



**HAL**  
open science

# Vécu des médecins généralistes pendant la pandémie COVID-19 en Auvergne-Rhône-Alpes : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés

Marie Heitzmann, Élise Nervé

► **To cite this version:**

Marie Heitzmann, Élise Nervé. Vécu des médecins généralistes pendant la pandémie COVID-19 en Auvergne-Rhône-Alpes : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03540664

**HAL Id: dumas-03540664**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03540664>**

Submitted on 24 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 CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

**THÈSE D'EXERCICE**  
**POUR L'OBTENTION DU**  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

par

**HEITZMANN, MARIE ANNE MARGAUX**  
**et**  
**NERVÉ, ÉLISE**

Présentée et soutenue publiquement le 25 novembre 2021

**VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PENDANT LA PANDÉMIE COVID-19 EN  
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES :  
ANALYSE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS**

**Directeur de thèse :** Monsieur CAMBON Benoît, Professeur Associé, Département de médecine générale de Clermont-Ferrand

**Président du jury :** Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, Département de médecine générale de Clermont-Ferrand

**Membres du jury :** Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, Département de Médecine et santé au travail de Clermont-Ferrand  
Monsieur MARTIN Yoann, Docteur, Médecin généraliste à Pontgibaud





Année 2021

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

**THÈSE D'EXERCICE  
POUR L'OBTENTION DU  
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

par

**HEITZMANN, MARIE ANNE MARGAUX  
et  
NERVÉ, ÉLISE**

Présentée et soutenue publiquement le 25 novembre 2021

**VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PENDANT LA PANDÉMIE COVID-19 EN  
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES :  
ANALYSE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS**

**Directeur de thèse :** Monsieur CAMBON Benoît, Professeur Associé, Département de médecine générale de Clermont-Ferrand

**Président du jury :** Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, Département de médecine générale de Clermont-Ferrand

**Membres du jury :** Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, Département de Médecine et santé au travail de Clermont-Ferrand  
Monsieur MARTIN Yoann, Docteur, Médecin généraliste à Pontgibaud

## UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

---

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis  
: **DOLY** Michel  
: **TURPIN** Dominique  
: **VEYRE** Annie  
: **DULBECCO** Philippe  
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre  
: **FONTAINE** Jacques  
: **BOUTIN** Christian  
: **MONTEIL** Jean-Marc  
: **ODOUARD** Albert  
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et  
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER  
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT  
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE  
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA  
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE  
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias  
: **DEQUIEDT** Vianney  
: **FOGLI** Anne  
: **HENRARD** Pierre  
: **PEYRARD** Françoise  
: **PAQUIS** François



## UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice  
: **HAZAL** Jean

DOYEN  
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre  
: **ROBERT** Gaëlle

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

### **PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

### **PROFESSEURS EMERITES :**

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

### ***PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE***

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie

M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

**PROFESSEURS DE  
1ère CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-physiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

**PROFESSEURS DE  
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

**PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES**

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale



**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES  
HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

***MAITRES DE CONFERENCES DE  
1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

***MAITRES DE CONFERENCES DE  
2ème CLASSE***

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale

## Remerciements communs

**Aux membres de notre jury,**

**À notre Président de jury, Monsieur le Professeur Philippe VORILHON, Directeur du Département de médecine générale de Clermont-Ferrand,**

C'est pour nous un honneur que vous nous apportiez votre regard sur notre travail en tant que fervent défenseur de la médecine générale. Nous tenons donc à vous remercier grandement de l'intérêt que vous portez à notre étude en acceptant de présider notre jury de thèse.

**À notre directeur de thèse, Monsieur le Professeur Benoît CAMBON, Professeur associé au sein du département de médecine générale,**

Nous vous remercions de nous avoir accompagnées tout au long de ce travail. Vos conseils nous ont permis d'enrichir notre analyse. C'était un privilège de vous avoir comme directeur de thèse sur un sujet aussi intéressant.

**À Monsieur le Professeur Frédéric DUTHEIL, Chef de service Santé au Travail du CHU de Clermont-Ferrand,**

Vous nous faites l'honneur d'apporter votre regard si particulier grâce à votre capacité d'analyse de la qualité du travail pendant cette période si complexe. C'est pour nous un atout supplémentaire que vous jugiez notre travail ; permettez-nous de vous adresser nos sentiments les plus respectueux.

**À Monsieur le Docteur Yoann MARTIN, Coordonnateur des soins sur le territoire,**

Nous sommes heureuses que vous ayez accepté d'intégrer notre jury de thèse. Votre disponibilité pour nous aiguiller a été un véritable réconfort. Nous vous remercions chaleureusement pour cette participation.

## Remerciements Marie

À **mon Papy**, cet être merveilleux, celui qui a toujours cru en moi, lui grâce à qui j'en suis là aujourd'hui, qui nous a quittés bien trop tôt. Je sais être ta plus grande fierté. À **ma Mamie**, la plus gentille, ma confidente, à nos rendez-vous bi-hebdomadaires. À nos rires partagés, à toi.

À **ma Maman**, ma meilleure amie, qui me pousse toujours plus loin, et qui m'épaule au quotidien, dans le meilleur comme dans le pire. Merci.

À **ma petite-sœur Laurène**, toujours prête à m'aider, coûte que coûte. À **mon petit-frère, Théo**, mon petit chéri, mon rayon de soleil. À **mon Père**, qui m'a beaucoup transmis. À **Mery et Nena**, pour leur présence. À **mon Parrain**, que je sais toujours présent, à nos randonnées, à pied comme à vélo. À **Martine, à Elisabeth et à Marie Claire**, qui m'ont élevée comme leur propre fille. À **ma famille, mes cousins, mes cousines, et leur famille**, pour leur soutien. À **ma Mamie Rose**, qui m'a donné sa passion de l'équitation, et que je sais fière de moi.

À **Quentin**, mon étoile qui veille.

À **mes amis**. À **Servane**, mon panda, à nos épreuves qui nous ont rendues plus fortes et plus courageuses. À **Candice**, ma jumelle « jusqu'ici tout va bien » et **Alexis**, merci à vous deux. À **Marianne**, son soutien indéfectible, son aide irremplaçable. À **Tiff**, connue bien trop tard, à nos dingeries. À **Thierry**, coach en or et personne exceptionnelle. À **Julie**, plus de 28 ans d'amitié. À **Béren**, nos fous rires en pagaille, nos discussions sur l'avenir, nos voyages. À **la team Réunion, Marine, Solène et Momo**, amis pour la vie. À **Hélène, Victor et Nargou**, merci d'avoir été là. À **Erwan**, mon joker. À **Mathou**, merci. À **Pinpin**. À **Di'dine**. À **Caro, Naïs, Elio et Pascal**, ma famille cantalienne, un merci ne suffirait pas.

À **mes équipes**, qui m'ont suivie tout au long de mon internat. À **l'équipe des urgences de Saint-Flour, les Dr DUCHAMP, ALMA, POITRINEAU, NOWBARIAN, BARRES**, qui m'ont tant appris, et qui ont été d'un soutien inconditionnel. À **l'équipe infirmière et aide-soignante des urgences**, pour toujours dans mon cœur. À **notre petit groupe des tous anonymes**, devenus mes amis, aux sorties qu'on a pu faire, cette bouffée d'oxygène au meilleur des moments. À **Rudolphe**, pour toutes les peurs bleues que tu m'auras faites, et **Sacha**, mon meilleur petit patient. À **mes MSU, Dr BERNARD, Dr THURET-LAGRANGE, Dr PARRAIN, Dr BOUTEILLE, Dr DELPOUX, Dr RABEYRIN, Dr ROMANET**, merci pour ce que vous m'avez transmis. À **l'équipe de gériatrie de Saint-Flour, les Dr POUGET et Dr GUITARD**, merci pour votre patience, et à **l'équipe paramédicale**, pour leur bienveillance. À **l'équipe de pédiatrie et de gynéco du Puy-en-Velay**, pour le partage de leur savoir, et surtout, mes co-internes parfaits, **Élodie et Ivan**, à nos SRO du vendredi matin.

À **la teamDecat' de Nancy**, qui m'a aidée à concilier les études médicales et la joie d'un job étudiant. À **Jules, François, Sarah et Charles**, loin des yeux, près du cœur. À **l'équipe caisse-accueil, et l'équipe nature**, merci !

À **tous ceux que je n'ai pas cités**, mais qui restent dans mon cœur. Vous tous qui m'avez permis de grandir à vos côtés.

Et surtout, à **Élise**, avec qui j'ai partagé un an de vie, presque au quotidien, ma partenaire de thèse, merci. ON A FINI !

## **Remerciements Élise**

**À Marie,**

Nous avons traversé cette épreuve ensemble. Nous nous sommes soutenues à tour de rôle. Le résultat est là ! Merci à toi.

**À mes maitres de stage, Dr Brustel, Dr Pelletier, Dr Jean, Dr Monange, Dr Brun, Dr Delorme, Dr Tchen, et à tous les autres médecins que j'oublie,**

Pour m'avoir permis chacun à votre façon d'apprendre à vos côtés. Les leçons que vous m'avez enseignées m'ont influencée plus que vous ne le pensez. Cette expérience acquise à vos côtés continuera à nourrir mes réflexions dans une remise en question continue de ma pratique et de mon éthique tout au long de ma carrière.

**À mes amis, à Polyméro, à Arianne, à Annabelle,**

Pour tous ces bons moments passés ensemble et parce que la distance ne nous a pas séparés.

**À Serge et Colette Chambon,**

Pour m'avoir accueillie chez vous. Pour tous ces moments partagés à profiter des choses simples de la vie en compagnie de nos chevaux.

**À mon conjoint, Alexandre Aillerie,**

Bien évidemment pour m'avoir soutenue et pour m'avoir aidée à travers ta propre expérience de la recherche. Mais surtout pour tout l'amour que tu me donnes, pour ta gentillesse, pour ta patience, pour ta tendresse et pour toutes tes autres qualités dont tu me fais profiter au quotidien avec toi.

## Table des matières

1. Introduction.....	p 14
2. Méthode.....	p 16
2.1. Objectif de l'étude et choix de la méthode.....	p 16
2.2. Chercheurs.....	p 16
2.3. Participants.....	p 17
2.4. Mode de recrutement et recueil des données.....	p 17
2.5. Mode d'analyse.....	p 18
2.6. Aspects éthiques.....	p 18
3. Résultats.....	p 20
3.1. Évolution de la crise sanitaire dans le temps.....	p 21
3.2. Application des gestes barrières.....	p 26
3.3. Santé publique.....	p 30
3.4. S'approprier continuellement de nouvelles recommandations.....	p 33
3.5. Liens interprofessionnels... ..	p34
3.6. Un environnement stressant.....	p 36
3.7. Une influence sur la vision de la Médecine.....	p 39
4. Discussion.....	p 40
4.1. Principales conclusions.....	p 40
4.2. Forces et limites.....	p 40
4.3. Comparaison des résultats à la littérature.....	p 41
4.4. Perspectives.....	p 45

5. Conclusion.....	p 47
Références bibliographiques.....	p 48
Annexes.....	p 51
Lettre d’information aux participants .....	p 51
Grille RATS.....	p 52
Marguerite des compétences.....	p 54

## Liste des tableaux et des figures

### **Tableaux :**

Tableau I : La grille d'entretien.....	p 16
Tableau II : les caractéristiques d'échantillonnage .....	p 20

### **Figures :**

Figure 1 : Évolution dans le temps .....	p 21
Figure 2 : Appliquer les gestes barrières .....	p 26
Figure 3 : Facteurs de stress chez les MG pendant la crise sanitaire.....	p 36



## **Liste des abréviations**

ARS : Agence régionale de santé

COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

COVID : Coronavirus Disease

COVID-19 : Coronavirus Disease 19

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DGS : Direction générale de la santé

EPI : Équipement de protection individuel

MG : Médecin généraliste

PEC : Prise en charge

## **1. Introduction**

L'année 2020 a été marquée par un bouleversement d'ordre mondial, dû à l'émergence d'un nouveau pathogène viral, le SARS-CoV-2. (1)

Le 11 mars 2020, devant la progression de la contagion et la gravité des cas, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a qualifié la crise sanitaire COVID-19 de pandémie. (2) À la date du 7 octobre 2021, on a recensé 4,8 millions de décès à l'échelle planétaire, dont 120 087 en France, dus à la COVID-19. (3)

La France n'a pas été épargnée par l'apparition de ce virus, et, devant l'évolution exponentielle du nombre de cas, le gouvernement français a décrété l'état d'urgence sanitaire. (4) Les autorités décisionnaires ont établi des mesures exceptionnelles afin d'endiguer la circulation du virus, c'est ainsi que plusieurs périodes de confinement se sont succédé. (5–8)

Cette épidémie de COVID-19 a modifié de nombreuses certitudes, notamment dans le milieu sanitaire, et ce, au niveau international. Les différents systèmes de soins ont dû subitement faire face à une affluence massive de patients tout en limitant les mécanismes de propagation (8) et en continuant à assurer les soins courants : la prévention (9), le dépistage (10) et le suivi des patients ayant des pathologies chroniques (11).

Les médecins généralistes, acteurs de première ligne, ont dû faire preuve de capacités d'adaptation pour répondre à cette nouvelle crise sanitaire (12,13). En 2020, il y a eu 74 décès authentifiés de médecins libéraux dus au virus, dont 49 encore en activité et 25 médecins retraités. Ces chiffres ont probablement été sous-évalués. (14) Le vécu de cette situation inédite a pu être éprouvant pour nombre d'entre eux (15–17), une entraide interprofessionnelle a pu émerger entre les différents intervenants en soins primaires (18).

L'objectif de cette étude a été d'analyser les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

lors de la pandémie de COVID-19 et les stratégies développées pour y faire face.

## 2. Méthode

### 2.1. Choix de la méthode

La méthode qualitative par entretien individuel semi-dirigé, permettant de mettre en avant les expériences professionnelles, personnelles, comportements et avis des praticiens, nous a paru être la plus adaptée. La réalisation d'entretiens individuels était également un atout pour faciliter le recrutement des participants, souvent peu disponibles. Une grille d'entretien a été élaborée d'après les recherches bibliographiques et notre réflexion. Elle a été adaptée en fonction des données apportées par les premiers retours du terrain.

« Racontez-moi comment vous vous êtes adapté à la pandémie. »
- Réorganisation fonctionnelle du cabinet (matériel, approvisionnement en matériel, emploi du temps, organisation de l'espace, visite à domicile, télémedecine...)
- Relation avec les autres professionnels de santé et autres intervenants (moyens d'information, directives nationales et locales, collaboration entre professionnels...)
- Prise en charge de la patientèle habituelle (diagnostic, prévention, dépistage, suivi des personnes à risques de forme grave de COVID-19...)
- Prise en charge des cas et des suspicions de cas de COVID-19
- Vécu personnel

Tableau I : La grille d'entretien

### 2.2. Chercheurs

L'étude a été menée par deux femmes, internes en médecine générale appartenant au même groupe de formation, dans le cadre de leur projet de thèse. Il s'agissait de leur première expérience en recherche. Pour se former, elles ont assisté à des formations sur la recherche qualitative à la faculté de Médecine de Clermont-Ferrand et se sont référées au *Manuel d'analyse qualitative* (19). MH a travaillé en milieu hospitalier pendant les trois premières vagues et avait de ce fait une vision seulement hospitalière du problème sans à priori sur la gestion en cabinet.

EN a travaillé en milieu hospitalier pendant la première vague puis en cabinet pour les deuxième et troisième. Après un temps de réflexion nécessaire, ses à priori sur le sujet se résument à une attente de changements dans les pratiques médicales mais sans idée préfixée sur leur type, leur gravité ou leurs interactions.

### **2.3. Participants**

Les interviewés ont été sélectionnés parmi les médecins généralistes selon la définition européenne (20) en région Auvergne-Rhône-Alpes.

### **2.4. Mode de recrutement et recueil des données**

Le recrutement a été effectué par département, par téléphone à partir de l'annuaire téléphonique des Pages jaunes ou de l'annuaire Ameli (l'ordre des noms apparaît de manière randomisée dans les deux cas). L'échantillonnage a été dirigé pour obtenir la plus grande diversité possible. Sur l'ensemble des 52 MG contactés, seulement 14 avaient répondu par la positive à l'invitation. Pour la majorité des refus, principalement en milieu urbain, la justification avancée était le manque de temps. Pour respecter les critères de diversité, à un moment nous avons dû sélectionner des hommes, car nous avons assez de femmes. Les entretiens se sont effectués à un horaire choisi par l'interviewé, en visioconférence ou par téléphone (le contexte sanitaire rendant difficile, voire impossible sur les périodes de confinement, la réalisation des entretiens en face-à-face). La conversation a été enregistrée par audio ou vidéo après consentement oral de l'interviewé. Elle s'est arrêtée lorsque l'interviewé n'a plus eu d'informations à apporter (soit une durée variant de 15 à 45 min selon les entretiens). Elle a été ensuite retranscrite intégralement sous forme de verbatim et anonymisée par la personne ayant effectué l'entretien qui prend également des notes de terrain. La récolte des données s'est déroulée du 28 janvier 2021 au 29 avril 2021. Elle a été arrêtée lorsque la saturation des données a été obtenue, soit au

minimum deux entretiens n'apportant plus de nouvelle propriété à notre analyse. Nous l'avons constaté avec les entretiens 9, 10, 11 et 12. Les 10 et 11 n'ont pas été retenus pour la saturation des données car il s'agissait de médecins remplaçants, une particularité intéressante mais qui ne permettait pas d'explorer tous les thèmes.

## **2.5. Mode d'analyse**

Les entretiens ont été réalisés à tour de rôle : MH a réalisé les entretiens 1, 4, 5, 7, 9, 10 et EN les 2, 3, 6, 8, 11 et 12. L'analyse a été réalisée par analyse inductive générale et thématization d'après le *Manuel d'analyse qualitative* de Christophe Lejeune (2) dès le premier entretien. Le logiciel NVivo a été utilisé lors de la réalisation du codage. Un codage ouvert a été réalisé avec micro-analyse mot-à-mot qui a été effectuée de manière conjointe au premier entretien uniquement, puis un étiquetage qui a été effectué sur chaque entretien séparément par les deux chercheuses puis discuté en commun après chaque entretien. Ensuite, un codage axial a été réalisé conjointement pour faire ressortir des catégories et les liens entre celles-ci. Pour finir, un codage sélectif a permis la réalisation d'un schéma intégratif faisant ressortir tous les liens de notre analyse. En cas de désaccord malgré argumentation, le sujet a été mis momentanément de côté jusqu'à ce qu'une nouvelle donnée nous ait permis de trancher le sujet. Aucun désaccord entre les chercheuses n'a subsisté à la fin de l'analyse. Les résultats ont été validés par les MG interviewés.

## **2.6. Aspects éthiques**

Une lettre d'information sur l'étude a été remise à chaque participant avec les coordonnées des enquêtrices (annexe I). Ceux-ci ont eu la possibilité de rectifier les données les concernant sur simple demande. Ils ont pu également demander à recevoir les résultats de l'étude.

La méthodologie a été déposée au référent du Comité national informatique et liberté (CNIL) de l'université Clermont-Auvergne et une demande a été faite au comité d'éthique du Comité national des généralistes enseignants (CNGE).

### 3. Résultats

	Sexe	Âge	Zone d'activité	Type d'exercice	Lien universitaire	CPTS	Participation au centre de vaccination
MG 1	H	54	Rural	Seul	/	/	Oui
MG 2	F	30-35	Rural	MSP	/	/	Oui
MG 3	F	43	Semi-Rural + 2 mois Urbain	Groupe	MSU + MCU	/	/
MG 4	H	42	Urbain	Groupe	MSU	/	Oui
MG 5	F	34	Urbain	Groupe	/	/	Oui
MG 6	F	58	Semi-rural	Seul	MSU	/	Oui
MG 7	H	33	Rural	MSP	MSU +CCU	Oui	Oui
MG 8	H	64	Semi-rural	MSP	/	/	/
MG 9	H	69	Semi-rural	Seul	/	/	/
MG 10	F	31	Semi-rural	Groupe Remplacement fixe	/	/	/
MG 11	F	30	Surtout Urbain	Remplacement	/	/	/
MG 12	H	40	Rural	MSP	MSU	/	Prévu, non fait

*Tableau II : Caractéristiques de l'échantillonnage*

Les médecins interviewés exercent dans les départements d'Auvergne-Rhône-Alpes suivants (cités par ordre alphabétique dans un souci d'anonymat) : Ain, Allier, Ardèche, Drôme, Haute-Loire, Isère, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône, Savoie.



### 3.1. Évolution de la crise sanitaire dans le temps

Tout au long de la période étudiée, la fluctuation de la demande de soins n'a paradoxalement pas été proportionnelle à la variation du taux d'incidence du virus, contrairement à ce qui était attendu. MG 4 : *“Alors comme pour tous les Français, du point de vue perso, et du point de vue pro, on s'attendait vraiment avec mon associée – ma femme est aussi médecin généraliste – et les copains généralistes, on s'attendait à être débordés et en fait, on a tous eu une énorme baisse d'activité l'année dernière.”*

La disparité de la demande de soins sur la région étudiée a impacté la réorganisation du cabinet, les lieux où l'incidence était plus faible ayant plus de facilités à s'organiser et appliquer les gestes barrières. MG 12 : *“Du jour au lendemain, on a diminué nos consultations de, je ne sais pas, 80 %, enfin c'était énorme quoi ! On ne voyait plus personne ! [...] Donc on avait le temps de s'organiser...”*

De nombreux cabinets de médecine générale ont instauré une nouvelle organisation afin d'essayer d'appliquer au mieux la distanciation physique. MG 3 : *“Ce que je faisais c'est que les gens suspects infectieux [...] je les voyais en fin de journée. Donc je les regroupais, en fait, [...] pour essayer que les gens ne se croisent pas au cabinet.”*

La continuité des soins est une fonction de leur profession à laquelle les MG ont porté une attention particulière ; ils ont veillé à la maintenir. MG 8 : *“Un tiers de mon activité correspondait à des gens dont je n'étais pas le médecin traitant. De par la mission de la MSP, on a essayé de garder un peu cette possibilité-là pour que les gens dans des errances qui n'arrivent pas à trouver de solution puissent être accueillis ponctuellement.”*

Une mauvaise compréhension des instructions gouvernementales, la peur de la contagion et parfois même la peur de déranger son médecin traitant ont amené les patients à fuir les cabinets.

MG 1 : *“Les gens avaient compris sortez pas alors qu'on leur disait allez vous faire soigner quand même.”* Ce qui a entraîné des conséquences dans certaines prises en charge. MG

2 : *“Plusieurs expériences dans toutes les patientèles de chacun, des histoires médicales avec un raté quand même”*. Cela a entraîné chez quelques MG une période de calme et de repos, MG 7 : *“une sorte de ralentissement et apaisement pendant la première vague”*. Mais elle a été vécue pour d’autres comme ennuyante et a parfois amené à un certain désœuvrement. MG 1 : *“Ça fait juste bizarre de passer de journées surchargées à des journées divisées par trois provisoirement, quoi !”*

Cette perte d’activité au cabinet de médecine générale a entraîné des répercussions financières chez deux médecins en milieu urbain. MG 5 : *“Je ne pensais pas qu’en tant que médecin, on pourrait vivre une crise sanitaire et avoir des problèmes financiers à ce moment-là, j’aurais pensé l’inverse, qu’on soit débordés, qu’on gagne plus d’argent, vu qu’on est tarifé à l’acte. Donc ça c’est la grande surprise, la grande incompréhension de cette crise pour moi.”*

Une interruption des suivis lors de la première vague a été observée, mais elle n’était pas uniquement due à la fuite des lieux médicaux ; il y a aussi eu une forte déprogrammation des soins, opérations et consultations non urgentes chez les spécialistes. MG 5 : *“Du jour au lendemain, ils ont fermé toutes les consultations médicales, toutes. En abandonnant tous les suivis, tout, tout...”*

La peur de la contamination des patients a aussi été ressentie par plusieurs médecins traitants, ceux-ci ont hésité à adresser leurs patients à l’hôpital (et ont augmenté les prises en charge en ambulatoire). MG 5 : *“On n’osait pas les envoyer [...] peut-être quand même le recours aux urgences et moi je me pose toujours la question ”*. Dans le cadre de la déprogrammation des soins de suivi, un médecin a mis en avant un accès plus rapide aux examens complémentaires urgents. MG 12 : *“Lors du premier confinement, c’était absolument génial justement pour avoir la suspicion de phlébite on avait le doppler dans la demi-heure.”*

Dans les endroits où l’augmentation de la demande de soins était la plus intense, quelques médecins ont dû arrêter certaines de leurs pratiques secondaires. MG 6 : *“L’hypnose, je l’ai un*

*peu mise entre parenthèses [...]. Forcément, j'ai beaucoup moins de temps.*” Tandis que d'autres ont dû augmenter les soins psychosomatiques. MG 5 : *“Moi, ma crise COVID, elle est psychique, et elle est psychosomatique, c'est-à-dire que j'ai un nombre de patients en arrêt maladie pour surmenage et burn out que je ne pensais pas pouvoir atteindre. Je ne suis pas très traitements psychotropes, j'ai jamais autant initié de traitements anxiolytiques et antidépresseurs que depuis septembre... J'ai des douleurs traînantes, des symptômes polymorphes dans tous les sens, qui expriment leurs souffrances comme ça... J'ai des ados pas bien, des jeunes actifs pas bien, des gens blasés, donc moi ma crise COVID c'est celle-là, ça c'est quotidien en fait.”*

Nombreux sont ceux ayant dû augmenter leur temps de travail, malgré une diminution du nombre de patients vus au cabinet. MG 11 : *“Au lieu d'en voir tous les quarts d'heure, on en voyait toutes les demi-heures pour avoir le temps de tout désinfecter entre deux patients. C'était très contraignant, en une journée on en voyait deux fois moins, des patients.”*

Après le premier gros pic épidémique, le rattrapage des suivis a été organisé. MG 5 : *“C'est revenu petit à petit, je dirais avec le mois de juin, quand ça a beaucoup insisté, même dans les médias, pour dire qu'il fallait retrouver un suivi, qu'il fallait reprendre.”*

La vaccination, souvent vécue comme la seule solution actuellement connue pour lutter contre la pandémie, a fait son apparition en même temps que la troisième vague épidémique. Les MG ont éprouvé le besoin de tourner la page. MG 9 : *“Je pense que, la vaccination j'y crois, y a que ça qui pourra nous sauver.”* Afin de contrecarrer les pertes financières, quelques-uns ont pris sur leur temps libre pour faire des plages dans les centres de vaccination, parfois allant jusqu'à empiéter sur leur temps personnel. MG 4 : *“En même temps, vu que j'ai des problèmes de trésorerie en 2020, je me dis que ça amène à refaire de la tréso, c'est pour ça que j'y vais le jeudi [...] parce que c'est le jour où je ne bosse pas, donc là maintenant je bosse les jeudis dans le centre de vaccination.”*

De nombreux freins ont été détectables lors de la mise en place et la réalisation de cette campagne de vaccination au cabinet de médecine générale. MG 10, en parlant de la campagne de vaccination : *“Alors, franchement, comme un enfer. C’est le truc que j’ai trouvé le plus casse-pied, [...] là l’enfer continue avec les changements, [...] je trouve que c’est incompréhensible, et ça change tout le temps.”*

Elle a créé de nouveaux besoins chez ces docteurs, qui, confrontés à une lourdeur administrative, auraient nécessité des renforts de type assistants médicaux ou secrétariat. MG 7 : *“Ça a nécessité que notre coordinatrice doive recruter aussi d’autres ressources infirmières, médecins, [...] pour pouvoir assurer ces créneaux de vaccination.”* Afin de réaliser les vaccinations, ils ont eu recours à des heures de travail en amont pour réaliser un lot de vaccination, avec souvent un approvisionnement aléatoire des doses. MG 8 : *“On a eu au compte-goutte les lots, comme tout un chacun”*. En utilisant la moindre goutte de produit, cela leur a permis de vacciner 11 patients.

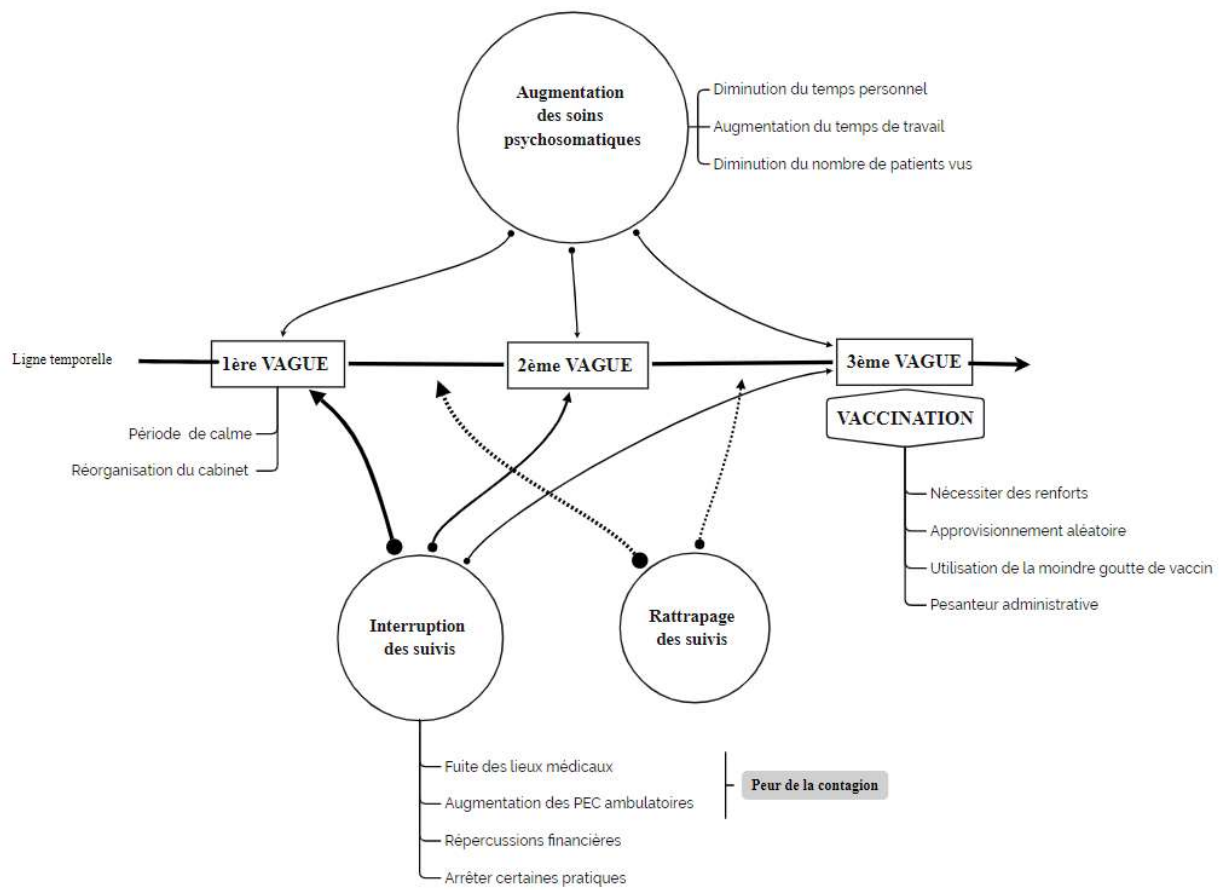


Figure 1 : Évolution dans le temps

### 3.2. Application des gestes barrières

Les médecins généralistes ont dû aménager leurs locaux afin d'éviter les contaminations au sein du cabinet. Quand c'était possible, ils ont mis à profit ces particularités en faisant parfois preuve d'une grande inventivité. MG 2 : *“On consultait [...] un peu tout le monde, mais s'il faut, par les fenêtres. Parce que du coup on est un peu isolé avec les champs donc on ouvrait les fenêtres. On ne voyait pas forcément les gens, on ne les faisait pas forcément rentrer.”* Pour limiter la transmission virale, les différents vecteurs de contamination ont été retirés. MG 2 : *“Ce qu'on a fait aussi c'est qu'on a enlevé énormément une chaise sur deux. Je n'ai pas pensé, mais en salle d'attente on a enlevé tous les jeux enfants, les magazines. Et on a vraiment espacé, et les chaises, d'un mètre cinquante les unes des autres. Donc on a réduit notre espace d'assises de plus de moitié.”* Les règles d'attente ont été réinventées (MG 2 : *“on a essayé de faire patienter les gens dans les voitures”*) et des horaires spécifiques pour l'accueil des personnes suspectées de COVID ont été réservés sur le planning. Un cas de pratique en MSP a permis la « spécialisation » avec un médecin attiré à la gestion des cas de suspicion COVID. MG 12 : *“On tournait donc y en a toujours un qui faisait le sale (le COVID) on va dire [...]. On partage vraiment la patientèle, donc le jour où on faisait du sale, on faisait pas du... on ne faisait pas le reste, quoi.”*

L'efficacité de ces aménagements a été souvent critiquée par les médecins eux-mêmes devant des difficultés de réalisation. MG 2 : *“On a fait une grosse période d'attente dans les voitures qui finalement s'est abandonnée cet été avec la canicule, parce qu'on pouvait difficilement, au bout d'un quart d'heure, 20 minutes de retard, demander aux gens de cramer.”*

Les recommandations de désinfection et d'aération des locaux ont été appliquées autant que possible, mais elles ont souvent été décrites comme chronophages et irréalisables en pratique. MG 11 : *“Au bout d'un moment, ça a duré un ou deux mois, ça. Parce qu'après ce n'était plus possible, les patients il fallait les voir, donc du coup le temps réservé à nettoyer entre chaque patient diminuait un peu, voire on nettoie plus entre chaque patient, on nettoie une fois par*

*de mi-journée.*” Concrètement, une différence d’application et d’adaptation des protocoles sanitaires d’un cabinet à l’autre a été constatée par les médecins remplaçants. MG 11 : *“C’est surtout au début, comprendre le fonctionnement, et puis quand on est remplaçant en fait, enfin à chaque fois c’est un système différent dans chaque cabinet. Donc l’été dernier, c’étaient des cabinets où j’étais déjà allée remplacer plusieurs fois mais j’avais l’impression qu’il fallait de nouveau que je réapprenne comment fonctionnait le cabinet, que c’était différent, à chaque fois il y avait des choses qui avaient été mises en place qui n’existaient pas avant et auxquelles il fallait s’adapter.”*

Une autre difficulté mise en avant a été l’approvisionnement du matériel de protection en début de crise. La pénurie ayant amené beaucoup de médecins à travailler avec un matériel périmé (MG 2 : *“On avait quand même les vieilles blouses, charlottes qui traînaient au cabinet, notamment de la H1N1 de 2009”*) ou obtenu à un prix excessif. MG 3 : *“J’avais commandé 30 FFP2 au tout début, que j’ai payé, je sais plus, mais un truc délirant genre 150 €, enfin un truc qui n’est absolument pas tenable dans le temps.”* Certains médecins n’en ont pas souffert car ils ont pu bénéficier d’apports de la part de leurs patients, d’industriels locaux, de professionnels paramédicaux confinés. MG 6 : *“J’ai des patients sympathiques qui m’ont...j’avais commandé des lunettes qui ne sont jamais arrivées et c’est des patients qui m’en ont donné. Pareil pour les surblouses, c’est aussi les patients.”* MG 8 : *“J’ai récupéré tout un lot de surblouses puisque mon frère est dentiste. Il a fermé son cabinet donc j’ai récupéré ses masques et puis ses blouses”.* D’autres ont pu s’appuyer sur leurs réserves. MG 6 : *“J’ai tendance à faire des stocks, ce qui était pas mal. J’avais peut-être 15 litres de stock, donc c’était pas mal.”* Après cette période de carence, il n’est plus ressorti de difficultés d’approvisionnement grâce à des livraisons régulières et également aux dotations de l’État. MG 9 : *“Après on a eu droit, à un moment donné, les pharmacies nous amenaient des masques toutes les semaines, ainsi que des gels, donc on a pu approvisionner tout ça, voilà, sans problème.”*

Chacun des médecins interviewés a utilisé la téléconsultation comme nouveau mode d'exercice, tous n'ont pas utilisé la vidéo, la trouvant non contributive, et faisant des consultations téléphoniques uniquement. Une différence de pratique selon la zone d'exercice a été retrouvée : les MG en zone urbaine l'ont pratiquée assez facilement, tandis que les MG en zone rurale l'ont abandonnée rapidement. Une certaine gêne a été décrite, notamment par l'absence de contact physique entraînant l'impossibilité d'examen physique et limitant la communication non verbale.

MG 4 : *“J'ai l'impression que c'est niveler la médecine vers le bas et ça, ça me pèse”*. MG 5 : *“J'aime pas du tout les téléconsultations, ou exceptionnellement. [...] Il a fallu se dépatouiller avec des douleurs abdominales, des maux de ventre, fin des symptômes qui nécessitent un examen clinique, et du coup une médecine au rabais, hein !”* De nombreuses téléconsultations ont été jugées insuffisantes et ont nécessité un examen clinique en cabinet. MG 1 : *“On ne peut pas faire de médecine par téléconsultation, c'est impossible. Parce que vous ne pouvez pas vraiment, même avec la vidéo, apprécier l'état de santé du patient. Il y a besoin du contact, il y a besoin d'examen physique donc ces quelques téléconsultations que j'ai faites au tout début de la crise se sont converties en consultations normales sur place pour préciser, pour confirmer, pour affirmer les hypothèses diagnostiques, sincèrement.”* Certains avantages ont également été décrits à la pratique, par augmentation de l'accessibilité aux soins et une meilleure rentabilité financière. MG 4 : *“C'est un avantage, c'est-à-dire qu'avant on faisait plein d'actes gratuits, des choses, des papiers, etc. Des avis téléphoniques comme là, le soir, entre midi et deux, et maintenant on facture, en les mettant en visio ou pour les personnes âgées on peut toujours le faire au téléphone.”* MG 7 : *“J'ai l'impression que, par la téléconsultation, on a quand même amélioré l'accessibilité à nos soins”*.

Le contexte de pandémie a apporté une certaine appréhension de la contagion à des degrés variables selon l'incidence locale, la capacité d'approvisionnement en matériel de protection et l'adaptabilité des locaux. Cette peur s'est manifestée sur trois aspects : le risque d'être



contaminé, le risque de contaminer sa patientèle, le risque de contaminer ses proches en rentrant chez soi. MG 10 : *“Vraiment j’ai un peu honte, mais globalement c’était un peu, ouh là il a de la fièvre, ah ben attendez je reviens, et là j’allais chercher mon masque FFP2.”* MG 8 : *“Donc on a pris un maximum de précautions pour nos patients.”* MG 5 : *“J’ai eu peur au début. Parce que j’ai des enfants en bas âge et j’avoue, si on m’avait dit que c’était dangereux pour les enfants, j’aurais lâché ma blouse en fait. Jamais je n’aurais mis en danger mes enfants.”*

L’étude a montré une différence dans l’utilisation de la téléconsultation, qu’elle ait été réalisée par téléphone ou par visio : les praticiens exerçant en milieu urbain l’utilisent davantage. En milieu rural, elle a été pratiquée préférentiellement par téléphone, alors qu’en milieu urbain, elle l’a plus été par visio.

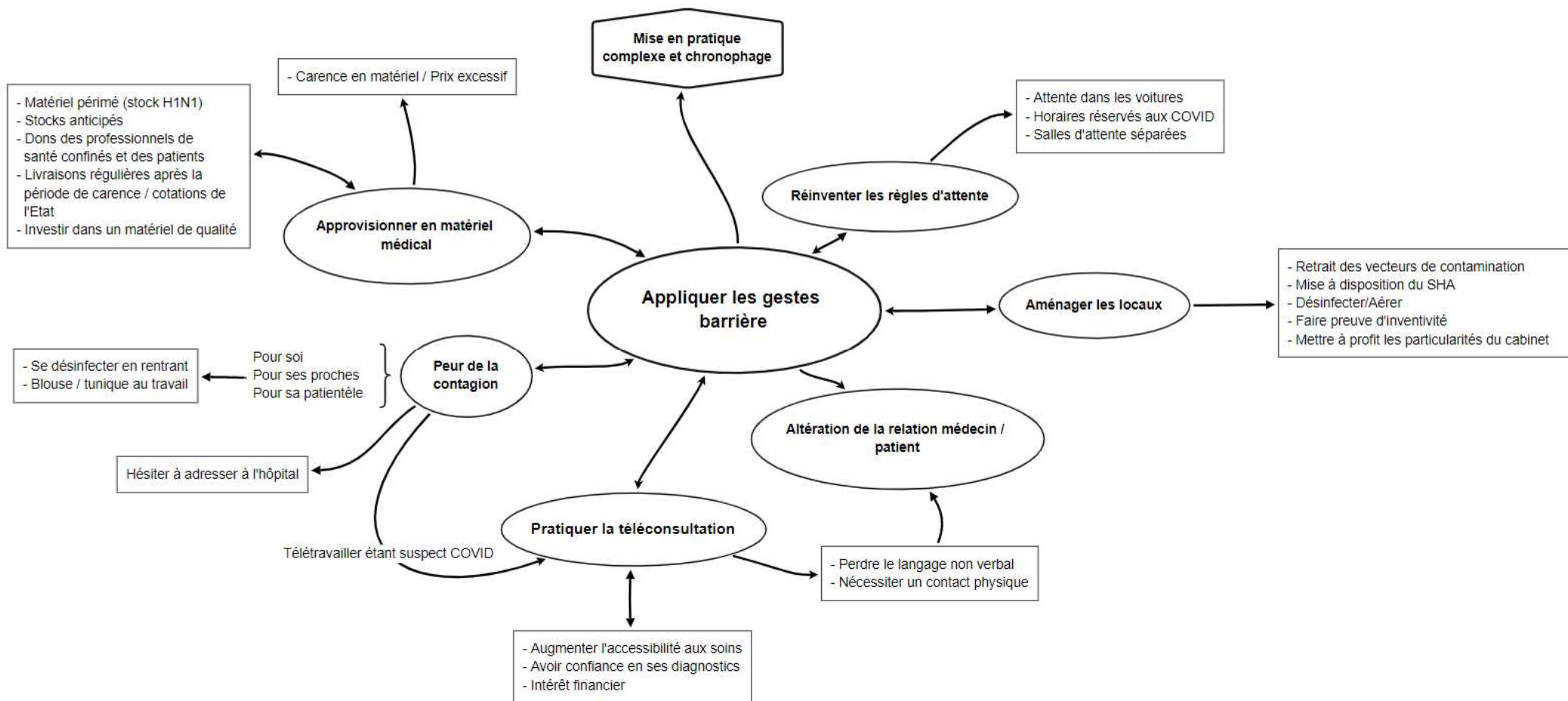


Figure 2 : Appliquer les gestes barrières

### 3.3. Décisions gouvernementales : un vécu mitigé

Une incompréhension est perceptible dans les rangs des MG, notamment par manque de communication. MG 12 *“Ça a été l'un des problèmes principaux de cette de cette crise, c'est la communication, ça a été catastrophique quoi.”* À l'opposé, les MG ayant un lien universitaire se sont sentis bien guidés. MG 3 : *“Sur l'information des professionnels, j'ai aucune critique à faire.”* Un manque d'encadrement s'est lui aussi fait ressentir, pouvant aller jusqu'à un sentiment de colère contre les politiques de santé publique, amenant parfois les MG à devoir improviser. MG 2 : *“En termes d'organisation ça a été un petit peu, j'allais dire... on a géré au jour le jour.”*

Un sentiment d'abandon de la part des autorités et une impression de mise en danger personnelle au profit de la société ont été perçus chez nombre de MG. MG 9 : *“Au début je pense que je...nos hommes politiques... vis-à-vis des médecins [...], ils nous ont laissé nous démerder, on a pris plein de risques. D'ailleurs il y a quand même pas mal de médecins qui sont décédés à cause de ça, et des médecins retraités en plus ! Donc je pense que là ils sont fautifs, ils nous ont laissé partir...à la guerre comme ça, sans nous préciser les catastrophes qui pouvaient arriver.”*

Dans l'ensemble, les centres de vaccination ont été approuvés, mais plus ou moins discutés par certains sur un plan éthique et protocolaire, avec une remise en question, notamment, des critères de priorité vaccinale. MG 5 : *“Alors moi ça me fait soulever énormément de questions éthiques. Cette hiérarchisation vaccinale me pose problème, personnellement, parce que, les gens qui sont vaccinés, vont mourir dans les 2 ans, dans les 6 mois. [...] Voilà ce que je pense. C'est que je ne comprends pas très bien les choix qui sont faits et que ça m'énerve d'en être le garant en fait, parce qu'on m'impose en quelque sorte.”*

Le dépistage de masse a été, quant à lui, désapprouvé en tant que tel par quelques MG, mais il a aussi permis un accès plus rapide au test PCR. MG 1 : *“À mon avis c'est une belle connerie, [...] je pense qu'il serait beaucoup plus pertinent de cibler au mieux.”*

Un médecin a félicité une bonne réactivité de l'ARS pour la mise en place d'un dépistage local devant un cluster. MG 8 : *“J'ai eu à gérer le premier cluster en ville donc c'était au mois de mai, on a mis en place donc on a réagi très vite dès qu'on a eu 3 ou 4 cas qui se sont présentés dans la patientèle, j'ai tout de suite, j'ai moi-même alerté l'ARS. On a mis en place donc un dépistage de masse sur le quartier. Et ben il faut dire qu'on n'a pas été si mauvais que ça parce qu'on a dû faire à peu près 30 % de personnes qui ont été testées.”*

Un sentiment d'accomplissement du métier de médecin a été perceptible au travers de l'étude, avec la satisfaction d'avoir aidé à hauteur de ses propres moyens et avec les ressources disponibles. MG 4 : *“Bon à la fois je suis content d'y être parce que je me dis que c'est mon devoir en tant que médecin.”* Une prise de responsabilité des médecins, parfois en dehors des recommandations de l'ARS mais en accord avec leur conscience, a été constatée afin de continuer à soigner leurs patients. MG 1 : *“J'ai bien conscience que je suis certainement complètement en dehors des clous en faisant ça mais j'assume et voilà j'ai pas l'impression d'avoir contaminé ou d'avoir été contaminé depuis que je fais ce système.”* Malgré tout, pouvoir être dans l'action et être en position de responsabilité médicale a donné un sens et une motivation essentielle pour traverser cette période. MG 2 : *“Je suis juste très contente de pouvoir participer à ça surtout dans le contexte de pouvoir être utile dans la pandémie”* MG 3 : *“ en étant dans l'action, moi ça m'a beaucoup rassurée finalement, d'être un peu sur le « front » [...] faire à mon niveau ce que je pouvais faire auprès des patients et tout, j'avais l'impression d'agir”.* MG4 : *“C'est mon devoir en tant que médecin.”* MG 10 : *“Je me sentais utile”.*

Le manque d'anticipation d'approvisionnement des stocks en EPI et en test de dépistage a été critiqué, avec des difficultés à se fournir. MG 3 : *“Ça a été un peu la panique parce qu'on n'arrivait pas à se procurer des masques”.*

Les protocoles sanitaires recommandés, sont apparus comme inapplicables en médecine ambulatoire. MG 11 : *“Au bout d'un moment, ça a duré 1 ou 2 mois ça parce qu'après ce n'était plus possible. Les patients il fallait les voir, donc le temps réservé à nettoyer entre chaque patient diminuait un peu, voire on nettoie plus entre chaque patient, on nettoie une fois par demi-journée”*.

Les mesures administratives ont été vécues comme pesantes, notamment les déclarations de cas contact, de cas positifs, ainsi que la vaccination. MG 1 : *“J'ai eu des problèmes pour me connecter à internet, du coup c'était compliqué de faire plein de trucs... Enfin au final plus des problèmes comme ça que des questions médicales pures, quoi”*, de fait l'auto-déclaration a été vécue comme un allègement de leur charge de travail. MG 11 : *“Par contre là il y a eu un allègement depuis le deuxième confinement puisque maintenant les gens peuvent s'auto-déclarer en arrêt de travail, c'est la sécu qui gère pas mal les arrêts de travail.”* Des renforts médicaux et paramédicaux auraient été appréciés. MG 4 : *“Des aides organisationnelles ce serait bien, mais en pratique je ne vois pas comment la sécu pourrait m'aider.”*

Dans cette étude, il ressort que les MG ayant un lien universitaire se sont sentis encadrés par les politiques de santé publique, alors que les autres praticiens, au contraire, se sont sentis en difficultés et les ont critiquées.

### **3.4. S'approprier continuellement de nouvelles recommandations**

Les médecins ont décrit de premier abord un manque de connaissance sur le sujet les obligeant à travailler sans référentiel, à improviser. MG 12 : *“On n'a pas eu de consignes, voilà. Et on n'a pas eu de guide vraiment très très formel par rapport à ça. C'est-à-dire on vous conseille de faire ça mais c'était pas vraiment d'après un argumentaire scientifique derrière.”* Au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie, les connaissances sur la COVID ont augmenté et donc le flux d'informations s'est intensifié.

Ce flux a été vécu comme intense, difficile à trier et chronophage par la majorité des médecins généralistes. MG 5 : *“J’avais l’impression qu’il fallait faire une revue de la littérature euh, hebdomadaire hein, pour suivre.”* MG 7 : *“Cette gestion de flux d’informations, c’est quand même, je trouve, très chronophage.”* MG 8 : *“Ce flux d’informations qui est ingérable, qui est anxiogène, qui nous complique la vie, l’existence.”* MG 12 : *“On en avait trop, [...] c’était trop dense et pas du tout assez lisible.”* Les sources d’informations utilisées ont été multiples. On y a retrouvé en premier lieu les sources officielles (HAS, DGS, CNOM) qui ont amené quasi quotidiennement des mises à jour. MG 7 : *“Ouais notre difficulté c’était de mettre à jour du coup en permanence les données, de recommandations, parce que le flux de mails qu’on reçoit il est quand même assez phénoménal. Donc de pouvoir effectivement les tenir bien à jour, ne serait-ce que parce que maintenant là sur l’éligibilité des vaccins quoi, qui change chaque semaine. Donc ouais, cette principale difficulté, ouais, se tenir à jour.”* Les médecins remplaçants n’étant pas sur les listes de mails, ils n’ont pas pu bénéficier de ces sources. MG 10 : *“Mes collègues les recevaient par mail et me les transféraient, parce que pareil en tant que remplaçante non thésée on reçoit rien, [...] c’était moi qui devais aller chercher.”*

L’absence d’actualisation des données au début de la seconde vague a été regrettée. MG 5 : *“On a repris en septembre avec aucune recommandation actualisée.”* Des groupes préexistants ou nouvellement créés rassemblant les MG et spécialistes locaux ont servi à échanger les expériences et dernières connaissances. MG 6 : *“Des groupes WhatsApp Covid-19, donc c’est avec infirmières, pharmaciens, labos, médecins, un énorme groupe, et nous échangeons de façon pluriquotidienne depuis.”* Les liens amicaux entre confrères ont également permis un partage de connaissances parfois à longue distance.

Les médias, notamment télévisés, ont été une source d’information inhabituelle et précoce (MG 10 : *“On avait les infos avant via les médias”*), mais aussi une source de désinformation compliquant le lien médecin-patient, MG 8 : *“En fait j’ai été obligé d’écouter tous les jours BFM*

*pour savoir ce qu'entendaient mes patients.*” Cette précocité d'information a pu apporter des erreurs de communication : MG 12, en parlant de la suspension de la vaccination par AstraZeneca annoncée le lundi 15 mars 2021 : *“Et en effet je regarde sur BFM TV ou je ne sais pas quoi et en effet oui je l'ai appris comme ça. Et le mail officiel de la DGS, on l'a reçu le soir à 22 heures.”*

La mise à jour continue des informations a été indispensable au cours de la crise. Celle-ci a été complexe, chronophage, multisource. Les médecins remplaçants se sont sentis mis à l'écart sur cet aspect, n'étant pas inscrits sur les listes de mails officiels.

### **3.5. Liens interprofessionnels**

Globalement, un renforcement des liens interprofessionnels est ressorti. La création de nouveaux groupes de communication, le partage d'expérience a déjà été évoqué dans les paragraphes précédents. Par exemple, on a retrouvé une augmentation de l'implication paramédicale et de la confiance que les médecins leur accordent. MG 8 : *“Déjà, les visites à domicile, j'en fais moins. J'étais déjà dans une phase de décroissance et là j'en fait moins. Je m'appuie beaucoup sur les infirmiers pour faire les évaluations et tout et puis après je fais les ordonnances, donc en fait ce sont mes yeux, mes oreilles.”* La présence d'un interne en stage a été vécue de manière neutre par la plupart des MSU, seul un entretien a montré un renfort apprécié. MG 3 : *“Ça, je n'aurais pas pu le faire si j'avais pas été avec [Guillaume]. Ça, tout seul, je n'aurais jamais pu rappeler tous les patients de plus de 75 ans, tous les patients en ALD. J'aurais fait les plus fragiles auxquels je pense, parce que voilà, la dizaine que je repère facilement, mais j'aurais jamais pu faire autant de choses sans lui, ça c'est sûr.”*

Les médecins généralistes ont trouvé un bénéfice à recevoir le retour d'expériences de leurs confrères d'autres régions touchées plus précocement et plus intensément. MG 2 : *“Tout le monde a appris des régions un peu plus touchées. Donc finalement pour nous ça a été je pense*

*beaucoup plus facile parce qu'on a pu bénéficier de l'expérience de ceux qui étaient plus impactés de la première vague pour gérer, nous, vraisemblablement, notre vraie première vague [fait un signe de guillemets avec les mains] dans notre région.”*

Notre analyse n'a pas retrouvé de lien entre le mode d'exercice, le lieu d'exercice, le genre, l'âge et la qualité du réseau interprofessionnel.



### 3.6. Un environnement stressant

Une des caractéristiques communes à tous les entretiens a été l'impact multifactoriel de la pandémie sur le stress et les moyens mis en œuvre par les médecins pour y faire face.

MG 12 : *“Ça a été compliqué quand même, hein ! Une année compliquée. [...] Assez difficile, assez perturbant pour... à plein de niveaux.”*

Dans les premiers temps il y a eu une certaine minimisation de la situation rapidement suivie par une réalisation de son ampleur. MG 2 : *“Alors je dirais première phase un peu le déni, non mais ça arrivera pas chez nous, qu'est-ce que c'est que cette histoire ?”* S'est ensuivie une période d'inquiétude et de questionnements. MG 2 : *“Qu'est-ce que c'est que ce virus, qu'est-ce qui nous attend qu'est-ce qui nous pend au nez ?”* MG 5 : *“Un peu dans la panique où personne savait trop quoi faire.”* Les interrogations ont été multiples (certaines ont déjà été évoquées précédemment) sur le fonctionnement du cabinet, sur la pratique médicale en elle-même, sur le risque personnel encouru. MG 12 : *“Il y a eu une période, c'est vrai, assez anxiogène au tout début. En plus perso [...] j'ai fait un souci [...] coronarien quelques semaines avant la crise donc ouais j'ai été stenté ouais, je reprenais juste le boulot quand ça a commencé.”*

La médecine a semblé se complexifier avec une perte du paradigme actuel basant la médecine sur les preuves. MG 1 : *“La médecine que je trouvais très difficile, finalement elle a l'air très facile sur 2019, elle va commencer à devenir difficile maintenant. [...] Quand j'ai un enfant qui vient avec une belle angine, je me dis « oh, qu'est-ce que c'est bien, ça c'est facile ».”* MG 5 : *“Y a jamais de routine, vous voyez, je ne sais pas, j'ai jamais l'impression d'être en...dans une situation de confort médical, enfin intellectuel, ça change tout le temps.”*

La différence d'impact local de la pandémie a joué un rôle sur le niveau de stress général, les patientèles les plus touchées apportant plus de difficultés et les patientèles les moins touchées plus de sérénité. MG 12 : *“Sur la phase épidémique importante en novembre, décembre, on a quand même eu beaucoup de décès dans la maison de retraite du coin. C'était quand même... ça*

*a été psychologiquement assez dur à supporter, quand même.” MG 2 : “Ça a pas été très éprouvant pour moi parce que on a essentiellement eu au sein du cabinet des formes bénignes. J’ai pas eu de grosse réa, de patient jeune en réa ou même un peu plus âgé donc de fait je n’ai pas eu une situation très difficile non plus à gérer hein. Même j’ai une patiente très âgée à domicile qui a 99 ans qui m’a fait une forme bénigne et qui va bien maintenant quoi.” Le personnel n’a évidemment pas été épargné par les contaminations, des arrêts de travail en pleine augmentation d’activité ont apporté une difficulté supplémentaire. MG 6 : “Ma secrétaire a été arrêtée un mois parce qu’elle avait de la fièvre, donc je me suis retrouvée toute seule, ça n’a pas été simple.”*

La mise en place des restrictions sanitaires a également eu un impact sur le moral des MG, perdant ainsi la possibilité d’évacuer la pression comme ils en avaient l’habitude. MG 5 : *“J’équilibre ma vie avec des loisirs, avec des rencontres, avec tout ça. Et continuer à faire de la médecine en ayant plus les à-côtés, euh, ça, c’est très compliqué.”*

Tous ces facteurs ajoutés les uns aux autres ont fait ressortir un épuisement global. En a découlé pour certains une perte d’espoir d’en voir la fin. MG 6 : *“Ça nous épuise tous.”* MG 8 : *“On n’est pas du tout sortis de la crise que c’est toujours aussi compliqué et que l’épuisement gagne un peu tout le monde, y compris moi.”* MG 8 : *“Comment allons-nous nous projeter si jamais l’épidémie n’est pas enrayée par la vaccination ?”* MG 9 : *“Parce que ça commence à peser, à peser sur nous, mais aussi sur nos patients hein, y a énormément d’histoires anxigènes actuellement, c’est affreux [...] la difficulté qu’on avait c’était de pouvoir... comment je veux dire, se reposer, et on a jamais pu quoi, voilà. On a pas pris de vacances non plus quoi, voilà. On s’est pas arrêtés, moi j’ai pris une petite semaine [...] on a travaillé tout le temps quoi, voilà.”* À l’extrême, cette situation peut amener jusqu’au burn-out (1 cas explicité). MG 5 : *“J’ai fait une espèce de pseudo burn-out, avant les... Noël, alors court, mais où je n’ai pas pu me rendre à mon cabinet une après-midi tellement j’étais... épuisée.”*

Les médecins ayant fait preuve d'anticipation ont été mieux préparés à affronter ce stress.

MG 3 : *“En fait on s'est un peu organisés avant même que ce soit recommandé par l'ARS.”*

Dans les facteurs protecteurs, l'étude a retrouvé également la mise en œuvre de moyens financiers pour un meilleur confort de travail. MG 6 : *“Les téléconsultations au début je...alors je faisais beaucoup avec WhatsApp parce que c'était plus facile. J'ai Hellodoc mais je n'ai pas trouvé que le kit de consulte était très facile donc depuis je fais des vidéos consultations sur Doctolib et ça je trouve ça...peut-être très onéreux mais très facile à faire”*. Les capacités d'adaptation et de résilience ont été retrouvées. MG 2 : *“De la résilience quoi c'est-à-dire on est dedans, on le fait on adapte”*. Dans la même lignée, les MG ayant pu adapter leurs habitudes de loisir au contexte sanitaire se sont préservés. MG 6 : *“Maintenant on va dire que ça va un peu mieux parce que je fais partie d'un club d'athlétisme et que on arrive quand même à aller courir.[...] OK je fais pas trop de pause pour manger, je mange en un quart d'heure montre en main, en regardant les examens complémentaires. Mais voilà quoi, on arrive entre parenthèses à survivre quand même et avoir un peu de lien social en s'organisant on va dire.”* MG 4 : *“Je...psychologiquement je le vis moins mal que certains de mes patients, aussi je pense parce qu'on a une résidence secondaire à la montagne, on est partis quasiment tous les week-ends à la montagne, en respectant le couvre-feu donc ça faisait... C'était un peu speed mais voilà, on a moyen de sortir [...], de s'évader un peu, etc.”*

L'analyse n'a pas mis en évidence de différence sur la gestion du stress selon les différentes variables d'échantillonnage étudiées.

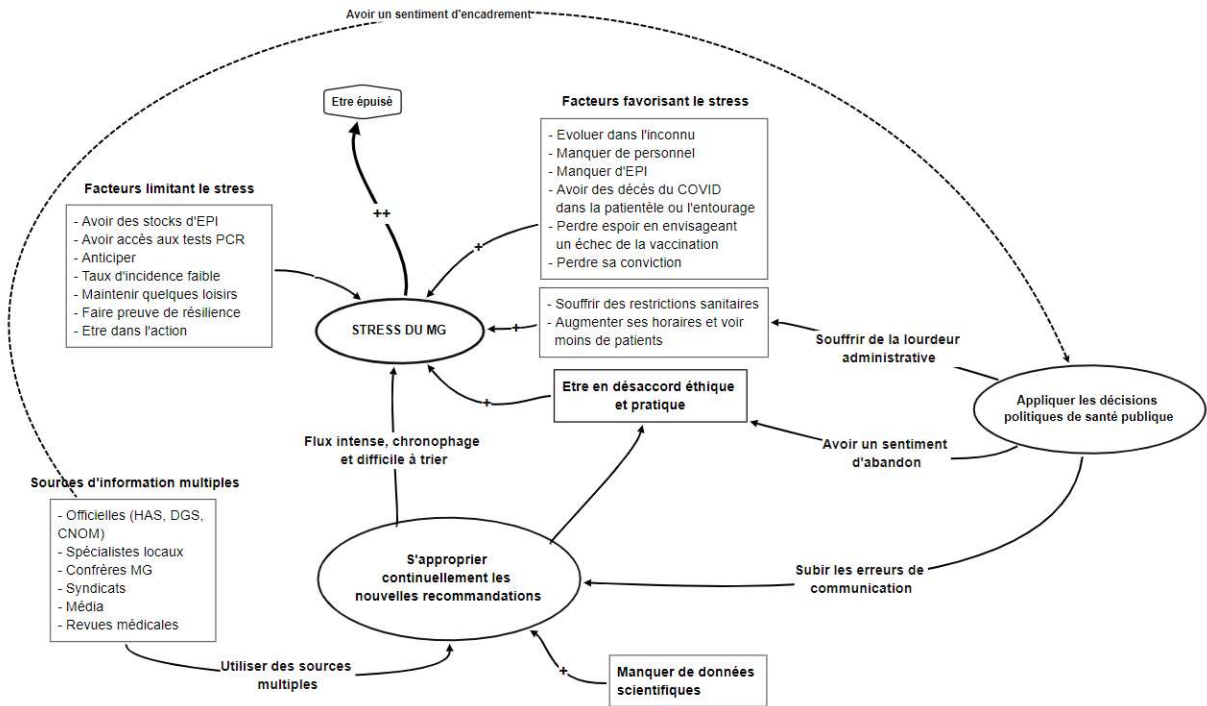


Figure 3 : Facteurs de stress chez les MG pendant la crise sanitaire

### 3.7. Une influence sur la vision de la Médecine

Tous les MG ont été touchés d’une façon ou d’une autre par la pandémie. Les réactions ont été diverses, parfois très inventives et dans tous les cas adaptées aux moyens à leur disposition. Ils ont fait preuve de professionnalisme en s’impliquant encore plus qu’avant dans leur métier, quitte à prendre des risques pour leur propre santé physique et mentale. Cet évènement restera longtemps marqué dans les mémoires allant jusqu’à modifier les pratiques médicales. MG 8 : *“On est en train d’écrire l’Histoire de la médecine en direct et qu’on ne peut pas avoir de recul.”* MG 12 : *“Ça a été un point déterminant de notre carrière, c’est certain. Il y aura un avant et un après.”*

## **4. Discussion**

### **4.1. Principales conclusions**

Les médecins généralistes interrogés sur leur vécu de la pandémie de COVID ont décrit une diminution paradoxale des soins, un manque de préparation par déficit en EPI et la quasi-absence de recommandations. Ils ont perçu une complexification de leur travail de première ligne liée aux erreurs de communication répétées des autorités. Pour eux, la vaccination de masse a été mise en place de manière inadaptée à l'exercice en cabinet de soins premiers. La lourdeur administrative, les livraisons aléatoires de lots et le manque de personnel pour organiser la logistique (contacter les patients et gérer le planning) étaient regrettés. Tout ceci a amené à un épuisement profond des MG avec un allongement des horaires de travail et une souffrance du manque de temps personnel directement lié et aggravé par la mise en place des mesures sanitaires. Malgré tout, les MG ont fait preuve d'une volonté de participer à l'effort collectif et d'un professionnalisme avec une conscience profonde du devoir médical.

### **4.2. Forces et limites**

Nous avons vérifié la qualité de notre méthode par la grille RATS (annexe II), grille d'évaluation utilisée dans les études qualitatives en médecine générale (21). Nous obtenons un score de 42/42. Afin de limiter les biais et d'augmenter la validité interne de notre travail, l'analyse des résultats a été effectuée par triangulation des données par les investigatrices. Un autre avantage de notre recherche a été l'engouement fort de la part des MG interviewés pour l'étude et des enquêtrices pour réaliser ce travail.

La période étudiée se déroulant sur plus d'un an, il a pu en ressortir des biais de mémorisation pour les phases initiales. Cependant l'étude a tout de même été réalisée pendant la pandémie, lors d'un pic épidémique et notamment lors de la mise en place de la vaccination de masse au cabinet. Notre recherche est donc particulièrement pertinente pour étudier ces dernières phases.

Des chercheurs se sont intéressés à l'interaction entre interviewer et interviewés de la même profession médicale. Ils ont montré que ce type d'échange est favorable à la recherche permettant l'utilisation d'un langage commun professionnel, une plus grande richesse des entretiens avec un abord plus personnel. Cependant, un biais de désirabilité sociale peut ressortir. (22) Nous pouvons également noter qu'avec la difficulté à recruter en milieu urbain, l'échantillonnage ne contient pas de MG exerçant en cabinet seul en milieu urbain.

#### **4.3. Comparaison des résultats à la littérature**

De nombreuses études sont effectuées au cours de la pandémie COVID-19 pour en évaluer ses conséquences.

Le rôle et les pratiques des MG sur la phase initiale de la pandémie ont été étudiés lors d'un travail de thèse qualitatif dans les Bouches-du-Rhône. (23) L'adaptation qui a été nécessaire avec les changements de logistique, l'arrivée de la téléconsultation, la diminution d'activité sur cette phase, l'incertitude diagnostique et l'absence d'encadrement par les autorités de santé ont également été retrouvés dans leur étude. Cependant, nous concluons à un résultat différent sur les liens interprofessionnels. Dans leur étude, les auteurs concluent qu'un exercice en maison de santé ou en CPTS est favorable à un exercice en coopération, alors que notre travail nous amène à penser que l'existence d'un réseau interprofessionnel fort n'est pas lié au type d'exercice. Il a par ailleurs l'avantage de se dérouler plus tardivement dans l'évolution de la pandémie nous permettant d'avoir une vue plus globale sur les mécanismes d'adaptation des pratiques, du cabinet, les difficultés d'information, l'épuisement profond à long terme des MG, mais également la critique des erreurs de communication des autorités, des décisions de dépistage, de priorisation vaccinale et la mise en place difficile de la vaccination de masse au cabinet.

Sur la même période, la diminution des consultations en cabinet de médecine générale est objectivée jusqu'à -32,3 % par rapport à la valeur attendue d'après une étude observationnelle longitudinale en Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Le nombre de téléconsultations sur la semaine 19 de 2020 ayant été multiplié par 1103. À partir de la semaine 22, l'étude retrouve un retour d'activité proche de celui de 2019 avec une nette diminution du nombre de téléconsultations. (24) La variation d'activité décrite par les médecins généralistes de notre étude est cohérente avec ces chiffres. Notre analyse ayant l'atout de permettre d'en comprendre les mécanismes : la peur des patients de déranger, d'être contaminés, les consignes nationales mal comprises et les freins des MG à l'utilisation de la téléconsultation au long court. Elle permet également de faire ressortir la mise à profit du temps libéré par la diminution de la demande de soins afin de réorganiser les cabinets pour limiter la transmission virale.

La téléconsultation a été une grande nouveauté pour tous les médecins que nous avons interviewés. Le vécu des MG californiens sur le sujet a été analysé selon une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés. Elle soulève entre autres certains avantages : une facilité d'abord aux soins, une forme d'accès à l'environnement du patient, une facilité pour le MG à refuser les demandes abusives et sa rapidité d'exécution. Mais les auteurs retrouvent également de nombreux inconvénients : mise à l'écart de certains groupes (qui n'ont pas accès à la technologie), le manque d'examen physique qui entraîne souvent une consultation en présentiel dans les suites, la limitation de la communication non verbale, un risque de burn-out plus élevé pour le MG. (25) La réalisation d'une revue de la littérature sur l'utilisation de la téléconsultation permet de mettre en avant certains aspects encore non ou mal étudiés sur le sujet et la nécessité de bien cadrer son indication. La téléconsultation serait effectivement utile dans certains cas comme le renouvellement d'ordonnance de pathologies chroniques, mais non adaptée à d'autres, comme l'évaluation d'une douleur thoracique. (26) Nous retrouvons ces aspects dans notre

étude. Cependant l'aspect des difficultés de communication, la limitation du langage non verbal et le manque d'examen physique sont prédominants, ce qui amène de nombreux médecins à limiter de plus en plus voire à abandonner la téléconsultation. Par ailleurs, notre étude est la première à analyser le vécu de la téléconsultation chez les MG en Auvergne-Rhône-Alpes.

De plus, une étude de cohorte rétrospective au Royaume-Uni a montré une réduction significative des diagnostics de maladies mentales communes de 50 %, des maladies vasculaires de 43,3 %, des diabètes de types 2 de 49 % par rapport aux valeurs attendues entre mars et mai 2020. (11) Une autre étude réalisée en France s'est intéressée aux incidents collatéraux liés à la sécurité des patients survenus à cause de la pandémie entre mars et mai 2020. Elle retrouve entre autres le problème des consultations annulées repoussant les prises en charge jusqu'à l'urgence, des erreurs diagnostiques liées aux limites de la téléconsultation ou par obnubilation du médecin sur la COVID-19 qui manque un diagnostic différentiel grave, l'impact du confinement sur la majoration des symptômes anxieux pouvant aller jusqu'au suicide, l'arrêt de traitements essentiels sans avis médical. Les inconvénients majeurs de cette étude sont un biais de sélection des médecins recrutés (uniquement les membres du CNGE) et un faible retour de participation qui peut s'expliquer par le contexte de surcharge de travail. (27) Bien que la première étude soit réalisée au Royaume-Uni, nos résultats laissent envisager une tendance comparable en Auvergne-Rhône-Alpes. Nous avons pu mettre en évidence pendant cette période la difficulté des médecins généralistes à effectuer ces diagnostics par la fuite des lieux médicaux, les difficultés à programmer des examens hospitaliers de routine, à obtenir des consultations spécialisées, à garder le contact avec les patients fragiles, le manque de communication non verbale et l'absence d'examen physique lors des téléconsultations.



Par ailleurs, plusieurs études se sont intéressées à la santé mentale des soignants pendant la crise. Une revue de la littérature publiée en janvier 2021 évaluant l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale du personnel soignant a mis en évidence des facteurs de risque majeurs comme la surcharge de travail, le manque d'EPI, la peur de la contagion puis de manière plus modérée les antécédents de maladies chroniques chez le personnel et la prise en charge directe de patients atteints de la COVID-19. L'étude ne retrouve pas de lien avec le genre. Elle évalue également les facteurs protecteurs, les principaux étant les capacités de résilience et la présence d'un support communautaire. Cette étude qui ne se limite pas aux médecins généralistes arrive finalement assez précocement dans l'histoire de la pandémie. (28) D'autres études ont été réalisées spécifiquement sur les médecins généralistes. Une étude italienne par questionnaires sur internet basés sur différentes échelles d'anxiété (PHQ-9, GAD-7, ISI, SF-12) couplées avec des questions démographiques montre une augmentation significative du score d'anxiété et de dépression chez les médecins passant plus de 3 heures par jour à effectuer des recherches sur la COVID ( $p = 0.024$ ), un manque d'EPI ( $p=0.049$ ) et étant au contact de plus de patients COVID positifs ( $p=0.041$ ). (16) Certains de nos résultats sont cohérents avec ces études. Mais du fait de sa méthodologie, la nôtre permet de faire des liens plus complexes, même si non exhaustifs, entre l'anxiété et ses facteurs favorisants ou protecteurs. De plus, la réalisation de nos entretiens se déroule en plein cœur de la pandémie après un an d'évolution, ce qui permet de mettre en évidence les conséquences à plus long terme : l'épuisement et la lassitude des médecins français face à la situation mais également leur persévérance à vouloir agir en particulier à travers la vaccination pour enrayer la pandémie.

Un éditorial du British Journal of General practice s'attaque très justement à ce sujet : « *This is the largest mass vaccination programme in a generation. Primary care will play a central and key role. We do not underestimate the challenge, but unparalleled experience in delivery of the*

*routine immunization programme places primary care in a strong position to overcome these challenges and make the programme a success.* »(29) Nous n'avons pas trouvé à ce jour d'autre étude que la nôtre évaluant les difficultés rencontrées et les moyens mis en œuvre par les médecins généralistes pour mener à bien cette vaccination si particulière. De plus, nos entretiens se sont déroulés pendant son instauration en France, nous avons donc pu suivre en temps réel les questionnements, réflexions et adaptations mises en place par les MG.

Pour finir nous citerons une étude de recherche italienne d'incident critique technique sur la première phase de la COVID-19 qui a synthétisé les principaux manquements lors de la gestion de cette crise : un manque de coordination, de communication, des directives contradictoires, un manque de leadership, une sous-estimation de l'importance des premiers soins en médecine générale dans un système hospitalo-centré, un manque de protocoles et de guides pour la médecine générale, une sensation d'isolement, d'inutilité, de manque de protection pour les MG, une carence en EPI. (30) Nous retrouvons ces manquements en Auvergne-Rhône-Alpes, même si la médecine générale a été réintégrée au centre des recommandations pour la vaccination de masse contre la COVID, les approvisionnements aléatoires non adaptés à un planning et des moyens de cabinet de ville (secrétariat, gestion de la patientèle habituelle en parallèle), les erreurs de communication répétées ont compliqué le rôle des MG.

#### **4.4. Perspectives**

Les médecins généralistes ont vu leur rôle d'acteur de première ligne difficilement réintégré au schéma médical lors de cette pandémie. Cependant ils ont été présents pour leurs patients en tant qu'acteurs indispensables aux rouages de la médecine française. (31) Un consensus d'experts enseignants de médecine générale a présenté un travail qui permet d'axer la médecine générale autour d'une marguerite des compétences (annexe III), présentée au sein de nombreux

départements de médecine générale et plaçant le MG comme véritable médecin de premier recours, et mettant l'approche centrée patient au cœur de ses préoccupations. Ainsi il est essentiel de revoir le modèle hospitalo-centré, pour réintégrer la médecine générale au rôle qui est le sien. Nous avons pu mettre en avant une surcharge de travail chez les MG. Nous proposons, sur le modèle du plan blanc hospitalier, la création d'un système similaire réservé aux médecins généralistes libéraux en période de crise : une assistance humaine, matérielle et la préparation de protocoles adaptés à l'ambulatorio. Nous suggérons la mise à disposition de secrétariats médicaux formés et rémunérés par les autorités sanitaires. Pour le personnel nécessaire, nous pensons aux personnes en chômage partiel pendant cette période délicate, mais aussi aux personnes effectuant leur service civique ou en recherche de job étudiant. Sur le plan matériel, le personnel qui avait fait du stock lors de la pandémie H1N1, a pu se protéger malgré l'efficacité moindre de ce matériel périmé. Nous conseillons la maintenance de stocks d'EPI préventifs pour les MG ambulatoires. Dans le but de limiter le gaspillage lors du renouvellement des stocks, à une distance raisonnable de leur date de péremption, ceux-ci pourraient être utilisés en milieu hospitalier ou revendus dans le secteur privé.

L'utilisation de la téléconsultation étant encore nouvelle mais prometteuse dans le contexte de déficit médical d'autant plus amplifié par la pandémie car elle apporte une possibilité d'accès aux soins supplémentaire et potentiellement un gain de temps précieux pour le médecin. Nous estimons, de fait, pertinent, tel que l'ont déjà proposé les rédacteurs de l'étude "*Impact of Asynchronous Electronic Communication-Based Visits on Clinical Outcomes and Health Care Delivery*" (26), de réaliser de nouvelles recherches pour cadrer les indications mais également les contre-indications à son utilisation. Dans la même optique, une étude pourrait rechercher comment optimiser le déploiement de cette technologie aux patients défavorisés, afin de réduire les inégalités sociales en santé.

## **5. Conclusion**

La pandémie a bouleversé l'exercice des MG en modifiant les pratiques. Les MG ont revu leur organisation afin de faire au mieux pour soigner leurs patients, les protéger, et se protéger de ce virus émergent, malgré les nombreuses difficultés. La téléconsultation, qui était très peu utilisée jusque-là, est apparue comme une solution pour certaines consultations. Contrairement à ce qui été attendu par les MG, une diminution de la demande de soin a été constatée. Ils ont critiqué une absence de préparation par une carence d'équipement de protection individuelle et un manque de recommandations. Dans ce contexte, les liens préexistants entre professionnels de santé ont été renforcés et de nouveaux réseaux interprofessionnels sont apparus. La vaccination au cabinet ou en centre de vaccination a été vécue comme salvatrice, mais difficile à mettre en pratique. L'étude a mis en avant une augmentation des facteurs de stress des MG, pouvant être source d'épuisement.

Une étude à posteriori des conséquences de la pandémie sur la pratique de la médecine générale serait intéressante à réaliser dans quelques années.

Le doyen de l'UFR de médecine,  
Pierre CLAVELOU



Le président du jury de thèse,  
Pr Philippe VORILHON

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Vorilhon", written over a horizontal line.

## **Références bibliographiques**

1. World Health Organisation. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan. Genève, Suisse: World Health Organisation; 2020 févr p. 1-3.
2. Ghebreyesus TA. Allocution liminaire du Directeur général de l’OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. World Health Organisation. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. COVID-19 Map: Coronavirus ressource center [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. [cité 7 oct 2021]. Disponible sur: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. Journal officiel. Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d’urgence pour faire face à l’épidémie de covid-19 [Internet]. 2020-290 mars 23, 2020. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/KY9SZZfQdcIRn\\_N8Kc1gxuN7Pce5JP\\_lubW2AuK1CjU=/JOE\\_TEXTE](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/KY9SZZfQdcIRn_N8Kc1gxuN7Pce5JP_lubW2AuK1CjU=/JOE_TEXTE)
5. Edouard Philippe. Conférence de presse : Déconfinement 11 mai 2020 épidémie COVID [Internet]. 2020 [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/274282-edouard-philippe-07052020-deconfinement-11-mai-2020-epidemie-covid>
6. Journal officiel. Décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l’épidémie de covid-19 dans le cadre de l’état d’urgence sanitaire [Internet]. oct 29, 2020. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/YTXQyL3I14RgMkscchJ4EWWUgvYvfJ3GciREwkWtl3E=/JOE\\_TEXTE](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/YTXQyL3I14RgMkscchJ4EWWUgvYvfJ3GciREwkWtl3E=/JOE_TEXTE)
7. Journal officiel. Décret n° 2020-1582 du 14 décembre 2020 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l’épidémie de covid-19 dans le cadre de l’état d’urgence sanitaire [Internet]. déc 14, 2020. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/9n4HkN-rq5wDtgHcioBoX5dkB5jnV7mRslttg37aUKI=/JOE\\_TEXTE](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/9n4HkN-rq5wDtgHcioBoX5dkB5jnV7mRslttg37aUKI=/JOE_TEXTE)
8. Netgen. La première vague de Covid-19 en France et les soins primaires. Revue Médicale Suisse [Internet]. [cité 26 nov 2020]; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2020/RMS-N-713/La-premiere-vague-de-Covid-19-en-France-et-les-soins-primaires>
9. Atherly A, Van Den Broek-Altenburg E, Hart V, Gleason K, Carney J. Consumer Reported Care Deferrals Due to the COVID-19 Pandemic, and the Role and Potential of Telemedicine: Cross-Sectional Analysis. JMIR Public Health Surveill. 14 sept 2020;6(3):e21607.
10. Morreel S, Philips H, Verhoeven V. Organisation and characteristics of out-of-hours primary care during a COVID-19 outbreak: A real-time observational study. PLoS One. 13 août 2020;15(8):e0237629.
11. Williams R, Jenkins DA, Ashcroft DM, Brown B, Campbell S, Carr MJ, et al. Diagnosis of

- physical and mental health conditions in primary care during the COVID-19 pandemic: a retrospective cohort study. *Lancet PublicHealth*. 2020;5(10):e543-50.
12. Al Ghafri T, Al Ajmi F, Anwar H, Al Balushi L, Al Balushi Z, Al Fahdi F, et al. The Experiences and Perceptions of Health-Care Workers During the COVID-19 Pandemic in Muscat, Oman: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health*. déc2020;11:2150132720967514.
  13. Mash R, Goliath C, Perez G. Re-organising primary health care to respond to the Coronavirus epidemic in Cape Town, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 5 nov2020;12(1):2607.
  14. CARMF. Communiqué de presse 74 médecins libéraux décédés de la Covid-19 en 2020 [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur : <http://www.carmf.fr/actualites/communiqués/2021/covid/cp-dossiers-covid-2020-2021-02-05.pdf>
  15. Anmella G, Fico G, Roca A, Gómez-Ramiro M, Vázquez M, Murru A, et al. Unravelling potential severe psychiatric repercussions on healthcare professionals during the COVID-19 crisis. *J Affect Disord*. 1 août 2020;273:422-4.
  16. Amerio A, Bianchi D, Santi F, Costantini L, Odone A, Signorelli C, et al. Covid-19 pandemic impact on mental health: a web-based cross-sectional survey on a sample of Italian general practitioners. *Acta Biomed*. 11 mai 2020;91(2):83-8.
  17. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *Journal of Investigative Medicine*. 1 oct 2020;68(7):1228-34.
  18. Goldman J, Xyrichis A. Interprofessional working during the COVID-19 pandemic: sociological insights. *Journal of Interprofessional Care*. 2 sept 2020;34(5):580-2.
  19. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. 2<sup>e</sup> éd. Paris:Deboeck supérieur; 2019. (Méthodes en sciences humaines).
  20. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P. La définition Européenne de la médecine générale - Médecine de Famille. Barcelone, Espagne: WONCA europe; 2002.
  21. Cambon B, Vorilhon P, Michel L, Cadwallader J-S, Aubin-Auger I, Pereira B, et al. Quality of qualitative studies centred on patients in family practice: a systematic review. *FAMPRJ*. déc 2016;33(6):580-7.
  22. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 22 juill1995;311(6999):251-3.
  23. Duez M, Mermier M. COVID-19: rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches-du-Rhône [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. [Aix-Marseille: Université, Faculté de Médecine]; 2020.
  24. Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrera H, Mabilille J, Tréhard H, Lapalus D, et al. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en

temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. [cité 28 juin 2021];  
Disponible sur:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0398762021002121?token=9F740E3CFCFAD8F36AE81439F0CD66EEB87B7160F0DC683AF761D895FA459C9C6389CD9F97E6865D222673E165FA91EC&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210628163900>

25. Gomez T, Anaya YB, Shih KJ, Tarn DM. A Qualitative Study of Primary Care Physicians' Experiences With Telemedicine During COVID-19. *J Am Board Fam Med.* févr2021;34(Suppl):S61-70.
26. Nguyen OT, Alishahi Tabriz A, Huo J, Hanna K, Shea CM, Turner K. Impact of Asynchronous Electronic Communication–Based Visits on Clinical Outcomes and Health Care Delivery: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 5 mai 2021;23(5):e27531.
27. Fournier J-P, Amélineau J-B, Hild S, Nguyen-Soenen J, Daviot A, Simonneau B, et al. Patient-safety incidents during COVID-19 health crisis in France: An exploratory sequential multi-method study in primary care. *Eur J GenPract.* déc 2021;27(1):142-51.
28. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz S-A, Ellis L, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health.* 9 janv 2021;21(1):104.
29. Harnden A, Lim WS, Earnshaw A. COVID-19 vaccination programme: a central role for primary care. *Br J GenPract.* 1 févr2021;71(703):52-3.
30. Kurotschka PK, Serafini A, Demontis M, Serafini A, Mereu A, Moro MF, et al. General Practitioners' Experiences During the First Phase of the COVID-19 Pandemic in Italy: A Critical Incident Technique Study. *Front Public Health.* 2021;9:623904.
31. 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. *European Journal of General Practice.* 16 déc2020;26(1):58-60.

## Annexe I : La lettre d'information aux participants



**UFR DE MÉDECINE  
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES**  
Université Clermont Auvergne

### **Thèse dirigée par le Pr Benoît Cambon**

**HEITZMANN Marie**

Interne de Médecine Générale  
[marie.heitzmann@etu.uca.fr](mailto:marie.heitzmann@etu.uca.fr)

**NERVÉ Élise**

Interne de Médecine Générale  
[elise.nerve@etu.uca.fr](mailto:elise.nerve@etu.uca.fr)

#### Comment les médecins généralistes se sont-ils adaptés à la pandémie COVID-19 ?

Vous avez accepté de participer par accord oral à notre recherche dans le cadre de notre thèse dirigée par le Pr Cambon. Le but de cette étude est d'analyser les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de la pandémie COVID-19 et les stratégies développées pour y faire face. Nous vous remercions chaleureusement de votre participation.

Vos témoignages seront anonymisés et seuls le Pr Benoît CAMBON, Marie HEITZMANN et Élise NERVÉ y ont accès. Si vous le souhaitez, vous pouvez à tout moment revenir sur vos déclarations et les informations vous concernant en nous contactant par mail. Les données seront conservées au maximum 3 ans, à dater de notre soutenance de thèse.

Nous pourrions également vous faire parvenir les résultats de l'étude, une fois terminée, si vous le souhaitez. Il vous suffira de nous en faire la demande soit par mail soit directement le jour de l'entretien. Celle-ci pourra éventuellement faire l'objet d'une publication dans une revue scientifique.

En vous remerciant à nouveau pour votre participation, recevez Docteur, nos meilleures salutations.

Marie HEITZMANN

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

Élise NERVÉ

A handwritten signature in blue ink, featuring a long horizontal stroke and several loops.



## Annexe II : Quality score of qualitative articles according to RATS

<b>RELEVANCE OF STUDY QUESTION</b>
<p><b>Research question explicitly stated:</b> 0 = The research question is not described.  1 = The research question is partially described.  2 = The research question is described in detail.</p>
<p><b>Research question justified and linked to the existing knowledge base (empirical research, theory, policy):</b>  0 = No justification.  1 = Partial justification.  2 = Detailed justification.</p>
<b>APPROPRIATENESS OF QUALITATIVE METHOD</b>
<p><b>Study design described and justified: Why was a particular method chosen?</b> 0 = The study protocol is not described.  1 = The study protocol is described but not justified.  2 = The study protocol is described and justified.</p>
<b>TRANSPARENCY OF PROCEDURES</b>
<i>Sampling</i>
<p><b>Criteria for selecting the study sample justified and explained (theoretical sampling, purposive sampling etc.):</b>  0 = The selection criteria are not described.  1 = The selection criteria are described but not justified.  2 = The selection criteria are described and justified.</p>
<i>Recruitment</i>
<p><b>Details of how recruitment was conducted and by whom:</b>  0 = The recruitment is not described.  1 = The recruitment is not sufficiently detailed (it lacks either the method of recruitment or the person who recruits).  2 = It is known how and by whom the recruitment was done.</p>
<p><b>Details of who chose not to participate and why:</b> 0 = Not described.  1 = Who refused to participate is known but not the reason for the refusal.  2 = Who refused to participate and why, is known.</p>
<i>Data collection</i>
<p><b>Data collection method outlined and examples given:</b> 0 = The data collection is not described.  1 = The data collection is partially described.  2 = The data collection is described in detail (interview guide published).</p>
<p><b>Study group and setting clearly described:</b> 0 = The characteristics of the sample and the environment in which the study was performed are not described.  1 = Partial description of the characteristics of the sample and the environment.  2 = Precise and complete description the characteristics of the sample (possibly with a table) and the environment (geographical location, etc.).</p>
<p><b>End of data collection justified and described:</b> 0 = The end of data collection is not described.  1 = The end of data collection is just mentioned.  2 = The end of data collection is described (after how many interviews or focus grouped? time limit of collection?) and justified (data saturation?).</p>
<i>Role of researchers</i>
<p><b>Do the researchers occupy dual roles (clinician and researcher)?</b>  0 = Neither who interviewed the subjects nor who analyzed the data are known.  1 = Who interviewed the subjects and who analyzed the data are known, but not their profession.  2 = The profession of the researchers who interviewed the subjects and who analyzed the data are known -&gt; It can then be known if the researchers are health professionals and if they interviewed their own patients.</p>
<p><b>Are the ethics of this discussed? Do the researcher(s) critically examine their own influence on the formulation of the research question, data collection, and interpretation?</b> 0 = No critical examination of the influence of the researchers on the different stages of the study.  1 = The influence of the researchers is superficially examined.  2 = The influence of the researchers is examined in detail; if the researcher is a health professional and they interview their own patients, the question of ethics is discussed.</p>
<i>Ethics</i>

<p><b>Informed consent process explicitly and clearly detailed:</b> 0 = No information concerning the clear consent of the subjects. 1 = It is only known that the consent of the subjects was collected. 2 = The consent of the subjects was collected and the procedure was detailed (signed letter sent prior to interviews, etc.).</p>
<p><b>Anonymity and confidentiality discussed:</b> 0 = Neither of these two criteria is cited. 1 = Only one of the two criteria is discussed. 2 = Both criteria are described.</p>
<p><b>Ethics approval cited</b> 0 = Not described. 2 = Described.</p>
<p><b>SOUNDNESS OF INTERPRETIVE APPROACH</b></p>
<p><i>Analysis</i></p>
<p><b>Analytic approach described in depth and justified (thematic analysis, grounded theory or framework approach):</b> 0 = The analysis method is not described. 1 = The analysis method is partially described and justified. 2 = The analysis method is described and justified in detail.</p>
<p><b>Are the interpretations clearly presented and adequately supported by the evidence? Indicators of quality:</b> – Description of how themes were derived from the data (inductive or deductive) – Evidence of alternative explanations being sought – Analysis and presentation of negative or deviant cases 0 = No criteria are present. 1 = Only certain criteria are present. 2 = All the criteria are present.</p>
<p><b>Are quotes used and are these appropriate and effective? Illumination of context and/or meaning, richly detailed</b> 0 = No quotations. 1 = A few quotations, but they are not necessarily appropriate. 2 = Numerous quotations that effectively highlight the context and the interpretations of the researchers.</p>
<p><b>Method of reliability check described and justified (e.g., was an audit trail, triangulation, or member checking employed? Did an independent analyst review data and contest themes? How were disagreements resolved?)</b> 0 = No verification of the reliability of the results. 1 = Only one of the methods cited above is used. 2 = Two or more methods are used.</p>
<p><i>Discussion and presentation</i></p>
<p><b>Findings presented with reference to existing theoretical and empirical literature and how they contribute</b> 0 = Not described. 1 = Partially described. 2 = Completely described.</p>
<p><b>Strengths and limitations explicitly described and discussed</b> 0 = Not described. 1 = Partially described. 2 = Totally described.</p>
<p><b>Is the manuscript well-written and accessible?</b> 0 = The article is not well-written, it is difficult to understand. 1 = The article is quite well-written. 2 = The article is very well-written and clear.</p>

## Annexe III : La Marguerite des compétences



**(Conseil national de l'ordre des médecins)**

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTÉ et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

**VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PENDANT LA PANDÉMIE COVID-19 EN  
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES :  
ANALYSE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS**

**Résumé :**

**CONTEXTE** L'année 2020 a été marquée par l'émergence d'un virus, le SARS-COV-2, responsable d'une pandémie. Le milieu sanitaire a été largement impacté par la crise. Les médecins généralistes (MG) ont été fortement affectés par la pandémie et ont dû mettre en place certaines stratégies pour s'adapter face à un contexte sanitaire compliqué.

**OBJECTIF** Analyser les difficultés rencontrées par les MG lors de la pandémie COVID-19 et les stratégies développées pour y faire face.

**MÉTHODE** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés du 28 janvier au 29 avril 2021. Inclusion des participants jusqu'à saturation des données. Analyse inductive générale des données et thématisation.

**RÉSULTATS** Douze MG ont été interviewés. L'évolution de la crise sanitaire a eu un impact sur la continuité des soins. Une réorganisation des cabinets et l'application des gestes barrières ont été mises en place. Les MG ont critiqué certaines mesures sanitaires de santé publique. Des liens interprofessionnels forts se sont établis entre les différents professionnels de santé. Les MG interviewés ont ressenti cette crise comme un événement stressant. Les facteurs favorisant le stress ont été l'évolution dans l'inconnu, le manque de personnel et d'équipement de protection individuel (EPI), le nombre de décès du COVID dans l'entourage, la perte d'espoir et de conviction personnelle, le manque de loisirs, l'augmentation du temps de travail. Les facteurs protecteurs de stress ont été l'anticipation, la capacité de résilience, la possession d'EPI en quantité nécessaire et le fait d'être dans l'action.

**CONCLUSION** Le vécu de cette pandémie par les MG a été compliqué. Ils se sont impliqués davantage pour leurs patients, prêts à prendre des risques pour leur propre santé physique et mentale. Ils ont réussi à faire preuve d'inventivité afin de continuer à exercer au mieux dans ces conditions.

**Mots-clés :** Médecine générale - médecin généraliste - COVID-19 - pandémie - soins primaires-étude qualitative- entretiens individuels