



HAL
open science

Étude qualitative auprès des médecins généralistes des Hautes-Alpes : impact de la pandémie de COVID-19 en soins primaires

Camille Duchet, Victor Lavayssière

► **To cite this version:**

Camille Duchet, Victor Lavayssière. Étude qualitative auprès des médecins généralistes des Hautes-Alpes : impact de la pandémie de COVID-19 en soins primaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03641248

HAL Id: dumas-03641248

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03641248v1>

Submitted on 14 Apr 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.

**Étude qualitative auprès des médecins généralistes des Hautes-Alpes :
Impact de la pandémie de COVID-19 en soins primaires**

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 13 Avril 2022

Par Madame Camille DUCHET

Née le 1er juillet 1993 à Paris 14eme (75)

Et

Par Monsieur Victor LAVAYSSIERE

Né le 3 novembre 1990 à Toulouse (31)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CHANEZ Pascal

Président

Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert

Assesseur

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Monsieur le Docteur SPADONI Thomas

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

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

Asseseurs :

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

Chargés de mission :

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

ÉCOLE DE MEDECINE

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

Chargés de mission

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

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

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

PROFESSEURS HONORAIRES

<p>MM AGOSTINI Serge ALDIGHIERI René ALESSANDRINI Pierre ALLIEZ Bernard AQUARON Robert ARGEME Maxime ASSADOURIAN Robert AUFFRAY Jean-Pierre AUTILLO-TOUATI Amapola AZORIN Jean-Michel BAILLE Yves BARDOT Jacques BARDOT André BERARD Pierre BERGOIN Maurice BERLAND Yvon BERNARD Dominique BERNARD Jean-Louis BERNARD Jean-Paul BERNARD Pierre-Marie BERTRAND Edmond BISSET Jean-Pierre BLANC Bernard BLANC Jean-Louis BOLLINI Gérard BONGRAND Pierre BONNEAU Henri BONNOIT Jean BORY Michel BOTTA Alain BOTTA-FRIDLUND Danielle BOUBLI Léon BOURGEADE Augustin BOUVENOT Gilles BOUYALA Jean-Marie BREMOND Georges BRICOT René BRUNET Christian BUREAU Henri CAMBOULIVES Jean CANNONI Maurice CARTOUZOU Guy CAU Pierre CHABOT Jean-Michel CHAMLIAN Albert CHARPIN Denis CHARREL Michel CHAUVEL Patrick CHOUX Maurice CIANFARANI François CLAVERIE Jean-Michel CLEMENT Robert COMBALBERT André CONTE-DEVOLX Bernard CORRIOL Jacques COULANGE Christian CURVALE Georges DALMAS Henri DE MICO Philippe</p>	<p>MM DEVIN Robert DEVRED Philippe DJIANE Pierre DONNET Vincent DUCASSOU Jacques DUFOUR Michel DUMON Henri ENJALBERT Alain FAUGERE Gérard FAVRE Roger FIECHI Marius FARNARIER Georges FIGARELLA Jacques FONTES Michel FRANCES Yves FRANCOIS Georges FUENTES Pierre GABRIEL Bernard GALINIER Louis GALLAIS Hervé GAMERRE Marc GARCIN Michel GARNIER Jean-Marc GAUTHIER André GERARD Raymond GEROLAMI-SANTANDREA André GIUDICELLI Sébastien GOUDARD Alain GOUIN François GRILLO Jean-Marie GRIMAUD Jean-Charles GRISOLI François GROULIER Pierre GUYS Jean-Michel HADIDA/SAYAG Jacqueline HASSOUN Jacques HEIM Marc HOUEL Jean HUGUET Jean-François JAQUET Philippe JAMMES Yves JOUVE Paulette JUHAN Claude JUN Pierre KAPHAN Gérard KASBARIAN Michel KLEISBAUER Jean-Pierre LACHARD Jean LAFFARGUE Pierre LAUGIER René LE TREUT Yves LEGRE Régis LEVY Samuel LOUCHET Edmond LOUIS René LUCIANI Jean-Marie MAGALON Guy MAGNAN Jacques MALLAN- MANCINI Josette</p>
---	---

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MATTEI Jean François	UNAL Daniel
	MERCIER Claude	VAGUE Philippe
	MICHOTÉY Georges	VAGUE/JUHAN Irène
	MIRANDA François	VANUXEM Paul
	MONFORT Gérard	VERVLOET Daniel
	MONGES André	VIALETES Bernard
	MONGIN Maurice	WEILLER Pierre-Jean
	MUNDLER Olivier	
	NAZARIAN Serge	
	NICOLI René	
	NOIRCLERC Michel	
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RAOULT Didier	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAMBUC Roland	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SARLES - PHILIP Nicole	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SEITZ Jean-François	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THIRION Xavier	
	THOMASSIN Jean-Marc	

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

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

2017

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

2018

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

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

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

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967
MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974
MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975
MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976
MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977
MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978
M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980
MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981
MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982
M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985
MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986
MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987
M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988
MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989
M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUYS Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINIZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominic	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLLA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
----------------------	-------------------------

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

ADALIAN Pascal (PR)

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

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

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

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

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

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

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

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

ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

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

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

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

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

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

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

BIostatISTIQUES, InFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

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

CARDIOLOGIE 5102

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

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

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

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERRROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

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

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

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

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

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

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

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

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

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
 CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
 (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)
 DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)
 DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)
 ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)
 TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)
 SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)
 GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
--	-----------------------

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903
--

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE
--

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

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

Remerciements

Aux membres du jury.

A Monsieur le Professeur Pascal CHANEZ.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse, nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Aubert AGOSTINI.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger notre travail. Soyez assurés de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Ludovic CASANOVA.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger notre travail. Veuillez trouver ici le témoignage de toute notre gratitude.

A Monsieur le Docteur Thomas SPADONI.

Merci d'avoir dirigé notre thèse. Merci pour tes conseils, ta bienveillance et ta disponibilité. Merci pour l'expérience que tu nous as transmise lors de notre stage aux urgences de Briançon.

Remerciements Camille

Merci à toutes les personnes qui m'ont soutenue pendant ces nombreuses années d'études :

A mes parents,

A jb,

A mon petit frère,

A mes grands-parents,

A mes oncles et tantes,

A mes cousins et ma cousine,

A Adrien,

Aux copains briançonnais,

Aux copains parisiens,

Aux copains du Chalet des Internes,

A Victor, merci pour cette thèse en binôme, on y est arrivé !

Remerciements Victor

A ma famille

A mes parents tout d'abord, merci de m'avoir donné cette chance de pouvoir réaliser ces études de médecine et de m'avoir toujours soutenu dans ces très très longues études, je n'ai manqué de rien ! Je vous serai éternellement reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour moi. **Maman** merci pour ta disponibilité, ta bienveillance et de m'avoir transmis une partie de ton expérience, **Papa**, merci pour tes conseils avisés et de m'avoir transmis les valeurs de notre famille « on n'a rien sans rien » « ce qui est fait n'est plus à faire » « tu es un LAVAYSSIERE, ne l'oublie pas ».

A mes sœurs, merci de me supporter depuis toutes ses années, merci pour votre soutien. Je passe le flambeau à notre médecin junior, à ton tour Juliette maintenant !

A mes grands-parents, merci à ma grand-mère pour cette dernière relecture et ton regard assidu de prof, si fier d'avoir pu te faire part de mon travail. A **Georges**, merci pour ton soutien et ton expérience, merci de m'avoir transmis ton caractère italien et ton savoir œnologique.

A **Manou**, notre grand-mère, qui aurait j'en suis sûr été si heureuse de partager ce moment avec nous, à **Jean** notre grand père, à jamais dans nos cœurs merci pour ton exemple de vie et tes conseils si chers pour mes études « persévère, tu ne le regretteras pas ».

A mes cousins et cousines : merci pour tous ces souvenirs de famille, quelle chance d'avoir des cousins aussi proches, les plus belles années sont encore devant nous !

A mes tantes et mon oncle, merci pour vos attentions et vos conseils.

Aux Toulousains et notre belle bande de Pinfle

Celle qui a fait de mes années d'études toulousaines un véritable bonheur, dire que tout ça a commencé au bord d'une piscine à Varenne ! si on m'avait raconté toute la suite Premières soirées de médecine, voyages culturels, nos séances de foot amateurs et nos heures sur ces bancs de la BU et du RU ! On y retourne quand vous voulez ! merci encore.

Loïc, que dire pour toi mon Lomic, mon frère que je n'ai jamais eu, merci pour toutes ces heures passées ensemble à tuer le temps, si précieuses maintenant. A notre deuxième maison, le Shanghai, merci de m'avoir soutenu quand il le fallait, merci d'être toujours là, quel regret de ne pas avoir partagé ce voyage au bout du monde avec toi ! Le prochain c'est ensemble.

Polo, à mon cochon ! A notre dernière année de D4, merci pour ta folie ta franchise et de m'avoir donné cette mentalité de combattant ! Si fier de te savoir dans les blocs de chirurgies Parisiens ! Essaie quand même de revenir dans le sud pour la suite.

Pauby, à mon acolyte ariègeois, à mon trompettiste increvable, à toutes nos discussions ou personne ne s'écoute « *paubert et victor se parlent mais personne ne s'écoute* », merci pour ton soutien à la fac, en soirée et pour nos histoires de cœur.

Pittoni, à ta mémoire sans limite, *qui a remporté le tour de France en 1968 ?* Merci pour tes débriefs sur les bancs de la BU. Je suis heureux de t'avoir fait découvrir la BR du Shanghai et Berlin ! Ah et si une petite pensée aussi pour tes croisés !

Alexis, à ma craba et ton sens unique de l'insulte.

Léo, merci pour tes découvertes musicales et tes voyages dans l'espace-temps.

Manu, à notre année de D4 et nos repas au RU de Larrey, merci de m'avoir partagé ton esprit de combattant et de fêtard !

Hugo, à ton sens de la glisse et de la perfection, on se retrouve dans l'eau très rapidement !

Bedel et Tiphaine, merci pour vos soirées endiablées.

Aux Ariègeois

Terre courage, au lieu de rencontres et quelles rencontres !

Baby, à mon ami, le vrai, mon confident avec qui le mot partage prend tout son sens. « J'aime le veau ».

Loic, à mon lolo, danseur et jet-setteur toulousain increvable.

Vince, à mon homme de loi, souvent à la limite de la contravention.

Julio, à nos souvenirs d'été innombrables, « *c'est toujours quand on est ensemble que cela se passe ...* ».

Max, dit la trompe, merci pour ton humour, ta simplicité et ces souvenirs gravés à jamais.

La Roums et Yo, merci au fidèle duo ariègeois pour tous ces souvenirs.

Don simon, cascadeur, humoriste, chanteur, danseur et même parfois gynécologue ! la seule chose que tu n'aimes pas les vagues ... merci pour tous ces moments, merci d'être ce que tu es, simple et vrai !

Le Cams, à nos parties PES, à nos matchs de foot ariègeois au stade Mercus-garrabet, tu restes quand même très mauvais ! Merci d'avoir été là dans les moments les plus difficiles.

Guilhem, à la perte de ton décodeur bien trop régulier. **Julien**, à ton coup droit légendaire et tes principes de vie. **Alex**, à l'ami d'enfance et à ta folie nocturne parfois sans limite. **Le Gui**, à ta réussite capitaine ! et à ton gout pour la fête. **Le Rouaix**, à tes chants de soirées ariègeois, à tes poumons toujours présents dans les Hautes-Alpes.... **Pierro**, à egg-head tout simplement. **Johan**, à tes départs de soirées et tes choix de vie parfois mystérieux.

Au semestres Briançonnais

Comment écrire ces remerciements sans citer toutes ces belles rencontres dans ce fantastique « chalet des internes ».

Agathe, à mon double féminin, merci pour ces sessions de rides de folies et ton rire inoubliable.

Ilias, à tes capacités de glisse hors du commun.

Thomas, à notre ophtalmo briançonnais, à ton retour parmi nous, merci pour tes conseils de vie et professionnels.

Thibaut, au pharmacien-chimiste-biologique-permaculteur, merci de m'avoir partager ta philosophie de vie et ton sens de l'aventure.

Jo, merci pour la découverte de ta bibliothèque musicale inégalable et pour tes repas top chef !

Camille, à ma co-thésarde, qui aurait cru le jour où on s'est rencontré dans cet escalier du chalet que nous irions jusqu'à l'élaboration de notre thèse ! C'est bon c'est fait je n'y crois toujours pas en écrivant ces mots après deux ans de galères « va falloir s'y mettre à un moment donné... », à nos moments de panique devant ces innombrables codes ! merci pour tes conseils littéraires et ton sens assidu pour placer une virgule !

Auguste, à notre étage de vainqueur avec la Duche, merci pour ton humour décalé, c'était bbbiiieennnnn ! Ne t'éternises pas trop au Québec.

Valeria et David, aux danseurs du 05, merci de nous avoir recadré pendant six mois.
Salomé, à notre sportive briançonnaise, merci pour tes avis et conseils parfois décalés, hâte de te retrouver dans notre service !

Max, le franco-suisse, le brasseur, l'homme le vrai, merci pour ton sens de l'organisation et ces belles aventures sportives.

Place maintenant au dernier semestre et pas des moindres, avec un confinement et un mois bonus à la clé :

Hugueno de dur à mou, merci pour ton sens de la perfection et de l'organisation, tellement heureux de te savoir de retour parmi nous !

Toinou, mi-homme mi- barbecue, la rencontre la plus déjantée de mon internat !
Merci pour tous ces moments en compagnie de ta belle et à nos fous rires sans limites.

Mélimiel, merci pour ta simplicité et ta joie de vivre, vivement ton retour sur Briançon !

Jeannus, à ma co-interne de rêve dans un service de rêve dans un chalet de rêve, ça a frôlé la perfection ces sept mois !

Beber, à tes mollets partis si tôt, à ton sens du commerce pour le matériel de sport, merci pour tes conseils techniques.

Au semestre Gapençais

Charlefly, mon cher **Charlely**, cela serait trop long d'écrire tout ce que tu as pu m'apporter durant cet internat ! j'aurais l'occasion de t'en faire part au sommet du Mont Blanc cette année ! A nos parties de Carcassonne sans fins, à nos innombrables sorties de ski de rando, à nos fous rires interminables. Merci pour cet internat de folie en ta compagnie et pour la suite qui s'annonce tout aussi excitante.
Théau, à tes croisés partis si tôt et à tes retrouvailles de cœur, va falloir se voir plus souvent maintenant.

Marie, merci de nous avoir surveillé, sans toi la maison aurait certainement brûlée.

Mathieu, à nos innombrables levés de coude aux bars gapençais, merci pour ton expérience de pneumologue. Un meilleur co-interne ça n'existe pas ! J'aimerais vraiment que l'on retrouve la vidéo de cette fameuse barrière si possible.

Aux Briançonnais

A Etienne, Tomy, Jordi, Jean et JB : merci pour toutes ces sorties de ski « dré dans le pentu », pour vos soirées sans limites et sans trop de souvenirs pour le coup. Merci de m'avoir partagé votre philosophie de vie et de m'avoir fait découvrir cette région fantastique.

Au service du CHU de Briançon

Romain, double R, LE médecin du sport briançonnais merci pour ces journées de boulot à tes côtés et à ta joie de vivre !

Vincent, le king de la techno, le king de la gériatrie, et le futur papa Hoang, merci de m'avoir intégré dans ce service de pointe.

Claire, à ta sensibilité et à ton amour pour Jo, merci d'être là depuis le début de mon internat, merci pour tes conseils souvent bien avisés.

Antonice, à la meilleure maman du 05, merci pour ton soutien les vendredis et tes précieux conseils écologiques.

Fred, à mon premier chef de service, ça ne s'oublie pas et pour ne vraiment pas t'oublier me voilà dans ton service ! merci de m'avoir partagé ton savoir et tes capacités à gérer dans le calme, n'importe quelle situation.

Mireille, « ouiiiiii c'est mireille », LA référence infectio la plus bavarde de la région PACA mais au combien précieuse ! Merci pour ton aide de dernière minute.

Aurélié, à notre « petite » dernière, merci pour ton apport de connaissances sans fin !

A la Team Clémenceau RPZ et au semestre d'anthologie d'été 2017 :

Alexis, au breton, à ma Chiquita, merci pour ton coup de pouce lors des choix, je n'oublierai jamais.

Séguichita, à la bretonne si calme et si parfaite, merci de nous avoir parfois sermonné, sans toi qui sais comment aurait terminé cet internat !

Maaaaaarrriiiiiiee, à ta rigueur mais surtout ta folie nîmoise, merci pour ton soutien dans la dernière ligne droite !

Michaaaa grandes oreilles, à ta joie de vivre, quelle belle découverte, 2m10 pour 90kg de muscle avec un cœur sans limite, merci pour tes conseils de vie, merci pour ton sens de l'humour inégalable.

Aliénor, à ta folie nocturne et tes capacités de chant bien trop sous-estimés.

Valoch, à ma voisine de chambre, à nos 9 mètres carrés et cinq ventilos, je n'oublierai jamais ton amour pour les gâteaux au chocolat.

Quentin dit soumsoum : à mon tik ou tak du 3^{ème} étage, à nos souvenirs de soirées parfois flous.

Camille, à la running-girl de la bande, merci de nous avoir parfois un peu canalisé. Hâte de partager notre première sortie de ski de rando !

Fanny, à ma co-interne de néphrologie, donne des nouvelles !

Navid, à mon Doc Gynéco satellisé.

A mes chefs et à toutes les équipes qui m'ont formé :

Je tiens à remercier tous les services et chefs qui ont su me donner leurs expériences pour persévérer dans ces études si fastidieuses.

Merci à toute l'équipe du service de Pneumologie du CHICAS.

Merci à toute l'équipe des urgences de Briançon et leur encadrement optimal.

Merci à mes deux maîtres de stage pour cette découverte de la médecine libérale.

Merci à toute l'équipe de néphrologie de Saint Musse pour cet accueil si chaleureux.

Et surtout merci, à toutes les infirmières qui m'ont vu progresser et qui ont rendu mon internat bien plus agréable.

Enfin pour clôturer ces remerciements, je voudrais remercier **Alice**, ma moitié, qui partage ma vie depuis un nombre d'années indéfinissables et qui a eu le courage de me supporter durant cette épreuve ô combien délicate. Merci pour tes conseils de mise en page et ton aide linguistique, je retiendrai surtout ton aide pour la numérotation des pages ! Nous venons d'écrire ce travail de thèse, écrivons notre histoire à présent. Je te remercie du fond du cœur mon amour d'être à nouveau dans ma vie, merci pour tout ce que tu m'as apporté depuis ces deux ans, merci d'être tout simplement ce que tu es.

Table des matières

Introduction	1
MATERIEL ET METHODES.....	3
1 Population étudiée, recrutement	3
2 Méthodes.....	4
3 Retranscription et analyse des données	5
4 Aspects réglementaires et éthiques	5
RESULTATS	6
1 Caractéristiques de la population étudiée	6
2 Adaptations des pratiques en médecine générale	7
2.1 Restructuration du cabinet	7
2.1.1 Une adaptation initiale complexe	7
2.1.1.1 Contrôle du flux des patients	8
2.1.1.2 Réaménagement des locaux	8
2.1.1.3 La course au matériel.....	9
2.1.1.4 Des impacts à différentes échelles.....	9
2.1.2 L'hygiène, une nouvelle problématique	10
2.1.2.1 Un grand changement.....	10
2.1.2.2 Une application complexe.....	11
2.1.3 La secrétaire comme pilier de la réorganisation des cabinets	11
2.1.3.1 De nouvelles fonctions.....	11
2.1.3.2 Une charge de travail augmentée.....	12
2.2 Un nouveau mode d'exercice	13
2.2.1 Les nouvelles missions du médecin généraliste.....	13
2.2.1.1 Réassurance	13
2.2.1.2 Éducation	13
2.2.1.3 Diagnostic et orientation	14
2.2.1.4 Adaptabilité.....	15
2.2.1.5 Formation.....	16
2.2.2 Les nouvelles spécificités de l'examen clinique	17
2.2.2.1 Les contraintes de l'examen physique.....	17
2.2.2.2 La spécificité des personnes âgées	18
2.2.3 La Téléconsultation, émergence d'un nouveau mode d'exercice.....	18

2.2.3.1	Différentes pratiques	19
2.2.3.2	Avantages.....	20
2.2.3.3	Limites.....	21
2.3	Les obstacles rencontrés dans l'application des nouvelles pratiques.....	23
2.3.1	Des difficultés d'accès à l'information	23
2.3.1.1	Sur les recommandations	23
2.3.1.2	Sur la gestion administrative.....	24
2.3.1.3	Sur les cotations.....	24
2.3.2	Difficultés rencontrées en consultation.....	25
2.3.2.1	Une organisation délicate	25
2.3.2.2	La problématique des certificats.....	26
2.3.3	Retentissement économique	26
2.3.3.1	Des impacts à différentes échelles.....	26
2.3.3.2	Compensations	28
2.3.4	L'arrivée du vaccin, une nouvelle polémique ?.....	28
2.3.4.1	Une réorganisation de plus	29
2.3.4.2	La politisation de la vaccination	29
3	Les retentissements de la pandémie de COVID-19 en médecine générale	31
3.1	Modifications des relations humaines	31
3.1.1	Relations entre les différents « acteurs de ville »	31
3.1.1.1	L'ère du numérique.....	31
3.1.1.2	Un travail en équipe indispensable.....	32
3.1.1.3	Le soutien indispensable des paramédicaux.....	32
3.1.1.4	Communication et réseaux	33
3.1.2	Relations ville-hôpital.....	34
3.1.2.1	Multiplication des échanges	34
3.1.2.2	Les Obstacles à ces échanges.....	35
3.1.3	Relations médecin-patient	36
3.1.3.1	La revalorisation de la relation médecin-patient	36
3.1.3.2	Des relations conflictuelles	36
3.2	Vécu de la pandémie, aspects psychologiques	37
3.2.1	Impact de la pandémie sur les patients	37
3.2.1.1	Les Phases psychologiques.....	37
3.2.1.2	Des répercussions sur la santé	39
3.2.2	Le médecin en tant qu'homme face à une pandémie de grande ampleur	40

3.2.2.1	Des réactions diverses.....	40
3.2.2.2	La profession impactée	41
3.2.2.3	L'impact personnel des médecins généralistes.....	42
3.2.2.4	Répercussions psychologiques de la pandémie chez les médecins généralistes.....	43
3.3	Pratique médicale	45
3.3.1	Répercussions	45
3.3.1.1	Altération du suivi des patients	45
3.3.1.2	Augmentation de la charge de travail.....	46
3.3.1.3	Les répercussions au long cours.....	46
3.3.2	Retour d'expérience sur l'utilisation de la téléconsultation	48
3.3.2.1	Pérennité de la téléconsultation.....	48
3.3.2.2	Mauvaise adhésion à la téléconsultation.....	48
3.3.2.3	Utilisation de la téléconsultation, un bilan mitigé	49
4	Modélisation des résultats.....	50
	Discussion	51
1	Forces et limites de l'étude.....	51
2	L'incertitude, un concept majeur en médecine générale	52
3	Le travail en équipe, échanger pour mieux soigner.....	53
4	L'impact psychologique de la pandémie chez les médecins généralistes.....	54
5	La relation médecin-patient au cœur du dispositif de soin	55
6	L'émergence de la téléconsultation.....	56
7	L'intégration des paramédicaux dans la prise en charge en soins primaires.....	56
	Conclusion	57
	Bibliographie.....	58
	Annexes	62

Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
ALD	Affection de Longue Durée
CHEB	Centre Hospitalier des Escartons de Briançon
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative studies
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DGS	Direction Générale de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
INR	International Normalised Ratio
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction
SARS CoV2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SIDEP	Système d'Information de DEpistage Populationnel

Introduction

Fin 2019, un coronavirus émerge en Chine centrale dans la province de Hubei, plus précisément au marché aux animaux de Wuhan. Ce virus, baptisé SARS-CoV2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) est responsable à l'heure actuelle de la plus grave crise sanitaire mondiale depuis des décennies.

Dès janvier 2020, l'épidémie franchit les frontières. L'état d'urgence international est déclaré le 30 janvier 2020 et le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qualifie la COVID-19 (*corona virus disease*) de pandémie.

Faute de traitements médicaux et confronté à une pénurie de matériel ainsi qu'à une saturation des lits de réanimation, une des solutions proposées par le gouvernement français est le confinement national de la population en mars 2020. Cette décision aura des répercussions majeures directes et indirectes sur la population générale. Jour après jour, la population française va apprendre à connaître et à vivre avec la COVID-19.

Les conséquences sanitaires de la COVID-19 s'affichent en temps réel tous les jours par l'intermédiaire des médias qui en font le sujet numéro un durant des mois, générant au passage une grande angoisse dans la population générale (1).

Très vite, l'abondance d'informations entraîne une confusion générale. Comment le virus se transmet-il ? Quelle en est la gravité ? Quels sont les facteurs de risques ? Que faire en cas de symptômes ? Quels sont les traitements ? C'est l'émergence d'une nouvelle pathologie des temps modernes, « l'infodémie », contre laquelle l'OMS et même l'ONU (Organisation des Nations Unies) s'acharneront à lutter (2).

En France, l'enjeu sanitaire et économique est alarmant et l'idée d'un 3^{ème} confinement national échappe à tout le monde. Malgré le cri d'alerte de nombreux scientifiques, très peu de médecins généralistes ont anticipé cette pandémie, ce qui a nécessité une adaptation rapide de leurs pratiques médicales, de l'organisation du cabinet et de la gestion de leurs patients.

En mai 2021, au sortir du 3^{ème} confinement et plus d'un an après le début de la crise sanitaire, la pandémie de COVID-19, situation inédite, a déjà entraîné la publication de nombreuses études sur ses différentes facettes. Les premiers constats s'imposent entraînant de nouvelles interrogations.

Les médecins généralistes, en première ligne, semblent avoir eu un rôle primordial dans le dépistage, l'orientation et le suivi des patients atteints de la COVID-19 (3)(4). Par quels moyens les médecins généralistes ont-ils pu jouer ce rôle multiple ?

Un nouveau mode d'exercice, la téléconsultation, semble s'être développée de façon explosive.

Un article paru dans le journal *Le Monde* en octobre 2020 rapportait 40 000 téléconsultations en février 2020 contre 4,5 millions en avril, au cœur du confinement (5).

Son application est-elle possible de façon uniforme sur tout le territoire français ?

Dans ces zones rurales et semi rurales, la télémédecine peut-elle favoriser l'activité en réseau des professionnels de santé ?

Les répercussions psychologiques chez les soignants comme chez les patients commencent à se faire sentir (6).

Qu'en est-il pour les médecins généralistes des Hautes-Alpes ?

A l'heure de ce premier bilan, les régions françaises semblent avoir été touchées de façon inégale par la crise sanitaire.

L'importance du tourisme dans les Hautes-Alpes est une des spécificités de ce territoire. La polarisation de zones semi rurales et rurales autour de deux centres hospitaliers, est une autre particularité de ce département.

De par les spécificités du territoire des Hautes-Alpes, il nous a paru pertinent de nous intéresser à l'impact de la crise sanitaire dans ce département.

Dans notre étude nous avons donc ciblé l'expérience individuelle et le vécu des médecins généralistes au sein du département des Hautes-Alpes.

A l'issue de nos recherches en littérature, et face à l'impact de cette pandémie sur ce département, il nous a semblé important de comprendre comment les médecins généralistes des Hautes-Alpes ont adapté leurs pratiques face à la pandémie de COVID-19 ? Et quels ont été les retentissements de cette crise sanitaire au long cours ?

Nous avons donc analysé les moyens mis en œuvre par les médecins généralistes de ce département pour faire face à cette pandémie afin de recueillir un éventail d'idées, d'expériences ou de réactions personnelles, d'explorer une situation inédite et ainsi identifier les besoins et les solutions à un problème spécifique.

Notre objectif est d'étudier la gestion d'un cabinet en période de pandémie, de comprendre les différentes adaptations mises en œuvre par les médecins généralistes pour faire face à une crise sanitaire et d'évaluer les retentissements que la pandémie de COVID-19 a pu engendrer chez les médecins généralistes.

Dans ce travail, nous souhaitons identifier les nouvelles pratiques issues de la crise sanitaire qui pourraient se pérenniser et participer ainsi à l'optimisation de la qualité des soins.

MATERIEL ET METHODES

1 Population étudiée, recrutement

Nous avons réalisé les entretiens sur l'ensemble du territoire des Hautes-Alpes en tentant d'avoir la plus grande variabilité de participants. Le recrutement des médecins généralistes sur ce territoire s'est focalisé sur les secteurs les plus représentatifs du département avec du nord au sud : (Briançonnais, Queyras, Guillestrois, Champsaur-Valgaudemar, Dévoluy, Embrunais, Gapençais, et Laragnais) (7).

D'abord utilisées dans les sciences sociales et humaines, les méthodes qualitatives ont longtemps été victimes d'une image négative et qualifiées « d'insuffisamment scientifiques ».

La méthode qualitative par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés est particulièrement appropriée pour recueillir le ressenti et le vécu des médecins sur un thème subjectif lié à leur expérience individuelle donc difficile à mesurer.

En effet, elle explore le vécu et les appréhensions des médecins sur une période donnée, mais aussi la signification de phénomènes sociaux par l'intermédiaire d'une méthode scientifique inductive permettant d'élaborer des hypothèses. Elle est souvent définie en opposition à la recherche quantitative qui utilise des variables mesurables en vue de décrire des phénomènes par le biais d'hypothèses selon une méthode déductive (8).

Ces entretiens font place à une certaine liberté tout en s'appuyant sur un guide d'entretien préétabli.

Le recrutement initial s'est fait par l'intermédiaire de courriels adressés aux médecins de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Grand Briançonnais-Ecrins puis à partir des répertoires personnels des enquêteurs acquis lors de leurs stages d'internes dans le département des Hautes-Alpes. Pour finir, ce recrutement s'est fait par effet boule de neige en demandant à chaque enquêté s'il connaissait un médecin susceptible de participer à l'étude.

Un médecin par cabinet a été tiré au sort et contacté par téléphone et courriel directement ou par l'intermédiaire de leur secrétaire pour définir un rendez-vous en présentiel ou par téléphone au vu du contexte épidémique lors de l'étude.

Les critères d'inclusions de l'étude étaient :

- Être médecin généraliste.
- Être installé depuis mars 2020.
- Exercer en cabinet.
- Avoir une activité salariée, libérale ou mixte.

Les critères d'exclusions étaient :

- Être installé dans le département après la première vague de l'épidémie.
- Être remplaçant
- Être interne thésé ou non.

La taille de l'échantillon et donc le nombre d'entretiens n'étant pas préétablie, les inclusions se sont réalisées au fur et à mesure sur une période de six mois jusqu'à

l'obtention d'une saturation des données, en l'occurrence, l'absence d'idées majeures générées après deux entretiens.

2 Méthodes

L'entretien en présentiel était favorisé, il permet une meilleure approche des émotions en instaurant une relation de confiance, ce qui profite au bon déroulement et à la qualité des entretiens.

Avant chaque entretien un courriel contenant les objectifs et les motifs de l'étude était transmis au participant.

Les entretiens en présentiel se sont tous effectués sur le lieu de travail des médecins interrogés. Les entretiens d'une même zone du département étaient groupés le même jour si possible au vu des éloignements géographiques parfois importants et tirés au sort entre les deux enquêteurs.

Il n'y avait qu'un seul enquêteur, par entretien, sans tierce personne, muni d'un enregistreur audio issu de l'application dictaphone de son smartphone.

Une fiche papier d'information de recueil et d'exploitation des données de l'enregistrement audio, était transmise au préalable à chaque médecin pour accord contre signature écrite. Les participants pouvaient à tout moment interrompre l'entretien et s'ils le souhaitaient, en retirer une partie. Des notes de terrain ont été prises pendant et après les entretiens individuels.

Le fil conducteur de ces entretiens était basé sur un Guide d'entretien défini et testé au préalable par les deux enquêteurs, en collaboration étroite avec leur directeur de thèse.

Ce guide d'entretien avait pour vocation de répondre aux objectifs de l'étude :

- Impact organisationnel du cabinet
- Impact économique
- Impact psychologique dans la relation médecin-patient
- Retentissement au long cours

Les questions étaient ouvertes et des relances étaient prévues sur un ton neutre et bienveillant, tout en disant le moins de mots possible pour ne pas perturber l'interrogé.

Le guide d'entretien a évolué au cours de l'étude en fonction de la pertinence de certaines questions ainsi que de l'émergence de certaines idées afin d'explorer au mieux notre problématique.

Enfin, cette étude répond aux critères COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) (9) (Annexes), mis en avant par le réseau international EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) (10) et élaborés pour améliorer la fiabilité des études qualitatives.

3 Retranscription et analyse des données

Chaque entretien a été intégralement retranscrit manuellement au fur et à mesure, sur ordinateur, par les enquêteurs, mot à mot, par un logiciel propriétaire (Microsoft Word®), en conservant les rires, les silences et les intonations. Toutes informations pouvant compromettre l'anonymat de l'interrogé étaient supprimées.

Chaque retranscription a ensuite fait l'objet d'une mise en valeur de verbatim. Ces verbatim ont fait l'objet d'un « double codage ».

L'analyse de ces codages a été effectuée par l'intermédiaire d'un tableur du logiciel libre (Excel®) et non avec un logiciel spécialisé comme il est parfois conseillé de le faire en recherche qualitative, cela a permis une analyse du contenu et une « triangulation des données » par les deux enquêteurs.

La dernière analyse effectuée après la réalisation de tous les entretiens et par la même occasion de tous les codages, a permis de regrouper ces codes en « Mégacodes » qui correspondaient aux sous thèmes de notre plan auxquels se referaient les idées développées par les participants.

Ces « Mégacodes » ont ensuite été rassemblés en différents « Paquets » faisant émerger les thèmes principaux de l'étude et à partir de ces « Paquets », une modélisation a été établie. Ce qui a permis de comprendre les liens qui interagissaient entre ces regroupements.

4 Aspects réglementaires et éthiques

Notre étude repose sur des questionnaires et des entretiens auprès de professionnels de santé, elle porte sur leurs pratiques professionnelles, elle est donc considérée hors-champ de la « loi-Jardé », relative aux recherches impliquant la personne humaine (11).

Notre étude ne nécessite donc pas d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP), ni de promoteur, ni d'assurance.

Elle ne comporte pas de données à caractère personnel au sens de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), c'est-à-dire toute information relative à une personne physique susceptible d'être identifiée, directement ou indirectement.

L'anonymat de toutes les données était garanti et chaque enregistrement était détruit après retranscription afin de rendre impossible toute identification de la personne concernée. Les enquêtés ont été anonymisés par des chiffres attribués par ordre chronologique (E1, E2, ..., E22).

Notre recherche ne relève pas du RGPD (règlement général sur la protection des données) et ne nécessite aucune démarche particulière auprès de la CNIL.

Ce projet ne comporte aucune donnée sensible (l'orientation sexuelle des personnes, leur religion, ethnie, etc...) ni de recueil auprès de personnes mineures, ou majeures sous mesures de protection.

L'évaluation des aspects éthiques de ce travail de recherche a été réalisée à l'aide de l'outil fourni par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la faculté d'Aix-Marseille (12).

RESULTATS

1 Caractéristiques de la population étudiée

Vingt-deux entretiens semi dirigés ont été réalisés du 15 juin 2021 au 18 décembre 2021.

Vingt-deux Médecins généralistes ont été inclus dans cette étude, 14 femmes et huit hommes, 17 entretiens en présentiel et cinq par téléphone. Vingt médecins avaient une activité libérale et deux étaient salariés.

Les entretiens ont duré entre 21 et 64 min, la durée moyenne des entretiens était de 35 min.

L'âge moyen des médecins interrogés était de 42 ans.

La saturation des données a été obtenue au 21^{ème} entretien et s'est confirmée au 22^{ème}.

Les caractéristiques des médecins interrogés durant cette étude sont décrites dans le tableau 1.

Ils présentaient des profils et des lieux d'exercices variés.

Avec du nord au sud du département des Hautes-Alpes les villes suivantes :

Le Monêtier-les-bains, Briançon, Vallouise, L'Argentière-la-Bessée, Aiguilles, Agnières-en-Dévoluy, Saint-Bonnet-en-Champsaur, Guillestre, Embrun, Les Orres, La Bâtie-Neuve, Gap, Tallard, Laragne-Montéglin.

Médecins	Tranche d'âge	sexe	Type d'exercice	Année d'exercice
E1	65	H	Libérale, cabinet de groupe	38
E2	31	H	Libérale, cabinet de groupe	2
E3	55	F	Libérale, cabinet de groupe	25
E4	39	H	Libérale, cabinet de groupe	10
E5	40	H	Libérale, cabinet de groupe	9
E6	50	H	Libérale, cabinet de groupe	20
E7	37	F	Libérale, cabinet de groupe	6
E8	42	F	Libérale, cabinet de groupe	11
E9	66	H	Libérale, cabinet de groupe	37
E10	38	F	Libérale, cabinet de groupe	5
E11	33	F	Salarié , cabinet de groupe	3
E12	34	H	Salarié, cabinet de groupe	3
E13	40	F	Libérale, cabinet de groupe	9
E14	30	F	Libérale, cabinet de groupe	1
E15	40	F	Libérale, cabinet de groupe	10
E16	35	F	Libérale, cabinet de groupe	4
E17	40	F	Libérale, cabinet de groupe	9
E18	39	F	Libérale, cabinet de groupe	8
E19	62	H	Libérale, cabinet de groupe	33
E20	32	F	Libérale, cabinet de groupe	3
E21	40	F	Libérale, cabinet de groupe	11
E22	35	F	Libérale, cabinet de groupe	6

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

E : Entretien
F : Femme
H : Homme

2 Adaptations des pratiques en médecine générale

2.1 Restructuration du cabinet

2.1.1 Une adaptation initiale complexe

A l'arrivée de la pandémie de COVID-19 en France en janvier 2020 et suite à l'annonce du premier confinement par les autorités françaises, les médecins généralistes ont dû réorganiser leur cabinet. Certaines recommandations émanaient du gouvernement tandis que d'autres étaient basées sur le bon sens des praticiens.

E5 : « *On avait des recommandations du gouvernement et d'autres qui étaient*

basées sur le bon sens et les distanciations naturelles ».

E13 : « Les recommandations on ne les avait pas, les recommandations on les a toujours eues mais très tardivement ».

E22 « Au début c'était la panique de ne pas trop savoir ce qu'il se passait mais de comprendre que c'était assez grave pour prendre des mesures vraiment drastiques ».

Ainsi, les médecins généralistes ont dû adapter leurs pratiques afin notamment de limiter le risque de contamination au sein du cabinet médical.

2.1.1.1 Contrôle du flux des patients

Les médecins généralistes interrogés rapportent tous avoir dû réguler le flux de patients au sein de leur cabinet. Pour cela, ils ont en premier lieu réorganisé la prise de rendez-vous et regroupé les consultations de patients suspects COVID sur les mêmes créneaux horaires. Les rendez-vous d'urgences étaient donnés le jour même.

E2 : « on a arrêté le sans rendez-vous pour limiter le nombre de gens dans la salle d'attente ».

E14 : « en gros, on faisait des créneaux d'urgence à partir de 10h30 à 11 heures jusqu'à midi et demie 13 heures et pareil un peu de créneau d'urgence le soir ».

E11 : « les gens appellent pour avoir un créneau horaire donné le jour même ».
Le passage obligatoire à une organisation sur rendez-vous a été très difficile à mettre en place pour les cabinets de montagne :

E6 : « on ne peut pas travailler sur rendez-vous ici puisqu'on a une activité essentiellement d'urgence ».

Le contrôle du flux de patients s'est également effectué pour beaucoup par une réduction du nombre de consultations et un allongement du temps de consultation afin de limiter le risque de contamination en salle d'attente :

E4 : « j'ai volontairement réduit au début du COVID le nombre de rendez-vous que je prenais pour essayer de ne pas être en retard, pour ne pas que ça s'accumule dans la salle d'attente ».

E5 : « la ponctualité avant tout ».

2.1.1.2 Réaménagement des locaux

La salle d'attente a ainsi été réaménagée et notamment épurée chez tous les médecins interrogés.

E13 : « On a enlevé tout ce que les gens pouvaient être tentés de toucher en salle d'attente donc en fait on a tout enlevé pour être le plus minimaliste possible ».

E4 : « on a diminué le nombre de chaises pour que les gens soient plus espacés (...) j'ai viré toutes les revues de la salle d'attente ».

E3 : « on a supprimé tout ce qui était non lavable dans la salle d'attente et on a supprimé le coin enfant ».

E14 : « on avait une salle d'attente triste et impersonnelle, il n'y avait plus grand-chose ».

Les médecins ont dû s'adapter aux contraintes de leur locaux :

E4 : « *notre salle attente est vraiment petite, on a une salle d'attente unique (...) ils m'attendaient dans leur voiture et j'allais les chercher, comme ça ils ne restaient pas entre eux* ».

E6 : « *on avait fait un circuit entrant /sortant* ».

E3 : « *on a d'emblée essayé de créer dans la salle d'attente une partie isolée COVID* ».

E1 : « *on a doublé la superficie des salles d'attente et quand le temps le permettait une salle d'attente extérieure sous une tente* ».

E18 : « *on a fermé la salle d'attente, les gens étaient dehors, toute la période d'été* ».

Certains cabinets ont pu bénéficier transitoirement du prêt par les mairies d'une salle dédiée pour les patients contagieux :

E21 : « *on a réquisitionné une salle de la mairie pour voir les patients COVID avec un médecin dédié (...) ce qui n'a pas pu durer non plus éternellement car c'était beaucoup trop lourd en terme de gestion* ».

2.1.1.3 La course au matériel

Les médecins généralistes ont également dû investir dans du matériel de protection et réadapter leur stock de matériel. Les consommables manquaient en France et cette acquisition de matériel s'est transformée en une véritable course au matériel pour anticiper les ruptures de stocks :

E17 : « *on avait des commandes de matériel très compliquées, impossibles* ».

E19 : « *il a fallu que je réclame un mois et demi après sur Internet car je n'avais pas de nouvelles* ».

E18 : « *c'était la course pour avoir tout le matériel qu'on n'avait pas* ».

E13 : « *on a acheté en quantité, avant le confinement, avant qu'il y ait des ruptures de stock* ».

Plusieurs médecins déplorent l'impact écologique de cette acquisition de matériel à usage unique :

E7 : « *le seul truc que l'on a changé c'est en terme de ménage avec beaucoup moins de recyclage malheureusement* ».

E21 : « *ça nous fait suer de jeter des trucs, après c'est sûr qu'on va être un peu plus tout jetable qu'avant* ».

E11 : « *on a acheté beaucoup plus de consommables* »

Les médecins généralistes se sont également équipés en matériel pour réaliser des tests antigéniques au cabinet :

E6 : « *on a un sas qui est ouvert, on les testait dehors sur rendez-vous* ».

E11 : « *on a mis en place des tests antigéniques dans une pièce à part du cabinet du dentiste absent* ».

2.1.1.4 Des impacts à différentes échelles.

Cette réorganisation des cabinets a été dans l'ensemble compliquée à mettre en place :

E13 : « *ça a été très compliqué d'un point de vue de l'organisation* ».

Cette réorganisation a entraîné des répercussions sur le personnel que ce soit en :

En libéral :

E3 : « *on a supprimé quelques remplacements parce qu'on était là et donc on ne partait pas en vacances* ».

En salariat :

E20 : « *Il y en a qui ont été mis à pied (...) il y a des médecins qui ont changé de postes et qui ont été mis sur le centre de vaccination* ».

Enfin, les internes également ont eu à subir la diminution d'activité du premier confinement :

E15 : « *on a fait du chômage partiel d'interne* ».

On peut noter que l'impact de la première vague et notamment du premier confinement a été particulièrement fort pour les cabinets de montagne :

E6 : « *Il y a deux médecins qui n'ont pas eu de travail et deux employés que je n'ai pas embauchés (...) j'ai été obligé de fermer mon cabinet et d'abandonner un peu mes patients* ».

E20 : « *grande réorganisation quand on a vu la perte d'activité* ».

E11 : « *Comme c'était pendant une période où d'habitude on double et bien là il n'y avait qu'un médecin* ».

E7 : « *Normalement on est présent le week-end sur place, là on n'a fait qu'une astreinte le week-end* ».

2.1.2 L'hygiène, une nouvelle problématique

Nous avons évoqué dans le paragraphe précédent l'acquisition indispensable de nouveau matériel pour les cabinets médicaux. Cette acquisition a surtout concerné les consommables relatifs à l'hygiène. En effet, l'hygiène, avec l'application des « gestes barrières », a été au cœur de la problématique de gestion de la crise de la COVID-19. Les médecins généralistes ont dû s'interroger sur leurs pratiques et les remettre en question.

2.1.2.1 Un grand changement

Tout d'abord, il a fallu acquérir du matériel de protection pour le personnel médical :

E1 : « *protection du personnel en mettant en place le télétravail* ».

E6 : « *des vitres de protection pour les secrétaires* ».

E22 : « *c'était blouse pantalon pour nous, et masques* ».

A noter que les lunettes et les surblouses n'ont finalement pas été très utilisées :

E20 : « *On avait fait ça en prévention des visites à domicile* ».

Il a également fallu respecter les protocoles d'hygiène :

E12 : « *on a installé une borne automatique de distributeur de gel hydroalcoolique* ».

E3 : « *on a augmenté le temps de nettoyage des sociétés de ménage (...) on n'a gardé que des surfaces nettoyables par des solutions désinfectantes (...) je me suis aussi équipé avec un terminal de carte bleue sans contact* ».

Tous rapportent avoir acquis de nouveaux réflexes :

E17 : « *ce qui est devenu un réflexe et qui ne l'était pas avant c'était de nettoyer le brassard et le diaphragme du stéthoscope* ».

E3 : « *on nettoyait et on nettoie encore entre chaque patient* ».

E2 : « *on ouvrait dès que l'on pouvait* ».

2.1.2.2 Une application complexe

La bonne application des gestes barrières semble avoir été rassurante pour les patients :

E16 : « *on leur expliquait qu'on mettait tout ça en place et ça les rassurait* ». Toutefois, et paradoxalement, l'application des gestes barrières a été difficile à faire respecter, notamment dans la durée.

E20 : « *difficultés au début avec des gens qui portaient mal le masque surtout des personnes âgées, et des gens qui désaturaient* ».

E6 : « *j'étais obligé de faire sortir les gens du cabinet car ils refusaient de mettre le masque* ».

E2 : « *beaucoup de personnes âgées qui respectaient peu le masque car ils n'entendaient pas et ne voyaient pas* ».

Il a donc fallu éduquer les patients aux gestes barrières :

E4 : « *on a mis des panneaux d'informations un peu partout* ».

Malgré ce travail d'éducation, les gestes barrières n'ont pas toujours été bien respectés avec des incivilités rapportées par certains médecins :

E4 : « *au bout d'une semaine on nous a volé le distributeur de gel hydroalcoolique donc on a arrêté* ».

Finalement, la gestion de la bonne application des gestes barrières a été de plus en plus complexe :

E15 : « *le premier confinement c'était simple parce que les gens étaient flipés ,après ç' était plus compliqué parce que les gens déboulaient comme ça* ».

E9 : « *il y avait moins de pression au début, c'était plus facile à faire respecter* ».

E4 : « *je n'avais pas le temps en fait, pas au tout début où on n'avait rien à faire mais après, dès que cela a redémarré (...) le premier confinement c'était au printemps il faisait assez beau c'était bien donc on laissait la fenêtre ouverte la porte d'entrée ouverte, mais en ce moment c'est plus compliqué avec les températures extérieures* ».

2.1.3 La secrétaire comme pilier de la réorganisation des cabinets

2.1.3.1 De nouvelles fonctions

On emploiera ici le féminin pour caractériser les secrétaires qui étaient toutes des femmes chez les médecins interrogés.

Les secrétaires ont été les actrices majeures de la réorganisation des cabinets :

E9 : « *elles ont été extraordinaires* ».

Elles ont élargi leurs fonctions au sein du cabinet. Tout d'abord, c'était elles qui triaient par téléphone les patients en fonctions de leurs symptômes afin de leur attribuer un rendez-vous de consultation :

E3 : « *c'est la secrétaire qui demandait aux personnes est-ce que vous avez des signes infectieux* ».

E16 : « *ils appelaient pour prendre rendez-vous et la secrétaire leur posait la question : est-ce que vous avez de la fièvre.* »

Elles ont également eu un rôle primordial d'information et de réassurance des patients :

E20 : « *la secrétaire faisait un grand travail de renseignement des patients (...) elles répondaient au téléphone, on les avaient formées pour répondre aux questions récurrentes* ».

Elles géraient par téléphone les nombreuses questions des patients anxieux :

E15 : « *c'est elles qui ont pris les gens anxieux, qui avaient une anxiété énorme* ».

Dans certains cabinets, les secrétaires s'occupaient également les cotations :

E20 : « *ce sont les secrétaires qui font les cotations donc moi je n'ai pas eu particulièrement de difficultés* ».

2.1.3.2 Une charge de travail augmentée

Ces nouvelles fonctions et notamment la gestion des patients inquiets par téléphone ont été difficiles pour les secrétaires :

E3 : « *les secrétaires ne pouvaient pas répondre donc elles nous passaient beaucoup d'appels* ».

E12 : « *les mauvaises surprises ça pouvait arriver quand même c'était pas évident* ».

Ainsi, la charge de travail engendrée a parfois été lourde de conséquences :

E3 : « *on en a une malheureusement qui est partie en arrêt maladie* ».

E13 : « *notre secrétaire a décidé d'arrêter de travailler à ce moment-là donc ça a été système D* ».

Malgré un renforcement du rôle des secrétaires, la gestion du secrétariat a donc été compliquée notamment lors de la première vague :

E19 : « *Actuellement, le secrétariat est saturé, les gens téléphonent pour un rien* ».

E14 : « *on a fait beaucoup de téléphones à ce moment-là, les secrétaires essayaient un peu de rassurer mais les patient voulaient qu'on les rappelle* ».

Suite à la première vague, le temps de secrétariat a donc été augmenté, et certains cabinets qui fonctionnaient avec un télésecrétariat ont embauché des secrétaires présentes physiquement au cabinet :

E22 : « *au départ on n'avait pas de secrétaire et on n'en a eu une que tout récemment au mois de décembre* ».

E2 : « *on a même employé une secrétaire pendant le COVID, avant on avait une secrétaire à distance avec une plate-forme téléphonique* ».

A l'inverse, certains cabinets qui fonctionnaient avec un secrétariat physique ont ajouté Doctolib® pour la prise de rendez-vous afin de soulager les secrétaires :

E11 : « *Il y a Doctolib qui a été rajouté pour la prise de rendez-vous et les secrétaires sont toujours la* ».

Rappelons également que les secrétaires étaient les premières exposées dans les cabinets et les médecins interrogés rapportent tous avoir été soucieux de leur protection :

E9 : « *dès que l'on a pu on leur a proposé la vaccination parce qu'elles étaient très exposées* ».

2.2 Un nouveau mode d'exercice

2.2.1 Les nouvelles missions du médecin généraliste

Avec l'arrivée de la COVID-19 en France, les médecins généralistes ont dû faire face à une vague d'anxiété chez les patients, se retrouvant à devoir endosser différents rôles :

2.2.1.1 Réassurance

Les médecins généralistes ont eu un rôle primordial de réassurance. En effet, beaucoup de patients se sont retrouvés en grande détresse psychologique suite au premier confinement. Le soutien et la réassurance des médecins généralistes ont eu lieu notamment grâce à leur présence et leur disponibilité :

E19 : « *rassurer en relativisant parce qu'on entendait tout et son contraire, il y a eu beaucoup d'interactions là-dessus* ».

E5 : « *la réassurance comme on fait habituellement par la présence* ».

E22 : « *le meilleur outil que l'on ait c'est le temps d'écoute* ».

La réassurance des patients inquiets est également passée par un temps d'information :

E12 : « *donner de l'information, expliquer simplement sur la question qui se pose, ça peut déjà rassurer* ».

E10 : « *je donne des infos scientifiques après libre à chacun de faire ce qu'il veut* ».

Il a fallu combattre les fausses informations relayées par les médias, supprimer les fausses croyances et trier les informations afin d'orienter les patients vers des sources d'informations fiables :

E14 : « *on entendait tout et n'importe quoi (...) on a fait une synthèse de ce qu'on entend à la télé* ».

E15 : « *je leur enlève leurs fausses croyances, je démonte les 95 % des choses fausses qu'ils entendent par la radio* ».

E20 : « *je pense que notre travail c'était plus de faire le tri dans ces infos et de leur donner les infos à garder (...) on les renvoyaient sur des sites un peu sérieux* ».

Beaucoup de médecins ont rapporté avoir l'habitude de gérer les patients inquiets et on finalement géré le stress engendré par cette pandémie comme ils avaient déjà l'habitude de le faire pour d'autres facteurs de stress :

E11 : « *j'ai géré mes consultations comme j'aurai géré un autre facteur de stress* ».

E1 : « *on a l'habitude de les gérer, ils sont souvent inquiets même sans COVID* ».

E22 : « *on a fait au cas par cas, selon l'histoire personnelle des patients et leurs facteurs de risque* ».

2.2.1.2 Éducation

Les médecins généralistes ont ainsi eu un rôle majeur d'éducation des patients, rôle parfois fastidieux :

E19 : « *il y avait aussi un rôle fort côté éducationnel du patient* ».

E15 : « *les patients c'est pire que les enfants il faut répéter plus que sept fois* ».

La majorité des médecins interrogés décrivent une gestion difficile de la souffrance morale des patients :

E18 : « *moralement c'est difficile, les gens sont tous déprimés* ».

E14 : « *il y avait ce côté de deuil qu'il fallait gérer plus souvent* ».

E2 : « *le nombre de questions que cela génère, d'angoisse des gens à gérer, ça prend une énergie incroyable* ».

La réassurance des patients jeunes a globalement été plus facile :

E13 : « *on a surtout des patients jeunes qui n'avaient pas de comorbidités donc on a pas trop eu, je crois, d'inquiétude médicale pour nos patients, donc on a pu les réassurer* ».

Le temps libre des médecins généralistes au premier confinement du fait de la diminution du nombre de consultations a également facilité la gestion des patients inquiets :

E4 : « *honnêtement en début de COVID je n'ai eu aucune difficulté à les gérer vu que l'on n'avait rien à faire en cabinet* ».

2.2.1.3 Diagnostic et orientation

Enfin, les médecins ont également dû apprendre à diagnostiquer et prendre en charge la pathologie nouvelle qu'était la COVID-19.

Le diagnostic clinique n'était pas forcément évident au départ à cause de l'aspécificité clinique de la COVID-19 :

E14 : « *c'est un peu des symptômes comme il peut y avoir pour d'autres pathologies respiratoires que l'on peut avoir l'hiver comme la grippe* ».

Il a ensuite fallu utiliser des critères et des algorithmes pour orienter et soigner les patients :

E21 : « *on allait beaucoup sur le site Coronacliv, ils avaient créé un algorithme tiré de l'HAS* ».

E16 : « *il y avait des infos de la sécu où il y avait toute une liste de critères* ».

Il s'agissait d'identifier les personnes isolées à risque et de se baser sur certains critères diagnostiques cliniques :

E13 : « *on se basait essentiellement sur la dyspnée et la douleur thoracique (...) sur les critères de gravité de base* ».

E12 : « *c'est vraiment sur les antécédents et les facteurs de risques à priori connus, donc c'est plus dur quand le patient n'est pas connu* ».

E22 : « *on regardait un peu dans les paramètres vitaux et puis s'il y avait quelque chose qui nous inquiétait on les basculait aux urgences* ».

Certains médecins rapportent avoir parfois orienté les patients au feeling :

E14 : « *Je ne sais pas si je me suis basé sur des recommandations, c'était plus au feeling* ».

La problématique majeure rapportée par les médecins généralistes était la mauvaise connaissance de la gravité de cette nouvelle maladie :

E13 : « *ça a été très compliqué parce qu'on ne connaissait pas cette pathologie, on ne savait pas trop quelle était la gravité potentielle* ».

Les médecins de zones rurales, habitués à la gestion de l'urgence car souvent éloignés des grands centres médicaux, semblent avoir été avantagés par leur expérience :

E1 : « *on est la génération qui faisait tout ; il n'y avait pas de SAMU, pas de centre 15, il n'y avait rien ; on est en médecine rurale donc on gère ça , pas que pour le COVID* ».

Enfin, ici encore, les patients ont été éduqués à leur auto-évaluation et aux conduites à tenir :

E12 : « *Je leur expliquais les consignes à observer, surtout les signes de gravité (...) des consignes sur comment gérer, réagir en essayant d'être le plus simple possible avec des trucs qu'ils n'ont pas de difficultés à identifier* ».

2.2.1.4 Adaptabilité

Ainsi, le médecin généraliste a du gérer avec l'arrivée de la COVID-19, une nouvelle maladie dont on savait très peu de choses et il s'est donc confronté à la gestion de l'incertitude.

L'incertitude fait partie intégrante du métier de médecin généraliste mais concernant la COVID-19, elle était totale.

E5 : « *notre boulot c'est de gérer l'incertitude toutes les quinze minutes* ».

Une des grandes difficultés rencontrées par les médecins a été de réassurer les patients et gérer leur inquiétude malgré l'incertitude et le manque de connaissances scientifiques sur cette nouvelle pathologie :

E14 : « *il fallait rassurer sans avoir de connaissances générales scientifiquement prouvées* ».

E7 : « *ce n'était pas forcément facile de répondre à leurs questions parce qu'à l'époque on ne savait vraiment pas grand-chose* ».

E21 : « *ce que je trouve vraiment difficile à gérer moi aujourd'hui ,c'est les questions personnelles sans réponse des patients*».

Les médecins généralistes ont dû prendre des décisions en s'appuyant sur des connaissances empiriques à un instant donné et en fonction de l'évolution des recommandations :

E16 : « *je les rassure comme je peux ,dans l'état actuel des connaissances* ».

E15 : « *on prend une décision par rapport à une situation à l'heure actuelle telle jour telle heure* ».

E12. : « *je ne sais plus trop où on en est ,vu que ça change tout le temps sur le plan des recommandations* ».

L'anticipation de l'évolution de la pandémie était ainsi très difficile :

E18 : « *je ne pensais pas que ça allait évoluer comme ça* ».

Actuellement, avec près de deux ans de recul, la gestion des patients inquiets est désormais plus facile grâce aux connaissances acquises :

E1 : « *là, c'est beaucoup plus confortable, je trouve, déjà il y a le vaccin on connaît un peu plus de choses on a un peu plus de recul* ».

E22 : « *on connaît maintenant la maladie donc on l'appréhende plus sereinement* ».

Finalement les médecins généralistes, surtout lors du premier confinement, ont fait l'expérience de l'adaptabilité. Ils ont dû gérer d'une part les angoisses des patients tout en étant dans la méconnaissance de cette nouvelle maladie et d'autre part gérer les dommages collatéraux liés aux retards de diagnostic :

E2 : « *tous les gens qui sont arrivés trop tard avec des annonces diagnostiques un peu dures, ça a été très difficile* ».

Les médecins ont ainsi acquis de nouvelles habitudes, de nouveaux automatismes et ont modifié leurs pratiques :

E21 : « *ça a modifié nos façons de penser, et de faire quand même* ».

E22 : « *Il a fallu comprendre la crise pour l'expliquer différemment* ».

E7 : « *on verra au jour le jour en fonction de comment ça se passe* ».

E3 : « *on a gardé ses habitudes, ses nouveaux automatismes* ».

2.2.1.5 Formation

L'exemple de cette pandémie démontre bien que les connaissances médicales sont en perpétuelle évolution (E15) « *en médecine ça change tout le temps* » et les médecins ont donc un devoir de formation régulière.

Les médecins ont donc dû se former pour avancer dans la connaissance de cette maladie nouvelle. Pour cela, ils ont pu utiliser différents outils et différentes sources de formation continue :

E3 : « *des formations en visioconférence de l'ARS et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie* ».

E12 : « *des blogs de médecins généralistes comme celui du Dr AGIBUS, médicament geek et MG Noob* ».

E22 : « *par la poursuite de Formations médicales continues habituelles* ».

E15 : « *le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence du 05 avait fait des informations par vidéos sur plein de choses c'était top* ».

E7 : « *des formations Médecin Correspondant du Samu* ».

E5 : « *des informations divulguées via des groupes WhatsApp et notamment celui des urologues de Gap* ».

E8 : « *des formations e-learning, des webinaires et des tutos internet pour la réalisation des vaccins et des tests antigéniques* ».

E10 : « *des revues comme Prescrire (...) des mails de MG France et de la DGS* ».

E3 : « *les informations relayées par le ministère de la santé et le conseil de l'ordre* »

E4 : « *des sites comme Antibioclic ou Coronacliv, le site de la HAS, le site Ameli (...) des articles du Vidal* ».

Lors des entretiens réalisés, les médecins généralistes ont tous insisté sur l'importance d'une formation continue régulière pour se mettre à jour des recommandations.

E15 : « *je fais ça souvent et même dans toutes les maladies, se mettre à jour au jour le jour* »,

malgré les difficultés rencontrées comme le manque de temps pour cette formation continue très chronophage.

E13 : « *la formation continue sur le COVID c'est vrai que c'était un temps énorme* ».

Une minorité de médecins rapporte ne pas s'être formée.

E18 : « *je n'en ai pas fait moi, j'en avait tellement ras le bol* ».

2.2.2 Les nouvelles spécificités de l'examen clinique

Les médecins ont dû adapter leurs pratiques concernant l'examen clinique.

2.2.2.1 Les contraintes de l'examen physique

Tout d'abord, les médecins interrogés décrivent des consultations moins humaines avec une communication non verbale appauvrie :

E2 : « *je n'ai pas apprécié, sur le plan humain (...) c'était vraiment impersonnel au début, c'était très compliqué sur le côté relationnel* ».

E11 : « *il n'y a plus le sourire, il n'y a pas la réassurance physique, moi ça me dérange* ».

E14 : « *toucher le patient et lui mettre la main sur son épaule si ça n'allait pas, c'était impossible* ».

Concernant l'examen ORL, il avait été, lors des premières vagues, fortement déconseillé de pratiquer l'examen buccal, mais cela a été peu respecté car cela entraînait une perte d'informations médicales trop importante avec plusieurs cas rapportés de sous diagnostic médicaux par non-inspection de la région buccale :

E17 : « *je l'ai quand même fait parce que ça aidait dans la pratique* ».

E21 : « *on a découvert un énorme carcinome basocellulaire sur une lèvre qui traînait depuis plusieurs mois* ».

La relation aux enfants a été modifiée avec une approche plus complexe face à l'émergence de pathologies du stress suite aux confinements successifs :

E3 : « *ça a un petit peu changé ce lien avec les enfants et ça raccourci également les consultations pédiatriques* ».

E21 : « *on a vu beaucoup plus de gens stressés, d'enfants stressés* ».

Deux points de vue s'opposent toutefois concernant l'examen de l'enfant. Pour une partie des médecins généralistes interrogés, l'examen de l'enfant a été plus compliqué du fait du port du masque et donc de la disparition d'une partie de la communication non verbale :

E17 : « *c'est plus difficile par rapport à la mimique, e aux sourires, aux échanges de regard* ».

E13 : « *il y en a qui ont pu être inquiets de nous voir avec un masque et qui se sont mis à pleurer plus facilement* ».

Une autre partie des médecins interrogés, au contraire, ne constate pas de conséquences néfastes du port du masque dans la relation à l'enfant.

E22 : « *je ne dirais pas que c'est dramatique en terme de relation avec les enfants* ».

E18 : « *on est pas les seuls à porter le masque donc ça ,ils ont l'habitude* ».

La gestion des patients avec des pathologies psychiatriques a également été plus difficile avec le port du masque du fait ici encore ,de la perte d'une partie de la communication non verbale mais aussi de l'isolement de cette population à risque dans une période avec de nombreux facteurs d'anxiété :

E2 : « *ce sont des consultations un peu particulières et d'habitude les gens se*

confient plus facilement, là ils pleuraient derrière le masque, donc là oui j'avoue sur ce plan là, cela a beaucoup changé ».

2.2.2.2 La spécificité des personnes âgées

La prise en charge des personnes âgées a également été impactée par l'arrivée de la COVID-19 :

E18 : « ils ont beaucoup souffert du manque de contact (...) ils sont tellement dégoutés de pleins de choses qu'ils me disent que ça serait une bonne chose de partir cette année ».

Certains médecins interrogés rapportent avoir dû réapprendre à vivre aux personnes âgées :

E3 : « les personnes âgées n'osaient plus sortir même en juillet et en août donc il a fallu leur réapprendre à sortir un petit peu ».

E20 : « on prenait le téléphone et si besoin on les incitait à revenir au cabinet pour faire le point ».

De façon plus globale, l'isolement a été de plus en plus dur pour les personnes fragiles avec une augmentation des visites à domicile :

E2 : « j'ai fait beaucoup plus de visites à domicile durant cette période-là parce qu'il y avait pas mal de patients âgés qui avaient peur de venir au cabinet ».

E9 : « j'ai gardé pas mal de visites en maison de retraite et puis des visites pour des gens très âgés que j'avais et pour lesquels je ne pouvais pas faire de téléconsultation ».

Notamment devant la complexité de la plateforme Sisra de l'ARS qui était dédiée au suivi des patients positifs à la COVID-19.

E17 : « pour les patients jeunes sans soucis mais les personnes âgées, impossible ».

Ces visites à domicile ont été développées par certains médecins notamment lors du premier confinement car ils avaient alors plus de temps libre :

E4 : « ça m'est arrivé de faire des visites en urgence au début, quand on n'avait pas beaucoup d'activités au début c'était faisable ».

E20 : « on avait une malle avec des Kits-COVID pour les visites à domicile ».

2.2.3 La Téléconsultation, émergence d'un nouveau mode d'exercice

Avec l'arrivée de la COVID-19 en France et pour faire face au premier confinement, les médecins généralistes ont dû adapter leurs pratiques pour répondre aux besoins médicaux d'une population qui restait confinée chez elle :

E20 : « il y a eu une espèce de stigmatisation de tous les lieux de santé où les gens avaient peur d'attraper le COVID malgré les mesures barrières qui étaient mises en place ».

Un mode d'exercice nouveau pour la plupart des médecins interrogés s'est donc mis en place et développé : la Téléconsultation.

Certains médecins avaient déjà envisagé d'introduire ce mode d'exercice dans leur pratique de la médecine et l'arrivée de la COVID leur a permis une accélération de cette mise en place :

E3 : « ça nous a permis de franchir le pas très rapidement ».

D'autres en revanche partaient avec un mauvais à priori sur l'utilisation de la téléconsultation en médecine générale.

E4 : « *ça peut servir dans certains trucs en psychiatrie, pour la réassurance mais sinon c'est zéro la téléconsultation* ».

La mise en place de la téléconsultation a été incitée par le remboursement initial de la sécurité sociale à 100%, par l'allègement des contraintes relatives à la téléconsultation et par la gratuité initiale des logiciels :

E3 : « *ce qui a bien décoincé c'est le paiement par la Sécu selon la cotation TCG* ».

E2 : « *ça a été un peu allégé, c'est-à-dire que l'on pouvait un peu faire ce que l'on voulait* ».

E9 « *Notre fournisseur de logiciel, nous a proposé au départ l'utilisation d'un outil de téléconsultation gratuitement* ».

2.2.3.1 Différentes pratiques

La mise en place de la téléconsultation a été vécue très différemment par les différents médecins interrogés. Pour certains, la mise en place de la téléconsultation a été rapide et facile notamment pour ceux qui utilisaient déjà un logiciel possédant un module de téléconsultation :

E13 : « *ça s'est fait assez bien et assez rapidement malgré tout* ».

E5 : « *c'était déjà en place donc les gens ont tout de suite adhéré* ».

Les logiciels utilisés ont été variés, Médiavise sur smartphone uniquement, Clikdoc, Maia, Consultlib, Doctolib.

Le logiciel qui semble avoir été le plus utilisé et avoir le mieux fonctionné est Doctolib :

E15 : « *on a mis Doctolib très rapidement et on a mis la vidéo en même temps, et avec ça c'était génial* ».

E5 : « *ça s'est mis naturellement en place puisqu'on avait déjà Doctolib.* ».

Une minorité a utilisé :

E17 : « *la plateforme de l'ARS de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, c'est gratuit, c'est facile à installer et il y avait un tutoriel* ».

Pour d'autres la mise en place a été plus compliquée :

E4 : « *c'était l'enfer, c'était tellement la galère (...) ça s'est vite terminé en téléconsultation téléphonique* ».

E1 : « *on la faisait essentiellement que par téléphone* ».

E15 : « *c'était très laborieux au niveau de la mise en place* ».

Finalement, une grande majorité des médecins a utilisé le téléphone seul dans leur pratique de la téléconsultation.

D'autres ont essayé des méthodes alternatives souvent fastidieuses :

E4 : « *téléphone simple donc pas de webcam, j'adressais des ordonnances par mail non sécurisé avec une signature rajoutée sur Adobe, c'était nul mais ça a marché* ».

E15 : « *j'ai utilisé Skype et Paypal, j'avais vu ça avec une amie qui fait déjà ça et qui avait mis en place ce mode de paiement* ».

E20 : « *on a mis en place avec des tablettes et WhatsApp initialement* ».

L'utilisation du téléphone pour la pratique de la téléconsultation a finalement permis une revalorisation des conseils téléphoniques qui sont nombreux en médecine générale avec notamment une reconnaissance de la responsabilité de ces conseils et une reconnaissance financière :

E7 : « *on a eu beaucoup de demandes de conseils par téléphone sur le COVID et sur d'autres choses* ».

E4 : « *pour la première fois en dix ans où je suis installé on était enfin payé pour les trucs que l'on fait au téléphone gratuitement d'habitude, qui nous prennent du temps, les réglages des INR qui sont une vraie responsabilité prise* ».

L'outil téléphonique seul a finalement été au cœur de la mise en place initiale de la téléconsultation :

E1 : « *on a pu gérer plus ou moins l'arrivée des COVID par téléphone* ».

E8 : « *je ne suis pas sûr qu'il faille obligatoirement la vidéo pour une personne âgée si on reconnaît sa voix et que ça marche bien par téléphone* ».

Concernant la nouvelle cotation TCG, ici encore les avis divergent. Certains médecins ont apprécié la facilité de cette cotation :

E7 : « *mon collaborateur a paramétré le logiciel pour côter les téléconsultations et m'a expliqué comment faire donc je n'ai pas rencontré de difficultés* ».

Tandis que d'autres ont rencontrés des difficultés dans l'application des nouvelles tarifications en vigueur :

E21 : « *les infos étaient super dures à trouver à chaque fois, on a trouvé ça compliqué et pas très clair* ».

Beaucoup de médecins rapportent une perte de repères face à ce nouveau mode d'exercice qui a donc nécessité un apprentissage pour les médecins :

E17 : « *J'ai vraiment du mal selon le motif de consultation je me sens un peu perdu avec la téléconsultation* ».

E3 : « *on a appris parce qu'on est autodidacte dans l'informatique* ».

La téléconsultation a également nécessité une éducation primordiale des patients :

E1 : « *il faut une éducation et un temps d'adaptation pour que les gens comprennent* ».

E3 : « *faire comprendre que s'il y avait des signes infectieux on ne les recevait plus en cabinet on les faisait en téléconsultation seule* ».

Certains médecins réticents au départ ont finalement adopté la téléconsultation :

E8 : « *je m'y suis mise alors que j'étais très réticente, j'en fait encore un peu c'est quand même pratique* ».

2.2.3.2 Avantages

Des interrogatoires effectués, ressortent plusieurs avantages de la téléconsultation :

E10 : « *avec le COVID, n'importe qui peut nous consulter alors qu'avant il fallait avoir vu les gens au moins une fois pour consulter en vidéo, il y a même des gens qui consultent d'une autre région* ».

E8 : « *Il y a beaucoup de motifs de consultation qui s'y prêtent finalement* »

Le rôle principal était de limiter les risques de contamination :

E16 : « *je n'ai fait que par téléphone pour les personnes âgées qui avaient peur de venir* ».

E1 : « les personnes âgées qu'on ne voulait pas faire venir au cabinet avec le risque de les faire sortir ».

E10 : « le fait d'être médecin, on s'expose et faire de la video c'était confortable ».

E3 : « l'idée c'est d'éviter les mouvements inutiles, si ça pouvait être réglé en téléconsultation (...) les gens qui avaient des signes infectieux on les faisait par téléconsultation ».

E2 : « si il y avait des renouvellements à faire qui ne nécessitaient pas de visites on envoyait les ordonnances par e-mail à la pharmacie ».

La téléconsultation a ainsi été utilisée par une partie des médecins interrogés majoritairement pour le suivi des patients positifs à la COVID-19 :

E20 : « on les appelait d'abord par téléphone, on évaluait la gravité par téléphone ».

E1 « on voyait s'il fallait vraiment qu'on les voit ou si ça pouvait se gérer par téléphone avec une surveillance et donc éventuellement des rappels »

E19 : « pour du débrouillage et des suivis de COVID ».

Les médecins utilisaient alors soit un questionnaire personnel soit des grilles d'évaluation de degré de gravité parfois proposées par la HAS par exemple, permettant une orientation cadrée des patients via ces questionnaires :

E9 : « on avait un questionnaire type, sur la téléconsultation (...) en fonction des réponses on les orientait, de ce point de vue-là c'était carré ».

E3 : « un questionnaire COVID qu'on avait intégré dans notre logiciel médical, ça nous donne un degré de gravité ».

Afin d'évaluer au mieux leurs patients, certains médecins demandaient à leurs patients de s'équiper en appareils pour la prise des constantes et ont également impliqués les infirmières à la téléconsultation :

E3 : « on appelait les patients en leur disant qu'il fallait s'équiper (...) on envoie des équipes d'infirmières formées à proximité de leur domicile et les infirmières nous appellent ».

E14 « ça nous est arrivé d'en faire un petit peu avec les infirmières avec WhatsApp donc pas dans un cadre vraiment légal ».

Enfin, la téléconsultation a aussi été utilisée pour répondre aux inquiétudes des patients sans problèmes médicaux justifiant un examen clinique :

E22 : « pour tout ce qui est questions simples, c'était optimal ».

E4 : « on faisait de la réassurance et de la câlinothérapie ».

E3 : « pour de l'administratif avec beaucoup de questions par rapport au travail, par rapport aux cas contact, sur les isolements ».

2.2.3.3 Limites

Ainsi, la téléconsultation n'a pas fait l'unanimité au sein du corps médical. Elle présente des limites médicales et techniques rapportées par les différents médecins interrogés.

Les limites techniques rapportées sont :

- Une grande exigence en terme de matériel et de connexion dans les territoires avec une couverture internet limitée :

E1 : « *il n'y a rien qui passe, le téléphone marche mal, enfin bref, c'est l'enfer, on avait des images décalées par rapport à la voie* ».

E4 : « *moi j'ai la fibre mais la majorité de mes patients qui ne l'ont pas, donc en gros parfois j'avais l'impression de regarder Canal+ sans décodeur* ».

- Des difficultés de mise en application dans les territoires à forte dominance gériatrique :

E21 : « *on est dans un territoire comme dans toutes les Hautes-Alpes avec beaucoup de gériatrie et des gens qui ne sont pas du tout équipés pour faire de la téléconsultation* ».

- L'importance de la saturation comme critère décisionnel, E6 : « *le meilleur outil pour moi l'auscultation oui mais la saturation surtout* » et ils voyaient donc tous les patients à risques en consultation physique. E6 : « *tous les COVID à risque avérés on les a vu physiquement* ».

- L'absence de messagerie sécurisée.

E4 : « *ça partait directement sur mon adresse mail non sécurisée* ».

E17 : « *ce qui pose problème pour les téléconsultations c'était les histoires de messageries sécurisées* ».

- Le cout de l'équipement informatique, E13 : « *Les couts de mise en place c'était le logiciel de téléconsultation* » difficiles à rentabiliser (E17) « *c'est assez cher donc pour le rentabiliser il faut quand même en faire pas mal* », avec l'agacement de certains médecins du monopole de Doctolib.

E17 : « *c'était instauré par eux, il fallait faire la téléconsultation avec Doctolib ça m'agaçait, tout devait être fait avec eux* ».

- La paperasse générée par la téléconsultation. E21 : « *ça nous demandait beaucoup plus de paperasse à faire en plus en fin de journée* ».
- Les conditions de consultation téléconsultation via Doctolib pas toujours respectées par les patients. E8 : « *les gens en plus parfois ils choisissent une téléconsultation alors qu'il faudrait une consultation normale, donc il faut les faire revenir* ».

Les limites médicales rapportées sont :

- L'absence d'examen clinique et donc la perte d'informations en résultant.

E9 : « *il y a des choses qui ne peuvent pas trop se capter par l'image à distance (...) les gens étaient un peu étonnés lors de leur première téléconsultation, c'est sûr que ça fait toujours un peu bizarre de voir son médecin par l'intermédiaire d'un écran* ».

- La perte de la communication non verbale et les difficultés d'adaptation.

E7 : « *je n'aime pas du tout avoir les gens au téléphone, ne pas pouvoir les examiner et leur parler en face-à-face, parce que je trouve que tu appréhendes beaucoup moins les réactions des autres* ».

- La difficulté de réalisation d'un bon interrogatoire téléphonique.

E19 : « *il y a des gens au téléphone qu'on ne comprenait pas* ».

- La gestion impossible de certaines situations cliniques.

E9 : « *parfois l'examen clinique se trouve dans des situations où la téléconsultation est impossible* ».

- Le manque de formation des médecins à l'évaluation clinique par téléconsultation.

E14 : « *on n'était pas vraiment formé à ça, à évaluer quelqu'un sans le voir* ».

- Pour certains médecins, la téléconsultation est tout simplement incompatible avec l'évaluation d'un cas COVID.

E4 : « *je suis incapable de vous dire qu'il s'étouffe par vidéo* ».

Ainsi, une partie des médecins interrogés trouvent la téléconsultation en désaccord avec leur vision de la médecine et rappellent l'importance de l'examen clinique :

E9 : « *c'est un peu à la mode mais à mon avis ce n'est pas du tout en accord avec ma façon de voir la médecine (...) je pense que l'examen clinique c'est la base* ».

E14 : « *je trouve que ce n'est pas un service rendu au patient, on ne faisait pas de la bonne médecine comme ça* ».

2.3 Les obstacles rencontrés dans l'application des nouvelles pratiques

2.3.1 Des difficultés d'accès à l'information

2.3.1.1 Sur les recommandations

La majorité des médecins interrogés rapporte avoir eu des difficultés à se tenir informés des dernières recommandations en temps et en heure.

Ils décrivent un nombre trop important de recommandations, non claires, sans uniformisation sur le territoire et pas toujours adaptées à la médecine générale :

E3 : « *on a même été inondé de recommandations, justement on en avait trop, de tous les côtés* ».

E21 : « *on était un peu noyé sous le flot de messages qu'on recevait quotidiennement (...) quand il y avait des choses qui nous intéressaient réellement pour la pratique quotidienne, c'était pas forcément visible (...) ils n'étaient pas forcément destinés aux généralistes donc il fallait qu'on aille pêcher l'info là-dedans* ».

De plus, les recommandations évoluaient sans cesse :

E3 : « *on a eu beaucoup de mal à récupérer les informations qui changeaient tous les jours* ».

E4 : « *ça été très fatigant, de lire toutes les recommandations qui tombaient régulièrement (...) c'était très compliqué, de par les ordres et les contres ordres de l'administration, en gros ils ont changé d'avis à un moment donné une à deux fois par semaine* ».

Les médecins n'arrivaient donc pas à se mettre à jour et rapportent un épuisement dans le suivi des recommandations :

E4 : « *j'ai essayé de suivre ça et en fait assez vite je me suis basé sur Coronacliv, qui était clairement les meilleures recos faites et applicables* ».

E21 : « *c'était pas facile d'avoir les infos en temps et en heure c'est à dire qu'à chaque fois qu'il y avait de nouvelles infos qui tombaient ça ne suivait pas forcément* ».

E9 : « *le COVID, on nous en a abreuvé toute la journée, il y avait une saturation d'information donc après je ne lisais plus* ».

Les médecins ont également pu critiquer certaines recommandations en contradiction avec la réalité du terrain :

E13 : « *on en avait mais on ne savait pas sur quoi elles étaient basées donc on pouvait les remettre en question* ».

E22 : « *c'est toujours difficile en médecine générale, il y a des recommandations difficilement applicables aux craintes et angoisses des patients* ».

2.3.1.2 Sur la gestion administrative

La gestion relative à la COVID-19, a pu être pour certains difficile sur le plan administratif :

E6 : « *ça a été un peu chaotique au début (...) on a vu la limite de l'administration française* ».

E4 : « *quand ça touche de l'administratif, auquel déjà de base, on ne comprend déjà pas grand-chose, on ne fait pas médecine pour remplir des certificats* ».

Les médecins interrogés critiquent le manque de communication et des changements administratifs trop rapides :

E8 : « *on a eu très peu de nouvelles de l'ARS, il y a quand même un défaut d'infos sur ce que l'on doit faire localement pour ne pas qu'on dise de bêtises à nos patients* ».

E1 : « *surtout au début, ce n'était pas très clair et ça changeait tous les trois jours* ».

On retrouve au travers des entretiens réalisés un énervement des médecins face aux difficultés administratives :

E17 : « *J'ai passé des heures à les appeler et ça ne répondait pas c'était horrible, oui j'ai eu des problèmes avec le SIDEP, c'était pénible donc j'ai décidé de ne plus rien faire* ».

E14 : « *on a fait beaucoup de paperasse, beaucoup plus que d'habitude pour les certificats* ».

On relève un grand mécontentement des médecins généralistes interrogés envers l'incompétence de l'état :

E4 : « *on s'est senti des otages, des otages du gouvernement, qui nous ont vraiment pris pour des imbéciles* ».

E3 : « *j'ai eu une grande lassitude devant l'incompétence de l'état devant les injonctions contradictoires* ».

Une partie des médecins généralistes soulève toutefois quelques points positifs :

E20 : « *c'est la CPAM qui les contactait pour les arrêts de travail donc dès que cela ne dépendait pas de nous on les renvoyait notamment pour les cas contact, vers les instances administratives pour en gérer le moins possible* ».

E3 : « *il y a les brigades de la sécu qui se sont mis en place et qui ont géré les clusters* ».

2.3.1.3 Sur les cotations

Les avis diffèrent concernant la facilité d'application des nouvelles tarifications en vigueur.

La majorité des médecins interrogés ont soulevé des difficultés à coter les nouveaux

actes entraînant une perte financière due aux mauvaises cotations :

E4 : « *on s'est fait un peu avoir, c'est le principe des cotations* ».

E18 : « *on a eu des gros problèmes, d'indus de la Secu depuis un an sur des erreurs justement de codification* ».

E21 : « *ce qui n'était pas et ce qui n'est toujours pas clair, c'est les cotations des tests sérologiques* ».

Une des raisons principales étaient un manque de communication sur les évolutions tarifaires :

E4 : « *il sortait de nouvelles cotations régulièrement et on n'était pas au courant* ».

E8 : « *c'est la Sécu qui nous informe des cotations mais il y avait toujours un retard dans les délais* ».

E12 : « *les modifications sur les tarifications ne m'étaient toujours pas parvenues, donc gros problème de communication sur les changements tarifaires.* »

D'autres rapportent des difficultés techniques à inclure les nouvelles cotations dans le logiciel informatique :

E14 : « *il fallait faire des changements sur le logiciel informatique pour que ça fasse de nouvelles cotations* ».

Enfin, une minorité exprime une simplicité dans l'application des nouvelles cotations notamment pour les médecins de montagne qui ont l'expérience des cotations :

E22 : « *ce n'était pas vraiment compliqué à gérer, on a vite eu les informations quand même* ».

E6 : « *on maîtrise, du fait de notre activité en station avec la traumato on est habitué à avoir des actes multiples ou différents* ».

2.3.2 Difficultés rencontrées en consultation

Les médecins interrogés rapportent des difficultés médicales dans la gestion de la COVID-19, maladie nouvelle.

2.3.2.1 Une organisation délicate

Les recommandations étaient parfois difficiles à suivre en consultation car inapplicables par manque d'approvisionnement en matériel :

E21 : « *on a des recos qu'on n'est pas capable de suivre par faute de mauvais approvisionnement* ».

E4 : « *on s'est clairement dit qu'on ne serait pas optimal, on s'est dit de toutes façons que si on devait suivre toutes les recommandations qui nous étaient données par la direction générale de la santé, c'était très simple, on fermait la porte d'entrée et on revenait en juin* ».

Les visites à domiciles s'assimilaient à des expéditions si les médecins voulaient respecter à la lettre les mesures d'hygiène :

E19 : « *quand on allait faire une visite à domicile c'était compliqué, c'était une expédition* » Concernant les examens complémentaires, là aussi de nombreux obstacles ont rendu les diagnostics compliqués :

E14 : « *Ça a été compliqué au début pour les tests et il n'y en avait pas assez* ».

E19 : « *tu ne pouvais pas faire autrement ,tu étais obligé de tester et si tu avais des prises de sang différées ça retardait tout* ».

2.3.2.2 La problématique des certificats

Les médecins rapportent que les soucis administratifs étaient bien plus nombreux que les soucis médicaux :

E19 : « *au niveau médical on a eu peu de soucis, c'est plutôt au niveau administratif où les changements sont plus compliqués* ».

En consultation, la difficulté administrative majeure du premier confinement, rapportée par les médecins, a été la gestion des certificats médicaux et des arrêts de travail :

E1 : « *la gestion des certificats c'était très très pénible* ».

E10 : « *on a été noyés sous les demandes d'arrêts de travail* ».

La difficulté principale a été l'absence de recommandations précises sur la délivrance des certificats d'arrêt de travail ce qui a rendu leur gestion complexe et délicate :

E13 : « *On n'avait pas forcément de recommandations très précises* ».

E4 : « *sur le plan administratif ça été très compliqué pour tous les trucs sur l'adaptation au travail, le télétravail* ».

E1 : « *ça a mis de la tension, surtout au début , ce n'était pas très clair et ça changeait tous les trois jours* ».

Avec la mise sur le marché des vaccins contre la COVID-19 et la mise en place du Pass Sanitaire, les médecins ont dû faire face à une demande importante de faux certificats relatifs aux vaccins contre la COVID-19 et adapter leurs pratiques :

E18 : « *il y a un gros problème avec le vaccin, avec les faux papiers, ils nous demandent tous des faux papiers* ».

E2 : « *il faut garder son avis, on a beaucoup de demandes de certificat de non vaccination, il faut dire non à des gens et ça, c'est difficile* ».

E22 : « *on ne peut pas être dans l'entre-deux, on est beaucoup plus ferme (...) on dit non, mais on essaye de recueillir au maximum leurs souffrances et leurs craintes* ».

E7 : « *j'ai refusé prétextant que les employeurs n'avaient pas à demander ça* »

Ainsi, les médecins rapportent s'être appuyés sur les institutions pour étayer leurs propos et ont rapidement délégués ces demandes de certificats :

E14 : « *avoir un appui des institutions c'était peut-être plus facile pour répondre à ça* ».

E15 : « *il n'y a pas de valeur légale pour certains certificats, l'ordre des médecins nous a aidé par rapport à ça aussi, nous a envoyé des mails* ».

E21 : « *on a réussi à finalement déléguer assez rapidement grâce au site de Déclare-Améli* ».

2.3.3 Retentissement économique

2.3.3.1 Des impacts à différentes échelles

Le retentissement économique a été très disparate selon les cabinets.

La majorité des médecins interrogés déclarent ne pas avoir eu de retombées

économiques majeures avec peu de frais supplémentaires :

E2 : « *Franchement pas énormément 10 à 20 % de moins* ».

E16 : « *On n'a pas eu plus de frais, en tout cas peu significatifs* ».

E21 : « *un peu de matériel d'hygiène, on a aussi augmenté le temps de travail du secrétariat et aussi le temps des femmes de ménage, donc ça nous a engendré peu de coûts supplémentaires* ».

E7 : « *je pense que l'on n'a pas eu de gros frais supplémentaires en terme de matériel* »

Certains évoquent même une activité augmentée :

E18 « *on a travaillé bien plus qu'avant* ».

E8 : « *on a plutôt eu une augmentation du nombre de consultations* ».

Tous les médecins interrogés s'accordent à dire que l'activité des cabinets a été préservée lors de la première vague grâce à l'utilisation de la téléconsultation :

E4 : « *c'est la téléconsultation en gros qui nous a redonné de l'activité* ».

E5 : « *je pense que la téléconsultation nous a bien sauvé* ».

E20 : « *on a essayé concrètement d'utiliser au maximum la téléconsultation pour compenser la perte d'activité qu'on avait* ».

E18 : « *on a quasi tout fait en téléconsultation pendant deux mois en 2020* ».

En effet, il faut dire que la plupart des médecins interrogés rapportent que les nouvelles cotations étaient généreuses avec une majoration de la tarification COVID.

E1 : « *on a eu droit à des tas de modifications de la nomenclature qui était quand même très généreuses* ».

E3 : « *on a eu des reversements sur Amélie, de forfaits, je crois de mémoire, sur des consultations que si on marquait consultation COVID* ».

E9 « *de ce point de vue-là sur le plan financier je n'ai pas trop à me plaindre, grâce aux forfaits ALD majorés notamment* ».

Les pertes de revenus ont aussi été compensées par les aides de l'état :

E13 : « *on a eu dans un second temps les aides de l'état qu'on ne pensait pas recevoir* ».

Par conséquent, beaucoup de médecins n'ont pas eu besoin des aides proposées par l'état :

E21 : « *on n'a pas fait appel aux aides proposées par la CPAM parce que je crois qu'on était juste au-dessus du barème et pour des raisons un peu éthiques ça ne nous a pas paru justifié de le demander* ».

D'autres cabinets au contraire ont eu du mal à faire face aux conséquences économiques du premier confinement. Il s'agit notamment des cabinets de montagne certains évoquent une véritable catastrophe économique :

E6 : « *Catastrophiques à la première vague puisqu'on a fermé avec le confinement (...) j'ai été obligé d'aller travailler ailleurs* ».

E7 : « *ça vraiment été on / off (...); nous, en hiver ce qui nous fait vraiment gagner notre vie, c'est la traumatologie et là, il n'y en avait plus du tout* ».

E6 : « *par contre cette année ça a été une catastrophe puisque nous, on a une activité saisonnière complètement dépendante du tourisme* ».

E11 : « *le chiffre d'affaires a diminué de presque 50% puisque c'est arrivé pendant la période hivernale* ».

2.3.3.2 Compensations

Les compensations ont été de différentes natures :

- Parfois un soutien des mairies. E4 : « *le maire qui nous a dit : « docteur qu'est-ce que je peux faire pour vous pour que ça fonctionne ».*
- Des aides de certaines assurances mais qui restaient faibles. E6 : « *les assurances il y a la Médicale qui a fait un geste commercial et qui nous a remboursé cent euros ».*
- Des échéances différées par la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France et l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales. E18 : « *tout le monde a différé, les échéances de la CARMF et l'URSSAF, loyer du cabinet, personnels du cabinet ».*

Cependant pour de nombreux médecins de montagne ce système de compensation était incohérent pour les cabinets de stations et les zones touristiques ,sans aucune reconnaissance de l'activité saisonnière :

E6 : « *les aides sont calculées sur notre chiffre annuel, le mode de calcul est erroné en fait , puisque notre chiffre d'affaire on le fait sur les quatre mois d'hiver (...) je n'ai pas pu les embaucher , vu qu'on n'a pas été considéré comme une profession saisonnière ».*

E11 : « *On a eu des aides nationales de l'état, on n'a pas eu d'aides spécifiques à la médecine de montagne, ça a fait beaucoup de polémique cet hiver »*

D'une manière plus générale ces aides n'ont globalement pas été appréciées par les médecins généralistes.

E4 : « *ç 'est surtout utile pour des spécialités qui n'ont plus du tout travaillé pendant la crise ,notamment les chirurgiens orthopédiques, ».*

En effet beaucoup ont anticipé des retombées économiques :

E3 : « *une sensation d'entourloupe de la Sécu ».*

E4 : « *j'ai senti venir le coup et j'ai préféré ne pas demander grand-chose comme ça, ils me donne ce qu'ils me donnent je serai content dans tous les cas. J'ai des collègues qui se sont vraiment fait avoir fort là-dessus ».*

Avec pour conséquences de nombreuses erreurs préjudiciables pour certains médecins qui déclarent avoir dû rembourser de l'argent à la sécurité sociale après avoir fait des erreurs administratives par manque d'information :

E16 : « *il y a eu une régularisation par la Secu, qui nous avait demandé de rembourser certains actes ».*

2.3.4 L'arrivée du vaccin, une nouvelle polémique ?

Après les problématiques liées à l'arrivée de la pandémie en France et la mise en place des adaptations initiales nécessaires, survient la problématique nouvelle de la vaccination. C'est elle qui a été pour la majorité des médecins généralistes , la plus difficile à gérer, émotionnellement parlant :

E2 : « *La vaccination actuellement c'est très compliqué, c'est presque plus compliqué que la gestion du COVID ».*

E16 : « ça peut vite monter avec certains patients, parce qu'on sent que c'est un sujet émotionnel ».

2.3.4.1 Une réorganisation de plus

La majorité des médecins interrogés rapportent des difficultés face aux pénuries de vaccins et du fait des plannings déjà surchargés :

E17 : « j'appelle la pharmacie tous les jours pour savoir si elle en a reçu, j'en ai recommandé ils n'arrivent toujours pas ».

E11 : « beaucoup de gaspillage donc on a fini par arrêté de proposer un vaccin. »

E10 : « c'était compliqué à organiser et puis on a déjà des plannings surchargés ».

Ils ont donc été en difficultés pour répondre à la demande vaccinale :

E21 : « on a énormément de demande de 3ème dose et on n'est pas capable de répondre à la demande parce qu'on n'est pas du tout assez fournis en vaccins ».

L'organisation de la vaccination au cabinet a été très éprouvante pour les médecins généralistes qui rapportent un épuisement général :

E4 : « quand il y a eu de l'inquiétude liée au vaccin, outre le fait qu'assez vite j'en ai eu ras-le-bol parce que à cause des vaccins pour des raisons que vous connaissez, on a dû vous dire que c'était extrêmement compliqué ».

E17 : « ça prend du temps donc c'est un peu une usure parce qu'organiser les vaccins c'est un peu la galère ».

Une minorité en revanche, a vécu cette nouvelle réorganisation comme un véritable challenge facilité par l'expérience :

E22 : « cette organisation, ce challenge plutôt, de devoir appeler tant de patients en fonction du nombre de doses que l'on pouvait avoir la veille, c'était déroutant ».

E3 : « on avait l'expérience de tout ce que l'on avait mis en place pour la première vague, cela nous a permis de franchir une autre étape celle de l'organisation des vaccins, donc on a d'emblée embrayé sur les vaccins, ça nous a posé aucun problème d'enchaîner avec les vaccins ».

2.3.4.2 La politisation de la vaccination

A ces difficultés organisationnelles se sont rajoutées des difficultés relationnelles. Tout d'abord, les médecins, qui étaient adulés par la foule lors de la première vague ont été critiqués vivement au moment de la vaccination par les médias et par la population générale. Ils ont été accusés de mal gérer la situation :

E21 : « on est mis tous dans le même panier, on gère mal la situation, le gouvernement gère mal le confinement, et on est accusé aussi de faire partie de cette élite qui décide pour les autres ».

Les médecins eux mêmes ont pu constater l'intrusion destructrice de la politique en médecine :

E4 : « la politique est rentrée dans les cabinets médicaux mais la politique n'a rien à faire dans les cabinets médicaux ! ».

E5 : « à partir du moment où la crise et les journalistes ont fait rentrer la

politique dans les cabinets , ça été compliqué et ça l'est toujours d'ailleurs ».

E17 : « la consultation se transformait en débat politique, est ce que c'est normal qu'un enfant de 6 ans porte un masque ? la problématique n'est pas là ce n'est ni normal ni anormal ».

La vaccination a donc eu un gros impact dans la relation de confiance médecin-patient :

E1 : « L'arrivée du problème des vaccins a modifié nettement la relation et donc pouvait impacter l'ensemble de la consultation, même en dehors du COVID, même pour un renouvellement d'ordonnance ».

E12 : « j'ai su qu'elle était allée voir des confrères pour avoir des arrêts de travail ça a pu changer le relationnel à ce niveau-là, ces patients qui ne viennent plus consulter par rapport à ces problématiques ».

E21. : « pour certains patients ça a été assez conflictuel, surtout au moment de l'apparition des vaccins ».

De nombreux patients étaient réfractaires à la vaccination, inquiets par rapport à ce nouveau médicament, ce qui a parfois engendré de véritables détresses psychologiques avec de nouvelles angoisses :

E22 « ils ont beau assumer leur choix, en fait ils sont vraiment mal sur le plan psychologique ».

E7 : « avec les vaccins il y a eu de nouvelles questions il y a eu des nouvelles angoisses, il a fallu trouver de nouveaux arguments pour les rassurer ».

Avec pour conséquences des comportements destructeurs et une gestion délicate :

E22 : « nous, on a été agressés quotidiennement dans ce sens-là vraiment c'était les premières sources de tensions, de conflits ».

E16 : « ceux pour qui ça pose un problème de se faire vacciner, ça prend une ampleur, c'est compliqué à gérer ».

E9 « j'ai perdu beaucoup de temps sans résultat donc après je me suis dit que cela ne servait à rien, ils sont bornés ».

La vaccination a été responsable d'un véritable clivage de la société :

E21 : « il y a eu vraiment ce clivage entre ceux qui voulaient se faire vacciner et ceux qui ne voulaient pas ».

Avec au centre, les médecins qui se sont retrouvés face à l'émergence de contestations :

E10 : « une sorte de méfiance et une remise en doute vis-à-vis du corps médical et de la science qui n'est pas fondée, mais quand des gens ont des convictions c'est très dur de les faire changer d'avis ».

E12 : « certains remettent tout en doute, souvent on entend qu'on a pas assez de recul dans la vaccination ».

Cela a soulevé de nombreux questionnements chez les médecins avec une grande inquiétude sur les répercussions médicales et sociales de la vaccination :

E21 : « c'est assez déstabilisant, on n'a pas l'habitude de ne pas pouvoir répondre aux gens quand même et puis je suis inquiète quand même sur cette vaccination ».

E15 : « Est-ce qu'on va trouver un vaccin adapté ? et si on a un virus qui atteint nos enfants ? ».

On peut néanmoins souligner certains avantages soulevés par l'arrivée de la vaccination :

- Un allègement des gestes barrières. E8 : « *ça fait un petit moment qu'on a enlevé ce dispositif de planning quand même, depuis les vaccins on a allégé* ».
- Un sentiment de sécurité retrouvé pour certains médecins. E9 : « *ça laissait planer une espèce de danger mais comment dire, maîtrisé car on avait le vaccin* ».

3 Les retentissements de la pandémie de COVID-19 en médecine générale

3.1 Modifications des relations humaines

3.1.1 Relations entre les différents « acteurs de ville »

3.1.1.1 L'ère du numérique

Les nouvelles technologies dans les échanges humains ont eu une grande influence. Les médecins généralistes ont donc développé et utilisé l'outil numérique pour s'adapter face à l'arrivée de la pandémie de la COVID-19. Dans les Hautes-Alpes, ils ont notamment éprouvés le besoin de créer un groupe WhatsApp d'échange entre praticiens dès le début de la crise.

E11 : « *un groupe de médecins WhatsApp des Hautes-Alpes où on s'échangeait tout ce qu'on trouvait sur le COVID* ».

Ce groupe WhatsApp présentait de nombreux avantages pour la transmission d'informations et de ressentis :

E15 : « *cela a fortement contribué à l'uniformisation des pratiques sur le territoire et facilité le partage d'informations sur les législations relatives aux certificats* ».

E17 : « *j'ai appris beaucoup de choses, c'était bien, ça permettait de faire un lien entre médecins* ».

On note quand même des limites à l'utilisation de cette application téléphonique chez les vieux médecins.

E1 : « *moi je ne suis pas dedans parce que je ne suis pas WhatsApp* ».

Il y a également eu chez certains des médecins interrogés un arrêt de ces échanges quand des avis inappropriés ont pu être postés sur le groupe :

E22 : « *c'était très bien et puis malheureusement ça a dévié un peu mal* ».

E21 : « *les opinions ont pris le pas sur les informations concrètes* ».

D'autres plateformes numériques ont été utilisées pour permettre la transmission d'informations :

E19 : « *les applications ZOOM ou Teams* ».

E18 : « *les blogs des urgentistes, des urologues* ».

L'intégration des infirmières dans la prise en charge des patients par l'intermédiaire de réunions en visioconférence a été très sollicitée.

E21 : « *on a eu beaucoup de réunions communes en visio* ».

Les échanges numériques ont ainsi été développés et multipliés entre les différents acteurs du territoire des Hautes-Alpes et continuent à être utilisés pour d'autres sujets que la pandémie.

E2 : « ça continue à servir pour d'autres cas, donc oui c'est intéressant ».

3.1.1.2 Un travail en équipe indispensable

« L'union fait la force » comme ont pu en attester certains des médecins interrogés, avec la création de regroupements comme la CPTS du Grand Briançonnais-Écrins.

E19 : « on a été dépanné par l'ARS qu'on a contacté parce que, on a constitué la CPTS ».

Tous les médecins interrogés et impliqués dans cette CPTS nous vantent les avantages de cette dernière dans la prise en charge de leurs patients notamment (E19) « pour l'acquisition du matériel ».

On note l'implication primordiale des infirmières au sein de la CPTS :

E3 : « On faisait avec ces infirmières qui étaient des sortes de brigades COVID tout équipées notamment pour les personnes isolées ».

E9 : « Les infirmières nous aidaient pour la réalisation des tests de dépistages et des biologies ».

Ainsi, les entretiens réalisés mettent en évidence de nombreux avantages et une grande force à travailler en cabinet de groupe, ou en maison de santé pluridisciplinaire :

E3 : « ça m'a conforté dans mes choix professionnels concernant la création de la MSP ».

E21 : « Cela permet une meilleure répartition des tâches ».

E20 : « il y en avait un qui était beaucoup plus au courant que nous, c'était notre référent COVID ».

E1 : « on s'interpellait les uns les autres ».

E9 : « on avait des échanges quotidiens importants sur les recommandations ».

E3 : « seule, je n'aurais jamais tenu le coup franchement ».

La notion d'entraide a été au cœur de la pandémie.

On relève donc l'importance de ces regroupements pour éviter l'isolement et le surmenage des médecins.

3.1.1.3 Le soutien indispensable des paramédicaux

Une « solidarité entre médicaux et paramédicaux » (E5) a vu le jour avec la mise en évidence du rôle clé des paramédicaux dans cette pandémie.

Une importante collaboration avec les pharmacies s'est mise en place avec la délégation d'actes, ainsi que dans la logistique de la téléconsultation et un rôle clé dans les conseils donnés aux patients :

E5 : « les masques étaient donnés gratuitement par la pharmacie ».

E17 : « ils ont développé la pratique des tests, ils sont quatre à en faire donc ils avaient la possibilité de le faire facilement et les vaccins c'est pareil ».

E7 : « Je sais d'après le pharmacien que les patients allaient pas mal demander de conseils à la pharmacie ».

E3 : « on envoie tout au domicile du patient par mail sauf les médicaments qu'on envoie aux pharmacies ».

Tout ceci a permis d'améliorer la prise en charge des patients, le lien entre pharmacie et médecin s'en est ainsi trouvé renforcé :

E14 : « Les pharmacies pouvaient renouveler les traitements de fond sans qu'on les revoie ».

E11 : « Ils pouvaient réaliser des renouvellements d'ordonnances, ils nous dépannaient ».

Autre acteur clé dans cette pandémie, les infirmières ont aidé les médecins dans la prise en charge des patients atteints ou suspects COVID sur de nombreux points comme le dépistage, la téléconsultation à domicile :

E12 : « on a eu une infirmière qui continue à faire des tests antigéniques, qui prélevait aussi à l'époque des PCR ».

E20 : « d'autres ont été réorientées vers les centres de vaccination ».

E3 : « elles étaient nos yeux et nos oreilles au domicile des patients ».

Sans oublier leur rôle capital dans la surveillance des COVID.

E9 : « ils étaient surveillés par des infirmières, c'était pratique » avec comme coordinateurs les médecins généralistes.

E3 : « on leur a fait des conduites à tenir, des protocoles ».

Cette collaboration a cependant montré l'absence de messagerie sécurisée pour communiquer avec les infirmières.

E16 : « il y a eu à un moment un truc qui s'appelait Pandalab, une sorte de messagerie sécurisée avec les infirmières, une usine à gaz ce truc ».

L'importance du rôle des kinésithérapeutes dans la prise en charge des patients est également à souligner et plus particulièrement leur rôle dans la réhabilitation respiratoire post COVID :

E6 : « On a deux kinés qui interviennent à domicile pour les personnes âgées isolées ».

E20 : « il y a un kiné qui précisait qu'il avait une formation spéciale pour la réhabilitation respiratoire après le COVID, c'était très pratique ».

3.1.1.4 Communication et réseaux

L'arrêt des groupes de pairs a souvent été mal vécu avec de surcroît un besoin d'échanges et d'expression entre confrères devenu primordial.

E4 : « on a repris les groupes de pairs uniquement le mois dernier, volontairement on a décidé de ne pas tirer de cas au hasard pour parler des deux ans que l'on avait passés sans se voir ».

E3 : « on avait un besoin énorme d'agir en collectif »

Avec parfois comme seul outil (E19) « les échanges par mail entre confrères de la société médicale du briançonnais ».

La pandémie de la COVID-19 a donc permis une nouvelle dynamique de coordination entre les différents acteurs de soins d'un territoire donné :

E21 : « c'est un vrai point positif, ça nous a boosté, pour nous coordonner (...) cela nous a permis de se coordonner de façon bien meilleure qu'avant, en fait ».

E12 : « très vite, on a pu travailler avec le laboratoire pour faire notamment les PCR ».

Cette meilleure coordination a été bénéfique pour la pratique médicale et a permis un renforcement des liens entre les confrères d'un même territoire :

E15 : « *un maximum d'informations pour soigner mieux* ».

E12 : « *on harmonisait nos pratiques avec les médecins de Gap* ».

E4 : « *à Gap il y a vraiment une médecine libérale qui est quand même pas mal étoffée, les médecins généralistes ont leur réseau entre eux* ».

E21 : « *un effet positif sur l'élargissement du réseau de soin territorial (...) on est beaucoup plus en contact entre nous, on pourra se contacter de façon plus réactive, on est rodé* ».

Les centres de vaccinations ont également été des lieux de rencontre entre les différents acteurs du territoire des Hautes-Alpes.

E8 : « *le fait d'aller un peu au centre de vaccination, on s'est rencontré physiquement* ».

On retiendra donc un élargissement important des réseaux de soins des médecins généralistes dans les Hautes-Alpes :

E3 : « *ça nous a préfiguré la CPTS qu'on était en train de monter* ».

E14 : « *une solidarité entre les professions à la fois pour trouver des solutions pour l'organisation du cabinet et pour les avis des spécialistes* ».

On notera que parmi les médecins interrogés, ceux qui se trouvaient dans les territoires les plus ruraux avait déjà des réseaux de soins bien développés au niveau local :

E1 : « *Nous dans notre petit bled on a l'habitude de bien travailler en coopération* ».

E11 : « *on est dans une vallée, donc on est enclavé, donc le réseau de soin était déjà développé* ».

E6 : « *dans les petits villages encore une fois ça a été très facile* ».

3.1.2 Relations ville-hôpital

3.1.2.1 Multiplication des échanges

Comme exposé dans le paragraphe précédent, un besoin d'échange et d'informations s'est imposé progressivement, à différentes échelles, et notamment entre les praticiens installés en ville et l'hôpital :

E19 : « *une grosse coopération avec l'hôpital au début au niveau médical qui a très bien marché, impeccable, un vrai plaisir, ça roulait* ».

E9 : « *On pouvait facilement échanger avec eux notamment avec le service de maladies infectieuses* ».

Les échanges se sont notamment multipliés avec les urgentistes mais aussi les radiologues ou encore les psychiatres :

E12 : « *Je communique beaucoup plus avec les urgentistes* ».

E11 : « *Il y a un groupe WhatsApp qui est en train de se faire pour justement faire du lien entre ville et hôpital avec les urgentistes de Briançon* ».

E17 : « *j'ai un peu plus appelé pour l'hôpital, en soins intensif surtout (...) le service de radiologie pour les protocoles de scanner et la biologie pour les tests* ».

E19 : « *ce qui était bien c'est que l'on a reçu des compte-rendus de psychiatrie des patients, chose que l'on n'avait jamais* ».

Les médecins généralistes ont sollicité les hospitaliers qui se sont pour la plupart rendus disponibles.

E19 : « *on avait aussi au niveau administratif pas mal de retour sur l'occupation des lits COVID* ».

E14 : « *il y avait tous les mails pour nous dire combien il y avait de patients hospitalisés, combien de places disponibles (...) Pour les avis, ils étaient plus accessibles que d'habitude* ».

E19 : « *on avait une liste qui avait été distribuée par le CHEB, avec des numéros directs que l'on pouvait appeler et tu avais quelqu'un, c'était fantastique, ils étaient tous disponibles* ».

E15 : « *cela a facilité le suivi des patients post-hospitalisation pour certains patients un peu plus compliqués* ».

3.1.2.2 Les Obstacles à ces échanges

Il nous faut toutefois nuancer les propos du paragraphe précédent. En effet, si la majorité des médecins Briançonnais rapporte un renforcement du lien avec les hospitaliers, il n'en va pas de même pour les médecins Gapençais :

E4 : « *c'est toujours la problématique du lien ville hôpital qui est très compliqué à mettre en place, je pense que c'est une histoire d'échelle. À Briançon j'ai toujours eu l'impression que c'était hospitalo-centré, que l'hôpital était vraiment le phare de la médecine de la vallée et que du coup tout gravitait autour* ».

Ainsi, sur Gap, le lien s'est plutôt renforcé avec les praticiens de la polyclinique des Alpes du Sud :

E2 : « *Par un renforcement du réseau médecin ville-polyclinique via WhatsApp* ».

E4 : « *il y a eu beaucoup plus de liens avec la polyclinique qui est un établissement privé mais qui du coup en étant privé est aussi dans un modèle libéral donc finalement les libéraux sont restés avec les libéraux* ».

Ainsi, les médecins généralistes Gapençais pointent la complexité de recours aux spécialistes hospitaliers et ont même constaté une dégradation de leurs relations.

E1 : « *l'accès aux soins s'est compliqué mais nous n'avons pas trouvé de parade à cela* ».

E18 : « *avant, ce n'était pas comme ça. Ça s'est vraiment dégradé (...) les spécialistes étaient peu disponibles et peu joignables c'est compliqué (...) il n'y a pas de rendez-vous d'urgence, si c'est urgent écrivez un mail (...) il n'y a plus aucun secrétariat qui répond depuis un an ou deux ans, ça sonne dans le vide* ».

E19 : « *la gestion est différente aussi, on n'a plus les numéros d'accès rapides et tout ça* ».

Certains parlent d'une fracture ville-hôpital avec une nette diminution des échanges :

E4 : « *ils n'ont jamais fait beaucoup appel à nous, l'hôpital s'est un peu sanctuarisé à ce moment-là* ».

E6 : « Ça ne fonctionne pas le réseau ville hôpital, en tout cas ça fonctionne à sens unique (...) on s'est un peu débrouillés seuls il a même fallu se fâcher un peu au début ».

E21 : « Concrètement il n'y a pas eu de fortes améliorations, on est toujours en demande d'être en lien avec l'hôpital mais l'hôpital non ».

E9 : « les contacts physiques que j'avais avant ce sont distendus au contraire à ce moment-là, parce qu'on ne pouvait plus aller à l'hôpital voir nos patients ».

E8 : « c'est compliqué avec les médecins hospitaliers. Ils ont de plus en plus de mal à bosser dans les bonnes conditions et ça se ressent pour nous en libéral ».

3.1.3 Relations médecin-patient

Les médecins généralistes interrogés nous rapportent un changement dans la relation avec leurs patients.

3.1.3.1 La revalorisation de la relation médecin-patient

Pour une partie des patients, la pandémie a renforcé la confiance et leurs relations avec leur médecin traitant.

E1 : « il y a eu une sorte de revalorisation de cette relation ».

E22 : « ils se sont vite reportés sur nous pour une aide dans la prise de décision ».

E17 : « ils ont apprécié qu'on soit encore plus proche ».

E9 : « ils ont été très reconnaissants par rapport à tout ça ».

Le fait d'avoir une petite patientèle a pu faciliter le relationnel médecin-patient et la prise en charge des patients :

E6 : « Ici ça c'est très bien passé car il y a une petite patientèle et une vraie relation de confiance ».

Certains médecins ont même échangé leur numéro avec leurs patients.

E9 : « c'est vrai que ça resserrait un peu les liens ».

3.1.3.2 Des relations conflictuelles

Cependant si pour certains la relation médecin patient s'est renforcée, la pandémie de covid-19 a pour d'autres entraînée des relations conflictuelles et des tensions :

E21 : « pour certains patients ça a été assez conflictuel surtout au moment de l'apparition des vaccins ».

E1 : « c'est vrai que ça a mis de la tension ».

E18 : « Les patients étaient très agressifs (...) on se dispute beaucoup plus qu'avant ».

E8 : « il y en a avec qui on évite certains sujets, parce que ça devient pénible ».

E21 : « il y a eu beaucoup de discussions stériles ».

E4 : « j'ai suivi une thérapie car je n'avais plus d'empathie ».

Ces conflits et ce manque de reconnaissance de certains patients ont été en partie responsables d'un épuisement des médecins traitants :

E11 : « On s'est épuisé à faire des heures et des heures et des jours

supplémentaires de boulot pour pas grande reconnaissance ».
Avec le temps (E22) « *les relations se sont tout de même un peu apaisées ».*

Ainsi, la pandémie a provoqué une modification des comportements des patients envers leur médecin.

E19 : « *autant ils applaudissaient à la première vague actuellement ils te cracheraient dessus ».*

Chez les médecins on a assisté (E22) « *à une désillusion sur notre place au sein de la société des patients ».*

3.2 Vécu de la pandémie, aspects psychologiques

3.2.1 Impact de la pandémie sur les patients

Les retentissements de la pandémie COVID-19 ont certes été économiques comme vu dans les paragraphes précédents mais ils ont aussi surtout été psychologiques.

3.2.1.1 Les Phases psychologiques

Les médecins généralistes interrogés ont pu mettre en évidence plusieurs aspects de l'impact fort de la COVID-19 dans la vie des patients. Cet impact a été décomposé en (E3) « *Plusieurs phases psychologiques » :*

A l'arrivée de la pandémie, un climat de terreur régnait dans la population :

E18 : « *les patients étaient apeurés ».*

E21 : « *au départ c'était la panique de ne pas trop savoir ce qu'il se passait »*

Les craintes étaient surtout liées à la contagiosité :

E14 : « *Ils avaient peur de sortir, d'aller chez le médecin ».*

E12 : « *au niveau professionnel il y en avait qui avaient peur d'être en contact avec des gens car ils étaient dans le commerce et dans le tourisme ».*

E4 : « *les gens ne voulaient pas venir nous voir car ils avaient peur ».*

E15 : « *à l'époque on ne savait jamais trop comme ça se transmettait, on était un peu plus flippé par rapport à ça ».*

Ces inquiétudes étaient malheureusement renforcées par les médias :

E20 : « *Les gens se rendaient compte qu'ils regardaient trop la télé, qu'il y avait trop d'informations ».*

Les médecins ont ainsi assisté à une majoration des troubles psycho-somatiques :

E7 : « *des troubles du sommeil et des patients de plus en plus anxieux ».*

E15 : « *les patients ont été beaucoup stressés de par les choses qui ont changé ».*

Les troubles psychiatriques ont également augmentés avec de nombreuses décompensations notamment chez ceux qui avaient déjà des antécédents :

E7 : « *je pense que le COVID a aggravé les choses mais c'était déjà des patients qui avaient des troubles avant, des troubles dépressifs ou des angoisses ».*

E11 : « *il y avait vraiment beaucoup de gens qui étaient affectés psychologiquement, même les gens qui étaient suivis en psychiatrie ils ont beaucoup décompensé ».*

E2 : « *On a vraiment vu une recrudescence de syndromes dépressifs, de gens qui craquent ».*

Les patients et les familles exprimaient à leur médecin une fatigue psychologique et une perte d'optimisme :

E18 : « *les gens n'arrêtent pas de dire qu'ils ne vont pas bien, il n'y en a pas un qui dit qu'il va bien (...) la moitié des gens sont déprimés, l'autre moitié est fatiguée (...) les gens en ont marre parce qu'ils n'ont pas de projets* ».

E8 : « *on a assisté à un recours important aux psychologues* ».

E14 : « *on pensait que ça allait s'arrêter à un moment* ».

E3 : « *au moment de la rentrée en particulier en octobre, on avait des familles épuisées* ».

Ainsi, dans un second temps, les patients ont exprimé une perte d'intérêt et de sens à la vie avec parfois des idées noires :

E14 : « *beaucoup de gens ne trouvaient plus de sens à leur métier ou à leur vie en général* ».

E18 : « *ils sont tellement dégoutés de plein de choses qu'ils me disent que ça serait une bonne chose de partir cette année* ».

Des éléments de stress sont venus se surajouter à chaque vague et les médecins ont assisté à un enkystement des détresses psychologiques.

E2 : « *j'en ai eu plus que d'habitude et j'ai l'impression que ça dure encore un peu* ».

L'impact psychologique de cette pandémie a bien évidemment été différent selon les patients et les populations suivies. Les médecins généralistes ont notamment noté un impact particulièrement fort chez les saisonniers et les jeunes :

E7 : « *il y a eu, l'hiver dernier, un gros coup de moins bien, parce que forcément ils ne travaillaient pas ou très peu* ».

E6 : « *ça a été une catastrophe puisque l'activité saisonnière est complètement dépendante du tourisme* ».

E15 : « *Il y a beaucoup de saisonniers qui se sont réorientés* ».

E12 : « *Il y a la saison touristique en jeu. J'ai pas mal de patients qui ont vu leurs affaires bancales cette année* ».

E20 : « *sur le long terme on a vu passer des patients souvent des jeunes pour de l'angoisse et des dépressions* ».

Avec le temps, (E21) « *la colère contre le gouvernement et ses décisions, a succédé à l'anxiété* ». Les patients étaient perdus entre politique et médecine et sont devenus méfiants à l'égard de leur médecin :

E3 : « *il y a des patients qui étaient confiants dans ce qu'on leur disait et d'autres qui étaient méfiants avec qui on pouvait s'accrocher* ».

E19 : « *Les patients étaient au courant avant nous des dernières recommandations* ».

E22 : « *les gens perdent leurs repères, ils n'en n'ont plus. L'homme politique ils ont plus confiance ; le médecin ils doutent parce qu'il est en lien avec les labos* ».

E17 : « *Les gens ne font plus ce qu'ils veulent ils sont pris en otages, coincés* ».

Cette colère et cette méfiance ont entraîné (E8) « *une polarisation des gens autour du covid qui n'est pas très saine et le pass sanitaire n'a pas vraiment amélioré les choses* ».

Avec le temps, c'est le sentiment de lassitude qui a fini par prédominer dans la population :

E17 : « avec des gens désabusés ».

E11 : « les gens sont beaucoup plus habitués et blasés de vague en vague et la répercussion psychologique est moindre ».

E21 : « une envie de reprendre un peu notre vie normale ».

E22 : « il y a un certain nombre de patients qui ne cherchent plus les informations, ils sont en recherche d'autre chose pour comprendre différemment la crise pour l'expliquer différemment de ce qu'elle est actuellement ».

3.2.1.2 Des répercussions sur la santé

Les répercussions sur la santé sont nombreuses notamment dues à la peur de consulter au début avec pour conséquence de nombreux retards diagnostiques :

E7 : « ils ne voulaient pas aller chez le médecin car ils avaient peur d'attraper le COVID ».

E14 : « ils pensaient que c'était interdit, ils n'osaient pas, ils avaient peur d'être arrêté ».

La perte de confiance des patients envers leur médecin traitant a également été un frein à la consultation et a entraîné de nombreux changements de médecin traitant et une sensation de trahison dans les deux camps :

E4 : « ça été d'autant plus dur de voir les gens qui nous applaudissaient et qui nous remerciaient au début et qui après ont été contre la vaccination et qui nous ont démolis et ont voulu nous tondre ».

E21 : « ça a modifié certaines relations, il y a eu pas de mal de mouvements entre médecins et patients ».

Les conséquences psychologiques de la pandémie ont plutôt été tardives avec de vraies dépressions :

E20 : « je dirais que les conséquences psychologiques, on les a constatées plutôt sur le long terme (...) des patients qu'il a fallu mettre sous anxiolytiques ou antidépresseur ».

Certains généralistes interrogés rapportent aussi des symptômes psychologiques imputables à la COVID en tant que maladie avec la problématique des COVID longs.

E12 : « elle attribue tout un cortège de symptômes psychologiques en lien avec les séquelles d'un COVID ».

La vente d'anxiolytiques et d'antidépresseurs a été accrue :

E7 : « le pharmacien a vraiment vu qu'il avait vendu beaucoup plus d'anxiolytiques et d'antidépresseurs sur l'année 2020 ».

E19 : « des gens qui ont eu besoin de psychotropes alors qu'ils n'en avaient pas, parce qu'ils ne voyaient pas leur famille, qu'ils étaient isolés ».

Des différents entretiens réalisés, se dégage une inégalité des conséquences psychologiques sur les patients.

En effet, les populations rurales ont semblé plus épargnées par ces troubles probablement liés à une situation géographique et une meilleure qualité de vie pendant les confinements :

E9 : « *On a quand même été privilégiés avec des maisons proches de la nature* ».

E6 : « *Il y a moins de souffrance. La souffrance on la voit surtout chez les touristes, ils arrivent complètement stressés (...) je pense que c'est plus facile ici, on n'est pas enfermé dans un appartement, le confinement c'est facile ici* ».

E7 : « *j'ai beaucoup de patients qui n'ont pas respecté le confinement et qui sont quand même allés se balader en montagne et je pense que ça leur a fait le plus grand bien* ».

Le confinement a certes entraîné de la colère et de l'incompréhension dans les régions de faibles densités mais les gens s'estimaient quand même privilégiés :

E12 : « *ils en ont marre et parfois ils ne comprennent pas, c'est vrai qu'on n'a pas une densité de population énorme ici* ».

E9 : « *les gens qui ont dû vivre ça dans des appartements en plein centre-ville, c'est l'enfer c'est un peu comme une prison* ».

3.2.2 Le médecin en tant qu'homme face à une pandémie de grande ampleur

N'oublions pas que le médecin est avant tout une personne avec ses peurs et ses émotions. C'est pourquoi, après nous être intéressés au vécu de la pandémie par les patients, nous nous sommes intéressés au vécu de la pandémie par les médecins. Là encore, on peut distinguer à travers les différents entretiens réalisées différentes phases dans le ressenti et le vécu de la pandémie par les médecins généralistes tout au long de l'évolution de la situation.

3.2.2.1 Des réactions diverses

Ainsi, les réactions ont été très diverses à l'arrivée de la pandémie, de façon similaire aux réactions de la population générale. E14 : « *au début, comme toute la population générale, on ne savait pas trop la gravité des choses* ».

Une partie des médecins a bien vécu le premier confinement :

E4 : « *C'était presque cool (...) les gens me voyaient aux fenêtres certains me disaient bonjour certains applaudissaient, là pour le coup mon égo a été très largement nourri* ».

E16 : « *La première vague ça s'est bien passée parce qu'ici ça a été très calme* ».

E9 : « *C'était beaucoup plus calme, beaucoup plus tranquille on en a profité pour se reposer* ».

E1 : « *on a eu une diminution de la charge de travail* ».

D'autres rapportent un nouveau sens à la profession :

E3 : « *Une grande aventure pour sauver le monde (...) j'ai trouvé une excitation dans la profession* ».

E4 : « *une période extrêmement stimulante* ».

E9 : « *une expérience intéressante captivante (...) j'ai trouvé que ça changeait un peu de la routine (...) je trouve que pour une fin de carrière c'est une expérience* ».

intéressante captivante (...) ça fait partie des choses qui peuvent survenir auxquelles il faut s'adapter ».

E3 : *« je me suis senti très investi ».*

Beaucoup utilisent le champ lexical de la guerre pour décrire le début de la pandémie :

E1 : *« j'ai vécu ça comme une mobilisation sur un front ».*

« une sensation héroïque de guerrier ».

E4 : *« héros modernes (...) l'image que j'ai du début du confinement c'est comme le film le soldat Ryan sur la plage du débarquement (...) un début étrange sans attaques de l'ennemi ».*

E6 : *« j'ai fait mon travail tel un soldat ».*

E3 : *« on est encore combattant mais local voilà, on arrête les grands trucs ».*

E9 : *« durant mes années de médecine militaire on nous avait appris à nous adapter à des situations un peu scabreuses donc voilà, là c'est un peu le cas ».*

D'autres encore ont été déstabilisés par l'arrivée de la pandémie :

E4 : *« une période déroutante (...) une situation presque irréelle ».*

E5 : *« une situation surprenante, bizarre ».*

E11 : *« je me suis senti déstabilisé de voir le cabinet déserté ».*

E20 : *« j'ai été surpris et pris de cours (...) je dirais qu'on ne s'y attendait pas ».*

E13 : *« même si les signes étaient là je crois que personne ne s'y attendait ».*

E21 : *« on a l'habitude de se référer à des protocoles des recommandations et là c'était l'inconnu en fait ».*

Enfin, la dernière partie des médecins interrogés a vécu le début de la pandémie comme (E4) « une période épuisante » et stressante car ils n'étaient pas préparés :

E7 : *« un grand chamboulement (...) un tsunami ».*

E16 : *« la première vague c'était le stress de la responsabilité qu'on avait ».*

E19 : *« c'était vraiment la véritable inconnue ».*

E22 : *« Est-ce qu'on allait voir un afflux de patients d'un coup au cabinet, on a eu très peur de cet afflux ».*

E21 : *« une ambiance de stress global au premier confinement ».*

La pandémie s'est ensuite installée en France et a eu un impact sur la vie des médecins généralistes, sur leur pratique de la médecine, sur leur vie personnelle, et sur leurs émotions.

3.2.2.2 La profession impactée

Les médecins généralistes interrogés rapportent avoir été impactés dans la pratique de leur profession. Beaucoup rapportent une dégradation de la qualité de travail :

E8 : *« Ça a vachement dégradé la qualité de travail, on n'a plus envie d'aller travailler ».*

Cette dégradation a pu être expliquée par différentes causes :

- Les difficultés à répondre à la demande des patients par manque de connaissances théoriques, ce qui a été mal vécu par les médecins.

- E21 : « *les gens nous demandaient conseil et on était incapable de répondre et on était souvent en porte-à-faux* ».
- De nombreuses fonctions non médicales qui ont été attribuées aux médecins.
E18 : « *demandez à votre médecin généraliste de bien vouloir m'appeler ou envoyer un mail c'est à dire que moi je fais secrétaire, femme de ménage, j'ai trois métiers en un en fait !* ».
 - La pression inhabituelle à laquelle étaient confrontés les médecins.
E1 : « *tout le monde était perdu donc ça faisait une pression nettement supplémentaire à ce qu'on vivait d'habitude* ».
 - Le manque de reconnaissance des patients dans un second temps avec l'installation d'un climat de méfiance.
E8 : « *il y a une sorte de méfiance et une mise en doute vis-à-vis du corps médical et de la science en fait* ».
 - Le sentiment de solitude difficile à supporter par les médecins.
E14 : « *il fallait rassurer sans avoir de connaissances générales scientifiquement prouvées donc des fois on se sentait un peu seul* ».
 - La fatigue ressentie au départ.
E1 : « *on était fatigué alors qu'on travaillait deux fois moins, il y avait une espèce de concentration sur un problème que l'on ne maîtrisait pas* ».
 - Le contrecoup du confinement.
E15 : « *Par contre après ça a été le carnage, on avait tout le monde qui voulait venir (...)* *On a géré un afflux de patients pour de la médecine qui n'était pas très agréable à faire* ».

3.2.2.3 L'impact personnel des médecins généralistes

Les médecins ont également été impactés dans leur vie personnelle et notamment dans leur vie de famille. Ils rapportent avoir eu peur de transmettre la maladie à leurs proches :

E13 : « *je prenais vraiment énormément de précautions, je changeais de vêtement au cabinet avant de rentrer et puis même en rentrant j'avais un espèce de sas de désinfection* ».

E9 : « *C'est surtout une grande inquiétude de ramener ça à la maison et de le transmettre à mon épouse* ».

E14 : « *au début il y avait de la peur que la situation s'aggrave et pour nos proches* ».

Beaucoup rapportent avoir dû réorganiser leur planning.

E13 : « *je devais garder mes enfants qui n'étaient plus gardés ni à l'école ni chez la nounou donc en gros je travaillais un jour sur deux en alternance avec ma collègue* ».

Toutes ces craintes organisationnelles au sein des foyers ont pu entraîner (E12) « *des tensions dans le cercle familial* ».

Enfin, les médecins généralistes ont aussi été impactés psychologiquement, avec des peurs et des craintes comme tout un chacun. La peur était générale au départ et attisée par l'expérience de nos voisins Italiens :

E14 : « *peur que la situation s'aggrave au début (...)* *Il y avait le retour des soignants italiens qui avaient l'air d'être l'enfer* ».

E22 : « *c'était la panique de ne pas trop savoir ce qu'il se passait* ».

Les médecins interrogés ont exprimé des craintes face à leur grande responsabilité :
E16 : « la première vague c'était le stress de la responsabilité qu'on avait ».

E7 : « *il va y avoir un gros afflux de population, et donc des gros foyers de contamination donc en fait on a peur, on sait que l'on va en avoir plein et il va falloir gérer* ».

Ils ont exprimé des craintes économiques notamment en cabinets de stations :

E7 : « *on est passé de 10.000 personnes sur la station quand elle tourne à plein régime et puis là on est repassé à 1000 habitants* ».

Les médecins qui étaient à risque ont eu des craintes pour leur santé, d'autant plus qu'ils étaient très exposés au début :

E6 : « *à titre personnel, moi je me considère à risque donc oui j'avais peur mais j'ai fait mon travail* ».

E18 : « *j'ai fait de l'asthme* ».

Ainsi les jeunes médecins se sentaient moins vulnérables :

E14 : « *moi je ne me suis pas sentie plus vulnérable que ça vis-à-vis de notre âge* ».

E5 : « *on est jeune donc on ne limitait pas le présentiel puisqu'on n'a pas particulièrement de risque* ».

Ils ont aussi exprimé des craintes pour l'avenir et notamment face à l'émergence des nouveaux variants :

E15 : « *on va faire le vaccin chaque année mais quand on voit tous les variants c'est surtout ça, l'émergence des variants qui pourraient toucher les enfants* ».

Il y a eu la crainte de transmettre le virus aux patients fragiles :

E12 : « *j'ai été vacciné deux doses mais la crainte était plus de le transmettre à d'autres patients on a quand même des patients qui sont âgés fragiles* ».

Les médecins de montagne ont eu des craintes pour l'avenir de leur exercice (E20) « *par rapport aux conditions d'exercice si la médecine de montagne périclité* ».

Il y a eu (E11) « *la peur d'une scission politique de la société* » avec une grande tristesse face à la politisation du COVID ».

Les médecins étaient alors peu optimistes pour la suite.

E18 : « *globalement je ne suis pas très optimiste, ça me gonfle ce COVID* ».

3.2.2.4 Répercussions psychologiques de la pandémie chez les médecins généralistes

Ces craintes, ce stress, ces responsabilités ont eu un impact psychologique sur les médecins généralistes :

E4 : « *quand en septembre ça a redémarré assez vite ça a été la lassitude et fatigué de lire des bêtises, des fakenews, tout ce qui se passe autour de la vaccination ça m'a achevé* ».

Les médecins interrogés exprimaient une grande incertitude quant à l'avenir ; incertitude qui a pu être difficile à gérer. E20 : « *on n'a aucune idée de ce qui va se passer c'est assez difficile à gérer* ».

Certains parlent même de burn out médical. E3 : « *je pense avoir été au bout de moi-même* ».

Ils expriment le besoin de s'accorder du temps. E8 : « *j'avais besoin de retrouver un peu de temps pour moi* ».

Cette fatigue a pu entraîner des réactions agressives et démesurées envers les patients :

E18 : « *les gens nous crient dessus moi je peux très bien en deux secondes jeter le téléphone ou claquer la porte* ».

Avec peu de reconnaissance de cette vulnérabilité par les patients.

E18 : « *les gens me disent oui, mais vous ne l'attraperez jamais alors que je l'ai déjà attrapé deux fois* ».

Ce peu de reconnaissance a pu également blesser les médecins dans leur égo :

E22 : « *il y a un grand nombre de patients qui ont un peu blessé notre estime que l'on a de nous aussi, en contre argumentant, en nous faisant passer pour des idiots qui n'avaient pas idée de ce qu'il se passait donc, ça a été une petite blessure aussi* ».

Les médecins de stations ont remis en question leur métier de médecin de montagne :

E20 : « *On se sentait inutiles* ».

E21 : « *se pose la question de l'intérêt de rester à Briançon* ».

Le médecin était donc un acteur sans réel pouvoir de décision avec l'impression d'être inutile car les patients venaient avec leurs propres réponses :

E12 : « *c'est les règles du jeu moi je ne suis qu'un acteur du truc et c'est tout* ».

E5 : « *On s'est senti un peu écarté de la médecine quand on a dit aux gens de rester chez eux et d'appeler uniquement le 15 en cas de problème...* ».

E22 : « *ils ont des réponses et ils n'ont pas besoin de nous (...) c'est figé, c'est ancré ils ne cherchent pas, ils n'ont pas de question en fait* ».

D'autres se sont posés des questions existentielles avec une prise de conscience de la fragilité de l'humanité.

E15 : « *on a beau avoir toute l'avancée de la médecine, de toutes les technologies scientifiques, l'humanité reste fragile devant un virus* ».

On peut noter également la tristesse des médecins face à la politisation de la COVID-19 avec une certaine nostalgie du premier confinement :

E11 : « *j'ai peur que ça crée une scission entre les gens et que ça devienne politique cette histoire (...) être vacciné c'est devenu un critère, c'est une question courante dans une conversation c'est pourtant pas la bonne question* ».

E4 : « *c'était hyper cool en fait, le premier confinement* ».

Ceci renforce l'idée de l'importance à accorder au psychisme des médecins en temps de crise avec cette nécessité de raconter son vécu qui ressort dans de nombreux entretiens :

E4 : « *je trouve beaucoup d'intérêt dans les travaux sur le COVID notamment pour le psychisme des médecins* ».

E5 : « *on a donc fait un repas où on a échangé sur comment on avait vécu cette période, les difficultés que l'on avait eues et ça a été un vrai exutoire* ».

Actuellement, deux ans après le début de la pandémie, ce qui ressort des différents entretiens réalisés est une grande désillusion :

E3 : « *il ne faut se faire aucune illusion, tout ce qu'on entend au niveau des discours gouvernementaux ce n'est que des politiques, pour préparer les prochaines présidentielles* ».

Certains médecins sont désabusés des politiques.

E3 : « *il ne faut rien attendre au niveau national, voilà notre mentalité actuellement* ».

Ainsi, à l'épuisement global des médecins (E18) « *j'étais près du burn-out plusieurs fois, presque toute l'année, on n'est pas très bien quoi, c'est à dire qu'on est un peu en mode tout énervés* » et au (E18) « *ras le bol général* » succède désormais une résignation et une acceptation des vagues :

E4 : « *au début j'ai essayé vraiment de me tenir à lire sur tout ce qui passait tout ça et après au bout de plusieurs semaines j'ai laissé tomber* ».

E22 : « *d'une manière plus pragmatique avec moins d'émotions et moins de peur comme on pouvait avoir au début* ».

Il y avait alors une meilleure gestion du stress avec une envie de mieux vivre avec la COVID :

E6 : « *Moins de stress de voir des patients COVID, de faire des tests parce qu'on avait de l'expérience* ».

E11 « *je sens qu'on n'a pas fini d'en entendre parler donc il va falloir vivre avec mais j'aimerais bien mieux vivre avec* ».

3.3 Pratique médicale

3.3.1 Répercussions

Deux ans après le début de la pandémie de COVID-19 et après cinq vagues marquantes, nous avons pu, à travers ces entretiens faire un bilan des répercussions de cette pandémie.

3.3.1.1 Altération du suivi des patients

Tout d'abord, ce qui ressort des interrogatoires menés auprès des médecins généralistes des Hautes-Alpes, sont les conséquences néfastes et déplorables de la pandémie dans le suivi de leurs patients.

Ainsi, les médecins déplorent :

- E18 : « *Le retard de prise en charge de certains patients* » du fait de la peur initiale qui dissuadait les patients de se rendre au cabinet pour consulter.
- E20 : « *Les nombreuses opérations chirurgicales annulées en raison de la mise en place de plan blanc* » aboutissant encore à un retard de prise en charge aux conséquences dramatiques pour certains patients.
- Les ruptures de suivi des patients psychiatriques qui ne consultaient plus au cabinet alors qu'au contraire cette période a été très délétère sur certaines pathologies psychiatriques. E19 « *Le gros problème c'était surtout quand tu ne pouvais pas consulter notamment les psy, on a eu des gens qui n'ont plus eu de traitement ponctuellement* ».
- E2 : « *Les difficultés de suivi des personnes âgées confrontées à un grand isolement* ».

3.3.1.2 Augmentation de la charge de travail

Les médecins généralistes ont dû faire face à :

- Une charge de travail alourdie après le premier confinement.
E10 : « *ça a alourdi la charge de consultation dans les mois qui ont suivi, ça oui, dans ce sens-là parce qu'il y a eu un retard de consultations en plus du confinement* ».
- Une saturation des appels les rendant injoignables, compliquant le suivi de certains patients.
E19 : « *les gens téléphonent pour un rien, tu as une consultation et les gens qui te recontactent par derrière, et après on devient injoignable* ».
- Un temps de secrétariat augmenté. E18 : « *mon temps de secrétariat a quadruplé* ».
- Des délais de consultation augmentés en raison de la forte demande médicale.
E22 : « *je sais qu'au début de l'installation j'avais un délai de consultation assez court, là j'ai quinze jours d'attente pour un rendez-vous* ».
- Une énorme demande médicale sur la prise en charge psychiatrique.
E22 : « *les gens sont tous mal fichus tous angoissés il y a une énorme demande médicale* ».
- Une grosse crise du remplaçant.
E7 : « *les gens ne pouvaient plus partir en vacances donc ils ont continué à travailler donc il n'avait plus besoin de remplaçant* ».

3.3.1.3 Les répercussions au long cours

Les médecins constatent également des retentissements positifs de cette pandémie qui ont finalement permis d'améliorer l'organisation et les habitudes des cabinets de médecine générale.

Ainsi, certaines adaptations mises en place pour faire face à la pandémie ont été conservées dans le temps :

- La nouvelle gestion des rendez-vous a été conservée par la majorité des médecins qui ont apprécié de prendre plus de temps pour leurs consultations.
E8 : « *on a conservé les trous dans les plannings pour rattraper les retards* ».
E20 : « *les gens sont satisfaits, nous ça nous donne un confort de travail qui est plutôt chouette* ».
E9 : « *j'étais moins souvent en retard il y avait moins d'attente, les gens attendaient moins qu'avant ça permettait d'échanger plus avec les internes pour prendre un peu plus de temps, donc je trouvais que c'était assez sympa* ».
- Les acquisitions d'automatismes et les méthodes de travail ont souvent été maintenues.
E19 : « *je continue comme à la première avec des automatismes* ».

- Certains réflexes acquis en termes d'hygiène ont été maintenus également (E13) « *c'est vrai que maintenant ça nous paraît évident mais à l'époque ça ne l'était pas tant* » avec notamment une prise de conscience de la mauvaise hygiène en salle d'attente.
E16 : « *quand il y a du monde en salle d'attente ça me choque, donc je demande, je fais sortir des gens ou s'il y a des accompagnants je leur dis, alors qu'avant je n'aurais pas forcément réagi* ».
- Les masques et le gel hydroalcoolique (E13) « *sont entrés dans les mœurs, c'est vrai qu'on n'avait plus à le dire à tout le monde* ».

Ainsi, les aménagements mis en place lors de la première vague ont permis une bonne préparation pour les autres vagues. E3 : « *ça nous a vraiment servi d'avoir été organisés lors de la première vague* ». Les commandes étaient mieux anticipées, la répétition des protocoles est devenue naturelle. E13 : « *on les a vraiment intégrés donc après ça devenait assez naturel* ».

Le suivi des patients a été de moins en moins fastidieux par l'amélioration des connaissances médicales de la nouvelle pathologie qu'était la COVID-19.

E15 : « *maintenant c'est beaucoup plus simple aussi parce qu'on sait qu'on n'a pas besoin de revoir les patients tous les deux jours alors qu'avant on ne savait pas trop* ».

Les médecins ont pris de nouvelles habitudes.

E21 : « *on s'est habitué et je ne suis pas sûr qu'on puisse réussir à revenir en arrière là-dessus, de faire des papiers sans faire venir les gens* ».

Ainsi, on observe une stabilité dans le temps, des adaptations mises en place lors de la première vague :

E20 : « *Le matériel, on n'a rien changé* ».

E14 : « *On n'a quasiment rien modifié depuis la première vague* ».

E2 : « *toutes les mesures qui avaient été prises durant la première ont duré entre les deux donc ça n'a pas changé grand-chose pour nous* ».

La bonne application des gestes barrières, point majeur de la réorganisation des cabinets, n'a en revanche pas été poursuivie de façon aussi stricte et n'a été conservée qu'au cas par cas :

E21 : « *on devrait, mais non en fait, parce que c'est trop lourd, désinfecter après chaque patient personnellement je ne le fais plus* ».

E20 : « *il y a des réflexes qui se sont un peu perdus mais on essaye de les garder(...) après on a un peu levé le pied* ».

E7 : « *j'ai arrêté de désinfecter les chaises et le bureau entre tous les patients, je ne le faisais que le midi et soir* ».

E18 : « *on nettoie beaucoup quand les gens sont symptomatiques mais si ils sont vaccinés et non symptomatiques je ne m'embête pas des tonnes* ».

E12 : « *si un patient n'est pas venu pour un truc infectieux j'avoue que je nettoie plus le matériel à chaque fois* ».

Les médecins ont également arrêté l'isolement des patients suspects au cabinet :

E11 : « *on met tout le monde en salle d'attente on a arrêté de mettre les gens dans un coin quand ils étaient suspects* ».

3.3.2 Retour d'expérience sur l'utilisation de la téléconsultation

Après deux ans de recul dans la pratique de la téléconsultation, les avis des médecins généralistes restent mitigés quant à son utilisation.

3.3.2.1 Pérennité de la téléconsultation

La téléconsultation, mise en place au départ pour les patients contagieux et à risque de transmettre la COVID-19, s'est finalement avérée utile dans d'autres types de consultations et a souvent été poursuivie dans ce cadre par les médecins généralistes interrogés.

Ainsi la téléconsultation a été poursuivie pour :

- Les prescriptions de contraception.
E8 : « *j'ai beaucoup de demande pour la contraception* ».
- Discuter de résultats biologiques.
E11 : « *maintenant c'est pour des résultats de biologie, des suivis de consultation alors qu'avant c'était plus pour le COVID* ».
- Les patients âgés équipés.
E21 : « *l'intérêt de la téléconsultation je dirai qu'il est surtout pour les personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer* ».
- Les conseils ou dépannage non rémunérés avant.
E18 : « *on a gardé ce truc que si on dépanne une ordo on facture avec la téléconsultation, si on peut le garder ça serait bien pour toutes ces années où on a fait des papiers gratuit* ».
- Pour du (E17) « *soutien psychologique* ».
- Pour les personnes actives (E15) « *qui ont une vie un peu active remplie, ils voient très bien que c'est beaucoup mieux pour eux, ils n'ont pas à attendre et ils n'ont pas à se déplacer* ».

3.3.2.2 Mauvaise adhésion à la téléconsultation

Certains médecins rapportent toutefois qu'ils ont maintenu la téléconsultation mais qu'il y a peu d'adhésion des patients :

E8 : « *je l'ai laissée mais les gens, ils n'adhèrent pas* ».

E22 : « *c'est tout le temps proposé quand le patient prend rendez-vous, mais rarement validé* ».

Le biais initial étant une méconnaissance des nombreuses possibilités de la téléconsultation par les patients :

E12 : « *les patients ne se rendent pas compte tout ce qu'on peut faire* ».

E15 : « *ils ont des préavis qu'il faut faire changer moi je les informe à chaque consultation* ».

D'autres encore ont finalement arrêté l'utilisation de la téléconsultation. Les arguments en faveur de cet arrêt étaient :

- La commercialisation trop importante de la téléconsultation, avec des logiciels devenus payants.
E9 : « *j'ai arrêté car la démarche de notre fournisseur était trop commerciale, car au départ c'était gratuit* ».

E21 : « à partir du moment où ce n'était plus gratuit, je ne crois pas qu'on ait renouvelé, parce que ça nous coûtait trop cher l'abonnement de téléconsultation ».

- Les difficultés techniques trop importantes avec une trop grande perte de temps.

E1 : « c'était une catastrophe, les trois quarts du temps on n'arrivait pas à se connecter on loupait le patient on avait du mal à envoyer l'ordonnance moi je ne suis pas un grand fan d'ordinateur, ça n'a pas été génial, du coup moi, j'ai arrêté ».

3.3.2.3 Utilisation de la téléconsultation, un bilan mitigé

Ainsi, le bilan concernant l'utilisation de la téléconsultation est bien mitigé. Certains y ont vu des points positifs avec notamment une diminution du stress du médecin grâce à la téléconsultation par gain de temps.

E9 : « je les mettais en fin de consulte ou entre deux rendez-vous quand j'avais un moment, je n'avais plus le stress d'être en retard ».

Mais il persiste encore majoritairement un avis négatif des médecins sur ce mode de consultation et un manque d'adhésion :

E17 : « je ne fais plus de téléconsultation, je dois en faire deux par semaine, je n'aime pas tellement en fait ».

E4 : « la téléconsultation en médecine générale je n'y croyais pas au départ déjà et je dois vous dire que je n'y crois toujours pas ».

Les raisons évoquées sont notamment :

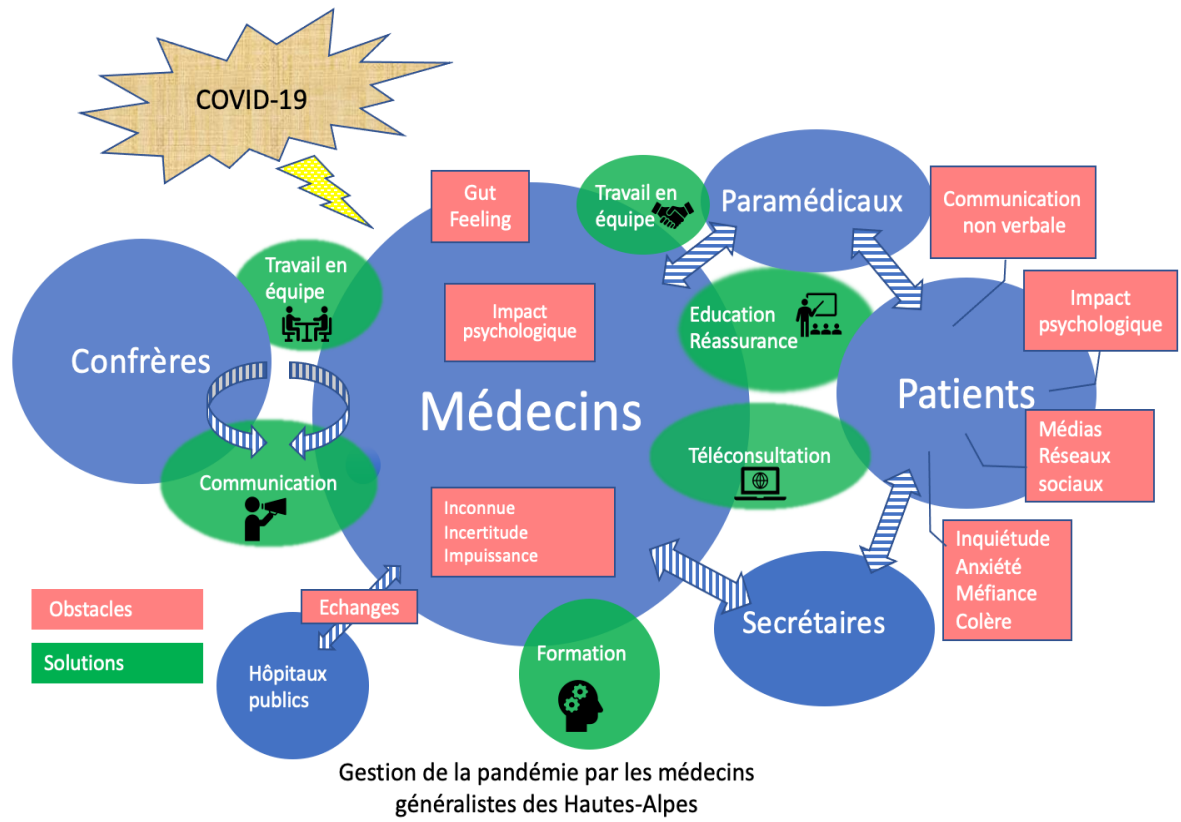
- Les motifs inadaptés.

E1 : « souvent les motifs de consultation n'étaient pas du tout adaptés c'était des trucs qui nécessitaient un examen donc ça ne servait à rien ».

E9 : « ce sont des choses qui ne peuvent pas trop se capter par l'image à distance et puis parfois l'examen clinique se trouve dans des situations où c'est impossible ».

- La dégradation de la relation médecin-patient en téléconsultation. E9 : « ce n'est pas du tout en accord avec ma façon de voir la médecine où il y a une relation médecin-patient qui fait appel à un examen clinique, une discussion ».
- La frustration engendrée par les problèmes techniques. E22 : « il y avait rarement le côté visio parce que les gens ne s'inscrivaient pas en visio donc bon, la téléconsultation pour nous ça a un côté vraiment très frustrant ».

4 Modélisation des résultats



Discussion

1 Forces et limites de l'étude

L'analyse des résultats de notre étude a été effectuée par deux enquêteurs ce qui a permis une triangulation des données et ainsi de renforcer sa validité interne, ce qui en fait une de ses forces principales.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés et l'utilisation de questions ouvertes ont permis d'éviter d'orienter ou d'influencer l'enquêté, renforçant aussi la validité interne de cette étude.

Une autre force de cette étude est la réalisation des entretiens en présentiel pour 80% des médecins interrogés, sur leur lieu de travail, ce qui a permis une meilleure perception des expressions ainsi que de la communication non verbale des enquêtés.

Certains médecins interrogés ont participé à la formation médicale des deux enquêteurs, ce qui a pu faciliter le dialogue, favoriser la confiance et permettre de dévoiler plus facilement les ressentis. A l'inverse, cela a pu aussi provoquer des réticences et des non-dits par crainte d'être jugé par des pairs et donc influencer leurs réponses. Pour éviter ce biais d'interaction, nous avons essayé d'être le plus transparent possible.

La réalisation de ces entretiens au cœur de la pandémie a permis d'obtenir des informations spontanées sur le vécu, les perceptions, les représentations et les expériences des différents médecins interrogés, ce qui en fait une force de cette étude. Toutefois, certains ont été réalisés en période d'accalmie estivale alors que d'autres ont été réalisés lors du pic de la 4^{ème} vague, ce qui a pu entraîner un biais d'investigation.

Par ailleurs, le recueil des données par l'intermédiaire de questions couvrant toute la durée de la pandémie a pu entraîner un biais de mémoire notamment pour le premier confinement.

Une autre limite à notre étude est dû au manque d'expérience des deux enquêteurs pour ce type d'étude ce qui a pu être responsable d'un biais d'investigation. Les enquêteurs, non entraînés aux entretiens semi-dirigés, ont pu biaiser le recueil de données.

De plus, les données recueillies en recherche qualitative sont uniquement verbales et non quantifiables et donc la subjectivité de l'enquêteur a pu fausser les résultats par des biais de mesure.

Un autre biais propre aux études qualitatives est le faible effectif de l'échantillon qui a pu entraîner un biais de recrutement. Toutefois, cet échantillon nous a quand même permis d'arriver à saturation des données, facteur essentiel à la validité externe de notre étude.

Pour renforcer la validité externe de notre étude nous avons donc étudié un échantillon le plus représentatif possible de la problématique, composé des différentes « caractéristiques de la population » des médecins Haut Alps.

Enfin, l'impact psychologique de cette crise sans précédent a pu interférer le jugement moral des enquêtés, ce qui a pu être responsable d'un biais cognitif.

2 L'incertitude, un concept majeur en médecine générale

A l'arrivée de la pandémie de COVID-19 en France, les médecins généralistes se sont retrouvés confrontés à l'inconnu. La présentation clinique de la COVID-19 était aspécifique. Son évolution était imprévisible. La transmission et sa gravité étaient mal connues. Les traitements étaient encore expérimentaux. Les patients avaient des inquiétudes et étaient en demande de réponses que les médecins n'avaient pas, que ce soit pour les éclairer ou pour les prendre en charge. Le sentiment d'incertitude était total. Les médecins généralistes se sentaient impuissants.

L'incertitude est un concept majeur en médecine générale (13).

Les médecins généralistes y sont en permanence confrontés. Face à cette incertitude, certains diagnostics se basent sur des connaissances scientifiques mais beaucoup de décisions reposent également sur ce qu'on appelle le « Gut feeling ». Le « Gut Feeling » est un concept transculturel étudié par des médecins généralistes néerlandais. Le « Gut feeling » est une intuition qui peut déboucher sur un sentiment d'alarme ou au contraire sur un sentiment de réassurance. Ce sentiment a un rôle très important en médecine générale, notamment dans les situations d'incertitude. Il est basé sur l'expérience du médecin, la connaissance du patient, la communication non verbale et l'inquiétude des proches (14)(15).

La pandémie de COVID-19 a mis les médecins en difficulté en augmentant leur incertitude diagnostique face à une maladie inconnue. N'ayant pas de connaissances solides sur cette pathologie, beaucoup de médecins interrogés rapportent avoir agi avec « bon sens », c'est-à-dire en mettant en œuvre leur « Gut feeling ».

Comme vu précédemment, le « Gut Feeling » repose en partie sur l'expérience, que les médecins n'avaient pas concernant cette maladie nouvelle. Ils ont donc dû se former de façon régulière tout au long de la pandémie comme rapporté dans notre étude.

Le « Gut feeling » repose également sur la communication non verbale. Nous avons vu dans notre étude qu'elle a été grandement appauvrie par le port du masque et les restrictions de l'examen clinique. Ces observations sont en corrélation avec celles de l'article de la revue Prescrire (16). Ainsi, le « Gut Feeling » des médecins a été mis à mal. Ce concept a principalement reposé pendant la pandémie sur la connaissance que les médecins avaient de leurs patients. Les médecins ont donc dû prendre leurs décisions grâce à cette seule connaissance ce qui les a, nous l'avons vu, déstabilisés et a rendu la relation de confiance entre médecins et patients si importante au cœur de la pandémie.

Donc, pour faire face à l'incertitude engendrée par l'arrivée de la pandémie, les médecins généralistes, désemparés par le manque de connaissances scientifiques et par l'application difficile du « Gut feeling », ont dû :

- Se former, ce qui rappelle l'importance de la formation continue en médecine.
- S'appuyer sur les connaissances qu'ils avaient de leur patient, ce qui rappelle l'importance de la relation médecin-patient dans la prise en charge médicale.
- Échanger entre confrères pour partager leurs expériences, enrichir leurs connaissances mais aussi se soutenir face au stress engendré par l'incertitude liée à la pandémie.

3 Le travail en équipe, échanger pour mieux soigner

Ces dernières années, les maisons de santé pluridisciplinaires se sont multipliées en France, soutenues par l'ARS. En 2018, le plan d'accès aux soins prévoyait de doubler le nombre de maisons de santé pluridisciplinaires et de centres de santé en cinq ans et allouait 400 millions d'euros dans le cadre du grand plan d'investissement pour soutenir cet objectif (17).

Les aspirations des médecins changent. Le travail en équipe est aujourd'hui plébiscité par les professionnels de santé et l'ARS. Il permet d'échanger entre pairs, de se former, de se soutenir, de mieux concilier vie professionnelle et personnelle et de mutualiser les moyens administratifs et informatiques (18)(19).

Comme nous l'avons décrit dans notre étude, ce travail en équipe a été particulièrement apprécié et développé durant la pandémie de COVID-19. Les médecins qui travaillaient dans des cabinets de groupes, des MSP ou encore en centre de santé semblent avoir mieux vécu cette période. Ils ont en effet pu partager leurs connaissances et leurs expériences sur la COVID-19 et se soutenir pendant une période qui a été, nous l'avons vu, difficile sur le plan psychologique pour de nombreux médecins.

La pandémie a aussi permis de mettre en évidence l'importance des réseaux de santé et des équipes de soins primaires. Tous les médecins que nous avons interrogés ont insisté sur la grande solidarité entre professionnels de santé qui s'est mise en place pendant la pandémie. Les échanges entre professionnels de santé se sont multipliés avec un élargissement considérable du réseau de soins entre les différents acteurs de ville avec notamment l'accélération de la création de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Grand Briançonnais-Ecrins (CPTS). Nos résultats rejoignent ceux de l'étude de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) publiée en août 2021 « *Les soins primaires face à l'épidémie de COVID-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale* » (20).

La pandémie a permis aux médecins de construire un lien entre praticiens malgré des différences générationnelles et des lieux d'exercices parfois éloignés. Ce rapprochement entre professionnels de santé a permis de diminuer le sentiment d'isolement et la sensation de surmenage qu'ont pu nous exprimer certains des médecins interrogés. Ces observations sont en accord avec l'étude de la Revue Francophone sur la Santé et les Territoires (RFST) (21).

Quelle évolution pour cette dynamique d'expansion des réseaux de soins dans les Hautes-Alpes ?

L'évolution du réseau de soin pendant la pandémie a-t-elle été la même dans les autres régions de France ?

Il serait par ailleurs intéressant d'évaluer la pérennité de ces adaptations dans le temps et leur impact sur la prise en charge des patients.

Notons que si notre étude montre un renforcement du lien entre les différents acteurs de ville, elle n'a par contre pas permis de montrer une réelle amélioration du lien ville-hôpital.

Quand est-il à l'échelle nationale ? Très peu d'études se sont intéressées à l'impact de la pandémie sur ce lien.

4 L'impact psychologique de la pandémie chez les médecins généralistes

Il nous paraît important d'insister sur l'impact psychologique de la pandémie chez les médecins généralistes. Il ressort de notre étude une importante anxiété favorisée par l'incertitude liée à cette crise sanitaire.

Tous les médecins interrogés ont exprimé de nombreuses craintes dans leur profession et dans leur vie personnelle. Ils se sont sentis abandonnés par un gouvernement qui ne les écoutait pas et ont été critiqués par de nombreux patients. Certains médecins nous ont fait remarquer que nos entretiens leur avaient permis un temps d'échange et d'écoute qu'ils n'avaient pas forcément eu depuis le début de la crise sanitaire. Ils nous ont raconté leur vécu avec émotion et franchise.

Ainsi, il semblerait que les temps d'échanges et d'expressions entre confrères d'un même territoire restent insuffisants. De nombreuses études se sont intéressées à la santé mentale des soignants pendant la pandémie de COVID-19 (22) mais peu se sont intéressées spécifiquement à celle des médecins généralistes (23).

Pourtant, tous les médecins interrogés soulignent l'impact psychologique que cette pandémie a eu sur eux et rapportent des burn-out et des interrogations sur leur devenir.

Un article paru dans *Le Quotidien du médecin* suggère que les médecins généralistes pourraient être plus exposés au syndrome de stress post-traumatique notamment en période de pandémie (24).

Lors d'épidémies antérieures comme celles de la grippe A H1N1 (2009) ou encore du SARS-CoV-1 en 2003, de nombreuses études avaient été réalisées sur la santé mentale des soignants mais nous n'en avons pas trouvés s'intéressant spécifiquement à la santé mentale des généralistes (25)(26).

À l'issue de ces épidémies, très peu de mesures préventives ont été prises par nos systèmes de santé pour prévenir la survenue de l'impact psychologique chez les soignants.

Concernant la pandémie de COVID-19, certaines études mettent en avant des dispositifs de soutien psychologique mis en place pour les soignants durant la pandémie, mais ces dispositifs ne s'adressent qu'aux personnels soignants hospitaliers (27).

Il serait donc intéressant de réaliser un travail centré sur l'impact psychologique de la pandémie de COVID-19 sur les médecins généralistes et d'en comprendre les mécanismes afin de proposer des solutions visant à améliorer leur santé mentale. Ces solutions pourraient-elles passer par des dispositifs permettant des temps d'échanges facilités et plus réguliers entre confrères ?

5 La relation médecin-patient au cœur du dispositif de soin

Les médecins et les patients sont avant tout des êtres humains avec un vécu, une expérience, un bagage émotionnel. La relation entre médecin et patient est donc, par la singularité de chacune des parties, longue et compliquée à établir. Elle repose avant tout sur la notion de confiance réciproque. Le patient doit avoir confiance en son médecin pour adhérer au traitement et le médecin doit avoir confiance en son patient et le connaître pour lui proposer une prise en charge personnalisée adaptée. Le Serment d'Hippocrate mentionne ainsi *“Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences”*. La relation médecin-patient se retrouve donc au cœur du dispositif de soin.

Nous avons vu que cette relation a dans certains cas été renforcée par la pandémie mais aussi fortement ébranlée dans d'autres cas. Notre étude a ainsi mis en évidence la fragilité et la complexité de la relation médecin-patient. Les médecins n'avaient pas les arguments scientifiques pour convaincre les patients d'adhérer à leur prise en charge de la COVID-19. Ils n'avaient pas non plus toutes les connaissances pour réassurer les patients les plus cartésiens. De plus, le contexte d'anxiété généralisée, chez les médecins comme chez les patients, a aussi participé à la dégradation de cette relation (28).

Dans notre étude, les médecins interrogés insistent sur la perte de la communication non verbale due au port du masque et à la distanciation physique imposée par les gestes barrières. Beaucoup pensent que cela a pu favoriser le climat de méfiance qui s'est installé avec certains patients. En effet, les médecins interrogés constatent que la réassurance par les sourires et le toucher est très importante en médecine générale et permet l'élaboration silencieuse d'un climat de confiance. Ce constat rejoint l'étude de Sciences Humaines *« Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ? »* (29).

Nos résultats ont aussi montré l'impact des médias dans la relation médecin-patient. *« La COVID-19 est la première pandémie de l'histoire dans laquelle les réseaux sociaux sont utilisés. »* C'est le constat que dresse le Dr Sylvie Briand (30).

Les médias et les réseaux sociaux n'ont jamais autant diffusé d'informations. Cette médiatisation à outrance de résultats incertains a contribué à accroître la confusion et l'anxiété de la population générale.

Les répercussions sur la relation médecins-patients sont nombreuses. Devant cette impression *« d'être au même niveau d'information »*, les médecins expriment dans nos entretiens une perte de crédibilité et un sentiment d'impuissance face à des patients qui se croyaient omniscients.

Ces réflexions nous amènent à nous poser d'autres questions qui pourraient faire l'objet de travaux de recherche. Nous avons recueilli le point de vue des médecins sur la relation qu'ils ont pu avoir avec leurs patients durant la pandémie, mais qu'en est-il du point de vue des patients ? Comment ont-ils vécu l'arrivée de la pandémie en France ? Se sont-ils sentis soutenus et rassurés par leur médecin traitant ? Ont-ils été en conflit avec lui ? Leur confiance envers leur médecin traitant a-t-elle été ébranlée ?

6 L'émergence de la téléconsultation

La téléconsultation, encore peu utilisée avant l'arrivée de la pandémie et largement décriée par les médecins généralistes, a connu une expansion majeure durant les deux dernières années.

D'après un sondage publié par l'Institut d'études indépendant Odoxa en janvier 2020, 35 % des praticiens interrogés estimaient qu'ils n'auraient jamais recours à cette pratique (31). Pourtant d'après une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de la pandémie de COVID-19 (32).

La crise sanitaire a donc créé une opportunité au déploiement de la téléconsultation. Les médecins interrogés nous ont exposé les avantages mais aussi les inconvénients de ce mode d'exercice. Nous avons pu constater que cette pratique de la médecine a été largement utilisée à l'échelle nationale au cœur de la pandémie. Dans les Hautes-Alpes, notre étude constate également une forte utilisation de la téléconsultation pendant le premier confinement mais la majorité des médecins interrogés, sans distinction d'âge, restent dubitatifs quant à cette pratique et ne comptent pas la poursuivre hors pandémie. Cette pratique présente de nombreuses limites, comme vue dans nos résultats, souvent accusée d'être trop incomplète et déshumanisante avec un impact négatif sur la qualité de la relation avec le patient. D'autres études retrouvent les mêmes réactions que les médecins interrogés dans les Hautes-Alpes (33).

Cependant, nos résultats sont contradictoires avec les sondages effectués en 2021 par l'Institut Odoxa (34). Ces résultats montrent que 78% des médecins ayant expérimenté la téléconsultation sont satisfaits et que le recours à la téléconsultation va probablement encore augmenter dans les années à venir : 70% des médecins actuellement non-pratiquants disent qu'ils y auront bientôt recours.

De nombreuses études relatives à l'essor de la téléconsultation sont déjà parues mais de nombreuses interrogations persistent. Au vu des résultats au niveau national et devant ce bilan mitigé dans notre département, quel avenir pour la téléconsultation dans les Hautes-Alpes ?

7 L'intégration des paramédicaux dans la prise en charge en soins primaires

Notre étude met en avant le rôle primordial des paramédicaux dans la gestion de la pandémie de COVID-19.

La crise sanitaire a favorisé la délégation d'une partie du temps médical aux paramédicaux, comme le renouvellement d'ordonnance par les pharmaciens et l'implication des infirmières dans la téléconsultation.

Très peu d'études se sont intéressées au rôle des paramédicaux en médecine de soins primaires durant cette crise sanitaire.

Nos résultats montrent le rôle majeur des infirmières dans la pandémie. Elles ont permis une approche plus globale du patient avec un renforcement de la dimension psychosociale des téléconsultations, apportant une réelle valeur ajoutée pour les patients vulnérables ou isolés.

Ainsi, les médecins interrogés mettent en avant l'impact positif de la présence des infirmières et leur rôle indispensable dans la gestion de cette pandémie.

Ces résultats sont en corrélation avec les études menées par l'université de Lausanne qui a testé l'intégration d'infirmières dans huit cabinets de médecine de ville en 2020 (35).

Elle conclue : « *La pratique libérale en médecine de famille s'exprime par une hétérogénéité d'activités occupées par les infirmières (...) La COVID-19 a confirmé l'intérêt d'une compétence infirmière dans un cabinet médical.* »

Conclusion

Face à la pandémie de COVID-19, les médecins se sont retrouvés en première ligne et ont été mis à rude épreuve. Ils ont réorganisé leur cabinet, modifié leurs habitudes de travail, adapté leurs pratiques médicales. Ils ont dû mettre en œuvre et développer leurs capacités d'adaptation et leurs compétences à travailler dans l'incertitude au quotidien. De nombreux obstacles se sont dressés sur leur chemin, médias, autorités, patients, difficultés techniques et matérielles.

Les répercussions de la pandémie ont été multiples. Il faudra surtout retenir l'impact psychologique de cette pandémie sur les médecins généralistes et sur les patients et donc sur la relation médecin-patient.

Cette étude souligne l'importance du travail en équipe. Il permet un temps d'expression et d'échange entre confrères qui semble primordial au bien être des médecins généralistes et qui leur permet de faire face à l'incertitude omniprésente dans les consultations de médecine générale. Ce travail montre également l'importance de la relation médecin-patient pour une prise en charge médicale optimale.

Enfin, la pandémie a favorisé le développement d'un nouveau mode d'exercice, la téléconsultation, dont nos recherches traduisent un bilan mitigé dans les Hautes-Alpes.

L'expérience de la gestion de cette pandémie a donc permis de mettre en lumière certains aspects de la pratique médicale dans les Hautes-Alpes, ouvrant des pistes de réflexion pour l'amélioration de notre pratique médicale.

Bibliographie

1. Covid-19 : une couverture média parfois anxiogène [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/1261/3077/61396/0/PositionDetails.aspx>
2. Gestion de l'infodémie sur la COVID-19 : Promouvoir des comportements sains et atténuer les effets néfastes de la diffusion d'informations fausses et trompeuses [Internet]. [cité 29 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>
3. Le rôle des médecins dans la stratégie pour enrayer l'épidémie [Internet]. [cité 18 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/covid-19/tester-alerter-protger-comprendre-la-strategie-pour-stopper-l-epidemie/le-role-des-medecins-dans-la-strategie-pour-enrayer-l-epidemie>
4. Minguet C. COVID-19 et médecine générale. [Internet]. [cité le 16 oct 2021]. Disponible sur: https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A230419/datastream/PDF_01/view
5. Covid-19 : l'essor fulgurant de la télémédecine. Le Monde.fr [Internet]. 20 oct 2020 [cité 15 févr 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/le-monde-evenements/article/2020/10/20/covid-19-l-essor-fulgurant-de-la-telemedecine_6056664_4333359.html
6. Impact psychique de la pandémie de Covid-19 sur les professionnels soignants - PMC [Internet]. [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7441863/>
7. UDAP des Hautes-Alpes [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.culture.gouv.fr/Regions/Drac-Provence-Alpes-Cote-d-Azur/La-Direction-regionale/La-direction-et-ses-services/Unites-departementales-de-l-architecture-et-du-patrimoine-UDAP/UDAP-des-Hautes-Alpes>
8. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;(4):67-82. [Internet]. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>
9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 1 déc 2007;19(6):349-57. [Internet]. Disponible: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>

10. The EQUATOR Network | Enhancing the QUALity and Transparency Of Health Research [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.equator-network.org/>
11. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine - APHP DAJDP [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/decret-n-2016-1537-du-16-novembre-2016-relatif-aux-recherches-impliquant-la-personne-humaine/>
12. 2019.06.17 - RIPH+RGPD v1.1 [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <http://pab.ovh/lime/index.php/236349>
13. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sciences sociales et sante. 2008;26(1):67-91. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2008-1-page-67.htm>
14. Thiry A-S. Quelle est la perception du `` gut feeling '' dans la prise de décision par des médecins généralistes exerçant dans le Lot-et-Garonne? :88. Disponible:<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01407880/document>
15. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, van de Wiel M, van der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants. BMC Fam Pract. 18 févr 2009;10(1):17. Disponible:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19226455/>
16. Décant Paoli D. COVID le masque et l'intime [Internet]. La REVUE PRESCRIRE TOME 40 N°446; 2020. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/Summary.aspx>
17. ars.santé. Renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/media/19406/download?inline>
18. Hélène Chaput, Martin Monziols. Etudes et Résultats n°1114- Plus de 80 percent des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe.pdf [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur:<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/er1114.pdf>
19. France: La tendance est au regroupement et à la pluriprofessionnalité [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-625/france-la-tendance-est-au-regroupement-et-a-la-pluriprofessionnalite>
20. Fournier C., Michel L, Morize N, Pitti L, Suchier M, Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques. Disponible:<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.pdf>
21. Fournier C, Clerc P. La construction d'une organisation territoriale des acteurs de soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 : apports d'une étude de cas à

- l'échelle d'un canton. Revue francophone sur la santé et les territoires [Internet]. 11 mars 2021 [cité 17 sept 2021]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/rfst/869#tocto3n6>
22. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? L'Encéphale. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S73-80. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700620300762#bib0250>
 23. PITCHOT W. Impact de la Pandémie de la Covid-19 sur la santé psychologique du personnel soignant [Internet]. 2020 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://www.psycluriel-liege.be/Uploads/News/Files/covid19personnelsoignant.pdf>
 24. Pandémie Covid-19 et santé mentale des soignants : les femmes et les généralistes sont plus exposés au risque de SSPT | Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/recherche-science/pandemie-covid-19-et-sante-mentale-des-soignants-les-femmes-et-les-generalistes-sont-plus-exposes-au>
 25. Matsuishi K, Kawazoe A, Imai H, Ito A, Mouri K, Kitamura N, et al. Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2012;66(4):353-60. Disponible: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1819.2012.02336.x>
 26. Lee S-H, Juang Y-Y, Su Y-J, Lee H-L, Lin Yi-Hui, Chao C-C. Facing SARS: psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital - ScienceDirect [Internet]. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834305000630>
 27. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak - The Lancet Psychiatry [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30078-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30078-X/fulltext)
 28. Crise de la relation médecin-patient : «Les médecins doivent apprendre à s'administrer eux-mêmes»(Professeur Asioli) [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.esanum.fr/today/interviews/crise-de-la-relation-medecin-patient-brles-medecins-doivent-apprendre-a-sadministrer-eux-memesbrprofesseur-asioli>
 29. Calvignac C. Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ? Sciences humaines [Internet]. 2020 [cité 10 juill 2021]; Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02904432>

30. Dr Sylvie Briand : « Le trop-plein d'informations crée la confusion » | Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/dr-sylvie-briand-le-trop-plein-dinformati-ns-cree-la-confusion>
31. Odoxa-pour-ANS-Barometre-telemedecine-vague-1-de-janvier-2020.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/wp-content/uploads/2020/01/Odoxa-pour-ANS-Barometre-telemedecine-vague-1-de-janvier-2020.pdf>
32. Martin Monziols, Hélène Chaput. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 [Internet]. 2020 [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2020_panel_mg_er_1162.pdf
33. Andriantsehenoharina L. Pas d'état d'âme : un écran vite ! [Internet]. La REVUE PRESCRIRE TOME 41 N°457; Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/Summary.aspx>
34. Télémedecine : multipliée par 3 en 1 an, les Français sont parmi les plus enthousiastes d'Europe à son sujet [Internet]. Odoxa. [cité 22 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/telemedecine-multipliee-3-1-an-francais-parmi-plus-enthousiastes-deurope-a/>
35. Hakmaoui FE, Cohidon C. Retour d'expérience des cabinets MOCCA lors de la première vague CoVID-19. :4. Disponible: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_FB3683065110.P001/REF.pdf

Annexes

Guide d'entretien

Vous allez participer à un entretien au sujet de l'adaptation de vos pratiques face à la pandémie de COVID-19 et du retentissement que cette pandémie a pu avoir en médecine générale.

Nous sommes deux étudiants, Camille DUCHET et Victor LAVAYSSIERE, en fin de cursus de nos études de médecine générale et cet entretien fait partie de notre travail de thèse.

Avant tout, nous souhaiterions avoir votre accord pour effectuer l'enregistrement sur notre application dictaphone. L'entretien sera anonymisé lors de la retranscription informatique et détruit par la suite.

Préambule :

- 1) Sexe :
- 2) Age :
- 3) Années d'expérience clinique :
- 4) Présentation du cabinet :
- 5) Lieu d'exercice :

I. Introduction : 1^{er} contact avec une crise sanitaire mondiale

Comment avez-vous vécu l'arrivée de la COVID-19 dans votre cabinet en quelques mots ?

II. Organisationnel : gestion matérielle du cabinet médical

1. Secrétariat

- Comment avez-vous réorganisé l'accueil des patients ?

Relance : La prise de rendez-vous ? Le planning des consultations ?

- Comment avez-vous géré les patients inquiets ?

Relance : avec quels moyens, dispositifs ?

- Avez-vous du modifier votre planning personnel et collectif ?

- Qu'avez-vous réorganisé au sein de l'équipe médicale ?

Relance : pour quelles raisons ?

2. Salle d'attente

- Comment avez-vous contrôlé le flux de patients en salle d'attente ?

Relance : quel impact sur votre planning ?

- Quels aménagements avez-vous mis en place afin de respecter les mesures barrières au sein de la salle d'attente ?

Relance : sur quelles recommandations vous êtes-vous appuyés ? Avez-vous rencontré des difficultés ?

3. Modalités de consultation

- Comment avez-vous réaménagé votre salle de consultation ?

Relance : Quels équipements supplémentaires avez-vous dû acquérir ?

Relance : Sur quelles recommandations les commandes ont-elles été effectuées ?

- Quelle a été votre utilisation de la téléconsultation ?

Relance : comment avez-vous mis en place ce mode d'exercice ? Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

- Comment avez-vous su gérer les demandes de patients inquiets ?

- Avez-vous eu des consultations urgentes relatives à la COVID-19 ?

- Sur quelles recommandations vous basiez-vous pour orienter un patient vers une consultation en présentiel, une téléconsultation ou encore une orientation vers les urgences du centre hospitalier le plus proche ?

Relance : vous semblaient-elles appropriées avec du recul ?

III. Économique

1. Concernant les frais personnels et collectifs :

- Quels ont été les frais supplémentaires engendrés par l'arrivée de cette pandémie ?

- Avez-vous subi une diminution du nombre de vos consultations et donc de votre chiffre d'affaires ?

Relance : Quelles solutions avez-vous mises en place ?

- Avez-vous rencontré des difficultés dans l'application des nouvelles tarifications en vigueur concernant les cotations des téléconsultations, des nouveaux actes et des conseils téléphoniques ?

Relance : si oui ou non pour quelles raisons ?

- Avez-vous dû prendre des mesures (licenciement, chômage partiel) concernant le personnel du cabinet médical (secrétaires, agents d'entretien, remplaçants ?)

Relance : si oui ou non pour quelle raison ? quel rôle ont-ils eu dans la gestion de cette crise ?

2. Les solutions apportées :

- Comment avez-vous fait face aux retombées économiques ?

Relance : Quelles mesures avez-vous mises en place ?

- Avez-vous pu obtenir des compensations de l'État et des assurances ?

Relance : si oui lesquelles, si non pourquoi ?

IV. Impact psycho-médico-social :

- Quel a été l'impact de cette crise sanitaire dans la relation au patient ?

Relance : quel est votre avis notamment sur l'impact de : la téléconsultation, la distanciation physique, le port du masque, la limitation de l'examen physique, le climat de méfiance et d'insécurité au sein du cabinet médical ?

- Comment avez-vous su gérer l'angoisse et la détresse psychologique de certains patients ?
- Sur le plan administratif, quelle a été votre gestion des demandes de certificats, des tests ?
- Comment avez-vous organisé votre formation médicale continue sur la COVID-19 ?
Relance : Sur quel temps ? Avec quel moyen ? Via quelles sources ?
- Avez-vous élargi votre réseau de soin territorial ?
Relance : Avec les professions paramédicales ? quel impact pour la suite ?
- Avez-vous développé votre lien de soin ville-hôpital ?
Relance : Avec quel dispositif ? Quel est votre avis sur la communication ville-hôpital ?
- D'un point de vue personnel : quelles ont été vos craintes, vos peurs face à cette crise ?
Relance : Comment avez-vous vécu cette période ?

V. Répercussions au long cours :

Les moyens mis en œuvre lors de la 1^{ère} vague ont-ils été utiles et applicables lors des autres vagues ?

Concernant le matériel :

Avez-vous poursuivi l'utilisation de la téléconsultation ?

- Relance : si oui ou non pourquoi ? Pour quelles consultations ? avec quels dispositifs ?

Avez-vous poursuivi l'application des gestes barrières de façon aussi stricte ?

- Relance : si oui ou non : pourquoi ?

Concernant l'impact psycho- médical :

Vous sentiez vous mieux préparé pour affronter la 2^{ème} vague ?

- Relance : avec quels moyens mis en œuvre plus précisément ?

Avez-vous poursuivi vos échanges avec l'hôpital et vos groupes WhatsApp ?

- Relance : si oui ou non pourquoi ?

Avez-vous su mieux gérer les consultations des patients inquiets au sujet de la COVID-19 ?

- Relance : avec quels dispositifs ? quelle formation ?

Avez-vous eu les moyens de mieux rassurer vos patients ?

Avez-vous mieux appréhendé les demandes de certificats ?

- Relance : pour quelles raisons ?

Avez-vous remarqué un impact psychologique différent chez les patients selon les vagues successives ?

- Relance : pour quelles raisons à votre avis ?

Suivez-vous toujours les protocoles mis en place durant la 1^{ère} vague ?

- Relance : si non pourquoi ?

Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative



French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research

Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois, France

Michel Gedda
(Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »)

RÉSUMÉ

Cet article présente sommairement les lignes directrices COREQ sous forme d'une fiche synthétique.

COREQ est prévue pour les rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*).

Une traduction française originale de la liste de contrôle est proposée.

Cette traduction est mise à disposition en accès libre selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](#).

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

SUMMARY

This article presents guidelines COREQ as a summary sheet.

COREQ is provided for reporting qualitative research: interviews and focus groups.

An original French translation of the checklist is proposed.

This translation is open access under a [Creative Commons Attribution – NonCommercial – No Derivatives 4.0 International License](#).

Level of evidence. – Not applicable.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Mots clés

Édition
Évaluation
Pratique factuelle
Qualité
Lecture
Recherche qualitative
Rédaction
Responsabilité
Standard
Transparence

Keywords

Edition
Assessment
Evidence-based practice
Quality
Reading
Qualitative research
Reporting
Responsibility
Standard
Transparency

DOIs des articles originaux :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.006>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.009>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.010>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.001>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.011>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008>

Adresse e-mail :
direction@a-3pm.org

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Traduction française de dix lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles de recherche. » et composé des articles suivants :

- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices SAMPL pour l'écriture et la lecture des méthodes et analyses statistiques. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SPIRIT pour l'écriture et la lecture des essais cliniques, des études expérimentales et protocoles divers. *Kinesither Rev* 2015;15(157)

RÉFÉRENCE ORIGINALE

Acronyme et intitulé complet :

COREQ : *CO*nsolidated *CR*iteria for *RE*porting *Q*ualitative *R*esearch

Objet des lignes directrices :

Rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*)

Site Internet officiel :

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

Dates de référence :

2007 : version initiale et actuelle [1].

Langue :

Anglais

Référence bibliographique de la version en cours :

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57.

Contact :

Allison Tong
Centre for Kidney Research
The Children's Hospital
Westmead, NSW 2145, Australia
Tel : +61 2 9845 1482.
Fax : +61 2 9845 1491.
Courriels : allison@health.usyd.edu.au, allisont@chw.edu.au

TRADUCTION FRANÇAISE

Contenus traduits :

- Liste de contrôle : 32 items répartis en 3 domaines (*Tableau I*) :
 - équipe de recherche et réflexion,
 - caractéristiques personnelles ;
- liens avec les participants ;
 - conception de l'étude,
 - cadre théorique,
 - sélection des participants,
 - contexte,
 - recueil des données ;
- analyse et résultats :
 - analyse des données,
 - rédaction du rapport.

Traduction française originale :

La traduction ici proposée est originale et inédite.

• Méthode générale

La grille anglophone initiale a été reproduite à l'identique afin d'en conserver la disposition. Chaque item a été traduit séparément ; en ajoutant la traduction sous le texte original afin de permettre une vérification analytique ultérieure. Les locutions et termes méconnus, équivoques ou susceptibles de confusion ont systématiquement été relevés pour faire l'objet de recherches approfondies au sujet de leur usage spécifique en méthodologie de recherche qualitative, et dans le contexte des listes de contrôle [2–10].

Lorsque les ressources documentaires ne suffisaient pas à résoudre les incertitudes—notamment les expressions francophones les plus usitées, des personnes compétentes, identifiées grâce à leurs publications sur le thème traité ou à leurs fonctions professionnelles, ont été interrogées ponctuellement sur des questions précises mais contextualisées. Leurs réponses ont permis de lever les doutes ou d'identifier de nouveaux supports documentaires, voire d'autres personnes ressources.

Une relecture d'ensemble a ensuite été réalisée à des fins d'harmonisation. La traduction obtenue a ensuite été comparée à d'autres grilles.

Enfin, la traduction a été soumise simultanément à deux professionnels anglophones indépendants pour validation externe ; leurs propositions ont été intégrées et adressées

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Hannah FRANCE, Montreuil-sur-Mer.
GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F).
Benjamin RICHE, Université Lyon 1, CNRS.
Joannah ROBERTSON, CHU de Nantes.
Gaetan TARDIF, Université de Toronto

RÉFÉRENCES

- [1] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57.
- [2] Anderson C. Presenting evaluating qualitative research. *Am J Pharmaceut Educ* 2010;74(8):1–7.
- [3] Crescentini A, Mainardi G. Qualitative research articles: guidelines, suggestions and needs. *J Workplace Learn* 2009;21(5):431–9.
- [4] Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research: criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. *Med J Aust* 2008;188(4):243–6.
- [5] Collingridge DS, Gantt EE. The quality of qualitative research. *Am J Med Qual* 2008;23:389–95.
- [6] Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research*, 3rd ed. Sage Publications; 2007 [312 p.].
- [7] Gilgun JF. "Grab" and good science: writing up the results of qualitative research. *Qual Health Res* 2005;15(2):256–62.
- [8] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol* 2004;10:79–86.
- [9] Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, 3^e ed. Armand Colin; 2009 [312 p.].
- [10] Hammell KW. Informing client-centred practice through qualitative inquiry: evaluating the quality of qualitative research. *Br J Occup Ther* 2002;65(4):175–84.
- [11] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. ANAES – service évaluation en établissements de santé; 2000 [136 p.].
- [12] Edmunds H. *The Focus Group Research Handbook*. American Marketing Association–McGraw-Hill Contemporary; 2000 [288 p.].
- [13] Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du *focus group*. *Rev Prat* 2004;18(645):382–4.
- [14] Thibeaut E. À propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. *Adjectifs*; 2010, <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58&lang=fr>.

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et régulées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale. Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

• Commentaires particuliers

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, marketing, politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécus, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé

de considérer l'appellation du GROUM-F¹ : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'« entretiens individuels » (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'« entretiens collectifs » ; aussi pour éviter toute confusion—et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.

Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».

Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

¹ GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) : www.groumf.fr.

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.

Résumé

Introduction

Fin 2019, un coronavirus émerge en Chine centrale et se propage dans le monde entier. Il devient responsable de la plus grave crise sanitaire depuis des décennies. L'état d'urgence international est déclaré fin janvier 2020. En avril 2020, les autorités françaises imposent un confinement national. Nous nous sommes intéressés à l'expérience individuelle et au vécu des médecins généralistes des Hautes-Alpes pendant cette crise sanitaire. L'objectif était d'étudier comment les médecins généralistes des Hautes-Alpes se sont adaptés à l'arrivée de la pandémie et d'explorer les stratégies qu'ils ont mises en place pour faire face à une pathologie nouvelle. Nous nous sommes également intéressés aux retentissements de la pandémie sur la pratique de la médecine générale dans les Hautes-Alpes et aux réactions des médecins généralistes dans un contexte d'anxiété globale.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative menée par deux enquêteurs sur une série de 22 entretiens semi dirigés et individuels de médecins généralistes installés dans le département des Hautes-Alpes. Les entretiens ont été réalisés de juin 2021 à décembre 2021.

Résultats

L'adaptation initiale des médecins généralistes des Hautes-Alpes a été compliquée. Ils ont dû réorganiser leur cabinet en tenant compte des contraintes de leurs locaux, acquérir du matériel en contexte de pénurie et modifier leurs habitudes professionnelles. Cette crise sanitaire les a impactés psychologiquement car elle a été génératrice de nombreux facteurs de stress comme l'incertitude liée à une pathologie inconnue, la dégradation de la relation médecin-patient, les recommandations multiples du gouvernement, la polémique de la vaccination. Les stratégies d'adaptations mises en place ont été efficaces, elles ont permis l'élargissement des réseaux de soins des médecins généralistes des Hautes-Alpes, un renforcement de la solidarité entre les professionnels de santé et le développement de la téléconsultation.

Conclusion

Les médecins généralistes des Hautes-Alpes ont su adapter leurs pratiques pour faire face à la crise sanitaire de la COVID-19. Il se sont sentis mieux préparés pour affronter la pandémie au fil des vagues successives mais ils se sont également épuisés dans le temps. Le retentissement de la pandémie sur leur psychisme a été majeur.

Mots clés : crise sanitaire, COVID-19, stratégie d'adaptation, étude qualitative, médecins généralistes, incertitude, réseaux de soins, téléconsultation, facteur de stress, relation médecin-patient