Aujourd'hui en tout cas, avec cette épidémie je trouve qu'on n'a pas été bons, à chacune des étapes, que ce soit : la crise des masques, la crise des tests, la crise des vaccins à venir. Je parle des masques et de tout ce qui allait avec les surblouses et autres moyens de protection...” (MG3)

- **Manque de soutien général**

Les médecins interrogés décrivaient un manque de soutien de la part des autorités sanitaires d'un point de vue général.

“Je ne dirai pas « accompagnement » comme terme... il n'y a pas eu trop d'accompagnement justement !(rires) “(MG7)

“Mon ressenti global, c'est un début très difficile, où les dirigeants n'étaient pas d'accord sur quoi faire, je trouve qu'on n'a pas eu d'aide au début, on était seuls.” (MG9)

- **Manque de soutien lors de la création de centres Covid**

Les médecins interrogés ayant participé à la formation de centres Covid décrivaient un manque de soutien de la part des autorités sanitaires.

“On n'a pas du tout été suivi par l'ARS !! Les administrations sont plus des freins que des aides là-dedans (soupir)...” (MG6)

“Je pense que le centre Covid ne pouvait pas se faire sans l'aval de l'ARS ou de la mairie, et de quelqu'un qui veuille bien assurer en termes d'assurance professionnelle, de responsabilité, un secrétaire ou un agent d'accueil... C'était ça les obstacles principaux ! Après, on n'était pas rentrés dans le détail du financement non plus, et ça je ne sais pas comment ça aurait tourné...(grimace)” (MG 8)

3.4.2. Communication institutionnelle jugée inappropriée

Les médecins interrogés estimaient que la communication gouvernementale était inappropriée.

- **Manque de prudence**

Les médecins généralistes interrogés notaient un manque de prudence dans la communication faite au grand public.

“Je pense qu'à un moment, un temps de réflexion est nécessaire avant de pouvoir porter une parole publiquement.” (MG4)

“Les politiques donnaient l'impression de savoir et d'être sûrs alors qu'en fait ils n'étaient pas sûrs... ça n'aurait pas été plus mal de dire : « finalement on ne sait pas et on va voir comment ça se passe... » “ (MG6)

- **Manque de transparence**

Les médecins généralistes interrogés notaient un manque de transparence dans la communication faite au grand public. Ils regrettaient que les autorités n'aient pas assumé les incertitudes et le risque d'erreur dans la gestion sanitaire.

“Il faut juste avoir la sincérité de dire qu' il n'y a pas assez de masques parce qu'on n'a pas assez négocié ou qu'on s' est fait avoir. Et ça c'est de la politique !! Le manque de sincérité du gouvernement peut me gêner... “ (MG4)

“J'ai trouvé ça inadmissible qu'on mente aux gens en leur disant que les masques ne servaient à rien!! Dire qu'on n'en a pas et qu' on a merdé parce qu'on n'en a pas, c'est quand même beaucoup plus honnête, et à mon sens plus responsable, que d'essayer de faire croire que ça ne sert à rien ou qu'on ne les met pas bien.... Voila. Ce mensonge-là, il ne passe pas. “ (MG4)

- **Manque de cohérence**

Les médecins généralistes interrogés notaient un manque de cohérence dans la communication faite au grand public.

“Je me souviens de cette émission sur France 2, une chaine nationale, où on parlait encore de "grippette" et que oui, il ne fallait pas hésiter à aller à Venise parce que c'était sûrement pas cher d'y aller en ce moment enfin ce genre de truc !” (MG4)

“Au début, ils disaient «un masque ça ne sert à rien» puis finalement: «masquez-vous sous peine d' amende»...” (MG6)

- **Manque de coordination entre experts**

Les médecins se disaient déstabilisés par le manque de coordination entre experts générant des messages contradictoires.

“L'état était noyé. A mon avis, n'a pas su s'entourer des bonnes personnes pour prendre les bonnes décisions.” (MG1)

“C'était presque un constat de tristesse pour mon pays c'est à dire que tu as les corps administratifs qui disent "on va faire, on va faire" mais ils ne savent pas faire et ils n'ont pas là l'humilité de demander à ceux qui savent.” (MG4)

- **Communication des risques engendrant de la confusion**

Les médecins généralistes interrogés trouvaient que la communication des risques faite au grand public générait de la confusion.

“Je dirais que les patients ont souffert des aller-retours dans l'information, le confinement, les masques, les patients ont un peu l'impression qu'on les a pris pour des imbéciles pour parler poliment, d'avoir été un peu “bernés”!” (MG6)

“Les patients, on leur avait dit "Attention isolez-vous !". Ils ne savaient même pas qu'ils pouvaient aller chez le médecin. Ils ne savaient pas qu'on pouvait faire un suivi téléphonique.” (MG9)

- **Coercition critiquée**

Les médecins interrogés constataient des conséquences négatives de l'interdiction de se déplacer sauf «motif de santé relevant de l'urgence»(20) sur la santé des patients.

“Au niveau de la communication avec les gens aussi il y a eu un problème: il aurait fallu leur dire "allez quand même chez votre médecin”(MG2)

“Je pense que ça a été une erreur de dire aux gens “n'allez pas voir votre médecin sauf urgence absolue” car on l'a bien vu après avec tout ce qu'on a dû rattraper: les gens qui n'avaient pas fait leur suivi, ceux qui avaient des découvertes de cancers...” (MG6)

3.4.3. Informations institutionnelles insuffisantes

Les médecins interrogés jugeaient insuffisantes et tardives les informations reçues de la part des institutions médicales comme l'Ordre des médecins, l'ARS, la DGS, la CPAM. La majorité des médecins se sentait déconsidérée par les institutions, seule face à la crise sanitaire.

- **Informations locales insuffisantes**

Les médecins interrogés regrettaient de ne pas avoir reçu davantage d'information localement.

"Il n'y a pas de représentativité territoriale, c'est dommage car en fait l'épidémie elle est vraiment différente en fonction de la situation géographique." (MG4)
"Pour cette première vague, je pense que j'aurais aimé être plus proactive dans l'information, l'épidémiologie locale mais je n'avais pas forcément d'information et puis je me sentais illégitime, je suis qui moi pour parler?" (MG4)

- **Informations institutionnelles insuffisantes**

Les médecins interrogés jugeaient le nombre d'informations institutionnelles reçues insuffisant.

"Il y a tous les mails officiels de la "DGS" mais je trouve que de la part du département de l'Isère, l'ARS de l'Isère, c'est un peu insuffisant comme information" (MG4)
"Je ne suis pas sûre qu'on ait eu beaucoup de mails du Conseil de l'Ordre..."(MG6)

- **Informations institutionnelles tardives**

Les médecins interrogés trouvaient la diffusion d'informations institutionnelles tardive.

"Les "DGS urgent" du Ministère, la HAS, le Conseil de l'Ordre, alors ceux-là ! Un à deux mois de retard, laisse tomber, ils ne servaient à rien !!! (Éclats de rire)" (MG2)
"Ça fait partie du Conseil de l'Ordre de nous envoyer quand même des mails régulièrement. Mais je crois qu'au tout début il n'y avait pas grand-chose d'officiel en fait."(MG6)

- **Informations insuffisantes aux médecins remplaçants**

Le seul médecin généraliste remplaçant interrogé, s'indignait de n'avoir reçu aucune information officielle de la part des institutions.

"En tant que remplaçante, heureusement que j'ai eu accès à des mails transférés via mes remplaçés, sinon je n'aurais eu aucune information officielle..."

- **Contenu inadapté des informations institutionnelles**

Les médecins interrogés jugeaient le contenu des informations institutionnelles comme l'Ordre des médecins, l'ARS, la DGS, la CPAM inadapté. Ils décrivaient :

- **Un manque de clarté des informations ;**

“Des recommandations claires, je ne suis pas sûre qu'on en ait eu. C'était un peu chacun fait sa sauce, comme il veut quoi...!” (MG6)

“Un manque d'information total sur comment se protéger, sur la contamination, et même sur les symptômes, quoi...!” (MG9)

- **Un contenu inapproprié ;**

“Nous on est dans la merde, tout seul, on a une pandémie qui nous tombe sur la figure, on ne sait pas par quel bout commencer... Et la CPAM, elle, ne pense qu'à ses quotas d'arrêts de travail“(MG2)

- **Un design inadapté .**

“Santé Publique France envoie régulièrement par la DGS des informations qui ne sont juste pas pertinentes parce que tu te tapes des pages et des pages à lire alors que l'on voudrait tous avoir accès à des messages synthétiques et ce serait mieux !!” (MG4)

3.4.4. Sentiment de compassion de certains médecins à l'égard du gouvernement

Certains médecins éprouvaient un sentiment de compassion à l'égard des institutions médicales dans la gestion de l'épidémie.

“Parfois on est quand même bien contents d'être modestement ce qu' on était et pas forcément aux commandes...” (MG3)

“Je pense qu'ils ont fait ce qu'ils ont pu, les institutions médicales je pense à l'Ordre, ils nous ont fait des newsletters, des choses comme ça, avec des messages...c'est difficile. Et c'est toujours facile de cracher dans la soupe” (MG4)

“Ils ont essayé de faire de leur mieux, je pense...” (MG9)

3.5. GESTION INADAPTEE DES MOYENS DE PROTECTION

3.5.1. Communication gouvernementale contradictoire

Les médecins étaient déconcertés par la communication gouvernementale effectuée à propos des masques. Ils s'indignaient des informations contradictoires diffusées auprès du grand public.

“Les recommandations changeaient en permanence: “le masque est inutile” puis “valable 6 heures”, “12 heures”, “24 heures”, “Il faut mettre le FFP2”, “Il ne faut pas le mettre”... (soupir)” (MG1)

“C’est au niveau gouvernemental que ça a tâtonné... “Les masques ne sont pas nécessaires” puis, tiens, “faut des masques” !! (MG6)

3.5.2. Pénurie de matériel de protection

Les médecins généralistes ont été confrontés à une pénurie de matériel de protection du fait de retard d’approvisionnement :

- Retard d’approvisionnement en matériel de protection ;

“On avait commandé des lunettes, on ne les a pas eues avant un bon mois et demi, deux mois. On avait aussi commandé des calottes et des sur-chaussures , on ne les a jamais vraiment eues...” (MG 3)

“Quand on a fait des commandes, les délais de livraison étaient super allongés, les prix avaient vraiment grimpé, on ne savait pas trop quand on allait en avoir...”(MG 6)

- Rupture en matériel d’hygiène et protection.

“Ça avait mis du temps à arriver , car il y a eu des ruptures de stock... (grimace)” (MG3)
“On a eu des difficultés à trouver du matériel, du désinfectant pour les surfaces etc., ça a été galère !” (MG6)

3.5.3. Moyens mis en place pour lutter contre la pénurie de matériel

Pour assurer leur protection, les médecins interrogés utilisaient des EPI conservés depuis l’épidémie de grippe H1N1 en 2009, et des EPI partagés par les patients, les confrères, ou des initiatives locales :

- Solidarité locale ;

“C’est le mouvement généreux des donateurs du territoire qui a fait qu’on a pu avoir ce matériel autrement que par les fournisseurs, mais sinon, ça a été compliqué...!” (MG3)

- Partage des stocks anciens d’EPI.

“Moi au début j’ai eu de la chance j’avais encore des masques de l’épidémie de H1N1!” (MG2)

- **Économie du matériel de protection ;**

“D’une semaine à l’autre ça changeait, il fallait économiser “ça”, et “ça”, on ne savait jamais à quoi s’attendre en termes de matériel...”(MG1)

*“A une époque, on avait quelques masques mais je les gardais je les lavais je les faisais sécher (rires) j’ai fait tout ce qu’il fallait pour essayer d’économiser un peu cette rareté !”
(MG4)*

3.5.4. Conséquences de la pénurie de matériel d’hygiène et de protection

Face à la pénurie de matériel de protection, les médecins généralistes ont dû économiser leurs moyens de protection. Certains médecins confiaient qu’ils n’avaient pas toujours réussi à garantir une protection optimale mettant en danger leur santé :

- **Protection optimale non garantie ;**

“Les surblouses on les gardait toute la journée par-dessus nos tenues, on les gardait, donc on les mettait sur un porte manteau avec notre nom.” (MG1)

“On ne changeait pas de masque à chaque patient: on ne pouvait pas. On nous avait dit un masque pour quatre heures mais on faisait un masque pour une journée quoi... parce que ce n’était pas possible sinon...” (MG 9)

- **Moyens de protection inadaptés.**

“Dans mon remplacement, tout était lavé au vinaigre blanc, or, le vinaigre blanc ça ne marche pas du tout sur les virus, donc il a fallu qu’on change ça...” (MG9)

“Les patients, ils avaient à peu près n’importe quoi sur la figure mais ils venaient quand même !! (Rires)” (MG4)

3.5.5. Contraintes imposées par les moyens de protection

Pour limiter le risque de transmission virale, les médecins ont dû modifier leurs moyens de protection et supporter des contraintes supplémentaires :

- **Inconfort lié aux moyens de protection ;**

“Il a fallu s’habituer au masque aussi parce qu’on n’était pas habitué...” (MG1)

*“Je trouvais ça insupportable à mettre, les FFP2, donc de toute manière je n’en mettais pas”
(MG2)*

“Après bosser avec un FFP2 toute la journée, honnêtement je crois que je l’ai fait 3 jours, c’est tellement horrible !!” (MG6)

- **Nettoyage chronophage ;**

“Moi je suis une compulsive de la javel (rires) donc j'en mettais partout avant, après etc. mais c'était chronophage.” (MG4)

“On nettoyait deux, trois fois par jour tout, et systématiquement tout le bureau : ça nous prenait trois minutes après chaque patient pour tout nettoyer.” (MG 9)

- **Mesures de protection pesantes au domicile ;**

“Je me rappelle des précautions que je prenais en mars quand je rentrais à la maison: la douche, lavage des cheveux, la lessive à 60 tous les soirs... Bon, j'ai tenu un mois et puis après j'ai arrêté !!!(rires) ” (MG4)

“Je me changeais en arrivant chez moi ou avant de repartir!” (MG6)

3.6. REPERCUSSIONS DE LA CRISE SANITAIRE SUR LA SANTE DES PATIENTS

3.6.1. Répercussions de la crise sanitaire sur les soins de suivi, de prévention et de dépistage

Certains soins de dépistage, de prévention comme la vaccination des nouveau-nés, les suivis pédiatriques, gynécologiques, ou des pathologies chroniques étaient reportés, les médecins craignaient des répercussions sur la morbi-mortalité :

- **Retard de suivi global ;**

“Après voilà, on a rattrapé des choses derrière, parce que les suivis n'étaient pas faits etc.” (MG6)

- **Retard dans le calendrier vaccinal pédiatrique ;**

“Les consultations de suivi des nourrissons et de vaccination ont été reportées ce qui a pu entraîner un retard dans le calendrier vaccinal .” (MG3)

“Il y a eu pas mal de retard dans les vaccins car justement les gens n'osaient pas prendre les rendez-vous pour faire les vaccins.” (MG6)

- **Retard de suivi pédiatrique ;**

“Il y en a qu'on n' a pas vu pendant trois, quatre mois, avec les vaccinations qui prenaient du retard, avec des petits qui n'étaient pas trop suivis.” (MG6)

“Je pense qu'il y a eu un retard énorme de suivi de l'enfant sain et du coup qui n'est pas toujours sain, l'enfant...” (MG7)

- **Retard de dépistage des troubles d'acquisition ;**

*“Dépister les retards d'acquisitions: les enfants ont deux ans et on s'aperçoit qu'il y a énormément de retard d'acquisition, de langage, des troubles psychomoteurs... (grimace)”
(MG7)*

- **Retard des suivis de grossesse.**

“Le seul décès que j'ai eu dans ma patientèle, c'est des conséquences, des effets indésirables d'une annulation de suivi de grossesse (...) c'est un cas où moi je considère que c'est inadmissible!”(MG2)

“Je ne vois pas pourquoi ils ont arrêté le suivi des grossesses à haut risque par exemple, il n'y avait pas lieu de faire ça. Décaler une plastie mammaire, ok, mais là c'était très très bizarre...”(MG2)

3.6.2. Répercussions de la crise sanitaire sur la prise en charge des pathologies urgentes

• **Répercussions de la communication sur la consommation de soins des patients**

Les médecins interrogés redoutaient que la communication faite au grand public n'ait un effet sur la morbi-mortalité.

“Il y a eu une communication qui n'était pas bonne pour la santé générale de tout le monde (...)C'est une période où si les gens n'avaient eu peur d'appeler, on les aurait vu comme d'habitude, pour une urgence...” (MG6)

• **Retard de prise en charge des pathologies urgentes**

Les médecins généralistes interrogés observaient de la part des patients des délais de consultation plus allongés, des difficultés d'appréciation de l'urgence à l'origine de retards de prise en charge des pathologies urgentes :

- **Retard diagnostique**

“Est ce que c' est le retard diagnostique du fait de la peur du Covid, des gens qui ne sont pas venus...? “ (MG1)

“On a eu des gens avec des douleurs thoraciques : diagnostic d'infarctus à J5 parce qu' ils ont eu peur de consulter...” (MG6)

“Pour les grosses urgences, c'est seulement quand les gens n'arrivaient plus à attendre, qu'ils venaient...” (MG9)

- **Stade de découverte plus grave**

“On a eu beaucoup de conséquences et on a encore beaucoup de conséquences médicales maintenant sur la santé de nos patients et avec des choses graves.” (MG6)

“Je n’ai jamais vu autant de choses graves en médecine générale en deux mois : des trucs graves qu’on découvre et ça fait un moment que les patients les sentent mais ils ont eu peur de consulter.” (MG7)

3.6.3. Répercussions de la crise sanitaire sur la prise en charge des pathologies non urgentes

Les médecins généralistes observaient un retard de prise en charge des pathologies non urgentes à l’origine de complications aiguës et décompensations. Ils regrettaient l’annulation des soins programmés, des soins dentaires, des prises en charge paramédicales lors de l’épidémie de Covid-19. Ils appréhendaient des répercussions médicales sur la santé de leurs patients :

- **Retard de prise en charge des pathologies hors Covid-19 ;**

“S’il y a eu un gros problème au moment de la crise du Covid, pour nous, médecins généralistes à Grenoble, étant donné qu’on était peu touchés, c’est la prise en charge des autres maladies qui n’a pas été faite de manière appropriée !!!!” (MG2)

“Ça, les retards de prise en charge, vraiment on a eu le contrecoup... (soupir)” (MG6)

- **Décompensation des pathologies chroniques ;**

“Quelques semaines après le confinement, ça a explosé partout, les décompensations cardiaques qui ont traîné, flambé, le diabète, les cancers...” (MG1)

“En termes de pathologies chroniques, ce que j’ai vraiment remarqué, c’est que du coup sur le plan du diabète ça a été l’explosion... vraiment !! je me suis retrouvée en post confinement avec des hémoglobines glyquées à 13, je n’avais jamais vu ça !!! (Rires)” (MG4)

- **Retard de prise en charge chirurgicales ;**

“Des retards de prise en charge, des opérations déprogrammées, décalées de trois ou quatre mois...” (MG6)

- **Retard de prise en charge oncologique ;**

“Les prises en charge hospitalières différées sur le plan carcinologique ont eu foncièrement un impact, mais ça ce n’est pas du fait du report d’activité des soins premiers.” (MG3)

“Surtout au mois de mai, c’était impressionnant, moi je n’ai jamais vu de pathologies chroniques décompensées, je n’ai jamais découvert autant de cancers en si peu de temps, enfin, je trouvais ça vraiment hallucinant.” (MG7)

- **Retard de prise en charge paramédicale et soins dentaire.**

“Typiquement, les gens qui étaient en post op et qui se retrouvaient sans kiné, les personnes âgées qui ne bougeaient pas, si le kiné ne vient pas les voir, elles ne bougent plus...”(MG6)

3.6.4. Répercussions de la crise sanitaire sur la santé mentale

Lors du début de la crise sanitaire, les médecins rapportaient une hausse de l’anxiété dans la population générale avec une perte de confiance envers le système de soins. Les médecins généralistes notaient des répercussions psychiatriques de l’épidémie sur leurs patients.

- **Répercussions psychologiques sur les patients**

“Au niveau psychologique, je pense qu'on n'est pas encore sorti des effets de tout ça parce qu' on a des gens qui paraissaient plutôt solides qui commençaient à s'effondrer...” (MG6)

“Oui, le Covid a eu un gros retentissement au niveau psychologique, et sur tout le monde d' ailleurs.” (MG9)

- **Répercussions psychiatriques sur les patient**

“Il y a eu beaucoup de décompensations en mai, des décompensations psychiatriques, des décompensations en fin du confinement, avec des espèces de syndromes paranoïaques, des choses comme ça...” (MG7)

“ Au niveau psychiatrique, j'ai eu des décompensations importantes à cette période. “ (MG9)

3.6.5. Répercussions psychosociales de la crise sanitaire

Les médecins généralistes interrogés constataient une aggravation de l’isolement social, des violences conjugales, une aggravation des problèmes psychosociaux chez les patients âgés, isolés, ou en situation de précarité.

- **Répercussions négatives de la crise sur la santé des personnes âgées**

“Ils se sont isolés, et la famille leur a dit “tu ne sors pas de chez toi, c'est trop dangereux”... En gériatrie ça a fait du mal aussi.” (MG6)

“J'ai eu plus de difficultés avec des patients très âgés qui se sont enfermés chez eux, qui ne sortaient plus, qui n'osaient plus venir au cabinet non plus. “ (MG6)

- **Répercussions négatives de la crise sur la santé des patients vulnérables, isolés**

“J’ai des patients que je n’ai pas vus pendant un moment et que j’ai récupérés dans des états... Soit d’anxiété, d’amaigrissement, de perte d’autonomie...” (MG6)

“On parlait du Covid mais peu de ce qui en découlait: l’isolement, la solitude... il y en a qui ont été brutalement seuls, pendant un mois puis deux mois...” (MG9)

- **Répercussions négatives de la crise sur la santé des patients en situation précaire**

“Nos patients n’étaient pas moins malades, ils étaient chez eux, isolés, avec la précarité en plus !”(MG7)

- **Répercussions négatives de la crise sur la santé des patients victimes de violences conjugales**

“Victimes de violences conjugales... effectivement j’ai eu une histoire qui s’est aggravée avec le confinement...je n’ai rien repéré sur les enfants.... (Hésite)” (MG4)

“C’est plus ce genre de situations familiales un peu dramatiques comme les violences conjugales, qui existaient avant, qui se sont majorées pendant le confinement.” (MG7)

- **Répercussions négatives de la crise sur la santé des Mineurs Non Accompagnés (MNA)**

“D’habitude on fait des bilans de santé assez régulièrement chez les nouveaux MNA, et là ça a été complètement arrêté du fait de la crise... Peut-être qu’il y a eu moins d’arrivées, mais je pense surtout qu’on a pris un retard sur la première consultation et sur la prise en charge de ces patients.” (MG7)

3.6.6. Répercussions socio-économiques de la crise sanitaire

Les médecins constataient un impact de la crise sanitaire différent en fonction des milieux socio-économiques et géographiques des patients. Ils notaient des répercussions socio-économiques plus importantes chez leurs patients en situation de précarité en lien avec la mise en place du confinement, la menace de chômage temporaire, de perte de revenus ou d’emploi.

- **Retentissement différent du confinement en fonction de la situation géographique**

“L’avantage d’être en montagne, c’est qu’à une heure de chez toi, déjà tu avais un beau tour, on n’est pas dans le béton. Et à la brigade ou à la gendarmerie, tout le monde était très conciliant, tout le monde respectait tout le monde.” (MG5)

- **Retentissement différent du confinement en fonction des milieux socio-économiques**

“Je ne me rendais pas compte de la difficulté mais même de l'impossibilité à faire une journée de télétravail et essayer de gérer trois ados sur leurs cours à distance.” (MG4)
“Ici on est quand même en semi-rural, c'est plutôt des habitats individuels, il y a quelques “HLM” mais pas beaucoup, c' est moins difficile que d'être confiné en cité, je dirais!” (MG4)

- **Répercussions socio-économiques**

“Il fallait gérer la famille, les enfants, le porte-monnaie, le télétravail et tout...” (MG6)
“On n'est pas encore au bout de toutes les conséquences, notamment économiques, je pense à tous les patients qui ont perdu leur travail etc.” (MG6)

3.6.7. Répercussions de la crise sanitaire sur les enfants des familles vulnérables

Les médecins interrogés évoquaient une perte de chance et une régression du niveau d'apprentissage chez les enfants issus de familles vulnérables suite à la fermeture des écoles pendant le confinement.

- **Perte de chance scolaire**

“La perte de chance au niveau scolaire était énorme.” (MG4)
“Surtout les enfants en âge scolaire qui ont énormément régressé pendant ce confinement.” (MG7)

- **Retentissement psychomoteur**

“J'ai l'impression d'un manque de stimulation pendant trois mois d'affilée, en confinement, ou des bébés qui n'ont pas été du tout stimulés, qui ont été surexposés aux écrans...” (MG7)
“Probablement qu'ils ont été moins stimulés, ces enfants, et puis il y a aussi des familles où c'était aussi la catastrophe pendant le confinement. ” (MG7)

3.7. DESORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL IMPACTANT LES REVENUS

3.7.1. Désorganisation du temps de travail

Lors du début de la crise sanitaire, les médecins ont dû faire face à une désorganisation de leur temps de travail. Tandis qu'ils observaient une diminution du nombre de consultations physiques, la demande de téléconsultations, de suivis à distance des patients suspects de Covid augmentaient :

- **Diminution du temps de consultation physique ;**

“Les gens ne venaient pas trop où très peu ou presque pas. Du coup on est passé de 30 consultations à 10 ou 15...” (MG2)

“Pendant le confinement, au début, si on était à 10, 15 consultations par jour. C'était le maximum et encore en comptant les téléconsultations qu'on faisait de suivi du patient Covid... sur place, on avait une dizaine de patients par jour maximum, donc la moitié moins que d'habitude!” (MG4)

“On n'a travaillé que les matins, on voyait 12 à 25 patients au lieu de 120-130/ jour en saison normale...” (MG5)

- **Augmentation du temps d'appels téléphoniques et de téléconsultations ;**

“85 à 90 % de notre quotidien c'était que des téléconsultations sur un volume qui était environ de 25 consultations d'un d'environ 20 minutes.” (MG3)

“Quand il faut 8 minutes pour réussir à se connecter, il y a un moment où voilà quoi...(rires)” (MG 6)

“En fait, au début, je ne faisais presque que du téléphone. J'étais 80% au téléphone puisque je n'avais presque plus de patients qui venaient au cabinet.” (MG9)

- **Augmentation du temps dédié au suivi, tracing des patients Covid.**

“C'était encore pire après avec le contact Covid, le tracing, parce que ça c'était encore plus imprévisible, selon si les gens qui avaient croisé 2 personnes ou 12, la consultation elle te prenait soit 10 minutes, soit 30, donc c'était encore plus difficile à gérer.” (MG6)

3.7.2. Temps de travail perçu différemment par les médecins au cours du confinement

• **Désorganisation du temps de travail au début du confinement**

Au début du confinement, les médecins interrogés percevaient différemment leur charge de travail : certains avaient l'impression de travailler moins, d'autres plus.

- **Diminution du temps de travail au début du confinement;**

“Il y avait beaucoup moins de patients au cabinet, donc j'étais tranquille après, je rentrais à la maison, c'est là, alors je passais mon après-midi sur les informations.” (MG2)

“Il y a eu des jours où, comme on ne voyait pas forcément de patients, et bien, on prenait notre demi-journée: ça a dû arriver.” (MG3)

- **Augmentation du temps de travail au début du confinement ;**

“j'ai travaillé beaucoup plus, je trouve, au début, avec la téléconsultation, les premiers jours, on peut dire les premières semaines.” (MG3)

“Le fait de passer plus de temps à s’informer, à rappeler les patients, les informer, on est sur 2-3 heures de plus par jour, plus 4-5 heures le week end.” (MG6)

“Finalement, j’ai quand même beaucoup plus travaillé que d’habitude.” (MG6)

- **Augmentation du temps de travail au cours du confinement.**

Le ressenti des médecins au cours du confinement était unanime : leur charge de travail augmentait avec le retour des patients en consultation.

“Après ça a vite changé car le “non Covid” est revenu au galop trois semaines après, et on a recommencé à bosser fort.”(MG1)

“après très vite c’est reparti plus que jamais et avec d’abord un volume de téléconsultation qui avait augmenté. Et puis tout doucement les patients ont commencé à revenir. “ (MG3)

3.7.3. Augmentation du temps de travail administratif

La majorité des médecins généralistes interrogés percevait une augmentation de leur charge de travail administratif. Ils rapportaient une augmentation du temps de formation à la télémédecine, de veille bibliographique, de réorganisation du cabinet et des moyens de protection. Certains s’investissaient dans la création de centres Covid :

- **Augmentation du temps dédié aux formalités administratives au cabinet ;**

“Il y avait beaucoup de paperasses à gérer, beaucoup de mails aussi, on envoyait pas mal les ordonnances par mail etc..” (MG6)

“Il fallait faire des feuilles de soins dégradées pour toutes les téléconsultations, revoir les cotations, voir ce qu’on pouvait faire pour se faire payer.” (MG9)

“Au niveau administratif, on avait fait des tableaux Excel pour le suivi des patients suspects Covid, ça me donnait du boulot en plus !!” (MG9)

- **Augmentation du temps dédié aux formalités administratives pour la création de centres Covid**

“Ça a été un énorme boulot pour monter ce centre, pour avoir les autorisations, pour trouver un lieu, pour trouver le matériel, pour trouver des bénévoles pour faire la partie accueil (...) plus de 3 semaines, surtout pour avoir les autorisations pour pouvoir ouvrir.”(MG6)

“Pendant tout ce temps-là, on a essayé de monter un centre de patients Covid, ça a mobilisé beaucoup d’énergie et de temps pour rien au final.” (MG 8)

3.7.4. Diminutions des revenus financiers

Les médecins généralistes interrogés rapportaient une diminution du nombre de consultations physiques, l'augmentation du nombre d'appels téléphoniques non cotés et une charge de travail administratif croissante. Dans un système de rémunération à l'acte, les médecins généralistes libéraux notaient une baisse importante de leurs revenus. La mise en place du remboursement des téléconsultations fin mars avec la cotation "TCG", bien que jugée tardive, a été perçue positivement chez les médecins généralistes :

- **Consultations téléphoniques, initialement non rémunérées ;**

"Au tout début les consultations par téléphone on ne pouvait pas les coter et voilà." (MG6)

"On faisait plein de conseils téléphoniques non cotés de toute façon, on cotait quand ça dépassait les 10 minutes, sinon quand on restait cinq minutes au téléphone: pas de cotation, pas de paiement... (hausse les sourcils)" (MG9)

- **Diminution initiale des revenus ;**

"Au début du confinement, je dirais une baisse de chiffre d'affaires de 30%, le temps qu'on ait l'outil de téléconsultation, que les patients le sachent, ça a duré trois semaines à peu près." (MG3)

"Tu fais autant d'heures, mais du coup comme on est payés à l'acte, à la fin, c'est pas du tout pareil !" (MG4)

- **Normalisation des revenus lors du remboursement des téléconsultations.**

"Pouvoir coter les "TCG", heureusement qu'on a eu ça, parce que ça a compensé au niveau de nos revenus." (MG6)

"Il y a pas mal de consultations qui n'ont pas été payées au début après il me semble que les cotations "TCG" sont arrivées après." (MG9)

3.7.5. Aide financière et retentissement financier différents en fonction des médecins

Le retentissement financier sur la période étudiée touchait différemment les médecins en fonction de leur statut.

- **Médecins généralistes libéraux installés dans des zones non dépendantes du tourisme**

La plupart des médecins généralistes interrogés étaient installés en libéral dans une zone non touristique : ils décrivent une baisse de 30 % de leur chiffre d'affaires sur les mois de mars-avril 2020 bien compensée par les aides reçues : fond de solidarité, CPAM, CARMF, et report de prélèvements URSSAF.

“Je dirais bien 30% de moins en mars-avril (...) Mais au final, sur l'année après, ça ne s'est pas vu pour moi, médecin généraliste installé.” (MG4)

“J'ai eu le fonds de solidarité, la CPAM, ah oui je crois que la CARMF nous a fait un bonus de 2000 euros, et on a eu au niveau de l'URSSAF des prélèvements différés.” (MG2)

- **Médecins généralistes libéraux installés dans une zone touristique**

Un des médecins généralistes libéraux, installé en zone touristique décrivait une baisse de 80 à 90% de son chiffre d'affaires entre janvier et avril 2020. N'ayant pas eu d'activité l'année précédente, il n'avait pas reçu d'autre aide financière que le fonds de solidarité.

“On a réduit nos horaires et notre activité, après comptabilité finale sur l'activité de décembre et janvier on est à 10% de notre chiffre d'affaires soit une perte de 90% et sur l'activité de février, on est à 20% de notre chiffre, soit une perte de 80% ...” (MG 5)

“On n'a pas reçu d'aides, pas de CARMF, pas de sécu, décembre- janvier -février- mars 1500 euros par mois de fonds de solidarité.” (MG5)

- **Médecins généralistes remplaçants:**

Une des médecins généralistes dont le statut était remplaçante en libéral, décrivait une perte de chiffre d'affaires importante sans aucune aide financière allouée aux remplaçants. Elle confiait des difficultés supplémentaires liées au fait que ses remplacements étaient annulés .

“On m'a annulé quelques remplacements surtout au mois de mai 2020, et comme souvent on ne signe pas de contrat à l'avance et bien là, j'ai des journées qui ont sauté sans compensation...” (MG9)

“J'ai perdu deux-trois mille euros en une année quoi... l'année 2020 ce n'est pas mon chiffre d'affaires normal.” (MG9)

“La CARMF Non ! La CPAM Non, Non, Non ! Pas d'indemnité journalière ! 90 jours de carence si tu tombes malade : bref NADA !! (Rires) Et le fond de solidarité? je ne l'ai connu que plus tardivement et je n'ai même pas fait la demande du coup...(grimace) ” (MG9)

- **Médecins généralistes salariés**

Un des médecins généralistes interrogés était salarié et décrivait une perte financière négligeable pour lui. Il n'avait pas reçu d'autre aide financière que la « prime Covid » qu'il jugeait inutile.

“Aucun soutien en salariat, comme on n' a pas eu de perte de revenu (CPAM, assurance privée)(...) L'hôpital public était en rade, le Covid est tombé dessus, il n'y a eu aucune avancée si ce n' est que mettre une prime Covid inutile !”(MG1)

“Nous, on est salariés donc on était payé : le chômage partiel il me semble que ça réduisait le salaire de 200 ou 300 euros, ce n'est pas énorme.” (MG7)

3.7.6. Ressenti des médecins concernant l'aspect financier

Les médecins décrivait des ressentis différents en fonction de la perte financière subie lors de la crise. Les médecins généralistes libéraux installés en zone non touristique et le médecin salarié ne décrivent pas de difficultés, tandis que les médecins généralistes libéraux dont la pratique dépend des remplacements ou la fréquentation touristique décrivait des difficultés.

“Je ne me suis pas sentie en difficulté sur le plan financier. “ (MG8)

“Les points négatifs majeurs pour moi, en tant que remplaçante, c'est la perte financière... c'est quand même l'impact négatif majeur...” (MG9)

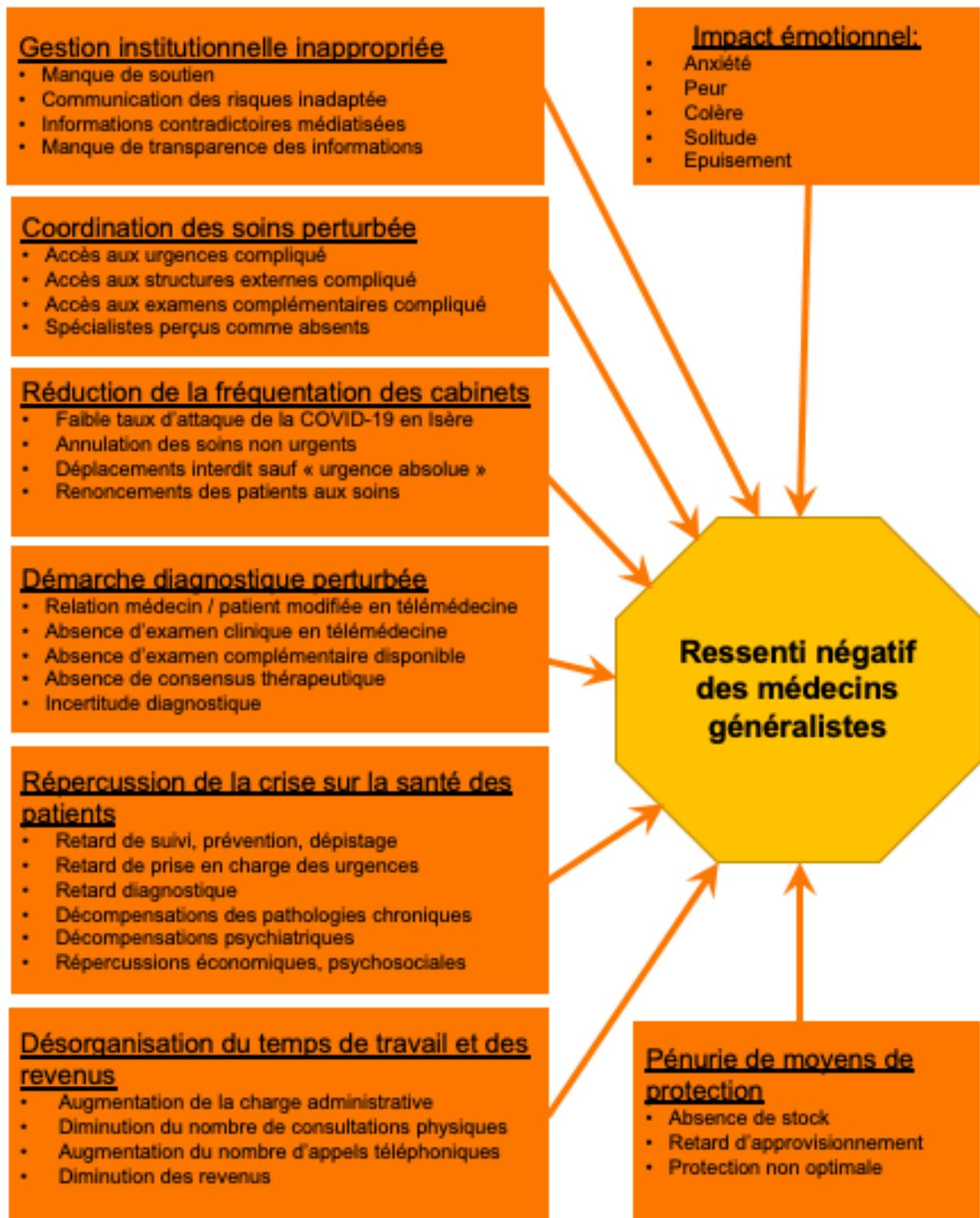


Figure 3: Difficultés professionnelles rencontrées par les médecins généralistes lors de la crise sanitaire de Covid-19

4. VÉCU PERSONNEL DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES IMPACTÉ PAR LA CRISE SANITAIRE

4.1. IMPACT EMOTIONNEL DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES MEDECINS GENERALISTES

4.1.1. Peur

Dès le début de la crise, les médecins généralistes ont ressenti de la peur. Ils ont eu peur de voir l'épidémie se majorer, certains ont eu peur pour leur santé, mais étaient plus préoccupés pour celle de leur proches, et de leurs patients.

- Majoration de la peur face à l'émergence de l'épidémie

“La première vague à Grenoble a été un grand calme, on allait quand même bosser avec la peur au ventre car on ne savait rien. On ne savait pas comment ça allait se passer. On avait peut-être peur mais on était obligé d'y aller car on est des généralistes...” (MG2)
“On a tous eu peur, moi je n' ai pas honte de le dire : j'ai eu très très peur !” (MG3)

- Peur concernant la santé personnelle

“J'ai appris que deux internes de Nancy étaient hospitalisés en réa : c'était des gens de mon âge qui étaient internes, qui me ressemblaient... Là j'ai eu peur oui mais sinon, je n'ai pas trop eu peur pour ma santé personnelle !” (MG7)

- Majoration de la peur concernant la santé des patients

“ J'avais plus peur pour la santé des patients que pour la mienne !” (MG7)
“J'ai eu très peur pour mes patients en fait...” (MG9)

- Majoration de la peur concernant la santé de ses proches

“Je n'ai pas eu peur pour ma santé personnelle, mais plutôt pour la santé de ma femme un peu fragile et celle de mes enfants.” (MG3)

4.1.2. Anxiété

Les médecins généralistes interrogés ont décrit une majoration du sentiment d'anxiété lors de la première vague de Covid-19.

“Il y avait beaucoup de stress, beaucoup d'incertitudes, c'était compliqué à gérer.” (MG6)
“C'est difficile, il y avait quand même un fond d'anxiété permanent...” (MG8)

4.1.3. Colère

Dans tous les entretiens, les médecins ont exprimé de la colère autant par la communication verbale que non verbale. Ils ressentait de la colère lorsqu'ils évoquaient leur ressenti concernant la gestion sanitaire de la crise, le manque de soutien institutionnel, l'absence des spécialistes et l'accompagnement médiatique. Certains s'indignaient face au développement des motifs non médicaux.

- Colère envers les médias ;

“Qui passe à la télé ? que des gens qui vont dans le sens du gouvernement !! (S'énervé)

Quand on a une presse d'état, ben résultats : on a ce qu'on a !!! “(MG5)

“Les médias tu ne peux pas les empêcher, ils ne sont pas médecins, donc ils rapportent ce qui est dit...moi je suis très en colère contre Didier Raoult, et ses polémiques, très très en colère. C'est une catastrophe totale !“(MG2)

- Colère envers les autorités politiques et sanitaires ;

“Ca rejoint le problème de lits, le problème des médecins en France (se fâche) on voit que rien n'a changé jusqu'à maintenant !!” (MG1)

“Le comportement de tout le monde était aberrant surtout sur le fait de tout arrêter!(s'énervé) Il n'y avait rien à faire à Grenoble la première vague, il n'y a même pas eu de Covid !”(MG2)

“Tu as une espèce de protection sur les sièges de voitures de luxe, et on s'est retrouvé à mettre ce genre de surblouse pour être protégé... je trouve que ça a été d'un ridicule sans nom, qui peut nous avoir mis les uns les autres en colère !” (MG3)

“On est dans un système de non-sens, tu ne peux pas savoir comme je suis en colère !” (MG5)

- Colère envers les spécialistes ;

“Les pédiatres, du jour au lendemain, n'étaient plus là, enfin mais pourquoi? Il n'y avait pas lieu d'arrêter de travailler ! Un ORL, stomato, ou dentiste, on peut comprendre mais un pédiatre ! (s'énervé) ça veut dire que les médecins généralistes sont bons à tout faire ?”(MG2)

“Il y en a qui ont carrément arrêté de bosser donc nous on s'est retrouvé à faire le boulot des gynécos, des dermatos qui avaient fermé boutique !”(MG4)

“Des urologues qui n'ont pas travaillé, des secrétaires qui n'ont pas travaillé: "droit de retrait!" comme si on attrapait le virus par la prostate !! c'est des conneries !! “ (MG5)

- Colère envers les patients et leurs motifs de consultation.

« Finalement je me disais même parfois que la sécu est vraiment bien bonne de tout rembourser quoi parce qu'il y a plein de fois, ou les motifs de consultation étaient futiles... un peu de jugeote quoi ! »(MG4)

« A 500 \$ la consultation comme à New-York, je suis sûr qu' ils ne viendraient pas pour une petite rhino, ils attendraient que ça passe !!! » (MG5)

4.1.4. Solitude

La plupart des médecins interrogés décrivaient un sentiment de solitude et d'abandon de la part des institutions et de leurs confrères spécialistes :

- **Sensation de solitude au sein du système de soins ;**

“Au début, on n'avait rien : on n'avait pas d'équipement, on n'avait pas de test, on n'avait pas de diagnostic, on n'avait rien, on était dans le flou artistique total.” (MG2)

“Par contre ça c'était clair et net: les urgences et les médecins généralistes sont les bonnes à tout faire !!! ” (MG2)

- **Sensation d'abandon institutionnel ;**

“Et donc ceux qui n'étaient pas thésés, pas installés ils pouvaient aller se faire voir, c'est ça?(rires) “ (MG4)

“J'ai quand même trouvé sur l'organisation générale que le gouvernement nous demandait franchement de nous débrouiller tout seul.” (MG7)

- **Sensation d'abandon de la part des spécialistes .**

“Du jour au lendemain, tout le monde s'est arrêté de travailler, il n'y avait plus un spécialiste en ville, et nous on était là, on se retrouvait tout seul.” (MG2)

“On était tout seul en fait, on ne savait pas où envoyer les patients...” (MG9)

4.1.5. Épuisement psychologique

Plusieurs médecins généralistes ont ressenti un sentiment d'épuisement psychologique lors de la première vague de Covid-19.

“J'aime mon métier, il n'y a pas de soucis mais je pense qu'il y a petit à petit un surinvestissement qui ne m'a pas aidé.” (MG4)

“Après une phase de sidération, il y a eu le contrecoup et tout le reste à gérer, avec une surcharge de travail qui s'est étalée et qui dure encore maintenant, avec beaucoup de fatigue et de burn out des soignants. Il n'y a pas qu'à l'hôpital, nous aussi en ville on a pris bien cher.” (MG6)

“Globalement pour moi c'était difficile, j'en avais marre, et j'ai déprimé, d'où mon arrêt au mois de mai. Peut-être que je suis un peu fragile, mais moi j'ai été traumatisée, mais j'ai dû chercher un salariat, je ne me vois pas en cabinet maintenant, après 2020.” (MG9)

4.1.6. Reconnaissance

Les médecins étaient très reconnaissants et touchés par la gratitude et la solidarité exprimées par leurs patients et les initiatives locales lors de la crise sanitaire.

“Moi j'ai été très touchée par ces élans de solidarité de la part de nos patients” (MG4)

“Je me suis sentie plutôt valorisée à cette période-là, il y avait les applaudissements, on me demandait "comment ça se passe ? Tu tiens le coup?". C'était plutôt positif l'entourage global.” (MG6)

“J'avais plutôt l'impression en tout cas que la société était reconnaissante comme les patients. “ (MG7)

4.2. ORGANISATION PERSONNELLE BOULEVERSEE PAR LA CRISE SANITAIRE

4.2.1. Professionnalisme renforcé au dépit de la vie personnelle

Professionnellement les médecins avaient besoin de s'organiser, d'échanger, de s'informer. Ils travaillaient souvent sur leur temps personnel, et de façon bénévole.

“On appelait les patients Covid tous les jours, donc samedi dimanche compris, chez nous, en dehors de notre temps de travail, et des fois on venait le samedi en plus pour rappeler tous les patients qui étaient suspects de Covid.” (MG7)

“J'aurais voulu souffler chez moi mais ce n'était pas possible fallait quand même que je sois au cabinet.” (MG8)

“Les médecins étaient vraiment prêts à travailler bénévolement dans des centres Covid.”(MG8)

4.2.2. Vie personnelle impactée par l'émergence de l'épidémie

Les médecins se sont personnellement préparés à l'épidémie : ils se sont rendus disponibles pour faire face à une potentielle aggravation du nombre de patients infectés par la Covid-19 .

“J'avais réorganisé mes engagements extérieurs, j' avais prévenu : "écoutez là ça va être l'enfer" je m'étais arrangée pour tout mettre de côté et me concentrer sur mon boulot.”(MG4)

“J'ai annulé mes vacances de Pâques pour être présente par rapport à cette vague qui devait arriver et qui n'est jamais venue ” (MG4)

“On n'a pas pris de congés du coup...” (MG6)

4.2.3. Vie personnelle impactée par le confinement

Le confinement a permis à certains médecins de se reposer tandis que d'autres ont souffert de l'interruption de leur vie socio-culturelle ou sportive après le travail :

- **Pratique sportive compliquée ;**

"Ça m'a quand même coûté. Il y avait le fait de pas pouvoir sortir, le rayon de 1 km et tout ça... Nous on faisait des journées de 12-13-14h, des fois t'avais qu'une envie, c'était de rentrer, d'aller faire un footing et tu ne pouvais pas !!..." (MG6)

- **Isolement social ;**

"Je n'avais plus de vie sociale!!! (Rires) Déjà en médecine, c'était compliqué mais là: plus de bar, plus de resto, les amis on ne les voyait plus, on n'avait plus de vie sociale !" (MG9)

- **Interruption de la vie culturelle ;**

"Pas de cinéma, pas de resto, pas d'ami... C'était un peu l'impression de faire que du boulot." (MG6)

- **Repos compensateur.**

"Cet événement, le Covid, m'a permis de me reposer. On ne travaillait presque plus, à la fin et franchement alléluia, merci Covid quoi !! (Rires)" (MG2)

"Le fait d'avoir eu moins de travail ça nous a fait vraiment du bien parce qu'il a fallu aussi absorber tout le stress que ça générerait..." (MG3)

4.3. ORGANISATION FAMILIALE BOULEVERSEE PAR L'EPIDEMIE DE COVID-19

4.3.1. Environnement familial impacté par l'épidémie de Covid-19

La vie familiale des médecins a été impactée par la crise sanitaire et le confinement. Étant moins présents au domicile, leur conjoint(e) devait assurer les tâches domestiques seul(e), et la garde des enfants. Cela générait de l'anxiété et pouvait créer des tensions intrafamiliales :

- **Charge domestique du conjoint(e) augmentée ;**

"Je ne me rendais pas compte de la difficulté pour mon mari voire même de l'impossibilité à faire une journée de télétravail et essayer de gérer trois ados sur leurs cours à distance." (MG4)

“Moi comme je travaillais, c’est ma femme qui a dû prolonger son congé maternité pendant la première partie du confinement.” (MG6)

“J’étais la seule à travailler donc moi je ne faisais rien à la maison, j’avais tout de prêt quand je rentrais (rires) “ (MG7)

- **Garde d’enfants compliquée pour les conjoints non soignants;**

“Côté familial du coup je n’étais quand même pas trop présente à la maison et on a trois ados : donc tous étaient en distanciel, et franchement : c’était chaud !!” (MG4)

“J’avais la petite qui ne dormait pas la nuit, les nuits étaient hachées, les journées étaient énormes, il y avait quand même beaucoup de fatigue...” (MG6)

- **Garde d’enfants pour les couples de soignants facilitée ;**

“ On n’a pas été en difficulté, on a été bien aidés par le personnel des écoles qui était hyper compréhensif et prêt à aider.” (MG8)

- **Tensions intrafamiliales causées par les conséquences de la crise sanitaire.**

“Au début, vraiment, on s’est engueulé, méchant...” (MG4)

4.3.2. Mesures de protection compliquant les relations familiales

Les médecins craignaient de contaminer leurs proches et devaient prendre des mesures d’hygiène et de protection drastiques en rentrant à leur domicile. Certains ne dormaient plus avec leur conjoint(e), n’embrassaient plus leur(s) enfant(s), et souffraient de l’éloignement avec leurs proches les plus fragiles :

- **Peur de contaminer ses proches ;**

“Ma hantise, c’était de le transmettre à des gens fragiles dans mon entourage.” (MG6)

- **Mesures de protection et de distanciation impactant les relations familiales ;**

“Au niveau familial, on n’a pas vu nos parents car ils étaient fragiles.” (MG1)

“Ce n’était pas évident mais j’ai essayé de maintenir une certaine distanciation sociale avec les enfants et madame : dormir dans une autre chambre, ne pas faire de bisous aux enfants et à madame, ne pas avoir de contact avec mes parents qui sont très âgés” (MG3)

“Pendant le premier confinement, on a dû faire chambre à part !!! (Grimace)” (MG4)

- **Mesures de protection impactant le quotidien.**

“Je rentrais par le garage je me déshabillais dans le garage, je prenais ma douche et je reprenais ma vie normale, enfin, subnormale...” (MG3)

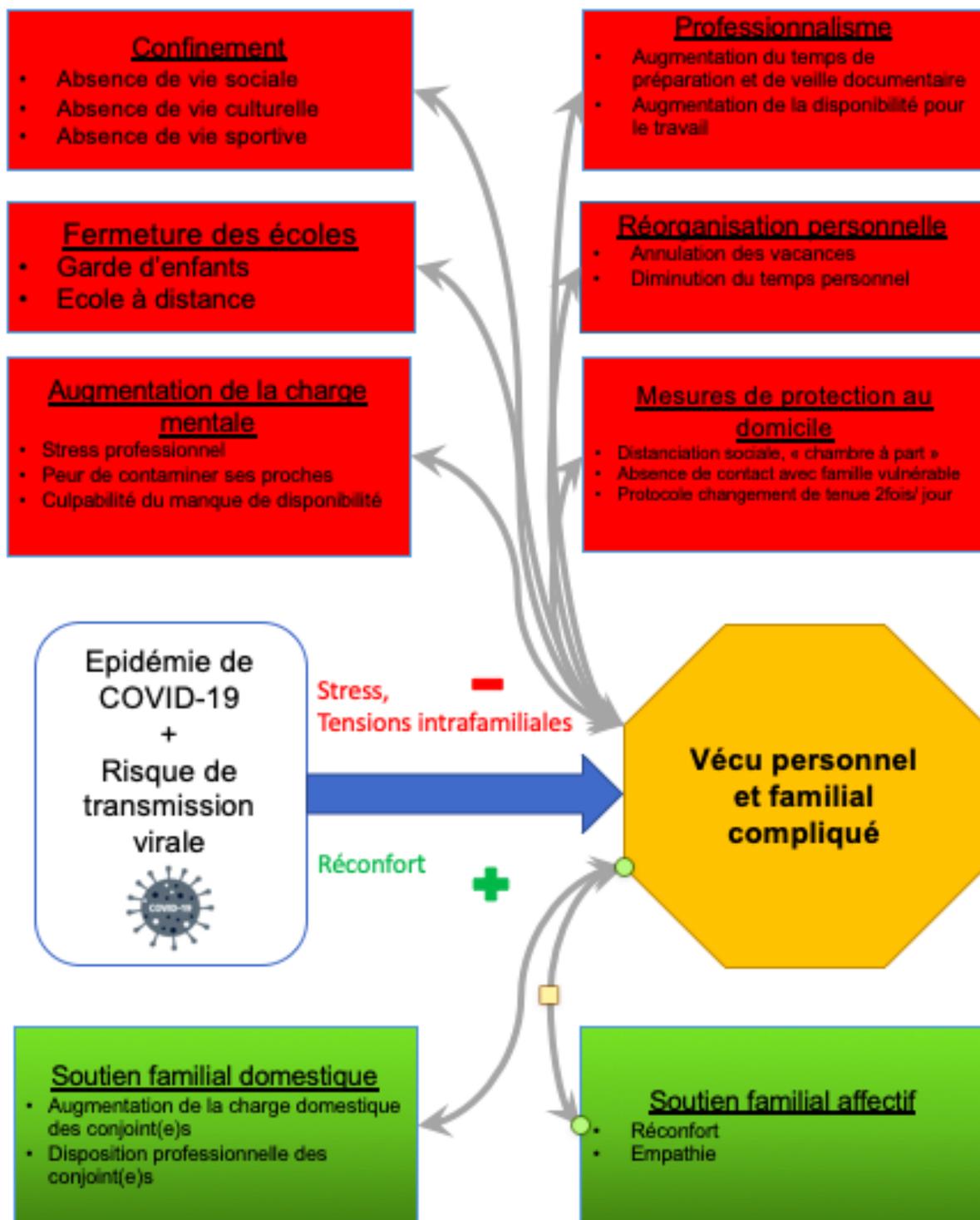


Figure 4: Vécu personnel des médecins généralistes lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19

5. AXE D'AMÉLIORATION DE L'EXPERIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5.1. AMELIORATION DE L'INFORMATION

Pour envisager l'après crise, la plupart des médecins soumettaient des améliorations au niveau de l'information. Ils souhaitaient la diffusion d'informations plus transparentes, validées scientifiquement. Ils suggéraient une diffusion centralisée d'information avec plus d'échanges locaux ville-hôpital :

- **Transparence de l'information ;**

"Tout le monde ne tombe pas malade, il y a les comorbidités, etc. On ne sait même pas interpréter les statistiques, il faut vraiment décortiquer les chiffres. " (MG5)

"Qu'on galère, qu'on ne sache pas, que les informations arrivent au fil du temps, ça ne me gêne pas... mais il faut le dire plutôt que de raconter délibérément n'importe quoi !!!!" (MG2)

- **Promotion d'Informations fiables et validées ;**

"Ce serait intéressant que les gens s'informent avec des sources validées plutôt d'aller sur YouTube voir "Brigitte du 42" qui donne son avis sur le Covid sans argument." (MG1)

"Plus vite on pouvait avoir des informations qui pouvaient être claires et prémâchées et mieux on pourrait organiser le soin. " (MG3)

- **Indépendance de l'information ;**

" Il faudrait qu' on ait une presse indépendante, par exemple, des épidémiologistes indépendants..." (MG5)

- **Priorité à l'information locale ;**

"Si j'avais eu l'énergie j'aurais bien aimé faire une newsletter mensuelle, donner des informations plus locales, parce que les gens quand ils venaient en consultation, ils aimaient savoir, "Il y a des cas de Covid ici?"" (MG4)

"Il aurait pu y avoir une organisation un peu plus locale, pour faire un point régulièrement pour voir comment les choses évoluent, quelles sont les consignes, quelle est la dangerosité etc." (MG6)

- **Informations dédiées aux médecins ;**

"Ce qui serait intéressant, c'est une mailing liste pour tous les médecins de l'arc alpin qui soit gérée par le CHU et qui informe avec les mêmes informations, de façon vraiment homogène !" (MG1)

"J'aurais préféré qu'il y ait une cellule de crise, et des représentants par secteur, qu'il y ait une espèce de maillage territorial et non pas électoral au Conseil de l'Ordre..." (MG4)

- **Information centralisée, gouvernementale .**

« Ça aurait été intéressant de promouvoir directement un site gouvernemental avec des informations homogènes, fiables. » (MG1)

" On aurait pu imaginer des infos un peu plus centralisées, un collège des enseignants généralistes local qui fasse passer un peu des infos coordonnées. " (MG8)

« Ça aurait été pas mal de regrouper les infos et trier les articles un peu plus scientifiques, et les regrouper sur un site, ou une plateforme dont on aurait pu facilement avoir accès. » (MG7)

5.2. AMELIORATION DE LA COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE

Les médecins interrogés suggéraient une amélioration de la communication institutionnelle et médiatique. Ils souhaitaient une communication transparente et actualisée des risques, même en cas d'erreur ou d'incertitude. Ils conseillaient une meilleure coordination entre scientifiques, politiques, et médias et encourageaient une couverture médiatique plus positive. Enfin, les médecins suggéraient une communication garantissant la continuité des soins et particulièrement l'accès aux soins primaires :

- **Communication transparente des risques ;**

“Grossièrement, la France n'avait pas de masques, donc, on a dit aux gens « 'il n'y a pas besoin de masques » mais finalement ça aurait été bien de conseiller de les mettre dès le départ, et d'en avoir !!! (Rires)”(MG6)

- **Communication coordonnée avec les experts ;**

“Le fait de le recroiser et d'en discuter ça renforçait la communication sur le territoire et donc forcément une information qui était plus fiable vis-à-vis des autres professionnels.” (MG3)

- **Couverture médiatique moins exclusive ;**

“Le problème dans cette crise, à mon avis, c'est " le Covid, la pandémie" dans les médias, il y a trop d'accent mis là-dessus, au détriment du reste, quoi. Or le reste est là, et il ne faut pas abandonner les autres maladies, les autres malades, les urgences et le suivi. “ (MG2)

- **Communication appropriée concernant la continuité des soins .**

“Au niveau de la communication avec les gens aussi il y a eu un problème: il faudrait leur dire "aller quand même chez votre médecin.”(MG2)

5.3. AMELIORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES MEDECINS

Concernant l'accompagnement institutionnel, les médecins exigeaient plus de reconnaissance et de soutien. Ils souhaitaient que des mesures concrètes soient mises en place pour améliorer le système de soins. Ils suggéraient notamment l'augmentation des moyens humains et surtout du nombre de médecins. Ils encourageaient la formation continue et la certification périodique des médecins garantissant leurs compétences. Ils souhaitaient améliorer la coordination des soins en consolidant les liens ville-hôpital et la continuité des soins. Afin de diminuer leur charge de travail administrative, ils encourageaient la poursuite des démarches administratives en ligne :

- **Amélioration du soutien institutionnel ;**

“Ceux qui montaient des centres Covid comment ils faisaient ? Avec quelles subventions ? Avec quelles autorisations ? Parce que nous on a eu un mal fou à avoir les autorisations de l'ARS et après il a fallu qu'on se débrouille pour trouver un local. Enfin voilà, on a eu l'impression de pas être très aidés quoi. ” (MG7)

- **Soutien psychologique des soignants ;**

“A la suite de la crise, le numéro d'un psychologue qui était sur Grenoble et qui était dispo pour les soignants a été mis en place au centre de santé en soutien psy, c'est une mesure intéressante à encourager peut-être !” (MG7)

- **Amélioration des conditions de travail ;**

“ A l' échelle très locale du service d'urgence, les locaux sont toujours inadaptés , le manque de personnel est toujours là et le manque de lits d'aval est toujours présent, il faudrait que ça change... ” (MG1)

“Je trouve que ce serait important qu'on reconnaisse la vraie consultation téléphonique, alors pas quand ça prend trois minutes, mais quand c'est une consultation, quand on n'a pas besoin d'examiner les patients pour adapter un traitement après une prise de sang, quand ça peut se faire par téléphone: je trouve que c'est important que ça soit valorisé.” (MG6)

- **Davantage de médecins sur le terrain ;**

“Aujourd'hui 80 % des spécialistes, c'est 3 à 6 mois pour avoir des rendez-vous. A l'hôpital quand t' envoies un mail, c'est 3 mois après qu'ils te répondent, à part en cancérologie, hématologie, tous les autres ne répondent pas ! Alors aujourd'hui, le retard diagnostique est lié au fait qu'on n' a pas de spécialistes sur le terrain ! ” (MG5)

- **Amélioration de la formation continue et certification périodique ;**

"Il faut avoir un certain jugement, et une certaine culture médicale pour se rendre compte que les mecs racontent des conneries, comment on fait pour vérifier ses sources? Identifier les sources fiables et sûres, c'est notre boulot normalement en tant que médecin..." (MG2)

"A quand la certification périodique obligatoire pour tous les chefs de service nommés à vie ?" (MG5)

- **Amélioration de la coordination des soins ;**

"Il y a des efforts à faire sur la relation ville/ hôpital enfin en tout cas sur le côté institutionnel et le côté libéral. " (MG4)

"L'accès aux spécialistes a été modifié avec le Covid, parce qu' il y a eu pas mal de choses qui ont été annulées pour les patients, pas mal de spécialistes qui ont arrêté de consulter, qui ont reporté leurs consultations, y compris les dentistes etc... On s'est retrouvés démunis et avec des délais qui étaient déjà longs pour les patients qui étaient encore plus rallongés. Il faut que ça change. " (MG6)

- **Poursuite des démarches administratives en ligne.**

"Le CHU qui nous a donné les codes d'accès à son logiciel , pour avoir les informations sur les patients: ça a été ENFIN mis en place!! c' est une amélioration dont on avait vraiment besoin... Malheureusement plus tard, ils ont annulé nos compte, c' est complètement débile!!" (MG1)

5.4. AMELIORATION DE LA GESTION DES MOYENS DE PROTECTION

Les médecins généralistes souhaitaient une amélioration de la gestion des stocks de moyens de protection ainsi que davantage de transparence. Ils suggéraient une persistance dans le temps du port du masque et des moyens de protection en cas de virose :

- **Anticipation des stocks d'équipements de protection ;**

"Comment cela aurait-il pu être amélioré? ne pas délocaliser les usines de fabrication de masques par exemple (rires) !!" (MG3)

"Il y a des gens qui nous ont apporté des masques cousus à la main mais je pense que c'est du gouvernement que ça aurait dû venir ! Il devrait y avoir un stock par ville, par région, par département, un stock, au cas où pour les soignants !!" (MG7)

- **Persistance de l'usage des moyens de protection .**

"S'il y a un truc qui doit rester du Covid j'espère bien que ça sera ça: l'habitude de mettre un masque quand on est un peu malade. " (MG4)

"Maintenant ce qui a changé c'est que de temps en temps j'enfilerai une blouse." (MG4)

“On continuera peut-être de consulter avec un masque pour tous les patients !! c'est marrant d'ailleurs, de s'imaginer qu'avant, on serrait des mains, qu'on consultait et qu'on examinait des gorges sans masque (rires).” (MG7)

5.5. AMELIORATION DE L'APPROCHE CENTREE-PATIENTS

Les médecins généralistes souhaitent garantir la continuité des soins, tout en préservant le phénomène de « responsabilisation médicale » né du confinement. Ils réclamaient un accompagnement centré autour des patients en situation de précarité et une continuité de l'accompagnement social, associatif :

- Continuité des soins garantie

“Après je dirais qu'au niveau global, ça a beaucoup désorganisé le suivi des patients, le fait d'avoir cette pause-là, le fait que les gens ne viennent plus, qu'ils aient peur de sortir. On a eu beaucoup de conséquences et on en a encore beaucoup de conséquences médicales maintenant sur la santé de nos patients et avec des choses graves, je ne voudrais plus que ça se reproduise.” (MG6)

- Valorisation de la collaboration ville-hôpital

“Moi je pense que j'aurais aimé avoir plus de liens peut-être directement avec les infectiologues de l'hôpital de Grenoble par exemple pour connaître la situation de Grenoble à tel moment, comment ça évolue, les dernières informations.” (MG6)

- Valorisation de la collaboration entre pairs

“ Avec mon équipe, on a gardé les nouveaux moyens de communication : hier encore il y a eu des nouveaux articles sur le Covid dans le groupe WhatsApp, différents articles sur les vaccins, les variants donc oui, on espère ça va rester un moyen de communication. ” (MG7)
“On a appris à télétravailler ce n'était pas facile (rires), on a réussi à trouver comment communiquer avec les patients plus facilement, peut être que ça va rester.” (MG9)

- Responsabilisation des patients

“Ça m'a beaucoup fait relativiser. Qu'est-ce qu'une consultation urgente ou nécessaire ? C'est vraiment ça que je me suis demandé au départ, car tu as vraiment l'impression, des fois, que les gens ne viennent pour rien...” (MG4)
“C'est facile de juger quand tu as la connaissance, mais des fois les gens viennent te voir pour des motifs « futiles » et là du coup, ils ne sont plus venus ceux-là... ça fait vraiment relativiser : ça veut dire qu'au fond d'eux je pense qu'ils savent que ce n'est pas nécessaire mais alors pourquoi ils continuent à venir pour des motifs que j'estime « futiles » ? ” (MG4)
“70 % de leurs patients ne méritent pas d'être chez le médecin, ils ne sont pas malades !!! il faut savoir que sur une salle d'attente de 20 personnes en ville, il y en a 18 qui ne sont sûrement pas malades ,et ils n'auraient pas la carte vitale, ils ne viendraient pas ! ” (MG5)

- **Prise en charge holistique des patients**

“Au long terme, je pense qu'on aura aussi des conséquences négatives importantes médicales et psychiatriques, parce que je pense qu'il y a eu des gros traumatismes, des syndromes post traumatiques, des gens qui ont eu peur. Et pour moi c'est aussi une crise aussi sociale et économique qu'il faut prévenir, prendre en charge et qui peut avoir des répercussions à long terme...” (MG9)

- **Lien avec structures sociales, associatives en cas de crise**

“j'ai l'impression que ces structures d'accueil pour les patients précaires ont été complètement isolées: on a tellement parlé que du Covid, qu'on a oublié pas mal de choses et notamment à l'avenir, de la communication de structures à contacter.” (MG7)

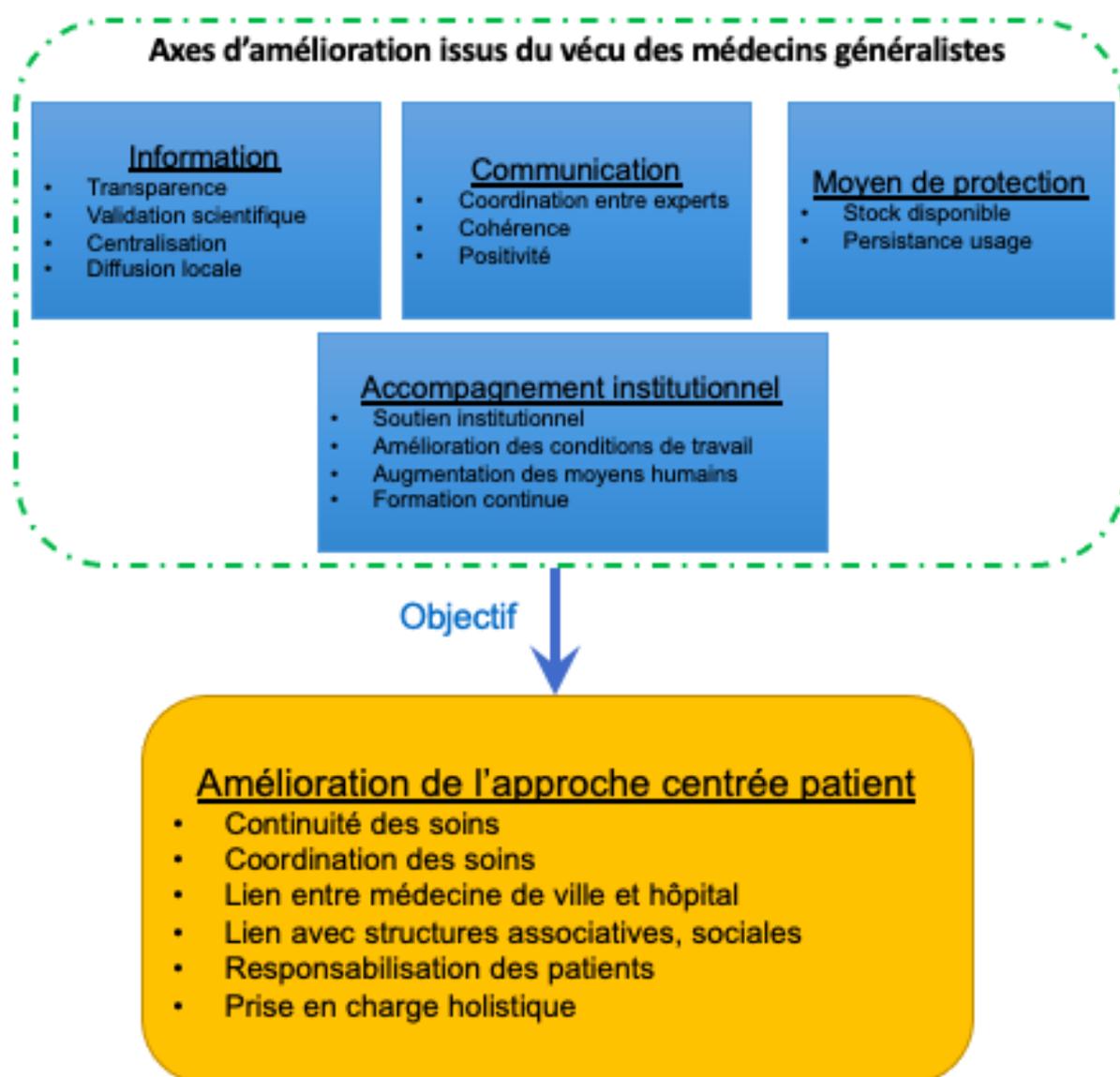


Figure 5: Axes d'amélioration issus du vécu des médecins généralistes lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19

IV. DISCUSSION

A. ANALYSE DES RÉSULTATS PRINCIPAUX

L'objectif de notre étude qualitative était d'explorer le vécu des médecins généralistes d'Isère lors de la première vague d'épidémie de Covid-19 du 1^{er} janvier au 11 mai 2020. La littérature sur ce sujet inédit a évolué tout au long de l'élaboration de notre étude nous encourageant à effectuer une veille documentaire régulière.

1. VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES IMPACTÉ PAR L'ÉMERGENCE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Le risque d'émergence de nouvelles maladies provoquées par des virus du type SARSr-CoV et la nécessité de s'y préparer étaient une réalité pour les médecins depuis plusieurs années (21). Lors de la survenue de la pandémie de Covid-19 en France, en janvier 2020, seulement 4 médecins généralistes sur 10 jugeaient l'épidémie de Covid-19 particulièrement grave (22). La mise en place du confinement a été perçue comme brutale par les médecins.

Les médecins généralistes évoquaient un manque de préparation du système de soins primaires à l'épidémie de Covid-19. Ils dénonçaient des difficultés d'accès à l'information, un manque de soutien des autorités, et une pénurie de matériel de protection. Ces résultats confirment ceux de Tomizuka et al. (8) et Kunin M et al. (12), dans des études menées en 2013 sur le rôle des médecins généralistes et des soins primaires lors des épidémies précédentes.

Face à une épidémie nouvelle et en l'absence de recul scientifique, les médecins interrogés devaient utiliser les connaissances des précédentes épidémies. C'est aussi le propos de Ravi Jhaveri dans son étude sur la pandémie de Covid-19 et ses échos à la pandémie de Grippe H1N1 de 2009 (23).

2. VÉCU PROFESSIONNEL DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES IMPACTÉ PAR LA CRISE SANITAIRE DE COVID-19

2.1. ORGANISATION DE LA PRATIQUE ET REVENUS DES MEDECINS GENERALISTES IMPACTES PAR LA CRISE SANITAIRE DE COVID-19

Pour faire face à la première vague d'épidémie de Covid-19, les médecins généralistes interrogés ont effectué de nombreuses modifications dans leurs habitudes. Tous les médecins interrogés se sont réorganisés d'un point de vue personnel et professionnel. Grâce à la collaboration locale, aux échanges entre pairs, ils ont procédé à la réorganisation des consultations. Certains ont différé les consultations non urgentes et effectué des consultations de suivi à distance. D'après eux, l'usage de la télémédecine modifiait leur démarche diagnostique. L'absence d'examen clinique en télémédecine et la mise en place de moyens de protection au cabinet modifiaient la relation médecin-patient. Ces résultats corroborent avec le travail de Tsopra et al. publié en mai 2021 sur la réorganisation des cabinets de médecine générale pendant l'épidémie de Covid-19 (13).

Lors de la première vague de Covid-19 en Isère, la majorité des médecins interrogés ont décrit une augmentation de leur charge de travail. Certains mettaient en cause une hausse du nombre d'appels téléphoniques, la nécessité de réorganiser le cabinet et de trouver des EPI. Ils évoquaient une augmentation de la charge administrative avec une augmentation du temps de veille documentaire, de démarches en ligne. Ils échangeaient plus entre confrères et certains s'investissaient dans la création de centres Covid (24). Ces résultats corroborent avec les résultats de Verhoeven et al. dans leur étude publiée dans le BMJ, sur l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les soins primaires chez les médecins généralistes en Belgique (9).

Une enquête menée sur la même période, par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) retrouvait des résultats divergents. Pour 90 % des médecins en exercice, le volume horaire déclaré avait diminué, entraînant une baisse du temps de travail moyen entre 13 % et 24 %. Pour une minorité d'entre eux, moins de 5 %, le temps de travail avait augmenté (25). Nous pouvions alors nous poser la question suivante : le temps de veille documentaire, d'échanges pluridisciplinaires, la préparation de centres Covid et les consultations

téléphoniques étaient-ils inclus dans le temps de travail des médecins et reconnu financièrement?

Malgré les changements effectués en urgence lors de la première vague épidémique, les médecins généralistes interrogés étaient stupéfaits. Ils ont observé un faible taux d'incidence de Covid-19 en Isère. Ni les médecins interrogés, ni leurs proches n'ont été gravement atteints par la Covid-19. Les médecins interrogés déclaraient avoir eu très peu de patients infectés sur la première vague, seuls quelques-uns sur la période étudiée ayant nécessité une hospitalisation. Ces résultats rejoignent les données épidémiologiques nationales (15)(25). Au début du confinement, les médecins généralistes interrogés ont constaté une diminution considérable de la fréquentation de leur cabinet (25).

En France, le système de soins étant basé sur la tarification à l'acte, l'impact de la diminution du nombre de consultations physiques sur les revenus des médecins généralistes était évident. Sur les mois de mars et avril 2020, lors de la mise en place du confinement, la totalité des médecins interrogés ont été impactés financièrement jusqu'à la mise en application du remboursement de la téléconsultation. Ces résultats sont en accord avec ceux de Ohannessian R. et al. (26).

Les médecins généralistes libéraux dont l'exercice dépendait du tourisme ou les médecins généralistes remplaçants confiaient une véritable inquiétude due à la perte de revenus et d'emploi. En effet, les zones touristiques étaient désertées et de nombreux remplacements étaient annulés devant la baisse d'activité en Isère. Certains remplaçants s'indignaient de ne pas avoir été indemnisés par les autorités sanitaires et gouvernementales (27).

Pour la majorité des autres médecins généralistes libéraux installés ou salariés, la perte de revenus était une source d'anxiété mineure car la compensation par des aides de l'État avait été mise en place à temps(28). Ces résultats sont en accord avec ceux de Luzet J. dans sa thèse sur le vécu des médecins généralistes des Bouche du Rhône lors de l'épidémie de Covid-19 (29).

Les médecins généralistes interrogés regrettaient que les tâches administratives liées aux patients et au cabinet ainsi que les consultations téléphoniques ne soient pas valorisées financièrement. Ces résultats rejoignent ceux de Verhoeven et al. (9).

2.2. PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES IMPACTEE PAR LE DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE

Devant l'évolution des besoins causée par l'épidémie de Covid-19, le premier changement effectué pour lutter contre le risque de transmission virale a été le tri des patients suspects Covid-19, des non Covid-19 au sein du cabinet, ou encore la création de centres Covid. C'est le propos d'une étude qualitative menée sur des médecins généralistes flamands publiée dans le BMJ en juin 2020 sur l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les fonctions essentielles des soins primaires (9). Pour garantir la continuité des soins et limiter le risque de transmission virale, les médecins ont dû développer la télémédecine (30) (31) (28). Comme le montre l'article de Greenhalgh et al. publié dans le BMJ en mars 2020, en l'absence de données de littérature, les médecins ont dû se former seuls à l'évaluation à distance des patients suspects de Covid-19, parfois dans l'urgence. Certains ont été mis en difficulté et avaient besoin de conseils (32).

Grâce à l'usage de la téléconsultation, les professionnels de santé ont vu leurs rôles d'information, de sensibilisation et d'éducation thérapeutique renforcés (33)(34). Ce nouvel outil a permis aux médecins de conserver les liens avec les patients vulnérables même à distance. Il a renforcé la relation médecin-patient et l'adhésion aux soins (35)(9).

Lors de nos entretiens, les médecins interrogés s'inquiétaient de l'absence d'examen physique ciblé, fondement de la consultation médicale. Ils craignaient une diminution de la précision des diagnostics et redoutaient des erreurs pouvant augmenter la morbi-mortalité (9). Certains médecins interrogés s'inquiétaient des difficultés d'accès aux patients âgés ou en situations de précarité impactant la relation médecin-patient (9). Ils rapportaient des problèmes techniques et des problèmes de confidentialité et de protection de la vie privée (36). Ces résultats correspondent à ceux de l'étude publiée par Mark Burroughs et al. en octobre 2020 lorsqu'ils décrivaient les avantages et inconvénients de l'utilisation de la télémédecine pendant la pandémie de Covid-19 (37).

Lorsque l'outil de téléconsultation n'était pas approprié, certains médecins préféraient encore privilégier les consultations physiques. C'était aussi le propos de l'étude menée

en mai 2020, sur 1200 médecins généralistes, par la DREES, sur la manière dont les médecins généralistes ont exercé leur activité pendant la première vague de Covid-19 : « Sept médecins sur dix ont mis en place des téléconsultations pour le diagnostic et la prise en charge des patients concernés par le Covid-19. 90 % des médecins assurent la surveillance par des consultations par téléphone et 70 % par téléconsultation, et plus de la moitié des généralistes réalisent toujours cette surveillance lors de consultations en cabinet et près de 4 sur 10 lors de visites à domicile » (25) (38).

2.3. PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES IMPACTEE PAR LA REORGANISATION GLOBALE DES SOINS LIEE A LA COVID-19

En ville, devant le risque d'évolution croissante du nombre de cas graves de Covid-19, les médecins généralistes ont dû réorganiser leur pratique autour de la prise en charge des urgences. Pour favoriser la prise en charge des patients suspects de Covid-19 et des urgences, la majorité des consultations et les visites programmées pour les patients non Covid-19 étaient reportées. Les soins chroniques et de suivis étaient annulés. Une autorisation exceptionnelle de renouveler les ordonnances destinées au traitement de maladies chroniques avait été délivrée aux pharmaciens(28). Ces résultats corroborent ceux de de Verhoeven V. et al. publié dans le BMJ en 2020 et ceux de Tsopra R. dans leurs études menées sur l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur les soins primaires et l'organisation des médecins généralistes (9)(13).

Au niveau hospitalier, comme l'a conclu la Fédération Hospitalière de France, les soins programmés étaient reportés pendant la période de confinement. Entre mi-mars et fin juin 2020, deux millions de séjours n'ont pas été réalisés dans les établissements « MCO » (Médecine Chirurgie Obstétrique) avec une baisse d'activité par rapport à l'année précédente en médecine (39 % en hospitalisation, 53% en ambulatoire), en chirurgie (58% en hospitalisation et jusqu'à 80% en ambulatoire), sans rattrapage dans les mois qui ont suivi (39).

D'après les médecins interrogés, non seulement les patients atteints de certaines maladies chroniques présentaient un risque accru de morbi-mortalité du fait de la Covid-19, mais celui-ci était aggravé du fait du report de leurs soins chroniques (28).

Pour lutter contre ce risque, certains médecins prenaient l'initiative individuelle de rappeler et suivre à distance leurs patients les plus à risque ou atteints de maladies chroniques. Ce sont aussi les conclusions de la DREES en 2020 qui expliquait que 65 % des médecins avaient entrepris une démarche active de contact auprès des patients atteints de maladie chronique les plus à risque (25).

Dans notre étude, les médecins notaient un impact indirect négatif de la pandémie sur la prise en charge des urgences non liées à la Covid-19. Ils l'expliquaient par la diminution des consultations médicales de suivi et de dépistage. Ces résultats corroborent ceux de Rosenbaum L. dans son article publié dans le New England Journal of Medicine sur les effets de la pandémie de Covid-19 sur la prise en charge des patients en dehors de cette pathologie (40) (41).

Durant la première vague de l'épidémie de Covid-19, de nombreuses études concluaient à une diminution du nombre d'admissions à l'hôpital pour des urgences courantes telles que les crises cardiaques (42), les syndromes coronariens aigus (43) (44), les accidents vasculaires cérébraux (45) et les urgences abdominales (46). Dans leur travail publié en décembre 2020, Pechmajou et al. expliquaient l'augmentation importante du nombre de morts subites pendant la pandémie de la Covid-19, et dans plusieurs pays, par des effets directs du virus et des effets indirects liés au confinement, au changement de mode de vie, à la réorganisation des systèmes de santé et aux potentiels retards de prise en charge (42).

2.4. PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES IMPACTEE PAR LA COMMUNICATION DES RISQUES ET LE RENONCEMENT AUX SOINS

Dans notre étude, les médecins généralistes rapportaient une forte baisse de la fréquentation au cabinet (28). Ce résultat corrobore les données nationales de Santé Publique France qui faisaient ressortir une réduction de 25% des consultations dans les structures de soins primaires en avril 2020 par rapport à avril 2019 (47). Une enquête IPSOS portant sur un échantillon représentatif de la population française concluait que la moitié des personnes souffrant de maladies chroniques avaient renoncé à des soins ambulatoires ou hospitaliers(48). L'enquête de la DREES, confirment cette tendance sur les suivis au long cours. (25)

Les principales causes du renoncement aux soins, d'après les médecins interrogés dans notre étude, étaient une coordination des soins plus complexe, la peur des patients d'être contaminés et de surcharger le système de soins primaires(49)(9). Ces résultats concordent avec ceux de Pradat A-S et Morret M (35). Certains médecins associaient le renoncement aux soins à une communication gouvernementale inappropriée (9). Ils dénonçaient le décret du 23 mars 2020 restreignant les déplacements à «un motif de santé relevant de l'urgence» (20) (50). Bien qu'ils reconnaissent le bien-fondé d'une « responsabilisation médicale citoyenne», ils estimaient que la notion d'urgence n'était pas toujours appréciable par les patients(16)(35). Ils redoutaient des retards de prise en charge et de diagnostic des patients à l'origine d'une augmentation de la morbi-mortalité (9)(50)(51). Ces résultats rejoignent une publication du Collège de Médecine Générale en mars 2020: «Les médecins généralistes veulent lancer l'alerte sur le risque, suite à cette annonce, de délaisser les soins de santé primaires qui regroupent les soins de base et les soins chroniques. Il est connu et reconnu que ces soins sont ceux qui ont le plus d'impact sur la mortalité » (52).

Les médecins interrogés dans notre étude mettaient en cause les stratégies de communication institutionnelle dans le renoncement aux soins. Ils mettaient en évidence une perte d'adhésion aux soins. Pour y faire face, ils suggéraient la diffusion d'informations transparentes prenant en compte les incertitudes et les erreurs possibles. Ils encourageaient la diffusion d'informations validées scientifiquement. Ils souhaitaient promouvoir la diffusion de données épidémiologiques locales parfois plus rassurantes. Enfin ils proposaient une centralisation de l'information au niveau national. Ces résultats corroborent avec les recommandations de l'OMS publiées en décembre 2020(53). L'OMS comme de nombreux scientifiques recommandait une communication nationale, une approche communautaire, la coordination de chaque secteur, l'inclusion des populations vulnérables, la lutte contre la stigmatisation, le développement de la confiance par une transparence dans la communication même en cas d'erreur amenant la responsabilité aux acteurs de santé publique (34)(53).

Les médecins généralistes interrogés exprimaient leur désaccord face au traitement médiatique des informations concernant la pandémie. Ils regrettaient le caractère spectaculaire et anxiogène des informations diffusées sur la Covid-19 et souhaitaient des informations plus positives (54). Ces résultats corroborent ceux de Wang et al. lorsqu'en mars 2020, ils expliquaient que les informations fiables et actualisées sur la

Covid-19 étaient associées à un impact psychologique, des niveaux de stress, d'anxiété et de dépression inférieurs que les informations négatives (55).

2.5. PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES IMPACTEE PAR LE RISQUE DE TRANSMISSION VIRALE ET LES MOYENS DE PROTECTION

Pour conserver le lien avec certains patients et limiter la transmission virale, les médecins interrogés dans notre étude ont rapidement réorganiser leurs moyens de protection lors de l'épidémie de Covid-19 (9)(13). Ils ont instauré le port du masque obligatoire, réorganisé leur salle d'attente, le circuit patient et renforcé les mesures d'hygiène au cabinet. Les consultations des patients suspects Covid-19 étaient organisées sur des plages horaires et une salle dédiée. Ces résultats rejoignent ceux du Collège National des Généralistes Enseignants publiés en mars 2020. Ils estimaient à 71% le taux de généralistes ayant mis en place des mesures afin de lutter contre la Covid-19(56).

D'après les médecins interrogés, l'accès aux équipements de soins individuels (EPI) était problématique au début de la crise sanitaire. Les problèmes d'approvisionnement, voire de pénurie pendant l'épidémie, ont présenté un défi pour eux (12) (57) (58). Malgré un élan de solidarité sans précédent de la part de leurs confrères, leurs patients, les entreprises locales, certains médecins reconnaissent avoir compromis leur sécurité en réutilisant des masques(9) (59). Ils nous faisaient part du risque d'être infectés lors des consultations. La plupart des médecins craignaient plus de transmettre à d'autres personnes l'infection que d'être atteints. Ces résultats corroborent avec les données présentes dans la littérature (9)(24). L'étude menée par la DREES sur la perception des risques des médecins généralistes pendant le confinement montrait que « les médecins généralistes pensaient avoir plus de 50% de risques d'être contaminés au cours des consultations. 6 médecins sur 10 estimaient ne pas pouvoir se protéger efficacement et 1 sur 3 craignait de contaminer ses patients » (60).

2.6. PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES IMPACTEE PAR LES REPERCUSSIONS PSYCHOSOCIALES ET ECONOMIQUES DE LA CRISE SUR LES PATIENTS

Lors de la première vague de l'épidémie, les médecins interrogés constataient des répercussions indirectes de la crise sur la santé physique et mentale des patients mais aussi sur leur situation socio-économique (9)(61). Ces résultats correspondent à ceux de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique dans leur étude menée à l'international sur la place des soins primaires dans les systèmes de santé lors de la pandémie de Covid-19 (28).

D'un point de vue émotionnel, les patients comme les soignants ressentait une anxiété majorée lors de la crise sanitaire. D'après les médecins interrogés, une surexposition à la télévision et aux réseaux sociaux pouvait être anxiogène pour les patients. Ces résultats étaient en accord avec ceux de Jung S.J et al qui décrivaient une anxiété majorée par la télévision, première source d'informations avec pour sujet quasi exclusif la Covid-19 (54). De même, An de Sutter et al décrivaient en avril 2020 un impact émotionnel de la pandémie sur le public sans précédent (62). Ils citaient comme causes : le sentiment d'insécurité, de solitude, de peur répandus sur les réseaux sociaux. Durant le confinement, les médecins généralistes interrogés rapportaient une augmentation des consultations pour motifs psychiatriques concordant avec la littérature (25)(34).

D'un point de vue socio-économique, les médecins généralistes interrogés notaient un impact plus important de la crise sanitaire et du confinement chez les personnes en situation de précarité (9)(61). Ils notaient une diminution des consultations de ces patients et s'inquiétaient des répercussions de la crise sur leur santé. L'étude de Papon et al., publiée par l'INSEE en 2020 confirmait qu'en France, par exemple, les personnes immigrées étaient plus touchées par la crise sanitaire avec un taux de mortalité augmenté de 48 % en mars-avril 2020 par rapport à l'année précédente (63). Ceci était largement supérieur à l'augmentation de 22 % constatée pour les personnes nées en France.

Pour lutter contre ces inégalités, certains médecins interrogés ont pris l'initiative de rappeler ou de proposer un suivi à distance à leurs patients en situation de précarité

(64). Parfois, ils étaient confrontés à des difficultés pour joindre certains patients, notamment les patients âgés, migrants, ou en situation de violence conjugales. Ils mettaient en cause les difficultés d'accès comme l'illectronisme, le manque de moyens, la promiscuité, et les difficultés de communication interculturelle et de communication non verbale(9).

2.7. PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES IMPACTEE PAR LE MANQUE D'INFORMATION LORS DE LA CRISE SANITAIRE

Le ressenti des médecins concernant l'accès aux informations sur la Covid 19 en début d'épidémie était complexe. Les médecins généralistes interrogés estimaient ne pas avoir été suffisamment informés par les autorités françaises. Ces résultats rejoignent ceux de Luzet J. dans sa thèse sur le vécu des médecins généralistes durant la crise Covid-19. 68 % des médecins interrogés estimaient ne pas avoir été suffisamment informés par les institutions au moment du confinement (29). Paradoxalement, dans notre étude, les médecins généralistes estimaient avoir une bonne connaissance de la Covid-19 et la plupart se sentaient prêts à gérer les patients infectés rejoignant les résultats de Sotomayor-Castillo en 2021 (57).

Les médecins généralistes interrogés étaient satisfaits des informations auxquelles ils avaient pu avoir accès au début de la crise sanitaire. Ils estimaient s'être informés seuls par leurs propres canaux, sur le temps personnel (13). Comme le concluaient Duez et Mermier, les médecins avaient augmenté leur temps de veille documentaire lors de la crise sanitaire de Covid-19 (65). Pour recouper leurs informations, ils multipliaient les échanges entre pairs et partageaient des informations comme l'expliquait Faucon F. dans sa thèse (50). En Isère, les médecins généralistes s'étaient regroupés initialement sur l'application de messagerie instantanée WhatsApp® puis sur la plateforme de communication collaborative Slack ®. Ils partageaient des informations sur différentes thématiques : Covid-19, documents et protocoles, organisation du cabinet, organisation des soins en Isère. Les médecins interrogés ayant participé à ces échanges soulignaient les bienfaits de la collaboration entre pairs durant la crise sanitaire. Ces résultats rejoignent les données de littératures (9)(13)(65).

Les médecins interrogés insistaient sur l'importance d'obtenir des informations fiables et validées pour combattre efficacement la Covid-19, comme l'expliquaient Hua J. et al. dans leur étude publiée en janvier 2020(66). Ils s'inquiétaient de la diffusion médiatique de fausses informations (34). Tout comme l'OMS, les médecins interrogés dénonçaient « l'infodémie » (67). Ils s'indignaient de la promotion médiatique de points de vue scientifiques extrêmes, contradictoires, éloignés de tout raisonnement. Ils notaient au sein de la communauté médicale, comme dans la population générale une certaine confusion et une perte de confiance à l'égard des autorités sanitaires et politiques (9). Comme cela est dit dans la littérature : l'incertitude scientifique, la confiance dans les institutions et les médias ainsi que le contexte culturel et économique façonnent l'adhésion aux soins (34). Les médecins s'inquiétaient de l'impact des médias et des mesures de confinement prolongées sur l'acceptation des stratégies sanitaires.

3. VÉCU PERSONNEL DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES IMPACTÉ PAR LA CRISE SANITAIRE DE COVID-19

3.1. VIE PERSONNELLE ET FAMILIALE IMPACTÉES PAR LA CRISE SANITAIRE DE COVID-19

Lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19, les médecins évoquaient comme source de stress supplémentaire le bouleversement de leur vie quotidienne sociale et familiale, avec la mise en place du confinement, la diminution des temps de loisir et de repos, l'inquiétude familiale (68)(69). Ces résultats rejoignent ceux de l'étude menée par El-Hage W. et al. en 2020 qui décrivait une charge professionnelle, cognitive et émotionnelle inhabituelle à l'origine d'un déséquilibre de la vie personnelle (58).

Au début de la crise sanitaire, les médecins avaient anticipé auprès de leur entourage, la possibilité qu'ils soient amenés professionnellement à faire face à l'épidémie. Sur la période du confinement, la majorité des médecins généralistes interrogés se disaient moins disponibles personnellement. Ils mettaient en cause une augmentation du temps de travail professionnel, un haut niveau de stress, le sentiment d'être débordés ainsi que la peur intense de contaminer leurs proches (58). Ces résultats corroborent ceux d'un article publié dans le Lancet en mars 2020 sur la santé des soignants lors

de l'épidémie de Covid-19 (70) et ceux de l'étude de Verhoeven V. et al. publié dans le BMJ(9): les médecins craignaient moins d'être infectés par le virus que de le transmettre à leurs proches. Certains des médecins interrogés confiaient d'ailleurs un sentiment de culpabilité les poussant à limiter les contacts avec leur entourage. Cela rejoint les résultats de Faucon F. dans sa thèse sur le ressenti des médecins généralistes (50).

Nos entretiens mettaient en évidence des changements au sein de la structure familiale pouvant être à l'origine de tensions intrafamiliales. En effet, en plus de les soutenir au quotidien, leurs proches devaient assumer un rôle plus important dans les tâches domestiques. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'article de Souadka A. et al. publié dans le Lancet en mai 2020 : bien conscients de la pénurie de ressources humaines et d'équipements de protection, les conjoints des soignants ont vécu dans la peur, en plus de faire face à une surcharge de responsabilités (71).

Durant le confinement, tandis que les médecins interrogés devaient continuer à travailler et même parfois augmenter leur temps de travail, leur conjoint(e) devait assumer la garde d'enfants et la scolarité à distance étant donné que les écoles étaient fermées. Certain(e)s conjoint(e)s, non soignants, devaient se mettre au chômage partiel ou prendre des dispositions professionnelles pour endosser cette charge domestique (72) . Ces résultats corroborent ceux de Robinson et al., en février 2021 (73) : «La pandémie a alourdi le fardeau des responsabilités domestiques et de soins, des exigences professionnelles. Les fermetures des écoles et des garderies ont créé des besoins supplémentaires en matière de garde d'enfants, et il existait peu de soutien pour les parents et les familles de soignants».

3.2. RESENTI EMOTIONNEL DES MEDECINS GENERALISTES IMPACTE PAR LA CRISE SANITAIRE DE COVID-19

L'épidémie de Covid-19 et la mise en place du confinement ont eu des répercussions psychologiques évidentes sur les médecins généralistes. Cela a été décrit à plusieurs reprises dans la littérature scientifique (74)(75). Les médecins généralistes interrogés décrivaient une sensation d'anxiété majorée (29). Ils l'attribuaient à la rapidité de diffusion, au manque de connaissances, et au nombre de cas croissants de la Covid-

19 dans la population générale (76) (77) (78). D'une part, les facteurs organisationnels comme la pénurie de matériel de protection, les changements dans l'exercice des soins primaires, et le bouleversement de la vie quotidienne familiale et sociale généraient du stress chez les soignants. D'autre part, l'absence de soutien institutionnel, l'isolement et la crainte de contaminer les proches, renforçaient ce haut niveau de stress au travail. Ces résultats correspondent à ceux de El-Hage et al. en 2020 sur l'impact de la pandémie sur la santé mentale des professionnels de santé : les soignants présentaient un risque augmenté d'anxiété, de dépression, d'épuisement, d'addiction et de trouble de stress post-traumatique (58).

Tous les médecins interrogés exprimaient un sentiment de colère à l'égard du gouvernement, des autorités sanitaires et des médias. Les médecins généralistes interrogés critiquaient l'information reçue lors de la première vague de Covid-19 et ils estimaient qu'ils n'avaient pas assez été soutenus par la HAS, l'ARS et l'Ordre des médecins rejoignant les données de littératures et les écrits de la Fédération des Médecins de France (50) (79). C'était le propos de Duqueroy V. en 2020 « la profession est très en colère. Les médecins sont nombreux à partager ce sentiment et à mettre en cause la responsabilité du gouvernement »(80).

Les médecins exprimaient un sentiment de solitude au sein du système hospitalier. Ils se sentaient abandonnés par les autorités sanitaires, les spécialistes et les cabinets de radiologie ayant fermé leurs portes. Plusieurs études explorant le ressenti des médecins généralistes français lors de la première vague de Covid-19 retrouvaient ces résultats (9)(50)(29).

Malgré une diminution du nombre de consultations, certains médecins exprimaient une charge mentale croissante et une forme d'épuisement professionnel. Ces résultats corroborent ceux de Danet Danet et al. dans une revue systématique internationale de la littérature en 2021 : les études quantitatives européennes et américaines rapportaient des niveaux modérés et élevés de stress, d'anxiété, de dépression, de troubles du sommeil et d'épuisement professionnel (81).

B. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Il n'existait pas dans la littérature d'étude qualitative explorant le vécu des médecins généralistes dans une zone géographique où un taux d'incidence de Covid-19 faible, était observé lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19. Il semblait innovant d'effectuer une étude qualitative, pour explorer le vécu tant professionnel, que personnel des médecins généralistes et comprendre les difficultés auxquelles ils avaient été confrontés.

Le choix d'une méthode qualitative, adaptée au vécu, a permis d'être au plus proche des difficultés décrites par les médecins généralistes d'Isère découvrant sans a priori et sans perte de donnée leur vécu et leurs difficultés lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19.

La réalisation d'entretiens semi-structurés, individuels, en présentiel, ou en visioconférence a permis aux médecins de se sentir en confiance et de s'exprimer librement.

Une approche phénoménologique a permis d'explorer et d'expliquer les données subjectives issues de l'expérience passée des médecins interrogés.

La constitution d'un échantillon diversifié avec des profils et parcours différents ainsi que le recrutement par effet « boule de neige » sans refus de participation des sujets inclus a pu expliquer la différence et la richesse des données collectées.

Le fait que les participants aient le même statut professionnel que la chercheuse a permis une expression facilitée lors des entretiens : le tutoiement a été employé à la demande des médecins dans tous les entretiens et le registre de vocabulaire employé était commun.

Lors des entretiens l'usage de questions ouvertes, et le respect des temps de silence et de réflexion a permis de limiter les biais d'influence dans les réponses des médecins généralistes.

Un double enregistrement, via smartphone et ordinateur, a permis de minimiser le risque de perte de données. L'utilisation d'un guide d'entretien a permis la reproductibilité des entretiens.

La retranscription « mot pour mot » immédiatement après la réalisation de chaque entretien a permis de limiter le biais de mémorisation et d'interprétation.

Concernant les limites de notre étude, il peut exister un biais d'investigation correspondant au manque d'expérience de la chercheuse dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés.

Un biais de mémorisation de la part des participants peut être considéré comme une limite puisque la période étudiée était passée.

Les biais internes ont été limités par l'utilisation d'un guide d'entretien. La chercheuse a tenté d'analyser et de se détacher de ses préjugés en les consignant dans un journal de bord et en échangeant avec sa directrice de thèse. Pour limiter les biais de subjectivité et d'interprétation et ainsi augmenter la validité interne de cette étude, la possibilité a été donnée aux médecins généralistes de relire et de corriger leurs déclarations.

Les biais externes liés aux circonstances d'entretiens, ont été limités par la prise de rendez-vous et la réalisation des entretiens sur un temps dédié, dans un lieu calme. Les critères de validité externe ont été assurés par l'attribution d'une donnée à chaque item de la grille COREQ tout au long de notre travail (16).

C. PERSPECTIVES

D'après les résultats de notre étude, il semblerait que le vécu des médecins généralistes isérois lors de l'épidémie de Covid-19 dépende de variables sur lesquelles des actions pourraient être encouragées.

Dans un objectif de recherche et de validation des résultats, il serait intéressant de réaliser d'autres études qualitatives puis quantitatives sur le vécu des médecins généralistes lors de l'épidémie de Covid-19 ou d'autres épidémies.

La pratique des médecins généralistes a été bouleversée pour faire face à la hausse du nombre de cas graves de Covid-19, entraînant des répercussions indirectes sur la santé des patients. Néanmoins, le taux d'incidence de Covid-19 est resté très faible en Isère. A l'avenir, pour garantir la continuité des soins et limiter l'impact de la crise, il serait pertinent d'étudier comment cela aurait pu être anticipé.

Lors de la crise sanitaire, les médecins généralistes se sont sentis seuls et isolés. Ils regrettaient le manque d'accompagnement institutionnel et d'échanges avec les spécialistes en intra-hospitalier. A l'avenir, la communication ville-hôpital pourrait devenir un objectif de santé publique, un canal de communication via email pourrait être développé sur le bassin grenoblois .

Du fait de la réorganisation du système de soins, de l'annulation des soins réguliers de suivi et de dépistage lors de l'épidémie de Covid-19, les médecins généralistes ont noté des conséquences sur la santé des patients. Il semblerait intéressant de les étudier.

Les médecins généralistes ont développé l'usage des outils numériques et de télémédecine généralistes lors de l'épidémie de Covid-19. Une étude pourrait étudier la continuité de leur utilisation et les perspectives qu'ils offrent dans l'avenir.

Une augmentation de la charge administrative des médecins généralistes a été constatée lors de la crise. Un travail de recherche sur les solutions alternatives pouvant soulager la profession pourrait être pertinent.

Les revenus des médecins généralistes libéraux remplaçants ont été impactés lors de la crise sanitaire de Covid-19 sans indemnisation. Devant la diminution de l'activité en Isère, leurs remplacements ont été annulés sans compensation. Il serait pertinent de mener une étude sur leur statut afin de mettre en évidence leurs difficultés et ainsi leur proposer des solutions.

La gestion des moyens de protection lors de la crise sanitaire de Covid-19 a été perçue comme inappropriée par les médecins généralistes. Il serait intéressant de tirer les enseignements du début de cette crise sanitaire afin de garantir l'accès aux EPI en cas de nouvelle épidémie.

La confusion semée par une communication institutionnelle contradictoire et le traitement médiatique de la pandémie ont impacté la confiance de la population générale envers le système de santé. Les médecins généralistes ont dû prendre plus de temps pour informer et rassurer les patients. A l'avenir, il apparaît pertinent qu'une communication transparente des risques soit favorisée.

La pandémie et le confinement ont eu des répercussions sur la santé mentale des patients en médecine générale. Pour améliorer leur résilience, une communication épidémiologique et la diffusion d'informations simples intégrant les services psychosociaux de soutien locaux pourraient être encouragées.

Des sources d'information fiables ont été identifiées comme essentielles par les médecins généralistes pour répondre efficacement à la crise sanitaire. Pour lutter contre le phénomène d'infodémie, il serait intéressant de favoriser la centralisation et l'accès à des informations validées par la recherche scientifique.

Du fait de l'augmentation de leur charge mentale et de leur charge de travail, les médecins généralistes et leur conjoint(e) ont pu être mis en difficultés lors de la crise sanitaire. A l'avenir, il serait intéressant que des solutions soient étudiées pour soulager les soignants et leur entourage de la charge domestique, et la garde d'enfant en cas de crise sanitaire.

V. CONCLUSION:

Cette étude nous a permis d'explorer le vécu des médecins généralistes en Isère lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19.

En effet, en première ligne lors de la crise sanitaire, les médecins généralistes se sont préparés à une augmentation du nombre de patients infectés nécessitant une aide médicale d'urgence. Grâce à l'augmentation du temps de veille bibliographique, une collaboration inédite entre pairs, la solidarité locale et le soutien familial, ils ont réussi à adapter leur pratique en urgence.

Pour lutter contre le risque de contamination, ils ont mis en place un tri des patients infectés par la Covid-19 et se sont formés à un nouvel outil : la télémédecine. Ils ont différé les soins non urgents et ont favorisé les consultations de suivi à distance. Malgré un manque d'accompagnement institutionnel et une pénurie de moyens de protection, les médecins généralistes d'Isère ont tenté de garantir la continuité des soins. Leur rôle de conseil a renforcé la relation médecin-patient.

Bien que le taux d'incidence de Covid-19 soit resté faible en Isère, durant la première vague de l'épidémie, les médecins généralistes ont assisté à une importante diminution de la fréquentation des cabinets médicaux. Ils ont observé des répercussions médicales, psychologiques et socio-économiques de la crise sanitaire. Face à une communication institutionnelle inadaptée des risques et au manque de fiabilité des informations diffusées par les médias, les médecins comme le reste de la population générale ont été soumis à un stress important.

La crise sanitaire a impacté les médecins généralistes dans leur vie professionnelle, comme personnelle et familiale les conduisant parfois à l'épuisement. Néanmoins, ils s'inquiétaient davantage pour la santé de leurs proches et de leurs patients que pour la leur.

Cette étude nous a permis de confirmer la nécessité de renforcer la médecine de ville et d'encourager le soutien institutionnel à la pratique de la médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019 | NEJM [Internet].
<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001017>
2. Il y a désormais plus de 100 000 cas de COVID-19: déclaration de l'OMS [Internet].
<https://www.who.int/fr/news/item/07-03-2020-who-statement-on-cases-of-covid-19-surpassing-100-000>
3. Organization WH. Key planning recommendations for mass gatherings in the context of the current COVID-19 outbreak: interim guidance, 14 February 2020. 2020; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331004>
4. Sifuentes-Rodríguez E, Palacios-Reyes D, Sifuentes-Rodríguez E, Palacios-Reyes D. COVID-19: The outbreak caused by a new coronavirus. Bol Méd Hosp Infant México [Internet]. avr 2020;77(2):47-53.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-11462020000200047&lng=es&nrm=iso&tlng=en
5. Déclaration de M. Emmanuel Macron, président de la République, sur la mobilisation face à l'épidémie de COVID-19, la guerre sanitaire contre le coronavirus et sur les nouvelles mesures adoptées (report du 2e tour des municipales, suspension des réformes [Internet]. Vie publique.fr.
<https://www.vie-publique.fr/discours/273933-emmanuel-macron-16-mars-2020-coronavirus-confinement-municipales>
6. LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1). 2020-290 mars 23, 2020.
7. Hall RCW, Hall RCW, Chapman MJ. The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. sept 2008;30(5):446-52.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834308000777>
8. Tomizuka T, Kanatani Y, Kawahara K. Insufficient preparedness of primary care practices for pandemic influenza and the effect of a preparedness plan in Japan: a prefecture-wide cross-sectional study. BMC Fam Pract [Internet]. 19 nov 2013;14(1):174.
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-174>
9. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Royen PV. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. BMJ Open [Internet]. 1 juin 2020;10(6):e039674.
<https://bmjopen.bmj.com/content/10/6/e039674>

10. Barro K, Malone A, Mokede A, Chevance C. Gestion de l'épidémie de la COVID-19 par les établissements publics de santé — analyse de la Fédération hospitalière de France. *J Chir Viscérale* [Internet]. 1 juin 2020;157(3, Supplement 1):S20-4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878786X20300966>
11. Defrancq F, Van Oost S, Lemtiri J, Fontaine S, Maisonneuve A, Lambiotte F, et al. Prise en charge COVID-19 au sein des soins critiques du plus important centre hospitalier général de France: Comment la coordination urgences, réanimation et anesthésie a permis de gérer avec succès l'épidémie de coronavirus sur le territoire valenciennois ? *Anesth Réanimation* [Internet]. 1 sept 2020;6(5):440-54. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352580020300897>
12. Kunin M, Engelhard D, Piterman L, Thomas S. Response of General Practitioners to Infectious Disease Public Health Crises: An Integrative Systematic Review of the Literature. *Disaster Med Public Health Prep* [Internet]. oct 2013;7(5):522-33. DOI : 10.1017/dmp.2013.82
13. Tsopra R, Frappe P, Streit S, Neves AL, Honkoop PJ, Espinosa-Gonzalez AB, et al. Reorganisation of GP surgeries during the COVID-19 outbreak: analysis of guidelines from 15 countries. *BMC Fam Pract* [Internet]. 17 mai 2021;22(1):96. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01413-z>
14. Tanne JH, Hayasaki E, Zastrow M, Pulla P, Smith P, Rada AG. Covid-19: how doctors and healthcare systems are tackling coronavirus worldwide. *BMJ* [Internet]. 18 mars 2020;368:m1090. <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1090>
15. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. <https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&selcodgeo=38&view=map2>
16. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. janv 2015;15(157):50-4. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004331>
17. Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004) - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2021]. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037187498>
18. Covid-19 : declare.ameli.fr étendu aux personnes à risque | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 18 sept 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-03-17-cp-covid-19-teleservice-personnes-risque-cnam>
19. Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19.
20. Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. 2020-293 mars 23, 2020.

21. Hu B, Zeng L-P, Yang X-L, Ge X-Y, Zhang W, Li B, et al. Discovery of a rich gene pool of bat SARS-related coronaviruses provides new insights into the origin of SARS coronavirus. PLOS Pathog [Internet]. 30 nov 2017;13(11):e1006698. <https://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1006698>
22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19.pdf [Internet]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/perception-des-risques-et-opinions-des-medecins-generalistes-0>
23. Jhaveri R. Echoes of 2009 H1N1 Influenza Pandemic in the COVID Pandemic. Clin Ther [Internet]. mai 2020;42(5):736-40. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149291820301892>
24. Thornton J. Covid-19: how coronavirus will change the face of general practice forever. BMJ [Internet]. 30 mars 2020;m1279. <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m1279>
25. Martin Monziols, Hélène Chaput (DREES), Pierre Verger, Dimitri Scronias (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur) et Bruno Ventelou (AMSE). Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/comment-les-medecins-generalistes-ont-ils-exerce-leur-activite>
26. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. JMIR Public Health Surveill [Internet]. 2 avr 2020;6(2):e18810. <https://publichealth.jmir.org/2020/2/e18810>
27. « Covid19 » Aides financières, mesures exceptionnelles pour les médecins, les remplaçants, les étudiants [Internet]. https://www.media-sante.com/_pages/la-lettre/covid19.php
28. Renforcer la première ligne : Comment les soins primaires aident les systèmes de santé à s'adapter à la pandémie de COVID-19 [Internet]. OECD. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/renforcer-la-premiere-ligne-comment-les-soins-primaires-aident-les-systemes-de-sante-a-s-adapter-a-la-pandemie-de-covid-19-ae139cf5/>
29. Luzet J. Crise du COVID-19: Vécu des médecins généralistes des Bouches-duRhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient. 2020;55.
30. Mazouri-Karker S, Percheron Vendevre L, Sandoval J, Regard S, Braillard O, Guessous I, et al. [Telemedicine at the heart of management of the COVID-19 crisis]. Rev Med Suisse. 16 sept 2020;16(706):1699-702.

31. Martin Monziols, Hélène Chaput (DREES), Pierre Verger, Dimitri Scronias (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur) et Bruno Ventelou (AMSE). Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2020.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/trois-medecins-generalistes-sur-quatre-ont-mis-en-place-la>
32. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ* [Internet]. 25 mars 2020;368:m1182.
<https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>
33. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract.* 1 juin 2002;52(479):526-7.
34. Malecki KMC, Keating JA, Safdar N. Crisis Communication and Public Perception of COVID-19 Risk in the Era of Social Media. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 16 févr 2021;72(4):697-702.
35. Pradat A-S, Morret M. Impact de la pandémie de COVID-19 sur les perceptions et comportements de santé en soins primaires : une étude qualitative auprès des patients en région PACA. 3 juin 2021;47. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03252351>
36. Moorhead SA, Hazlett DE, Harrison L, Carroll JK, Irwin A, Hoving C. A New Dimension of Health Care: Systematic Review of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication. *J Med Internet Res* [Internet]. 23 avr 2013;15(4):e1933.
<https://www.jmir.org/2013/4/e85>
37. Burroughs M, Urits I, Viswanath O, Simopoulos T, Hasoon J. Benefits and shortcomings of utilizing telemedicine during the COVID-19 pandemic. *Proc Bayl Univ Med Cent* [Internet]. 33(4):699-700. Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7549972/>
38. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. *BMJ* [Internet]. 12 mars 2020;368:m998.
<https://www.bmj.com/content/368/bmj.m998>
39. Estimation de l'impact de la 1 ere vague de l'épidémie de Covid-19 sur l'activité hors Covid en France - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet].
<https://www.fhf.fr/Finances-FHF-Data/FHF-Data/Estimation-de-l-impact-de-la-1ere-vague-de-l-epidemie-de-Covid-19-sur-l-activite-hors-Covid-en-France>
40. Tripathy S, Vijayaraghavan BK, Panigrahi MK, Shetty AP, Haniffa R, Mishra RC, et al. Collateral Impact of the COVID-19 Pandemic on Acute Care of Non-COVID Patients: An Internet-based Survey of Critical Care and Emergency Personnel. *Indian J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian Soc Crit Care Med* [Internet]. avr 2021;25(4):374-81. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8138627/>
41. Rosenbaum L. The Untold Toll - The Pandemic's Effects on Patients without Covid-19. *N Engl J Med.* 11 juin 2020;382(24):2368-71.

42. Pechmajou L, Marijon E, Perrot D, Jouven X, Karam N. Arrêt cardiaque extrahospitalier et pandémie de la COVID-19. *Ann Cardiol Angéiologie* [Internet]. 1 déc 2020;69(6):365-9.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003392820301554>
43. Hakim R, Motreff P, Rangé G. COVID-19 et SCA ST+. *Ann Cardiol Angéiologie* [Internet]. 1 déc 2020;69(6):355-9.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003392820301438>
44. Garcia S, Albaghdadi MS, Meraj PM, Schmidt C, Garberich R, Jaffer FA, et al. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States During COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 9 juin 2020;75(22):2871-2.
45. Hospital admissions for strokes appear to have plummeted, a doctor says, a possible sign people are afraid to seek critical help - The Washington Post [Internet].
https://www.washingtonpost.com/national/health-science/hospital-admissions-for-strokes-appear-to-have-plummeted-a-doctors-says-a-possible-sign-people-are-afraid-to-seek-critical-help/2020/04/08/2048b886-79ac-11ea-b6ff-597f170df8f8_story.html
46. Atri S, Hadad A, Makni A, Jamel Kacem M. Les urgences digestives sont profondément impactées et plus graves durant la pandémie de COVID-19. *J Chir Viscerale* [Internet]. févr 2021;158(1):98-9.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7685030/>
47. SPF. COVID-19 : point épidémiologique du 30 avril 2020 [Internet].
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-30-avril-2020>
48. Maladies chroniques et confinement : à quel point les patients ont-ils renoncé à se soigner ? | Ipsos [Internet]. <https://www.ipsos.com/fr-fr/maladies-chroniques-et-confinement-quel-point-les-patients-ont-ils-renonce-se-soigner>
49. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;8.
50. Faucon F. Étude qualitative auprès des médecins généralistes du Havre: ressentis durant la crise sanitaire du Covid-19. 2019;84.
51. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract*. oct 2003;16(5):412-22.
52. Mettre en pause les soins de santé primaire, c'est enclencher une bombe à retardement! [Internet]. CMG. 2020. <https://lecmg.fr/mettre-en-pause-les-soins-de-sante-primaire-cest-enclencher-une-bombe-a-retardement/>

53. COVID-19 Stratégie de communication sur les risques mondiaux et d'engagement communautaire, Décembre 2020—mai 2021
<https://www.who.int/fr/publications-detail/covid-19-global-risk-communication-and-community-engagement-strategy>
54. Jung SJ, Jun JY. Mental Health and Psychological Intervention Amid COVID-19 Outbreak: Perspectives from South Korea. *Yonsei Med J* [Internet]. 1 avr 2020;61(4):271-2.
<https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.4.271>
55. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. janv 2020;17(5):1729. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729>
56. Enquête nationale Covid 19 et Médecine générale [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/enquete_nationale_covid_19_et_medecine_generale/
57. Sotomayor-Castillo C, Nahidi S, Li C, Hespe C, Burns PL, Shaban RZ. General practitioners' knowledge, preparedness, and experiences of managing COVID-19 in Australia. *Infect Dis Health* [Internet]. 1 août 2021;26(3):166-72.
[https://www.idhjournal.com.au/article/S2468-0451\(21\)00004-3/abstract](https://www.idhjournal.com.au/article/S2468-0451(21)00004-3/abstract)
58. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale* [Internet]. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S73-80.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700620300762>
59. Tan NC, Goh LG, Lee SS. Family physicians' experiences, behaviour, and use of personal protection equipment during the SARS outbreak in Singapore: do they fit the Becker Health Belief Model? *Asia Pac J Public Health*. 2006;18(3):49-56.
60. Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/perception-des-risques-et-opinions-des-medecins-generalistes-0>
61. Socioeconomic gradient in health and the covid-19 outbreak | The BMJ [Internet]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1329.long>
62. de Sutter A, Llor C, Maier M, Mallen C, Tatsioni A, van Weert H, et al. Family medicine in times of 'COVID-19': A generalists' voice. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 30 avr 2020;26(1):58-60. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7241505/>
63. Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020 - Insee Focus - 198 [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049>

64. Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response | BMJ Global Health [Internet]. <https://gh.bmj.com/content/5/6/e002550>
65. Duez M, Mermier M. COVID-19: rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches-du-Rhône. 2 déc 2020;34. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03100226>
66. Hua J, Shaw R. Corona Virus (COVID-19) "Infodemic" and Emerging Issues through a Data Lens: The Case of China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. janv 2020;17(7):2309. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2309>
67. Première conférence de l'OMS sur l'infodémiologie [Internet]. <https://www.who.int/fr/news-room/events/detail/2020/06/30/default-calendar/1st-who-infodemiology-conference>
68. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale* [Internet]. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S43-52. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700620300750>
69. La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev, 23-25 mars et 30 mars-1er avril 2020) [Internet]. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-mentale-des-francais-face-au-covid-19-prevalences-evolutions-et-determinants-de-l-anxiete-au-cours-des-deux-premieres-semaines-de-confi>
70. Lancet T. COVID-19: protecting health-care workers. *The Lancet* [Internet]. 21 mars 2020;395(10228):922. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30644-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30644-9/abstract)
71. Souadka A, Essangri H, Benkabbou A, Amrani L, Majbar MA. COVID-19 and Healthcare worker's families: behind the scenes of frontline response. *EClinicalMedicine* [Internet]. 1 juin 2020;23. [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30117-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30117-6/abstract)
72. Pearson C, Levine M, Messman A, Chopra T, Awali R, Robb L, et al. Understanding the Impact of COVID-19 on Physician Moms. *Disaster Med Public Health Prep*. 16 févr 2021;1-17.
73. Robinson LJ, Engelson BJ, Hayes SN. Who Is Caring for Health Care Workers' Families Amid COVID-19? *Acad Med* [Internet]. sept 2021;96(9):1254-8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8378425/>
74. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res* [Internet]. 1 juin 2020;288:112936. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120305850>
75. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan

during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun* [Internet]. 1 juill 2020;87:11-7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303482>

76. Zhang N, Shi W, Feng D, Fang W, Zeng Q, Qu Y. A preliminary study on the anxiety and depression situation and psychological intervention of the first-line medical staff in our hospital during the COVID-19 epidemic. *J Clin Neurosci* [Internet]. sept 2021;91:9-12.

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0967586821003337>

77. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. juin 2020;7(6):547-60.

78. Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain Behav Immun - Health* [Internet]. oct 2020;8:100144.

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666354620301095>

79. LE SAUDER C. La FMF juge la gestion de la crise COVID: Contributions de la FMF sur l'appréciation de la gestion de la crise par les autorités publiques et des retours d'expériences de ses mandants [Internet]. Fédération des Médecins de France.

<https://www.fmfpro.org/la-fmf-juge-la-gestion-de-la-crise-covid.html>

80. Duqueroy V. Impact de la crise du Covid sur l'éthique médicale : résultats d'enquête [Internet]. Medscape. <https://français.medscape.com/diaporama/33000220>

81. Danet Danet A. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Med Clínica Engl Ed* [Internet]. 7 mai 2021;156(9):449-58.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2387020621000073>

ANNEXES

ANNEXE 1: GUIDE D'ENTRETIEN

Caractéristiques sociodémographiques du médecin avant la crise:

Caractéristiques professionnelles:

Statut
Type de structure :
Mode d'exercice
Pluridisciplinarité :
Type d'exercice :
Secrétariat :
Téléconsultation:
Lieu de stage :

Caractéristiques personnelles:

Sexe:
Genre :
Lieu de vie:
Statut familial
Enfant à charge

1. Question brise-glace :

Pouvez-vous décrire le moment où vous avez pris conscience de l'émergence de l'épidémie de Covid-19 ? Comment vous êtes-vous organisé pour y faire face ?

2. Informations

Comment vous êtes-vous informés lors de l'épidémie de Covid-19 ?

- Relance : Quelles ont été vos sources d'informations ?

3. Communication

Quels moyens de communication avez-vous utilisé avec les patients lors de l'épidémie de Covid-19 ?

- Relance : Qu'avez-vous pensé de la téléconsultation?
- Relance : Quels étaient les principaux thèmes évoqués?

Quels moyens de communication avez-vous utilisé avec vos confrères lors de l'épidémie de Covid-19 ?

- Relance : Qu'avez-vous pensé de la communication avec les spécialistes?
- Relance : Quels étaient les principaux thèmes évoqués?

4. Moyens de protection

Quels moyens de protection avez-vous mis en place lors de l'épidémie de Covid-19 ?

- Relance : Qu'avez-vous pensé de la communication avec les spécialistes?
- Relance : Quels étaient les principaux thèmes évoqués?
- Relance : Comment avez-vous pu vous approvisionner ?

5. Prise en charge des patients infectés par la Covid-19

Comment avez-vous organisé la prise en charge des patients infectés par la Covid-19 dans votre cabinet?

- Relance : Avez-vous pris en charge des patients infectés par la Covid-19 ?

6. Répercussions de la crise sur la santé des patients

Quelles ont été les répercussions de la crise au niveau sur la santé des patients ?

- Relance : Avez-vous noté des répercussions au niveau médical ?
- Relance : Avez-vous noté des répercussions au niveau psychologique ?
- Relance : Avez-vous noté des répercussions au niveau socio-économique ?

7. Répercussions de la crise sur le temps de travail

Quelles ont été les répercussions de la crise sur l'organisation de votre temps de travail ?

- Relance : Avez-vous travaillé différemment lors de l'épidémie de Covid-19?

8. Répercussions de la crise sur les revenus

Quelles ont été les conséquences de l'épidémie de Covid-19 sur vos revenus?

- Relance : Avez-vous bénéficié d'aides ? Lesquelles ?

9. Répercussions de la crise sur la vie personnelle

Quelles ont été les répercussions de la crise sur votre vie personnelle et familiale ?

- Relance : Comment avez-vous adapté votre vie personnelle ?
- Relance : Avez-vous eu peur pour votre santé ou celle de vos proches?

10. Accompagnement institutionnel lors de la crise

Qu'avez-vous pensé de l'accompagnement institutionnel lors du début de l'épidémie de Covid-19 ?

- Relance : Vous êtes-vous sentis soutenus par les autorités politiques et sanitaires ?

11. Gestion médiatique de la crise

Qu'avez-vous pensé de la gestion médiatique du début de l'épidémie de Covid-19?

- Relance : Qu'avez-vous pensé de la couverture médiatique de la Covid-19 ?

12. Axe d'amélioration

Comment aurait-on pu améliorer votre situation lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19?

- Relance: Quels ont été les impacts majeurs de la crise sur votre pratique ?

13. Question d'Ouverture

Souhaitez-vous évoquez d'autres thématiques?

ANNEXE 2: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement (document à faire signer)

ACCORD ECRIT DE PARTICIPATION À UNE OBSERVATION DE PRATIQUE
PROFESSIONNELLE

(Exemplaire participant)

Je soussigné(e)..... domicilié(e) à.....,
accepte de participer à la thèse d'exercice de docteur en médecine d'Hélène CUQ,
lors d'un entretien enregistré le

Je déclare avoir été informé(e) de façon claire et loyale de la confidentialité de cet
entretien.

J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les
données soient utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication
scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Établi en deux exemplaires, un exemplaire pour moi, un exemplaire pour l'enquêteur.

Fait à Le

Signature :

ANNEXE 3: DESCRIPTION DE L'ARBRE DE CODAGE

▼ <input type="radio"/> 1- Vécu dans le temps de la crise sanitaire	0	0
<input type="radio"/> comparatif avec autres crises	3	7
<input type="radio"/> date debut des changements	5	7
<input type="radio"/> date prise de conscience	8	21
<input type="radio"/> deroulement prise de cse	7	16
<input type="radio"/> projections	3	8
▼ <input type="radio"/> 2- Vécu professionnel de l'épidémie de COVID 19	0	0
▶ <input type="radio"/> 1 GESTION DES SOINS PRIMAIRES	0	0
▶ <input type="radio"/> 2 APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE	0	0
▶ <input type="radio"/> 3 APTITUDE SPECIFIQUE A LA RESOLUTION DE PROBLEME	0	0
▶ <input type="radio"/> 4 APPROCHE GLOBALE DU PATIENT	0	0
▶ <input type="radio"/> 5 ORIENTATION COMMUNAUTAIRE	0	0
▶ <input type="radio"/> 6 ADOPTION D UN MODELE HOLISTIQUE	0	0
▶ <input type="radio"/> 8 MOYENS DE PROTECTION	0	0
▶ <input type="radio"/> 8 RESSENTI PROFESSIONNEL	0	0
▼ <input type="radio"/> 3-Vécu personnel de l'épidémie de COVID 19	0	0
<input type="radio"/> mode de vie habituel	1	1
▶ <input type="radio"/> modification organisation de la vie familiale	4	6
<input type="radio"/> modification organisation de la vie sociale	7	10
▶ <input type="radio"/> ressenti personnel de la premiere phase épidémie covid	0	0
<input type="radio"/> ressenti vis à vis de crise socioeconomique nationale	1	1
▶ <input type="radio"/> vécu du confinement	0	0
▶ <input type="radio"/> 4- Axe amélioration	0	0
▶ <input type="radio"/> CONCLUSION	0	0

RÉSUMÉ

LE VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ISÈRE LORS DE LA PREMIÈRE VAGUE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Résumé :

Introduction

L'épidémie de Covid-19 et le confinement ont bouleversé le système de soins français, et l'organisation des médecins généralistes, en première ligne. L'objectif principal cette étude était d'explorer leur vécu lors de la première vague de l'épidémie de Covid-19, du 1^{er} janvier au 11 mai 2020, en Isère.

Méthode

Une étude qualitative phénoménologique par entretiens individuels semi structurés respectant les critères Coreq a été menée auprès de médecins généralistes thésés dans le département d'Isère, en France.

Résultats

Neuf entretiens de 64 minutes en moyenne, ont été réalisés du 5 mars au 11 juin 2021. Durant la première vague épidémique, les MG d'Isère ont réussi à adapter leur pratique en urgence. Ils ont augmenté leur temps de veille documentaire, multiplier les échanges entre pairs. Ils ont réorganisé leur cabinet, leurs moyens de protection pour lutter contre la transmission virale. Ils ont développé le tri, l'évaluation et le suivi à distance des patients grâce à la télémedecine. Malgré un faible taux d'incidence de Covid en Isère, les MG s'indignaient face à la couverture médiatique anxigène, au manque d'accompagnement institutionnel, à la pénurie des moyens de protection. Ils notaient une forte diminution de la fréquentation des cabinets, un manque de continuité des soins hors Covid-19, impactant leur organisation et l'état de santé des patients.

Conclusion

Durant la première vague d'épidémie, le taux d'incidence de Covid 19 est resté faible en Isère, cependant la crise sanitaire et le confinement ont eu des répercussions négatives sur le vécu personnel et professionnel des MG d'Isère ainsi que sur l'état de santé des patients.

Discipline : Médecine générale

Mots clés : Épidémie, COVID-19, vécu, médecins généralistes, médecine générale, confinement

ABSTRACT

THE EXPERIENCE OF GENERALIST PRACTITIONERS IN ISERE DURING THE FIRST WAVE OF THE COVID-19 EPIDEMIC

Abstract :

Background:

The emergence of the Covid-19 epidemic and the unprecedented implementation of general The Covid-19 epidemic and the confinement have disrupted the French healthcare system, and the organization of general practitioners, on the front line. The main objective of this study was to explore their experiences during the first wave of the Covid-19 epidemic, from January 1 to May 11, 2020, in Isère.

Method:

A phenomenological qualitative study by semi-structured individual interviews respecting the Coreq criteria was carried out with general practitioners with thesis in the department of Isère, in France.

Results:

Nine interviews of 64 minutes on average were carried out from March 5 to June 11, 2021. During the first wave of the epidemic, GPs in Isère managed to adapt their practice urgently. They increased their documentary watch time and increased exchanges between peers. To fight against viral transmission, they reorganized their practice, their means of protection. They have developed the triage, evaluation and remote monitoring of patients using telemedicine. Despite a low incidence rate of Covid in Isère, GPs were outraged at the lack of institutional support, the shortage of means of protection and the anxiety-provoking media climate. They noted a sharp decrease in visits to practices, a lack of continuity of care outside of Covid-19, impacting their personal and professional organization and the state of health of patients.

Conclusion:

During the first wave of the epidemic, the incidence rate of Covid 19 remained low in Isère, however the health crisis and the confinement had negative repercussions on the personal and professional experience of MGs in Isère as well as on the state of health of patients.

Discipline : General Medicine

Keywords: COVID-19 epidemic, experience, general practitioners, general medicine, containment