



HAL
open science

Vécu émotionnel de la pandémie de COVID-19 par les médecins généralistes en France et en Allemagne

Franziska Fiedler

► **To cite this version:**

Franziska Fiedler. Vécu émotionnel de la pandémie de COVID-19 par les médecins généralistes en France et en Allemagne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03822647

HAL Id: dumas-03822647

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03822647>

Submitted on 20 Oct 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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2022

N° : *(transmis par le bureau des thèses)*

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Vécu émotionnel de la pandémie COVID-19 par les médecins
généralistes en France et en Allemagne**

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2022 à 19h

Par Franziska FIEDLER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco

Assesseurs :

Madame le Professeur Line Riquel

Monsieur le Docteur Sébastien Leruste

Monsieur le Docteur Djamel Khemiri

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Sabine Bayen

Table des matières

Table des matières	2
Sommaire des tableaux et des figures.....	4
Abréviations	5
I. Introduction	7
1. Épidémie en Chine devient pandémie de COVID-19 : Repères chronologiques	7
2. Crise sanitaire majeure	8
3. Mesures sanitaires	9
4. Professionnels de santé en première ligne	9
5. Données de la littérature	10
6. Situation sanitaire en France et en Allemagne	10
II. Matériel et méthodes.....	12
1. Type d'étude.....	12
2. Population cible de l'étude	12
3. Recrutement	12
4. Recueil des données.....	12
5. Analyse des données.....	13
5.1 Analyse thématique.....	14
5.2 Analyse SWOT.....	14
6. Critères de validité.....	14
7. Critères éthiques.....	15
III. Résultats	16
1. Caractéristiques des focus groups et de la population étudiée.....	16
2. Analyse thématique des focus groups français	19
2.1 Ressenti face aux évènements	20
2.2 Réactions	23
2.3 Émotions et sentiments depuis le début de l'épidémie en France.....	25
2.4 Influence sur la pratique de médecin généraliste	34
2.5 Difficultés dans l'exercice de médecine générale.....	43
2.6 Impact sur la vie personnelle	58
2.7 Vécu de l'épidémie de la grippe A(H1N1) et comparaison avec la pandémie de COVID-19.....	61
3. Analyse thématique des focus groups allemands	62
3.1 Ressenti face aux évènements	63
3.2 Réactions	66

3.3	Émotions et sentiments depuis le début de l'épidémie en Allemagne	68
3.4	Influence sur la pratique de médecin généraliste	77
3.5	Difficultés dans l'exercice de médecine générale.....	89
3.6	Impact sur la vie personnelle	96
3.7	Vécu de l'épidémie de grippe A(H1N1) et comparaison avec la pandémie de COVID-19.....	100
4.	Analyse SWOT des focus groups allemands et français	102
4.1	Forces.....	103
4.2	Faiblesses.....	104
4.3	Opportunités.....	105
4.4	Menaces.....	106
IV.	Discussion.....	109
1.	Synthèse des résultats et comparaison avec la littérature.....	109
2.	Forces et limites de l'étude.....	118
3.	Mise en perspective des résultats.....	120
V.	Conclusion	121
VI.	Références bibliographiques	122
VII.	Annexes	129
	Annexe 1 – Mail d'invitation	129
	Annexe 2 – Guide d'entretien	130
	Annexe 3 – Questionnaire de données sociodémographiques.....	132
	Annexe 4 – Formulaire d'information et de consentement.....	133
VIII.	Serment d'Hippocrate.....	135
IX.	Résumé.....	136
X.	Abstract.....	137

Sommaire des tableaux et des figures

Tableau 1 Caractéristiques des groupes de discussion réalisés en France	16
Tableau 2 Caractéristiques des groupes de discussion réalisés en Allemagne.....	16
Tableau 3 Caractéristiques des participants aux focus groups français.....	17
Tableau 4 Caractéristiques des participants aux focus groups allemands	18
Tableau 5 Analyse SWOT comparative des focus groups allemands et français.....	102
Figure 1 Arbre thématique des focus groups en France	20
Figure 2 Arbre thématique des focus groups en Allemagne.....	63

Abréviations

Ameli : Site internet de l'Assurance maladie

ARS : Agence régionale de santé

CARF : Caisse autonome de retraite des médecins de France

CDC : *Centers for disease control*, centre pour le contrôle des maladies en français, est une agence nationale de santé publique

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COVID-19 : *Coronavirus disease 2019*, maladie du coronavirus SARS-CoV-2

DGS : Direction générale de santé

DMG : Département de médecine générale

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Grippe A(H1N1) : virus grippal de type A(H1N1) responsable d'une pandémie en 2009/2010

MERS : *Middle east respiratory syndrome*, syndrome respiratoire du Moyen-Orient

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

PCR : *Polymerase chain reaction*, amplification en chaîne par polymérase, test diagnostique

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SARS-CoV : *Severe acute respiratory syndrome coronavirus*, agent pathogène de la pandémie de SRAS

SARS-CoV-2 : *Severe acute respiratory syndrome- Coronavirus 2*, virus responsable de la maladie COVID-19

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SRAS : Syndrome respiratoire aigu sévère

SWOT : *Strengths, weaknesses, opportunities and threats* ; forces, faiblesses, opportunités et menaces

URPS : Union régionale des professionnels de santé

WONCA : *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, Organisation mondiale des médecins généralistes

I. Introduction

1. Épidémie en Chine devient pandémie de COVID-19 : Repères chronologiques

Fin 2019, un foyer de pneumopathies virales atypiques a été signalé à Wuhan dans la Province du Hubei en Chine. Des recherches ont permis d'identifier comme agent causal un nouveau coronavirus, d'abord appelé 2019-nCoV puis SARS-CoV-2. Il s'agit du troisième coronavirus pathogène émergent au début du 21^{ème} siècle après le SARS-CoV-1 et le MERS-CoV. Ceux-ci étant à l'origine respectivement des épidémies de SRAS en Asie en 2002/2003 et de syndromes respiratoires aigus au Moyen-Orient en 2012. (1) La maladie provoquée par le nouveau coronavirus est appelée COVID-19, elle peut être complètement asymptomatique, provoquer des symptômes modérés voire une insuffisance respiratoire aiguë potentiellement mortelle. (2)

Le SARS-CoV-2 s'est rapidement propagé en Chine et dans d'autres pays. Les auteurs d'une étude du CDC de Guangdong en Chine concluaient à un potentiel pandémique plus élevée du nouveau coronavirus que le SRAS(3). Le 30 janvier 2020, le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé déclare que l'épidémie du SARS-CoV-2 constitue une urgence sanitaire à portée internationale (4). Une équipe allemande mettait en évidence la transmission du nouveau coronavirus par des sujets asymptomatiques pendant la phase d'incubation (5). En dépassant les 100 000 cas détectés dans 114 pays, la flambée du SARS-CoV-2 est qualifiée de pandémie le 11 mars 2020 par l'Organisation mondiale de santé (OMS). (6)

Les premiers cas détectés sur le territoire européen ont été signalés en France le 24 janvier 2020. L'infection de ces trois personnes a eu lieu en Chine. Un des patients décéda le 15 février. C'était le premier décès officiel imputé au COVID-19 en Europe (7). Le premier cas sur le territoire allemand a été signalé le 28 janvier 2020 (8). Au 21 février, huit autres pays européens ont rapporté des cas dont certains de transmission locale. Des clusters notamment en Haute Savoie en France et en Bavière en Allemagne ont contribué à la propagation du SARS-CoV-2 dans d'autres régions européennes. (7) Mi-mars des cas de COVID-19 sont détectés dans tous les pays en Europe qui devient ainsi le nouvel épice de la pandémie. Avec 1441 décès, l'Italie est le pays le plus durement touchée par l'épidémie à cette période (9).

Le pic de la première vague épidémique a été atteint fin mars, début avril dans l'espace européen. Une différence en termes de surmortalité est observée entre pays européens mais aussi au niveau infranational. Une surmortalité importante par rapport aux années précédentes a été constatée dans les régions Ile de France, Grand-Est, Hauts-de-France et Bourgogne-Franche-Comté (10).

Entre le 31 décembre 2019 et le 12 juillet 2022, plus de 556 millions de cas de COVID-19 et plus de 6,35 millions de décès ont été recensés dans le monde. En France, plus de 31 millions cas ont été enregistrés et 146 844 personnes sont décédées suite à l'infection par le SARS-CoV-2. En Allemagne, plus de 29 millions de cas et 142 035 décès des suites de la maladie COVID-19 ont été recensés (11).

2. Crise sanitaire majeure

La pandémie de COVID-19 est la plus grave crise sanitaire depuis des décennies. Elle constitue un challenge pour tous les secteurs du système de santé. Face à l'augmentation rapide du nombre de malades graves, les centres hospitaliers se sont retrouvés en difficulté. Dans certaines régions de forte prévalence, les services de soins critiques étaient saturés. Le 6 mars 2020, le plan blanc a été activé pour les établissements de santé en France (12). Une grande partie des professionnels de santé se sont mobilisés pour faire face à cette crise sanitaire.

Les patients présentant des formes légères à modérées étaient essentiellement pris en charge en soins primaires. Le secteur de santé primaire a dû s'adapter dans le contexte de l'épidémie de COVID-19. (13,14)

Toute situation épidémique comporte des incertitudes inévitables. Un des grands challenges de cette pandémie est relatif aux données incomplètes sur le SARS-CoV-2 et le COVID-19. Des nombreuses incertitudes sur la contamination, les symptômes, les facteurs de risque et le taux de létalité persistaient, surtout au début de la pandémie. Les connaissances sur l'agent infectieux et la maladie provoquée évoluaient constamment et à grande vitesse. De plus, des rumeurs et des informations inexacts circulaient, notamment sur les réseaux sociaux.

L'absence de traitement ayant démontré son efficacité et de vaccin disponible au stade initial rendait cette pandémie d'autant plus complexe.

3. Mesures sanitaires

Des mesures de restrictions de liberté de circulation et de rassemblement de la population, inédites en temps de paix dans l'histoire récente, ont été prises par les gouvernements. Elles visaient à endiguer la propagation du virus et ainsi préserver la capacité du système de santé à prendre en charge des personnes malades du COVID-19, notamment dans les services de soins critiques.

La Chine était le premier pays à avoir instauré un confinement dans la ville de Wuhan en janvier 2020. D'autres pays ont par la suite adopté des mesures comparables. Un confinement strict a été mis en place en France à partir du 17 mars 2020. Le gouvernement fédéral allemand a décidé de mettre en place des mesures sanitaires similaires quelques jours plus tard.

Ces mesures ont changé radicalement le quotidien de la population et ont eu des répercussions socioéconomiques majeures.

Toute la population a été demandée à se mobiliser dans la « guerre » contre l'ennemi invisible qu'est le SARS-CoV-2. Le décompte quotidien des décès dus au COVID-19 par le gouvernement français a directement montré les conséquences de l'épidémie au grand public. La pandémie a été source d'angoisse pour une grande partie de la population.

4. Professionnels de santé en première ligne

Les professionnels de santé sont exposés à un risque plus important d'être infecté par le virus comparé à la population générale. Des retards d'approvisionnement en matériel de protection surtout au début de la pandémie ont été rapportés dans des nombreux pays, dont la France (14). Dès le mois de mars, des décès parmi le personnel soignant, dont des médecins généralistes, suite à l'infection par le SARS-CoV-2 ont été recensés en France (15). Selon la CARMF, 74 médecins libéraux sont décédés en 2020 des suites de la maladie COVID-19. Mais ce chiffre sous-estime très probablement le nombre réel car les informations sur la cause du décès ne sont pas toujours transmises par la famille du défunt (16).

5. Données de la littérature

Une revue de littérature publiée en 2013 montrait les défis auxquels les médecins généralistes dans plusieurs pays étaient confrontés lors des épidémies virales précédentes (17). Ces difficultés étaient peu influencées par le pays d'exercice et montraient un potentiel d'amélioration dans la préparation et la réponse des médecins généralistes à une crise sanitaire.

Au moment de la recherche bibliographique initiale, la plupart des études étaient réalisées en Chine. Concernant le vécu de la pandémie par les professionnels de santé, la majorité des travaux s'intéressaient au personnel soignant hospitalier et en particulier aux conséquences psychologiques. (18–21)

À notre connaissance, peu d'études concernant le secteur des soins primaires étaient disponibles au début de notre travail de recherche : une enquête italienne retrouvait une pression psychologique chez des médecins généralistes exerçant dans une région fortement touchée par la pandémie comparable à celle observée en milieu hospitalier (22). Un article s'intéressait aux interventions de médecins généralistes chinois arrivés en renfort dans la région de Hubei. Il démontrait l'importance de la médecine générale dans son aspect communautaire. Néanmoins, certaines mesures comme les visites à domicile systématiques des patients en porte à porte semblaient difficilement transposables dans les régions européennes. (23) Le rôle majeur que joue la médecine générale dans la réponse à une pandémie a été souligné par le président de la WONCA (24). Des médecins généralistes dans plusieurs pays décrivaient les changements induits par la crise dans leur pratique et les difficultés rencontrées dans d'autres éditoriaux (25–27).

6. Situation sanitaire en France et en Allemagne

La France et l'Allemagne, pays voisins et piliers de l'Union européenne, ont une organisation des soins de santé primaires comparables (28). Une différence majeure entre les deux pays a été observée dans la gestion et l'impact de la crise sanitaire. À la date du 20 avril 2020 la France avait recensé plus de 20 000 décès dus au COVID-19 (29) contre 4404 en Allemagne (30). La stratégie de déploiement massif de tests de dépistage du SARS-CoV-2 a été recommandée par l'OMS comme un des piliers

dans la lutte contre la pandémie (31). Il y a eu une forte disparité dans l'application de cette stratégie entre ces deux pays. L'Allemagne fait partie des pays qui ont organisé des campagnes massives de dépistage et ce de manière précoce (32).

La stratégie de gestion de la crise sanitaire entre la France et l'Allemagne étant différente, il paraissait intéressant d'explorer quelles conséquences en découlaient pour les soins de santé primaires. L'impact au long cours sur la pratique des médecins généralistes n'est pas connu. La question de recherche posée était : Comment les médecins généralistes allemands et français vivent-ils la pandémie de COVID-19 en tant que personne privée et en tant qu'acteur de parcours de santé ?

L'objectif de ce travail était d'explorer le vécu émotionnel des médecins généralistes français et allemands pendant la pandémie de COVID-19.

II. Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Ce travail de recherche est une étude qualitative comparative internationale.

2. Population cible de l'étude

La population cible était constituée par des médecins généralistes français exerçant dans leur propre cabinet en France et des médecins généralistes allemands exerçant dans leur propre cabinet en Allemagne. Étaient exclus de l'étude les médecins généralistes retraités réquisitionnés, les médecins généralistes remplaçants, les internes en médecine générale et les médecins refusant de participer à l'étude.

3. Recrutement

Le recrutement des participants s'est fait dans chaque pays selon les quatre points cardinaux. Cet échantillonnage raisonné a ainsi visé la variation maximale compte tenu des différences régionales de la situation épidémique dans les deux pays. Une invitation à participer à l'étude a été diffusée par le biais des unions régionales des médecins libéraux français, dans un groupe privé de médecins français sur un réseau social et sur un forum de discussion de médecins généralistes allemands. Les autres participants ont été directement contactés par téléphone. Un mail d'invitation (annexe 1) a été envoyé à chaque participant. Il comportait des informations sur le but de l'étude, le déroulement et le caractère enregistré de l'entretien ainsi que sur l'anonymisation des données. Les participants ont également été informés de la possibilité de quitter l'étude à tout moment sans donner de justification.

4. Recueil des données

Les médecins généralistes étaient réunis en groupes de discussion focalisée (*focus groups*). L'investigatrice de l'étude étant complètement bilingue, elle a animé les focus groups qui se sont déroulés sous forme de conférence audiovisuelle. Les participants ont choisi la date et l'horaire du focus group en fonction de leur disponibilité. Il était prévu que l'entretien dure au plus 90 minutes compte tenu de l'emploi du temps chargé des médecins. Les entretiens étaient enregistrés numériquement à l'aide d'un

ordinateur. Les expressions non-verbales étaient notées pendant l'entretien et lors du visionnage des enregistrements.

Les enregistrements ont été gardés dans un dossier sécurisé sur un disque dur externe et supprimé après la transcription.

Un guide d'entretien (annexe 2) a été élaboré au préalable avec la directrice de thèse à partir des données de la littérature. Il a été traduit en allemand par l'investigatrice. Il comportait cinq questions ouvertes avec les thématiques suivantes :

- Réactions au début de l'émergence du nouveau coronavirus
- Émotions et sentiments engendrés par la pandémie de COVID-19
- Difficultés rencontrées dans l'exercice de médecine générale depuis le début de la pandémie
- Impact de la pandémie sur la vie personnelle
- Influence sur la pratique de médecin généraliste pendant la pandémie et à l'avenir

Une question sur l'expérience de l'épidémie de grippe H1N1 était à poser en fonction du temps disponible après les cinq premières questions.

Le guide d'entretien a évolué au cours de l'avancement de l'étude (annexe 2).

Un questionnaire quantitatif était à remplir par les participants avant l'entretien pour le recueil des données sociodémographiques (annexe 3).

5. Analyse des données

Plusieurs écoutes ont été nécessaires pour transcrire intégralement les entretiens sur Word®. Les données se référant aux participants ont été anonymisées.

Pour les focus groups en allemand, la transcription a d'abord été faite dans la langue d'origine puis le verbatim a été traduit en français par l'investigatrice. La traduction a été corrigée par une personne bilingue extérieure à l'étude.

Les verbatims obtenus ont été analysés en utilisant le principe de l'analyse thématique. L'analyse a débuté directement après chaque transcription. Plusieurs lectures étaient néanmoins nécessaires pour se familiariser avec le corpus.

5.1 Analyse thématique (33)

La thématisation est l'opération centrale de la méthode et se faisait de manière continue. Elle consiste à « la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche ».

Le thème est défini comme « un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos ». Au fur et à mesure des lectures successives du corpus, les thèmes pertinents, c'est-à-dire en lien avec les objectifs de la recherche, ont été encodés à l'aide du logiciel N'Vivo 12®. En parallèle ces thèmes étaient consignés dans un document Word®. Ce relevé de thèmes se présentait sous forme d'une liste linéaire. Les thèmes étaient d'abord classés dans les rubriques initialement définies par les questions du guide d'entretien. Puis des catégories étaient rajoutés progressivement avec l'avancée du codage de nouveaux thèmes. Un relevé de thèmes a été saisi par pays et enrichi au fur et à mesure de l'analyse des entretiens.

Puis l'analyse du relevé de thèmes a permis de construire progressivement l'arbre thématique en traçant des parallèles ou au contraire en mettant en évidence des opposition ou divergences entre les thèmes. L'arbre thématique est « un panorama de l'ensemble des cas de figure du phénomène faisant l'objet de l'étude ».

5.2 Analyse SWOT

Pour chaque pays, les résultats ont été analysés en utilisant le modèle *SWOT*. Cette méthode permet d'identifier les forces et faiblesses internes ainsi que les menaces et opportunités extérieures.

6. Critères de validité

- Les focus groups ont été conduits jusqu'à suffisance des données.
- Triangulation des données : Tous les entretiens ont bénéficié d'un double encodage, par l'enquêtrice et par une personne extérieure à l'étude.
- Ce travail de recherche adhère aux recommandations du COREQ (34)

7. Critères éthiques

Un formulaire de consentement écrit (annexe 4) a été signé par chaque participant à la réception du mail d'invitation. Les données ont été anonymisées et un processus de pseudonymisation des participants a été réalisé : le médecin était désigné par les lettres MG en France et par la lettre A en Allemagne, et le chiffre était attribué en fonction de l'ordre de prise de parole (MG1, MG2, etc.). Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été faite pour le traitement des données conformes à la méthode de référence MR004. L'étude a également été déclarée auprès du délégué de la protection des données de l'Université de la Réunion.

III. Résultats

1. Caractéristiques des focus groups et de la population étudiée

Trois focus groups ont été réalisés dans chaque pays entre le 19 juin et le 20 novembre 2020. Les entretiens ont réuni entre trois et cinq participants. Au total 23 médecins généralistes ont participé à l'étude, dont douze en France et onze en Allemagne. La durée moyenne du focus group était de 75 minutes en France et de 62 minutes en Allemagne. Les caractéristiques des focus groups sont présentées dans les tableaux suivants.

Tableau 1 Caractéristiques des groupes de discussion réalisés en France.

	Nombre de participants	Date	Durée en minutes
Focus group 1	3	Juin	62
Focus group 2	5	Juillet	90
Focus group 3	4	Septembre	74

Tableau 2 Caractéristiques des groupes de discussion réalisés en Allemagne.

	Nombre de participants	Date	Durée en minutes
Focus group 4	4	Octobre	92
Focus group 5	3	Novembre	41
Focus group 6	4	Novembre	53

L'âge moyen (l'âge médian) des participants était de 51 ans (52 ans) en France et de 52 ans (53 ans) en Allemagne. La durée moyenne de l'exercice de médecine générale était de 20 ans pour les médecins interrogés en France et de 15 ans pour ceux en Allemagne. 67% des participants français et 45% des participants allemands étaient des femmes. Le nombre moyen de cas de COVID-19 reçu à leur cabinet depuis le début de l'épidémie jusqu'au moment de l'entretien était de 43 pour les généralistes français et de 15 pour les généralistes allemands.

Les caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans les tableaux suivants.

Tableau 3 Caractéristiques des participants aux focus groups français.

Nom	Groupe d'âge	Sexe	Durée d'exercice	Mode d'exercice	Point cardinal	Nombre de cas de COVID-19*
MG 1	65-69	H	>35 ans	Cabinet seul	Est	8
MG 2	50-54	F	5-10 ans	MSP	Est	20
MG 3	35-39	F	10-15 ans	Cabinet de groupe	Nord	85
MG 4	40-44	F	15-20 ans	MSP	Est	40
MG 5	35-39	F	5-10 ans	Cabinet seul	Sud	10
MG 6	50-54	F	20-25 ans	Cabinet de groupe	Sud	20
MG 7	45-49	H	15-20 ans	MSP	Est	80
MG 8	55-59	H	25-30 ans	Cabinet de groupe	Ouest	3
MG 9	50-54	H	25-30 ans	Cabinet de groupe	Ouest	30
MG 10	40-45	F	10-15 ans	Cabinet seul	Est	6
MG 11	65-69	F	30-35 ans	Cabinet de groupe	Nord	200
MG 12	50-54	F	25-30 ans	Cabinet de groupe	Ouest	10

*Nombre de cas de COVID-19 déclarés sur base d'estimation

F = femme ; H = homme ; MSP = maison de santé pluriprofessionnelle

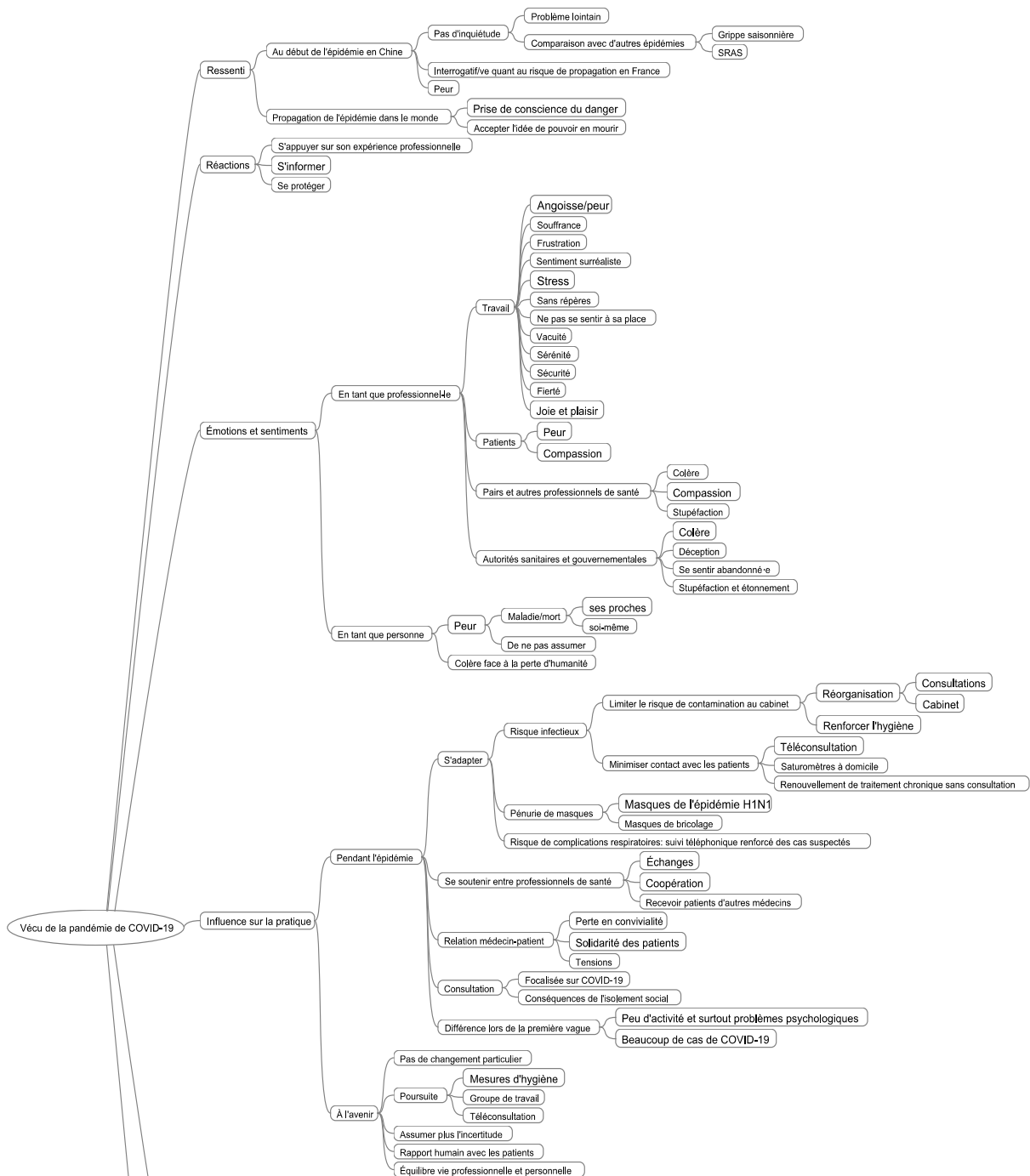
Tableau 4 Caractéristiques des participants aux focus groups allemands.

Nom	Groupe d'âge	Sexe	Durée d'exercice	Mode d'exercice	Point cardinal	Nombre de cas de COVID-19
A1	55-59	F	25-30 ans	Cabinet de groupe	Sud	22
A2	50-54	H	5- 10 ans	Cabinet seul	Est	4
A3	60-64	F	25-30 ans	Cabinet seul	Ouest	30
A4	50-54	H	10-15 ans	Cabinet seul	Sud	3
A5	45-49	F	10-15 ans	Cabinet de groupe	Nord	15
A6	40-44	F	5-10 ans	Cabinet de groupe	Est	7
A7	60-64	F	5-10 ans	Cabinet de groupe	Nord	5
A8	50-54	H	20-25 ans	Cabinet de groupe	Sud	21
A9	35-39	H	< 5 ans	Cabinet de groupe	Est	2
A10	50-54	H	15-20 ans	Cabinet de groupe	Sud	40
A11	50-54	H	15-20 ans	Cabinet seul	Nord	12

F = femme ; H = homme

2. Analyse thématique des focus groups français

L'arbre thématique des focus groups français est présenté ci-dessous. Pour une meilleure visibilité il est également disponible sous le lien suivant : https://drive.google.com/file/d/1PUokwE_AntHwsVjtom87hYoZrIWGyZyn/view?usp=sharing



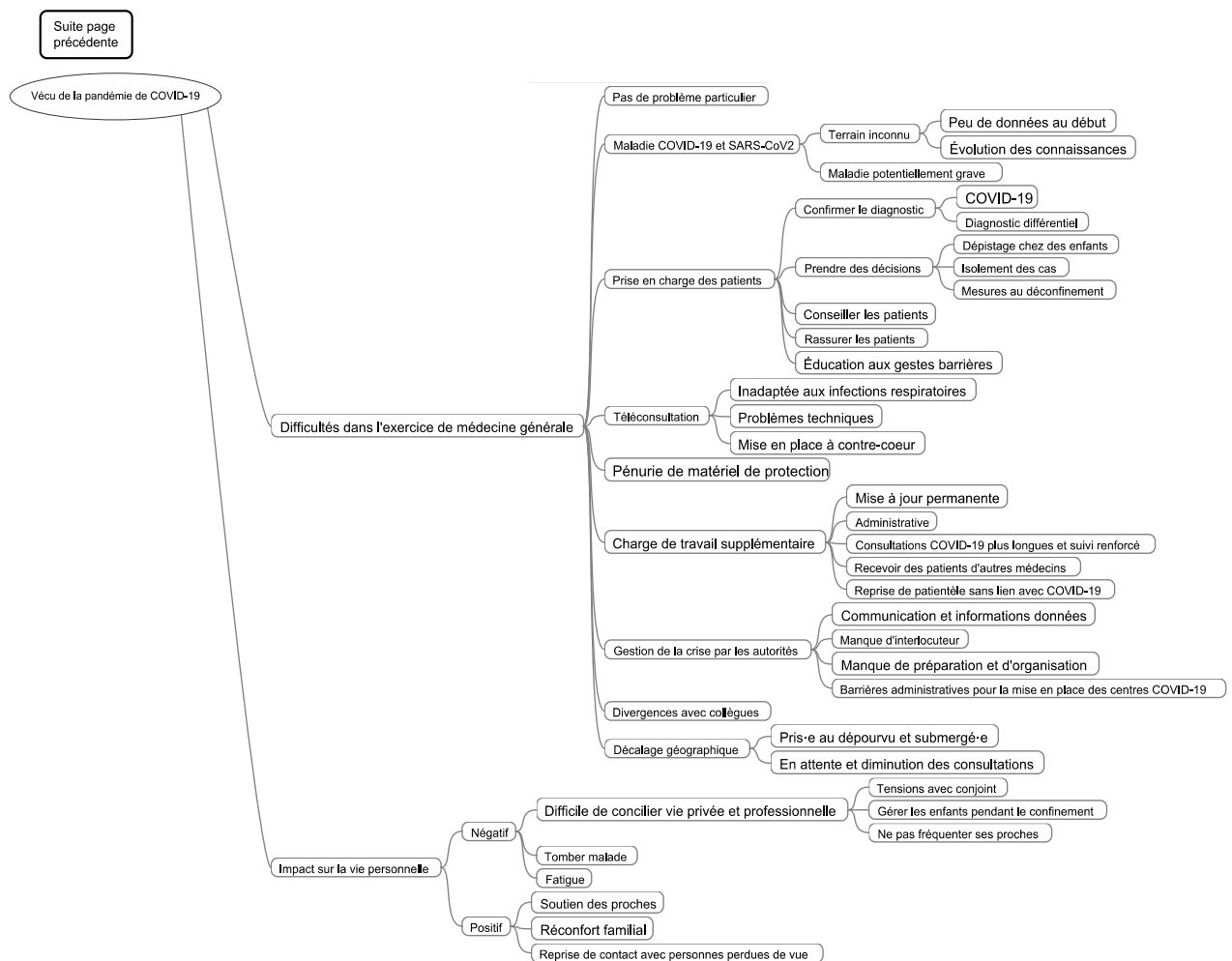


Figure 1 Arbre thématique des focus groups en France

2.1 Ressenti face aux événements

Face à un événement donné, le ressenti, donc l'évaluation émotionnelle de la situation pouvait différer d'une personne à une autre.

2.1.1 Émergence du nouveau coronavirus et début de l'épidémie en Chine

Les participants décrivaient différents degrés de préoccupation :

2.1.1.1 Aucune inquiétude

- Problème lointain sans risque de propagation en France

MG 8 : [...] début janvier, je pensais que c'était vraiment une épidémie qui allait rester en Chine, je ne sais pas pourquoi d'ailleurs, je n'ai pas réfléchi à autre chose mais je n'ai pas pensé au phénomène européen.

MG 6 : *Moi pareil. Quand ça a commencé en Chine, mon fils qui était inquiet parce qu'il devait partir à Singapour puis en Malaisie m'en a vite parlé et je lui ai dit « Mais ne t'inquiète pas, ça va rester en Chine comme ça s'est déjà passé. Ça ne nous atteindra pas. » Je n'y croyais pas du tout.*

MG 5 : *Ma première réaction [...] effectivement ça restera en Chine ou que ce serait très localisé en tous cas en Asie du Sud Est. Je n'avais pas du tout, je ne sais pas pourquoi, imaginé que ça pourrait venir jusqu'ici.*

MG 9 : *J'ai commencé à en entendre parler quand c'était en Chine, qu'il y avait des pneumopathies virales mais je pense comme beaucoup, j'étais vraiment loin d'imaginer qu'on serait concerné.*

- Comparaison avec d'autres épidémies

- Épidémie de SRAS qui n'a pas eu de répercussion en France

MG 9 : *[...] Quand ça a commencé, je me suis dit « bon, il y avait eu déjà le SRAS il y a quelques années », ça semble loin au départ*

MG 4 : *jusqu'à maintenant enfin de mon exercice je n'ai pas connu d'épidémie de nouveau virus. Enfin on a connu le SRAS mais on n'a pas été confronté en France.*

- Grippe saisonnière

MG 9 : *« bon, on va sûrement le choper, ce n'est qu'une grippe comme d'autres ». Je n'étais pas spécialement inquiet.*

MG 1 : *j'étais assez près de penser que c'était comme une grippe peut-être un peu plus forte. Je pensais que c'était comme la grippe saisonnière.*

MG 5 : *quand on a commencé à en parler en France [...] j'ai pris ça un peu à la légère en me disant bon comme certains [...] « ah c'est une grosse grippe et puis ça va être dangereux pour les gens à risque mais globalement ce n'est pas la catastrophe »*

2.1.1.2 Intermédiaire

- Être dans l'interrogation quant au risque de propagation en France

MG 4 : *j'ai été un peu interrogative en me disant « tiens, est-ce que ça peut vraiment arriver chez nous ? ».*

2.1.1.3 Préoccupation forte

- Peur de la situation en Chine et de l'arrivée du virus en France

MG 3 : *début janvier quand j'ai vu ce qui se passait en Chine et ça m'a fait flipper ! ça m'a fait peur ! [...] je me suis dit qu'avec la mondialisation, la circulation des gens à travers le monde si c'était aussi sérieux que ça en avait l'air là-bas ça allait forcément arriver chez nous. Et ça m'a fait peur*

2.1.2 Propagation de l'épidémie dans le monde

2.1.2.1 Prise de conscience du danger

La majorité des participants décrivaient une prise de conscience du caractère dangereux et une inquiétude croissante avec l'évolution de l'épidémie en pandémie et plus particulièrement face à certains événements marquants pour eux.

- Décès de l'ophtalmologiste chinois

MG 3 : *un souvenir que j'ai très marquant ça a été cet ophtalmologue chinois de 37 ans je crois qui est décédé [...] c'était un moment qui m'a fait vraiment réaliser que ça pouvait être dangereux*

- Premiers cas en France

MG 7 : *par contre quand ça a commencé à toucher [la France], alors il se trouve que dans ma famille on a une résidence secondaire aux Contamines Montjoie donc le premier cluster français. Donc là on s'est dit « Wow c'est quand-même chez nous, ok d'accord ». [...] on a fait tilt pendant la première semaine des congés scolaires de février de notre zone. [...] et là on a arrêté nos vacances dans notre tête.*

MG 3 : *au départ je me suis pas inquiétée plus que ça et puis c'est au fil des informations qu'on a reçues [télévisées] que j'ai réalisé que ça allait être plus grave que ce qu'on avait imaginé. [...] C'est quand [...] **les lits de réanimation commençaient à manquer** qu'on a réalisé qu'il y avait une difficulté majeure qui se présentait à nous. Puis après on a été plus attentif aux informations et là on s'est rendu compte que c'était plus grave que prévu.*

MG 6 : *Moi c'était un peu l'électrochoc parce que comme je disais tout à l'heure je n'y croyais pas du tout au départ quand c'était en Chine et ensuite donc moi je suis en Haute Savoie [...] Je crois que les Contamines Montjoie c'était encore fin février, c'était avant que je parte [...] en congés [...], donc j'ai nié complètement les Contamines Montjoie, je suis partie bien tranquille, complètement déconnectée pendant une semaine au milieu du désert à rien savoir de rien. La veille du retour l'organisation du trek nous dit « Gardez du paracétamol avec vous parce qu'on ne sait pas comment on va rentrer » et là je me suis dit « Oh merde il se passe quoi [rit] il se passe quoi en France ? ». [...] je suis rentrée le vendredi soir et le samedi j'étais de garde à X [ville dans le sud-est de la France] et juste à côté [...] de la Balme de Sillingy où il y a eu un cluster également. Donc je suis arrivée en plein cluster de la Balme de Sillingy avec zéro information*

Il fallait du temps pour comprendre la situation :

MG 9 : *Au départ, il m'a fallu un petit moment pour comprendre que c'était une situation inédite, moi personnellement.*

2.1.2.2 Acceptation des conséquences personnelles potentielles

MG 1 : *en acceptant l'idée aller hop on pouvait en mourir parce que [rit] on pouvait assez facilement passer de vie à trépas une fois qu'on l'avait attrapé.*

2.2 Réactions

2.2.1 S'appuyer sur son expérience professionnelle

- L'incertitude fait partie de la médecine générale

MG 1 : *on est resté à gérer nos incertitudes et c'est le propre de la médecine générale que de prendre des décisions sans avoir toutes les cartes en main, dans l'incertitude.*

- Attitude logique dans contexte épidémique

MG 2 : *Parce que le reste on s'est organisé on est formé pour ça, on sait ce qu'on doit faire donc on a réagi même si on savait que c'était potentiellement dangereux de toute façon on savait qu'il fallait adopter les gestes barrières comme pour n'importe quelle épidémie.*

MG 1 : *Donc avec un autre confrère on s'est vu et on s'est dit on n'a pas les moyens de savoir, la seule attitude logique c'est de considérer que nous sommes tous porteurs, nous sommes porteurs et nous protégeons les autres. Et ça me semblait être la seule position logique.*

2.2.2 S'informer

MG 5 : *Quand vraiment il y a eu le confinement, je me suis beaucoup documentée. [...] J'ai un groupe de formation à X [ville du sud-est de la France] où il y avait plein de médecins qui envoyaient des informations avec des données épidémiologiques, [...] j'ai beaucoup lu. [...] J'ai passé beaucoup de temps à faire ça au début de l'épidémie pour pouvoir m'informer, savoir la conduite à tenir et pour pouvoir répondre aux questions de mes patients.*

MG 7 : *le dimanche on a mobilisé les deux internes SASPAS parce qu'on a deux réseaux de maitres de stage, les quatre médecins du groupe, et tout le dimanche après-midi on s'est reparti les tâches pour se dire « Bon voilà un tel et un tel vous nous informez sur le virus, les autres vous bossez sur la téléconsultation et les moyens de téléconsulter ».*

MG 9 : *Il y avait toute une étape d'information, se mettre à jour petit à petit pour savoir qu'est-ce qu'il faut surveiller, détecter.*

2.2.3 Se protéger

L'adaptation de la téléconsultation a été vue comme un moyen de se protéger face au risque d'exposition au coronavirus.

MG 7 : *sur les six du groupe on va compter les SASPAS, on était cinq à risque. [...] on a été en téléconsultation systématique dès le lundi du confinement [...] On a fait **deux mois de téléconsultation pure***

2.3 Émotions et sentiments depuis le début de l'épidémie en France

Les émotions et sentiments pouvaient être différents chez une même personne en fonction des événements et des informations disponibles.

2.3.1 *En tant que professionnel·le*

2.3.1.1 Vis-à-vis son travail

Il y a une prédominance des émotions négatives des participants, surtout du registre de la peur, pour des raisons différentes.

- Peur

MG 12 : *Moi j'ai eu peur. [...] J'ai eu peur parce que ma patiente est décédée en trois jours, une femme qui n'avait pas de facteur de risque et ça m'a fait très peur en fait. [...] J'ai eu peur quand-même jusqu'à toute la période du confinement encore. Après là je trouve ça très rassurant de pouvoir tester les gens.*

- Angoisse d'être submergé·e par le travail

MG 10 : *L'angoisse vraiment d'avoir beaucoup de travail*

- Peur de ne pas pouvoir gérer

MG 5 : *Parce que les pharmacies du coin alors des ampoules de morphine ils en avaient, du Lasilix ça allait et puis après quand on passait dans le Scoburen, dans le Tranxène, dans le Rivotril injectable, dans tout ça hop ils avaient chacun une ou deux ampoules. **Je me suis dit si on a vraiment plein de patients à gérer en soins palliatifs à domicile, on ne va même pas avoir les moyens de pouvoir sédaté des patients en fin de vie***

MG 6 : *Quand les protocoles ont commencé à passer [...] sur les fins de vie à domicile, là pour moi ça a été un moment de panique, vraiment. [...] j'ai eu très, très peur à ce moment-là*

MG 4 : *C'est vrai qu'en pratique, j'ai eu cette terrible peur de me dire « voilà, on va te laisser toute seule avec ton patient, tu te démerdes. Tu essayeras de trouver ce qu'il y aura de disponible ».*

MG 7 : *pour intervenir dans les établissements, pour intervenir à domicile pour les fins de vie à domicile, etc. vraiment se préparer au pire. On a eu très peur*

- Angoisse quant à l'évolution de l'épidémie par la suite

MG 11 : *on n'en voit pas la fin [...] C'est ça justement qui fait que ça commence à être angoissant*

- Angoisse financière

MG 8 : *c'est vrai que l'ambiance du cabinet où on voit très peu de patients c'est aussi angoissant parce que ça durait quand-même quelque temps. On se demande toujours comment on va finir le mois et ça a été une période un peu difficile pour ça.*

MG 9 : *si ça dure, comment on va payer les charges ? avec trois patients par jour plus deux coups de fil, [...] c'était quelque chose qui était quand-même un peu stressant, en ce qui me concerne.*

- Souffrance professionnelle

MG 7 : *c'était très dur pour moi parce que c'était le début du confinement, c'était où on n'avait pas de moyens, pas de masques, rien, pas de tests et c'était l'époque où les familles n'avaient droit qu'à une visite d'une heure une fois la veille ou l'avant-veille du décès. [...] Dans cette famille ils ont perdu les deux parents à dix jours d'intervalle en ayant droit à un membre de la famille qui pouvait visiter une heure. Et au moment des obsèques c'était cinq membres qui étaient à distance hyper respectable qui avaient donc juste droit de voir le corbillard partir c'est tout. C'était très très très restreint et humainement **c'était très dur à gérer avec la famille derrière. Ça a été une souffrance professionnelle aussi pour moi.***

- Stress

Du fait d'être dans l'attente de la vague :

MG 9 : *je me souviens qu'entre collègues justement par mail ou par téléphone quand on en parlait, on disait « Préparez-vous parce que la semaine prochaine ils annoncent une énorme vague » [...] mais à chaque semaine on disait « il n'y a pas grand monde mais **ça se trouve la semaine prochaine, on va être submergé** ». C'est vrai que ça c'était un peu stressant finalement.*

Concernant la prise en charge des patients face à l'absence de confirmation du diagnostic et au risque de dégradation de l'état des patients :

MG 9 : *Je dirais, tout au début, un des premiers patients, le premier patient que j'ai vu, il n'allait pas très bien, c'était début mars, il toussait, il crachait, il en avait plein les bronches, il avait une saturation à 93% [...] je me disais, il avait des symptômes, [...] ça faisait vraiment COVID et [...] je pensais vraiment qu'il était limite d'être hospitalisé avec sa saturation qui n'était quand-même pas folichonne donc je n'ai jamais réussi à convaincre [...] le SAMU « Bon on va le garder à domicile et on ne va pas faire de test ». [...] **Ça m'a pas mal stressé. Je le rappelais tous les deux jours quasiment pour voir s'il allait bien. Je l'ai fait revenir pour voir sa saturation.** [...] Donc c'était plus stressant sur le plan médical.*

Déclenché par le décès d'un patient :

MG 12 : *Au mois de mars j'ai vraiment stressé parce que je crois que la première semaine un décès en réa, trois jours de réa. [...] Ça a été vraiment quand-même très stressant.*

- Sans repères

MG 4 : *Je me sentie aussi comme une interne, [...] dans un **terrain inconnu où c'était une maladie que je ne connaissais pas, que je ne pouvais pas connaître, en plus je n'avais personne pour m'aiguiller**, je n'avais pas de sénior entre guillemets. Je me suis sentie novice, bleue.*

- Frustration

De la place accordée au médecin généraliste pendant la crise sanitaire :

MG 6 : *Oui alors moi je vais commencer par parler de frustration. C'est vraiment le sentiment le plus fort que j'avais c'est-à-dire la frustration parce que **d'entendre sans arrêt « N'allez pas voir votre médecin. N'allez pas voir votre médecin.** » je me disais « mais bon dieu, je suis médecin ce n'est pas pour ne pas voir mes patients quand c'est la guerre entre guillemets ». J'étais extrêmement frustrée de ça.*

De ne pas être utile comparé aux médecins surchargés dans d'autres régions :

MG 8 : *Moi je pense que c'était plutôt de la frustration parce qu'il y avait vraiment un décalage entre vous à l'Est par exemple ou dans certaines régions et nous*

qui étions vraiment très, très cools. [...] On avait l'impression qu'on ne faisait rien alors que d'autres bossaient

De ne pas pouvoir confirmer le diagnostic :

MG 9 : on ne pouvait pas leur dire « c'est ça, c'est sûr » ce qui est quand-même un peu frustrant et pour le médecin et pour le patient, de leur dire « Ben oui c'est peut-être COVID mais c'est peut-être une bronchite classique en fait. On ne saura pas mais dans le doute on va faire comme si c'était. Bon on va surveiller à J10.

- Sentiment surréaliste entre la situation épidémique et le comportement des patients

MG 5 : c'était complètement surréaliste cette ambiance un peu électrique, cette tension de « il va nous tomber un gros truc sur la gueule » et en même temps [...] dans la vie de tous les jours les gens ne comprenaient pas trop ce qui se passait, étaient un peu dans le déni. [...] vraiment le mot c'est surréaliste [...] En attendant la vague, c'était assez étrange comme sensation.

MG 7 : pendant un mois, de mi-mars à mi-avril, on a été dans une ambiance surréaliste [...] un décalage entre ce qu'on véhicule comme précautions, qu'on prend au cabinet et les patients qui nous contactent.

- Sentiment de ne pas être à sa place

La situation a provoqué un questionnement sur sa place de médecin généraliste dans la lutte contre l'épidémie.

MG 2 : J'avais le sentiment que j'étais pas à ma place que j'ai eu envie d'aller aider mes confrères à l'hôpital. En même temps je me disais je ne suis pas réanimateur donc je vois pas ce que je vais pouvoir leur apporter comme soutien et puis en même temps je devais quand-même être auprès de mes patients. Mon activité avait diminué de deux tiers donc que je me disais que mes patients finalement, ils ont pas besoin de moi, ils sont tous cantonnés parce qu'ils ont peur. Je trouvais pas bien ma place au milieu de tout ça, enfin dans mon cabinet je savais ce que je devais faire mais je trouvais pas bien ma place par rapport à tout ce qui se disait et faisait autour de moi.

- Vacuité

MG1 : *Une époque de vacuité. Bizarrement. Les quinze premiers jours du confinement ou les trois premières semaines j'ai très peu travaillé. [...] J'ai peu travaillé. C'était étrange. Souvent j'ai repensé à mai 68 que j'étais adolescent dans Paris... vide... voilà.*

La participants ont aussi éprouvé des émotions positives dans leur travail :

- Sérénité et sentiment de sécurité au sein de son cabinet

MG 1 : *je faisais ce que j'avais à faire, je ne pouvais pas faire plus, j'étais même plutôt serein.*

MG 2 : *une sérénité au sein de mon cabinet où je me disais de toute façon on va faire ce qu'il faut pour qu'il y ait moins de casse possible*

MG 7 : *serein parce qu'on s'était préparé à affronter le truc.*

MG 6 : *je me sentais plus en sécurité dans mon cabinet avec mon organisation que j'avais bien mis en place, rapidement que dans cette salle COVID avec des patients que je ne connaissais ni d'Adam ni d'Eve. Je me sentais plus en sécurité à prendre en charge mes patients.*

- Fierté du travail accompli

MG 5 : *je suis quand-même fière de moi parce qu'avec des petits moyens, je pense qu'à mon niveau, alors pas pour le COVID parce qu'on en a très peu eu ici mais tout ce qui est anxiété des patients, gestions des patients, [...] j'ai fait du taf, **j'ai donné de mon temps et je pense que ça a soulagé certains patients**. Ce n'est pas aussi grave l'anxiété qu'un COVID en réa[nimation] mais voilà je me suis dit j'avais fait quand-même des choses bien dans le contexte difficile avec les moyens que j'avais. **Je me disais le soir en rentrant que mes journées [...] avaient servi quand-même à quelque chose** et que je ne suis pas complètement dégoûtée d'être médecin libéral [rit] pas encore*

- Joie et plaisir de la solidarité

MG 3 : *Mais aussi des émotions positives comme je disais, celle de joie ou je sais pas quelle émotion exactement positive c'était, mais le plaisir en tout cas de voir cette solidarité mise en place entre nous et puis aussi les non-soignants.*

2.3.1.2 Vis-à-vis des patients

- Peur

MG 3 : *j'ai eu peur [...] pour mes patients aussi bien sûr*

MG 6 : *mais je n'avais pas peur pour moi, j'avais peur pour mes patients*

MG 7 : *il y en avait un autre [EHPAD] qui était au cœur de la ville, là on n'avait qu'une frousse c'était que le virus rentre dedans.*

- Compassion avec personnes isolées

MG 4 : *Je trouve que le confinement a été vraiment dur pour les gens qui vivent seuls, des gens en EHPAD. Quand je suis retournée en EHPAD avec mes blouses en sac poubelles [rire de MG 5], toutes les mamies me serraient l'avant-bras, mais elles me serraient fort, fort, fort parce qu'en fait les soignants aussi avaient moins de contacts physiques avec.*

2.3.1.3 Vis-à-vis des pairs et d'autres professionnels de santé

- Colère face à des avis non vérifiés

MG 2 : *j'étais quand-même en colère [...] contre nos pairs [...] je trouvais que ça correspondait pas à ce qu'ils nous avaient appris : à garder de la distance, la réflexivité... Là on était dans la panique. [...] De la part de mes pairs je l'ai pas accepté, que nos aînés-là qui nous ont enseignés **soit capables de dire des choses sans vérifier leurs dires** auprès des médias qui étaient friands de sensationnel.*

MG 1 : *J'ai entendu un grand professeur au début dire que les masques ne servaient à rien et celui-là je l'aurais bien étripé*

- Compassion avec des consœurs et confrères dans des zones fortement touchées par l'épidémie

MG 7 : *à votre sujet les collègues de l'Est de la France on s'est dit « Ho **mais qu'est-ce qu'ils doivent être en souffrance les pauvres. Ils doivent vivre un cauchemar.** On n'aimerait pas être à leur place. ». On a été énormément impressionné par ce qu'on a vu de votre situation professionnelle dans l'Est de la France.*

- Stupéfaction face à l'absence d'anticipation

MG 1 : *mi-février je vais dans un EHPAD, je croise le surveillant général de l'EHPAD de 150/200 patients je crois et je lui dis « Mais vous ne portez pas de masque ? » et il dit « Bah non il n'y a pas d'ordre ». Et je me souviens très bien de lui avoir dit « Mais vous allez quand-même pas attendre d'avoir des ordres pour prendre une attitude logique ! ».*

2.3.1.4 Vis-à-vis des autorités sanitaires et gouvernementales

- Colère

Face à l'absence de reconnaissance du travail des médecins généralistes dans la crise sanitaire par le gouvernement :

MG 3 : *La colère aussi, la colère par rapport au gouvernement, au discours des politiques, au discours de la DGS, au déni d'Olivier Véran la semaine dernière, parce qu'il n'y a pas eu de médecine de ville dans la gestion de la crise, en disant que les praticiens ne sont pas sollicités tant que ça, peut-être pas partout pareil mais chez nous oui on a bien, bien bossé, vraiment on a vu 90 % des COVID. Mais heureusement parce que nos pauvres hôpitaux ils étaient à l'agonie [rire] et ils vont toujours pas très bien. Donc aussi la colère toujours contre les dirigeants [...] nos dirigeants, nos responsables, je sais pas comment les appeler mais en tout cas je trouve qu'ils ont pas bien fait le job*

Face à la gestion de la crise sanitaire :

MG 7 : *Beaucoup de colère, beaucoup de colère, je ne comprends pas qu'on avait, je sais plus combien de millions, de milliards de masques [...] Olivier Véran nous annonçait qu'on avait des stocks, qu'on allait tenir pendant un mois et je me suis dit « Dans un mois on va être complètement tributaire des commandes en Chine quand je vois qu'on se pique les masques entre petits copains d'Europe ». J'étais très en colère, très en colère.*

MG 2 : *j'étais quand-même en colère alors contre le gouvernement qui prenait pas forcément les bonnes décisions*

Et la politique de santé en France en général :

MG 5 : *je me suis dit « punaise, on se retrouve avec des situations comme ça en France ? [...] c'est honteux on est dans un pays où on est censé effectivement*

être un pays riche, avoir un super système de santé et en fait les politiques de santé le détruisent au fur et à mesure que ce soit l'hôpital comme le libéral et de voir que cette politique de santé ça nous mène un jour où on ne peut plus soigner correctement des patients ? On ne peut plus prendre en charge ? Mais quelle honte pour nos politiques ? Quelle colère

- Déception

*MG 3 : je me disais ils vont nous annoncer [le gouvernement] qu'ils vont nous filer des masques comme Bachelot avait fait. Et ça ne venait pas et ça ne venait pas et ça ne venait pas. [...] Je n'ai jamais eu la naïveté de croire que vraiment nos gouvernants se soucient vraiment, vraiment, vraiment de nous en tant que citoyen et de nous en tant que soignant. Mais ça a été quand-même une déception même si je n'ai pas cette naïveté-là. **J'avais une partie de moi qui espérait qu'on allait être protégé pour aider les gens et que finalement ben non.***

- Sentiment d'abandon

MG 11 : Moi j'ai plutôt eu l'impression qu'on était un peu abandonné et les infos j'ai été les chercher toute seule sur le site de [l'Institut de] Pasteur.

MG 3 : on était abandonné par le Ministère de la santé, l'ARS, etc.

- Stupéfaction face aux informations données au sujet des masques

MG 3 : Je trouvais ça un peu incroyable et puis d'entendre dire que les masques n'étaient pas nécessaires ou que les masques chirurgicaux suffisaient alors qu'on pouvait lire facilement que ben certainement que non.

MG 2 : d'entendre aux informations qu'il y avait pas besoin de masques c'était assez offusquant et on ne comprenait pas en tant que médecin [...] qu'on ne demande pas aux gens de mettre de masques.

MG 1 : je me demandais « Mais pourquoi personne n'insiste sur le fait de protéger les autres par des masques ? » Parce que ça passait très mal dans les médias ! [...] Il y avait des hauts fonctionnaires qui étaient persuadés que ce n'était pas utile, qu'il fallait pas que les gens portent [...] le masque.

- Étonnement face à l'absence de mesures

MG 1 : *Puis j'ai vu arriver la vague progressivement en me disant « on va rien faire ? ». J'étais surtout étonné.*

2.3.2 *En tant que personne*

- Peur de la maladie, de la mort

Pour soi-même mais surtout pour ses proches :

MG 3 : *c'est la peur vraiment j'ai eu peur, j'ai eu peur un peu pour moi, beaucoup pour mes parents [...] et peur de ramener le virus à la maison alors que mes enfants et mon compagnon étaient confinés et hyper vigilants. Et vraiment c'était une période de peur et dont je commence seulement à me débarrasser maintenant*

MG 6 : *j'avais peur pour mes proches.*

La situation générale a été vécue comme traumatisante :

MG 4 : *Ça m'a vraiment fait peur. Les transferts en avion en Allemagne, en hélicoptère, ça m'a traumatisée parce qu'on habite tout à côté de l'hôpital central de X [ville dans l'est de la France]. Ça n'a rien à voir avec le médecin hein mais ça m'a traumatisée et on les entendait la nuit également. Ça m'a traumatisée et j'ai vraiment eu peur.*

- Peur de ne pas assumer

MG2 : *Alors moi j'étais dans une situation personnelle déjà difficile même voire très difficile et je me suis dit une chose de plus à gérer, est-ce que je vais être capable de gérer jusqu'au bout ? Parce que j'étais déjà vraiment acculée par des problèmes familiaux graves et je me suis dit est-ce que je vais être en capacité d'assumer encore cette chose en plus qui me tombe sur la tête [...] mais c'est vrai que c'était quand-même une pression supplémentaire que j'avais peur de ne pas assumer. [...] la peur de pas être capable d'assumer en plus de tout le reste.*

- Colère face à la perte d'humanité

L'isolement des personnes âgées, surtout celles vivant en institution, comme conséquence des mesures mises en place par le gouvernement pour éviter la propagation du virus.

MG 3 : *la colère pour la façon dont les gens des EHPAD comment ces gens-là étaient traitées. Cet **isolement des personnes âgées et le fait qu'il y en a beaucoup qui sont morts tous seuls et qui n'ont pas pu être accompagnés pour mourir ni même jusqu'à leur tombe.** À cause de la crise c'était peut-être justifié mais en tout cas on perdait un petit peu une partie de notre humanité quand-même en faisant ça et en acceptant que ça se passe comme ça aussi. Là c'était une colère un peu plus diffuse d'ailleurs aussi sur tout le monde pas que sur ceux qui prennent les décisions mais de se dire « On accepte ça ? » et oui en fait même moi au quotidien j'accepte puisque je ne fais rien pour que ça change donc ouais il y avait ça.*

2.4 Influence sur la pratique de médecin généraliste

2.4.1 Pendant l'épidémie

2.4.1.1 S'adapter au risque infectieux

2.4.1.1.1 Limiter la contamination au cabinet

- Réorganisation du cabinet :

Un seul des participants n'avait pas changé l'organisation du cabinet. Les autres ont mis en place des mesures spécifiques comme fermer les salles d'attente, faire attendre les patients à l'extérieur, aérer la salle de consultation et mettre en place des vitres de protection.

MG 11 : *la salle d'attente il n'y avait plus que quatre chaises c'est-à-dire les quatre murs [petit rire timide] plus une chaise de bébé, il n'y avait plus de tables, plus de journaux, on a tout jeté. [...] on a essayé de retirer tout ce qu'il y avait et on a une sorte de vitres, un peu comme dans les pharmacies ou dans les boutiques, sur le bureau. [...] un truc en plexiglas. [...] Donc on a ça depuis le mois de mars.*

MG 5 : *j'ai adapté toute ma pratique, j'ai enlevé toutes les choses en salle d'attente, les masques, j'ai placardé sur la porte « Si vous toussiez ou si vous avez de la fièvre, mettez un masque, attendez à l'extérieur » et tout ça.*

MG 2 : *on est en maison pluridisciplinaire, on a des salles d'attente communes du coup il y a beaucoup de monde dans nos salles d'attente donc on a été obligé de les fermer pour éviter la contamination entre patients. [...] on allait chercher les gens dans les voitures, on leur demandait d'attendre sur le parking et on allait les chercher. [...] je prends la température de tous les patients qui rentrent dans la maison de santé.*

MG 6 : *on a eu une météo qui nous a permis d'aérer constamment et comme on n'avait plus de salle d'attente je pouvais travailler porte ouverte.*

- Réorganisation des consultations

- Préconsultation téléphonique

MG 2 : *Donc on faisait une préconsultation téléphonique pour pas mélanger les gens COVID et les non COVID.*

- Plages dédiées pour les suspicions COVID-19

MG 6 : *les suspicions COVID claires avec de la toux, de la fièvre, des difficultés respiratoires je les voyais en fin de demi-journée ce qui me permettait d'avoir vraiment le temps de nettoyer, désinfecter le cabinet.*

MG 2 : *On avait organisé la journée en les [suspicions COVID-19] voyant l'après-midi après un ménage et une désinfection complète.*

- Renforcer l'hygiène au cabinet

MG 8 : *On s'est acheté des blouses parce qu'on n'avait plus l'habitude de travailler avec des blouses.*

MG 3 : *d'avoir renforcer finalement l'hygiène parce que c'est vrai que je me souviens je ne portais des masques que si j'avais la grippe et vu que ça m'est arrivée une seule fois dans ma vie et que c'était exceptionnel.*

MG 2 : *après le déconfinement j'alternais une consultation en présentiel et une consultation par téléphone ou par vidéo pour permettre un temps de pause de désinfection et pour l'aération de la pièce.*

MG 9 : *se mettre à nettoyer beaucoup plus qu'avant, tout désinfecter. [...] ça nous ait incité [...] à être quand-même plus rigoureux sur l'hygiène du cabinet médical*

MG 6 : *j'ai viré tous les jouets, magazines, etc. J'ai condamné la salle d'attente et puis on est parti avec blouse, masque enfin ce qu'on avait.*

2.4.1.1.2 Minimiser contact avec les patients

- Téléconsultation

MG 2 : *On a fait beaucoup de téléconsultations et ça nous a évité d'être en contact avec les sujets COVID [...] pour éviter la propagation. [...] pour protéger tout le monde, les autres patients et nous-mêmes.*

MG 6 : *je faisais beaucoup de téléconsultations comme tout le monde je pense. J'ai fait un maximum de téléconsultations [...] ça me semblait normal et raisonnable de le faire.*

- Saturomètres à domicile

MG 2 : *les sujets COVID, on les a munis d'un oxymètre de pouls et on les surveillait à distance. [...] Les gens COVID on ne les voyait vraiment que si la saturation en oxygène était vraiment basse et qu'on avait une suspicion de surinfection, on les faisait venir et on les auscultait.*

- Renouvellement de traitement chronique sans consultation

MG 5 : *Donc du coup j'avais déjà fait une première démarche auprès des pharmacies du coin en disant « pour les patients qui ont des traitement chroniques qui sont stables il faut que vous renouveliez. Si vous avez des questions, si vous avez des soucis, on est joignable par téléphone. Il faut qu'on se parle par mail, par téléphone pour les renouvellements pour que les patients évitent de venir au cabinet pour des renouvellements simples ».*

2.4.1.2 S'adapter face à la pénurie de masques au début de l'épidémie en France

- Utiliser les masques restants de l'épidémie H1N1

La majorité des participants a utilisé les masques qui avaient été distribués lors de l'épidémie de la grippe A(H1N1) de 2009/2010.

MG 2 : *on a récupéré des masques dans les greniers des mairies qui étaient restés depuis 2010. Bachelot avait été beaucoup critiquée mais grâce à elle on a pu avoir des masques chirurgicaux, périmés mais des masques quand-même.*

MG 12 : *Enfin en tous cas nous au cabinet, on a fonctionné sur nos restes un peu périmés de masques.*

MG 9 : *Alors les masques, moi c'est pareil, j'ai ressorti les masques H1N1 que j'avais en stock, heureusement donc j'ai passé tout le début de l'épidémie avec un masque FFP2 et heureusement qu'il y avait ceux-là finalement.*

MG 7 : *Il nous restait des masques de H1N1.*

MG 4 : *les masques nous on n'a pas souffert au niveau du cabinet parce qu'on avait ceux de 2009.*

- Trouver des alternatives

MG 3 : *je pense qu'en février j'ai commencé à acheter des masques mais des FFP2 de bricolage hyper inconfortables [...] qui laissent des marques atroces, qui blessent le nez*

MG 1 : *très tôt j'ai insisté pour que les gens fabriquent leurs propres masques. La patrie en danger, armons-nous.*

MG 2 : *on a commencé à chercher des masques en tissu pour mettre des masques en tissu [...] à nos patients pour nous réserver les masques chirurgicaux en se disant qu'une double barrière c'était mieux que rien.*

2.4.1.3 S'adapter au risque de complications respiratoires du COVID-19

- Suivi téléphonique renforcé des cas suspectés pris en charge en ambulatoire

MG 4 : *On se faisait une petite liste tous les jours de patients qu'on rappelait une même deux fois par jour en fait [...] pour savoir s'ils allaient bien ou pas, tous ceux qu'on suspectait en fait.*

MG 11 : *pour savoir l'évolution de leur maladie. Soit c'était moi qui appelais soit on leur demandait de nous appeler pour nous donner de leurs nouvelles.*

2.4.1.4 Se soutenir entre professionnels de santé

2.4.1.4.1 Échanges

MG 11 : *c'est vrai qu'au début, on ne savait pas très bien comment s'organiser donc on se téléphonait les uns les autres [...] pour savoir comment faire.*

MG 10 : *on a mis en place un ZOOM, on a essayé d'envoyer à tous les médecins l'adresse mais très, très peu ont répondu. Par contre les pharmaciens étaient très demandeurs donc il y en a pas mal qui ont répondu [...] On en a fait une fois par semaine au début, maintenant c'est une fois par mois. Mais on a pu échanger sur justement comment faire*

MG 7 : *On faisait deux réunions [...] en Skype justement par jour[...] les quinze premiers jours, trois premières semaines pour qu'on puisse réajuster notre conduite à tenir tous ensemble [...] plus les réunions dont je vous ai parlées avec les autres médecins, les autres groupes, les pharmaciens*

2.4.1.4.2 Coopération

La crise sanitaire était l'occasion de renforcer la coopération entre les différents acteurs de soins et même de créer une solidarité inédite :

MG 3 : *Mais c'était aussi l'occasion de voir **une super solidarité de se mettre en place.** On a créé en vingt-quatre heures, le jour des municipales **un groupe Whatsapp [...] de 256 soignants du coin** : médecins, infirmiers, biologistes, kiné, etc. pour s'organiser entre nous. [...] une belle solidarité, les spécialistes ont très très vite fermé leurs consultations classiques en nous donnant leur*

portable. Ben les pneumos disaient « Si vous avez une urgence pneumo, pour vous libérer, vous l'envoyez ! ». Les pédiatres ont aussi fait une consultation enfant fébrile, une consultation enfant normal, non fébrile en tout cas. **Chaque spécialité s'est mise à la disposition des généralistes et c'est quelque chose qu'on n'avait jamais vu jusque-là. Et c'était vraiment touchant.**

MG 2 : Il y a eu un échange énorme avec les spécialistes qui nous ont énormément soutenus parce qu'ils ont été disponibles et donc **on a pu traiter les urgences comme jamais on a pu [...] le faire** et on se trouvait vraiment dans **une vraie médecine de solidarité**. Et là je rejoins MG3 sur ce point de vue. Ça a été formidable **la solidarité entre spécialistes et généralistes** et ça a été très très porteur en fait.

2.4.1.4.3 Recevoir des patients d'autres médecins

MG 6 : j'ai vu des patients qui n'étaient pas les miens pour soulager les médecins qui n'étaient pas en capacité de recevoir.

MG 4 : Alors on a des médecins qui sont tombés malades donc qui se sont arrêtés par la force des choses. On a certains médecins qui ont fermé leur cabinet. [...] On a eu des agents de la sécu[r]ité sociale] qui nous ont appelés pour savoir si on acceptait de prendre des patients qui se retrouvaient sans médecin et qui avaient besoin de consulter.

2.4.1.5 Relation médecin-patient

- Perte en convivialité et plus de distance

MG 8 : Je trouve qu'on a quand-même perdu en convivialité avec nos patients, ça veut dire qu'**on ne leur serre plus la main, on est quand-même beaucoup plus distant** [...] je crois que d'être proche des patients physiquement ça peut leur apporter un plus. Là je pense qu'il y a certaines personnes qui en souffrent, pas tellement moi au quotidien mais je pense que **ça change quand-même pas mal de choses d'avoir un masque, une blouse, c'est quand-même plus difficile d'aborder nos patients**, surtout dans les problèmes psychologiques.

- Solidarité des patients

MG 7 : *Il y a eu une solidarité spontanée par des patients [...] J'avais un patient peintre qui m'a apporté ses masques aussi enfin ça c'était vraiment adorable. [...]*

MG 4 : *Je voulais revenir aussi pour la solidarité, c'était très important. Les patients nous ont donné plein de masques, ils ont donné du gel [hydroalcoolique]. Ça c'était pas mal.*

MG 8 : *c'est vrai qu'on a eu des patients très sympas qui nous ont fourni en masques.*

2.4.1.6 Consultation

- Focalisée sur COVID-19, prise en charge des patients moins globale

MG 12 : *Je trouve que finalement le COVID prend toute la place dans les consultations depuis le début de l'année et que **finalement [...]** tout ce qu'on avait pu instaurer justement pour avoir des consultations un peu globales, ben c'est un peu de côté tout ça et que du coup on se focalise énormément sur les symptômes du COVID et qu'on laisse de côté finalement plein de choses. On est devenu un peu des dépisteurs de COVID.*

- Conséquences de l'isolement social

MG 4 : *par exemple dans les EHPADs, on n'a pas fini d'avoir des morts encore ben pas du COVID mais des effets du confinement. J'ai plein de **syndromes de glissement qui sont liés au manque de visites, manque de contact, de convivialité.** Puis j'ai plusieurs patients qui m'ont dit « mais de toute façon », des gens cortiqués, vieux, âgés, qui disent « mais de toute façon que je vive un ou trois trimestres de plus, qu'est-ce que j'en ai à faire ? ».*

MG 2 : *on a fait beaucoup de psychologie parce qu'il y a eu beaucoup syndromes de glissement chez les personnes*

2.4.1.7 Différence lors de la première vague

- Zones avec faible circulation du SARS-CoV-2

- Premiers cas en différé

MG 2 : *on a eu le temps de se préparer parce qu'on n'a pas eu des cas tout de suite.*

- Peu d'activité

MG 6 : *nous on n'a pas été surchargé. On n'a pas bossé beaucoup pendant cette période-là*

MG 8 : *Puis on avait surtout très peu d'activité au niveau professionnel donc on avait le temps de prendre le temps, de voir un patient par heure s'il le fallait. C'était vraiment très calme*

MG 9 : *on a vu le nombre de consultations diminuer*

MG 1 : *Les quinze premiers jours du confinement ou les trois premières semaines j'ai très peu travaillé.*

MG 2 : *Mon activité avait diminué de deux tiers*

- Majorité des consultations pour des problèmes psychologiques

MG 5 : *Il y a eu beaucoup, beaucoup de consultations dont le motif était l'anxiété, tous les patients un peu à risque, tous les patients qui avaient besoin, qui venaient pour un motif un peu négligeable mais qui avaient besoin de parler, du COVID et comment il faut faire*

MG 8 : *On n'a pas vu beaucoup de patients COVID et en fait on a surtout vu des crises d'anxiété, des gens qui arrivaient avec des attaques de panique*

- Zones avec circulation active du virus

- Beaucoup d'activité et peu de consultation hors COVID-19

MG 4 : *en fait les motifs de consultation hors COVID il n'y en avait pas beaucoup.*

MG 11 : *les chroniques ne venaient plus. Ils avaient leur renouvellement dans les pharmacies. On ne voyait que les COVIDs presque. [...] On a vu beaucoup*

de cas où c'était assez simple, enfin ils étaient hyper fatigués. Mais les cas graves ils allaient directement aux urgences [...] ou appelaient directement le 15.

MG 3 : chez nous oui on a bien, bien bossé, vraiment on a vu 90 % des COVID.

2.4.2 Influence de la pandémie sur la pratique à l'avenir

2.4.2.1 Pas de changement particulier

MG 1 : Je crois pas que ça changera grand-chose

2.4.2.2 Poursuite des mesures mises en place

- Mesures d'hygiène

MG 2 : Bien sûr on va continuer d'avoir des gestes barrières

MG 12 : Je n'ai plus envie d'exercer en étant avec l'examen clinique collé au patient par exemple sans blouse.

MG 10 : Oui pareil, je vais garder la blouse, je vais laisser les salles d'attente sans jouets. J'avais déjà enlevé les magazines, les jouets je les avais laissés pour les enfants. Mais là du coup maintenant tout enlevé, je ne les remettrai pas. Je vais essayer de faire en sorte que les gens continuent à se laver les mains en rentrant même si ce n'est pas gagné. Il n'y a que le masque qu'on pourra finir par enlever je pense quand-même. Mais le reste je vais tout laisser en place. Puis le gel hydroalcoolique pour les visites et le lavage des mains à chaque patient.

MG 3 : Je pense que les masques c'est une habitude que je vais garder.

MG 9 : C'est sûr que jusqu'à la retraite dès que je serai un peu enrhumé, malade ne serait-ce que pour protéger les patients, je mettrai un masque à nouveau. [...] je serai plus rigoureux sur le nettoyage plus régulier du stéthoscope, du matériel

- Temps d'échange entre professionnels de santé

MG 10 : Puis on va garder une fois par mois, pour ceux qui veulent venir, les infirmières, les paramédicaux, les pharmaciens, les médecins.

- Téléconsultation

MG 10 : *J'ai gardé les téléconsultations*

MG 2 : *Moi si, je pense que ça va influencer mon exercice futur. [...] nous sommes dans un endroit où les gens doivent faire beaucoup de kilomètres en voiture et si je peux continuer les téléconsultations et éviter les déplacements ben je trouve ça écologique et puis il y a moins de risque d'accident comme ça [rire].*

2.4.2.3 Bénéfice de cette expérience professionnelle

MG 3 : *assumer plus l'incertitude*

2.4.2.4 Rapport avec les patients

MG 6 : *Je rejoins, je crois que c'est MG 8 qui le disait, le fait que le côté tactile, physique de la consultation est absolument indispensable [...] ce que je vais tâcher de faire pour les dix ans [...] à faire, **c'est de garder cette humanité**, ne pas tomber dans les travers de ce qu'on nous tend voilà c'est mon objectif pour la suite.*

2.4.2.5 Équilibre entre le travail et la vie personnelle

MG 5 : *On fait tout ce qu'on peut pour nos patients après on n'est pas des surhommes et des surfemmes et ces contextes d'épidémie qui sont difficiles et qui nous mettent tous en difficulté, je pense que ça permet aussi un peu de recentrer ce genre de choses. Ça m'a confirmée dans ce fonctionnement-là qui est que je fais tout ce que je peux pour mes patients mais il y a une limite et la limite c'est moi, ma famille et mon bonheur quoi.*

2.5 Difficultés dans l'exercice de médecine générale

2.5.1 Pas de problème particulier

MG 1 : *J'ai eu très peu de problèmes. [...] je n'ai rien trouvé de bien dangereux.*

2.5.2 Difficultés liées à la maladie COVID-19 et au SARS-CoV2

2.5.2.1 Terrain inconnu : Maladie nouvelle

Les connaissances sur la maladie COVID-19 étaient limitées au début de l'épidémie.

- Incertitude quant aux symptômes et aux patients à risque au départ

MG 9 : *qu'est-ce qu'il y aura comme symptômes ? Est-ce que c'est comme une grippe ? Est-ce que ce n'est pas comme une grippe ? ». Des questions qu'on s'est, je pense, tous posées le temps de comprendre quel pourcentage de gens va en faire des pneumopathies graves ? Quel pourcentage est mortel ? Tout ça, on ne savait pas puis les experts ne savaient pas non plus au départ.*

MG 3 : *une grosse incertitude sur à quoi ça ressemble, comment faire la différence avec un syndrome viral habituel qu'on avait à cette période aussi un petit peu.*

MG 4 : *on ne savait pas tout non plus sur les patients à risque.*

- Évolution de ces connaissances au fur et à mesure des études réalisées

MG 9 : *c'est une maladie nouvelle. Je peux comprendre aussi qu'il y ait eu une évolution dans ce qu'on en sait. Ça me paraît aussi un peu inévitable. On ne peut pas avoir des données expertes immédiates sur quelque chose qui n'a fait son apparition que récemment comme maladie. Il faut forcément un délai pour savoir quels sont les symptômes habituels, ceux qui sont moins courants. [...] ces choses-là évoluaient au cours du temps [...] c'était ce qu'ils pensaient à un moment t et sur le moment ça semblait vrai ce qu'ils disaient. Simplement les études passant, plus tard c'est remis en question. [...] quand il y a une maladie nouvelle [...] il y a forcément des choses au départ qu'on pense vraies et qui ne sont pas vraies.*

Cela a pu provoquer des retards de diagnostic car les patients présentaient des symptômes qui n'étaient pas encore associés au COVID-19 au moment de la prise en charge :

MG 4 : *on était toujours en retard, on avait vu plein de gens qui avaient une anosmie, on ne savait pas que c'était un des signes donc on passait à côté donc on ne les avait pas confinés vis-à-vis de leur entourage. On avait vraiment tout*

faux, on avait tout faux. [...] notamment chez les personnes âgées aussi les diarrhées qui sont des symptômes initiaux, je me suis fait avoir. Donc ces patients-là on ne les suivait pas et au bout d'une semaine on s'apercevait qu'ils compliquaient. [...] Les grosses difficultés c'étaient les symptômes initiaux où ce n'était pas seulement le mal de gorge, la toux et les difficultés respiratoires qui sont très subjectives aussi

2.5.2.2 Maladie potentiellement grave

MG 7 : sur les quatre morts qu'il y a eu effectivement dans notre patelin, il y en a eu deux dans ma patientèle et dès le début. [...] c'était un couple, donc visiblement le monsieur a été contaminé et puis l'épouse, on n'avait pas de tests du tout au début ! Donc c'était que du clinique. Je l'ai hospitalisé, je l'appelais tous les jours. Je l'ai hospitalisé en me disant « Est-ce que je ne l'ai pas hospitalisé un peu tard ? » et puis [...] son épouse [...] deux jours après qu'il soit parti à l'hôpital [...] a commencé à présenter des symptômes. Là j'étais un peu plus vigilant mais c'est parti pareil avec la même évolution.

- Risque de dégradation rapide

MG 9 : Je le rappelais tous les deux jours, quasiment pour voir s'il allait bien. Je l'ai fait revenir pour voir sa saturation. [...] ça peut vite être stressant, la situation peut parfois vite changer.

MG 4 : la première semaine on a eu un patient qui se retrouvait en réa[nimation] avant même de nous consulter parce qu'il s'est aggravé rapidement.

- Évolution pas complètement prévisible de la maladie

MG 4 : C'était ma grosse difficulté de savoir est-ce que c'est grave ou pas grave [...] parce qu'à ce moment-là on s'apercevait qu'il y avait des patients à risque qui s'en sortaient très bien et d'autres patients jeunes qui se retrouvaient à l'hôpital en un rien de temps et ça je ne l'ai toujours pas compris. Je n'ai toujours pas compris pourquoi certains patients s'en sortent très bien et notamment dans les EHPADs.

2.5.3 Prise en charge des patients

2.5.3.1 Ne pas pouvoir confirmer le diagnostic de COVID-19

- Absence de tests RT-PCR au début de l'épidémie

MG 4 : *on n'avait toujours pas de tests à X [ville dans l'est de la France]. On les a eus le 15 mars ce qui est très tard*

MG 7 : *On a été en souffrance pendant quinze jours parce qu'on avait des cas qu'on diagnostiquait cliniquement mais on n'avait aucun moyen de les confirmer par des tests*

- Puis indications restreintes pour la réalisation de tests RT-PCR

MG 9 : *ça se limitait à une suspicion parce qu'en effet [...] on ne pouvait pas du tout confirmer les diagnostics. Les fois où j'ai appelé pour un patient un peu plus sévère pour faire un test qui au début n'était fait qu'à l'hôpital, j'avais vite compris que le SAMU ne donnerait jamais suite pour faire les tests sauf si le patient était quasiment dans le coma. [...] on avait des patients qui étaient malades, qui toussaient, qui étaient plus ou moins bien [...] mais on ne pouvait pas leur dire « c'est ça, c'est sûr »*

MG 8 : *les COVIDs je n'en ai eu que trois réels, peut-être d'autres mais non déterminés puisqu'on ne faisait pas des tests à tout le monde.*

MG 4 : *on en avait déjà sauf qu'on ne le savait pas parce qu'il n'y avait pas de tests, [...] on ne les faisait que chez des patients qui étaient hospitalisés.*

- Saturation des laboratoires

MG 12 : *Je me revois un samedi midi en juillet dans le cabinet où impossible de trouver un laboratoire pour faire un test chez quelqu'un qui était suspect. C'était quand-même au mois de juillet. Je trouvais que ça avait été très, très long à mettre en place, pour le dépistage.*

2.5.3.2 Difficulté pour éliminer diagnostic différentiel

- Accès restreint aux examens complémentaires

MG 9 : *Je ne sais pas dans vos régions mais ici il n'y avait plus le droit de prescrire des radiographies pulmonaires. [...] On n'avait que l'auscultation pour être sûr qu'il n'y a pas une pneumopathie. [...] c'était un exercice je trouve plus compliqué de la médecine puisqu'on nous supprimait des éléments et ce n'était pas si facile je trouvais.*

MG 10 : *on leur a quand-même évité les prises de sang parce qu'on ne voulait pas contaminer les infirmières non plus parce qu'à l'époque elles n'avaient pas encore de blouses. On évitait de faire des examens aussi.*

- Épidémie concomitante de grippe au printemps

MG 10 : *J'avais eu quelques cas que j'avais été dépister [...] Finalement il y avait une grippe dedans, c'était une vraie grippe. Mais c'est compliqué.*

MG 11 : *on avait le problème du diagnostic de la grippe.*

2.5.3.3 Prendre des décisions

- Isolement des cas suspectés

MG 3 : *tout au début aussi, prendre des décisions d'isolement des gens c'était complètement nouveau, j'ai jamais été amenée à faire ça, j'ai jamais travaillé en infectiologie [...] donc dire aux gens « Vous ne sortez plus de chez vous », pas de contact, etc. ça me semblait être une sanction super dure à donner*

- Tests diagnostiques chez des enfants

MG 9 : *à la fois ça pouvait être, on le sait, chez l'enfant un authentique COVID même sous l'allure d'une rhinopharyngite banale, et de l'autre on se disait on doit dépister tous les enfants qui passent ou on ne doit pas les dépister ? [...] Et à partir de quel âge ? [...] quand ça va être la saison des bronchiolites des nourrissons. On va faire des PCR chez des nourrissons qui ont trois mois, six mois ?*

- Poursuite des mesures au déconfinement

MG 2 : *est-ce qu'on doit rouvrir les salles d'attente ? On ne sait pas trop comment faire. Parce que bon on travaille quand-même moins qu'avant et on est dans une zone de revitalisation rurale où il y a très peu de médecins donc il y a beaucoup de demande. Est-ce qu'on va pouvoir revenir quand-même à un exercice d'avant le COVID ? Pour l'instant on ne sait pas ! [pause] ça nous complique quand-même la tâche dans les zones où il y a peu de médecins.*

2.5.3.4 Conseiller les patients

- Décalage avec informations données par le gouvernement

MG 12 : *Alors moi, ça a été sur les masques principalement. Parce que je trouvais que c'était tout et son contraire et du coup c'était très difficile de faire passer des messages aux gens par rapport aux masques. [...] beaucoup d'informations contradictoires et que ça, je trouvais ça très dur à gérer autant pour moi-même en tant que soignante, autant avec les patients parce que parfois les patients amenaient des informations qui étaient complètement différentes de ce que nous on pouvait avoir comme informations médicales. Je trouvais ça pas facile à gérer.*

MG 5 : *j'ai vraiment trouvé difficile de devoir gérer les explications auprès des patients par rapport à ce que nous disaient les autorités*

2.5.3.5 Rassurer les patients

- Informations anxiogènes par les médias

MG 5 : *Je trouve qu'il y avait un vrai décalage avec ce que vous entendiez en allumant BFMTV ou France Info. C'était hyper anxiogène pour les patients et ce n'était pas toujours évident de les rassurer [...] Ce n'était pas le problème médical c'était plus l'anxiété générée par le contexte médiatique si vous voulez.*

- Sans avoir la confirmation du diagnostic

MG 10 : *J'ai eu une difficulté aussi à rassurer certaines personnes que je suspectais COVID mais à l'époque on ne testait quasiment personne. Du coup*

ils avaient des symptômes qui pouvaient correspondre, on ne savait pas où ça allait aller, on ne savait pas combien de temps ça allait durer, on ne pouvait pas les rassurer.

2.5.3.6 Éducation aux gestes barrières

MG 10 : éduquer les patients, ça a été compliqué aussi. [...] le port des masques, le lavage des mains. J'avais mis un panneau « on se lave les mains, quand on rentre » mais il y en a encore qui ne le font pas.

2.5.4 Téléconsultation

2.5.4.1 Pratique inadaptée aux infections respiratoires

MG 3 : Surtout les réévaluations de COVID en téléconsultation enfin t'as tellement l'impression que c'était une blague quoi ! Essayer d'évaluer des infections respiratoires sans avoir les gens en face de soi donc finalement on les convoquait au cabinet quoiqu'il arrive. La téléconsultation c'était difficile.

MG 9 : on ne peut pas prendre une saturation, on ne peut pas ausculter. En fait c'est une consultation par téléphone.

MG 4 : La téléconsult[ation] ne résout pas tout. [...] j'en ai fait venir une paire au cabinet pour les examiner

2.5.4.2 Problèmes techniques

MG 4 : La téléconsultation c'était une grosse difficulté pour moi parce qu'en fait déjà on ne voit pas bien, l'éclairage, on ne sait pas s'ils sont verts, rouges ou jaunes

MG 9 : il a fallu que je trouve une caméra, il n'y en avait nulle part, sur internet tout était épuisé.

MG 12 : Donc l'apprentissage de la téléconsultation pour ma part, puisque je ne connaissais pas, déjà ce n'était pas évident [...] à avoir des bonnes connexions, arriver à joindre les gens. Je trouvais que c'était un exercice technique pas facile.

MG 7 : *Moi je me rappelle les premières semaines, il a fallu que je prenne le contrôle à distance des ordinateurs de mes patients pour leur installer le machin [rires de MG 5] ce qui fait que rapidement on était content que la sécu[rité sociale] nous dise « vous pouvez faire la téléconsultation sans vidéo » parce que de toute façon ce n'était pas jouable.*

2.5.4.3 Mise en place à contre-cœur et pratique insatisfaisante

MG 3 : *La téléconsultation aussi, la mise en place de la téléconsultation. Moi je l'ai vécue comme une difficulté. Jusque-là j'étais farouchement opposée à la téléconsultation parce que vraiment je trouve ça important d'être en présence du patient et pour lui et pour nous. Ben il a bien fallu s'y mettre et ça m'a coûté beaucoup d'énergie. Je trouvais ça extrêmement fatiguant et puis je trouvais ça extrêmement insatisfaisant.*

MG 9 : *Je n'aime pas ça. Je préfère mettre un masque et tout et quand-même voir les gens, passer mon temps à tout désinfecter mais je n'y reviendrais que contraint et forcé.*

2.5.5 Difficultés matérielles

- Pénurie de matériel de protection

Surtout des masques au début de l'épidémie :

MG 2 : *on n'arrivait pas à trouver de masques, on n'avait pas de masques. On nous en a livrés au bout d'un mois. [...] On n'avait pas de masque FFP2 donc cette escalade aux masques a été nos premières difficultés et préoccupations.*

MG 5 : *J'ai eu plusieurs difficultés. La première comme tout le monde le manque de masques.*

MG 7 : *on avait des cas et on n'avait pas de masques, on n'avait pas de protection. [...] Pour vous donner un ordre d'idée comme nous on a été en pénurie en périphérie de la zone rouge, j'ai fait cinquante bornes pour aller chercher des masques FFP2 pour les dix médecins de la ville. Parce que l'URPS avait réussi à en dégoter un peu, et en fait je m'attendais à repartir avec la voiture pleine de masques. Je suis reparti avec six masques par médecin.*

MG 12 : *Ben déjà, on n'était pas tellement équipé !*

MG 3 : *le peu de masques chirurgicaux qu'on ait pu se procurer parce que très vite il n'y avait plus rien en pharmacie*

Mais aussi d'autre matériel tout au long de l'épidémie :

MG 2 : *à un moment donné où on n'arrivait plus à avoir de saturomètres. Et là en termes de matériel c'est de pire en pire parce que on a les masques maintenant mais parce qu'on n'a plus de sondes pour les thermomètres. [...] hier je n'ai pas pu acheter de désinfectant alors on arrive à trouver du gel hydroalcoolique maintenant mais nous n'arrivons plus à avoir de désinfectant de surface ou de désinfectant pour le matériel. [...] C'est vraiment une difficulté de trouver du matériel pour assumer notre rôle parce que là on fait venir de plus en plus de personnes et on n'a pas de matériel de désinfection.*

MG 3 : *Même les gels hydroalcooliques. J'ai fait un petit peu de stock et heureusement parce que très vite il y en avait plus. C'est vrai que cette difficulté d'approvisionnement en matériel de protection c'était assez compliqué.*

2.5.6 Charge de travail supplémentaire

2.5.6.1 Mise à jour permanente et quantité importante d'informations

MG 9 : *Puis bien sûr il y a eu tout l'aspect de se mettre à jour, au fur et à mesure. Au départ il y a eu beaucoup de messages sur l'ARS, des mails, des trucs et c'était beaucoup de temps passé je trouve à lire tout ça, à savoir ce qu'il faut faire.*

MG 7 : *on avait des infos, [...] des alertes, on était inscrit à 'DGS urgent' mais le problème c'était qu'on était inondé d'infos*

MG 8 : *Je n'ai pas eu l'impression d'avoir eu vraiment des grosses difficultés si ce n'est l'arrivée des informations qui changeaient régulièrement.*

2.5.6.2 Charge administrative

MG 4 : *L'autre difficulté c'était aussi les arrêts de travail, les demandes d'arrêt de travail. Je pense qu'on a été assez large sur les demandes d'arrêt de travail*

MG 12 : *Il y a aussi la demande des certificats pour justifier [l'absence d'infection], il y a une grosse demande.*

MG11 : *[demande de certificats pour] la reprise de l'école*

2.5.6.3 Consultations COVID-19 plus longues et suivi renforcé

MG 10 : *un patient ça prend du temps parce qu'il faut l'enregistrer dans le contact d'ameli [...] Il faut que tu lui prescribes éventuellement du paracétamol. Il faut que tu lui expliques les consignes. Il faut que tu lui expliques que si ça aggrave au niveau respiratoire il faut qu'il appelle le 15, qu'il n'attende pas. Il faut que tu lui expliques qu'il ne faut pas qu'il reste allonger toute la journée parce qu'il ne faudrait pas qu'il chope une phlébite. Donc tout ça en fait, ça prend du temps. Et après il fallait voir les contacts [...] il faut voir tous les autres patients chroniques et tous les autres patients qui viennent pour des pathologies aiguës, ben c'est compliqué du coup.*

MG 9 : *ça peut vite nous demander pas mal de boulot, de gens à rappeler, à surveiller. [...] ça peut vite prendre beaucoup de temps.*

2.5.6.4 Recevoir des patients d'autres médecins

MG 4 : *parce que nous on a eu plein de médecins qui ont fermé leurs cabinets. Du coup on se retrouvait avec des patients non COVID mais qui avaient besoin de consulter et c'était la pagaille complète.*

2.5.6.5 Reprise de patientèle sans lien avec l'épidémie

MG 5 : *J'ai eu une difficulté particulière mais qui n'a rien à voir avec le COVID c'est que j'ai un confrère dans le village d'à côté qui est parti du jour au lendemain pour des problèmes de santé et qui avait une patientèle énorme. Il avait trois ou quatre mille patients dans sa patientèle. Donc ils se sont tous précipités chez moi qui suis la plus jeune installée du coin. Donc moi, j'ai été débordée. Débordée pas à cause du COVID mais à cause de tous ces patients-là qu'il fallait que je récupère.*

2.5.7 Gestion de la crise par les autorités sanitaires et gouvernementales

2.5.7.1 Communication et informations diffusées

- Informations incomplètes et pas claires

MG 11 : *Au début [...] les informations [...] par la Sécurité Sociale où c'était il n'y avait que trois symptômes qui étaient la fièvre, le rhume et la toux et en fait il y a des gens qui n'ont jamais eu de fièvre, jamais eu de toux et qui avaient bien le COVID et donc ça on l'a su petit à petit et notamment moi dès le départ j'ai été sur le site de (l'Institut de) Pasteur et là il y avait tout en détail, beaucoup plus que ce qu'on nous avait donné*

MG 3 : *Beaucoup de questions de cas contact mais la définition n'était pas claire donc cas possibles mais la définition n'était pas claire et vraiment on plongeait dans le vif du sujet avec beaucoup de points d'interrogation dès le début.*

MG 4 : *avec le recul on a manqué d'informations claires et si on nous avait prévenu un peu plus tôt en disant « voilà de toute façon l'épidémie va venir je ne sais pas à partir du quinze février vous portez des masques, des blouses et surtout vous faites en sorte que les patients n'attendent pas ou vous téléconsultez, etc. »*

- Contradictaires et en décalage avec données scientifiques

MG 12 : *on avait quand-même beaucoup, beaucoup d'informations contradictoires [...] ça a été sur les masques principalement. Parce que je trouvais que c'était tout et son contraire et du coup c'était très difficile de faire passer des messages aux gens par rapport aux masques. [...] on continue d'en avoir parce que de toute façon sur les cas contact, il y a parfois des appels de la CPAM qui sont à mon sens pas adaptés. Les gens nous contactent pour avoir des arrêts de travail parce que la CPAM ne peut pas gérer ça, du coup la CPAM leur dit de venir au cabinet alors qu'on sait bien que ces gens sont potentiellement positifs donc ne doivent pas normalement côtoyer d'autres personnes. D'autant qu'ils soient asymptomatiques donc je ne vois pas l'intérêt de les recevoir au cabinet*

MG 5 : *Je trouve qu'il y a une très mauvaise communication des ARS, de la DGS. Ils ne savaient pas quoi faire mais ça ce n'est pas très, enfin si c'est grave,*

mais c'est compréhensible. Moi ça m'a posé problème qu'ils fassent comme s'ils savaient gérer, on nous a expliqué que les masques ne servaient à rien, vous entendiez tout et n'importe quoi à la télé. [...] Je trouvais ça difficile ce décalage qu'il y avait entre la réalité scientifique, les chiffres qu'on avait, alors bien sûr [...], on ne savait pas tout mais ce qu'on savait, il y avait un décalage avec ce qu'on entendait de la part des autorités.

MG 2 : C'est vrai que d'entendre aux informations qu'il y avait pas besoin de masques c'était assez offusquant et on ne comprenait pas en tant que médecin [...] qu'on ne demande pas aux gens de mettre de masques.

MG 3 : puis d'entendre dire que les masques n'étaient pas nécessaires ou que les masques chirurgicaux suffisaient alors qu'on pouvait lire facilement que [...] non.

MG 1 : il y a eu la comédie des masques on croirait presque une pièce Shakespearienne, les masques. [...] après tout porter le masque ou un foulard, rien que ça c'était déjà une protection des autres. Il y avait des hauts fonctionnaires qui étaient persuadés que ce n'était pas utile, qu'il fallait pas que les gens portent le foulard ben le masque.

2.5.7.2 Manque d'interlocuteur

MG 3 : L'ARS qui avait une ligne verte et qu'on appelait n'avait pas vraiment de réponse, ils ne savaient pas nous dire. « Voyez avec le 15 » mais le 15 était saturé puis il ne fallait pas déranger le 15, ils avaient des choses bien plus urgentes à faire que de répondre à nos questions quant aux situations pas très urgentes mais auxquelles il fallait une réponse rapidement quand-même, savoir comment orienter les gens.

2.5.7.3 Manque de préparation et d'organisation

MG 4 : Je pense qu'à l'avenir même à titre national [...] il faut que l'ARS organise des choses en disant « bon bah voilà s'il y a une pandémie, il faut qu'il y ait des centres COVID dédiés ». [...] pour l'avenir, parce qu'on va en avoir

d'autres des pandémies [...], il faut qu'on s'organise et il faut qu'on soit prêt à dégainer un truc où ça fonctionne et qu'on ne soit pas dans la panique totale.

2.5.7.4 Barrières administratives pour la mise en place de centres COVID-19

MG 5 : J'ai eu l'ARS au téléphone pour ce centre [COVID-19], tout était prêt, tout le monde était prêt, il n'y avait qu'à voir des patients COVID. [...] en fait il y a des problèmes d'ordre administratif c'est-à-dire que normalement tu n'as pas le droit d'exercer dans un cabinet hors ton cabinet. C'est un lieu d'exercice secondaire qu'il faut déclarer à l'Ordre des médecins, qu'il faut déclarer à l'ARS. Il faut que ce soit validé par l'ARS. Il faut remplir un dossier, [...] il fait quarante pages [...] il faut quand-même que ce soit conforme à des réglementations je veux bien l'entendre mais l'ARS aurait dû [...] valider ça rapidement, ça n'a pas été fait et effectivement il va falloir réfléchir à des fonctionnements comme ça, ça veut dire alléger d'un point de vue administratif

2.5.8 Divergences entre collègues

2.5.8.1 Conduite à tenir au sein du cabinet

MG 12 : parce que nous à six en plus, on a eu parfois des conduites différentes. Ça a été assez difficile d'établir un consensus pour tout le monde et du coup ça a créé des divergences un peu de on va dire de pratique, sur la protection, sur la façon de distancier les patients

MG 6 : Mon associée a un asthme complètement instable. Ça a été très compliqué aussi de lui faire prendre conscience qu'elle prenait un risque et de lui faire accepter de ne plus voir de patients COVID. J'ai vraiment dû batailler énormément parce qu'elle voulait absolument prendre sa part. Ça a été compliqué de lui faire accepter de me laisser voir les cas suspects. Évidemment que peut-être elle était en face de cas qui n'étaient pas identifiés comme suspects. Je voulais au moins prendre moi tous les cas où il y avait une suspicion forte [...] je lui disais « Mais je veux vraiment pas que tu t'exposes » et elle me disait « je ne me pardonnerai jamais si toi tu chopes le COVID d'un de mes patients ». Ça c'était vraiment compliqué.

2.5.8.2 Perception de la situation

MG 7 : *Après les difficultés suivantes, ça a été le décalage qu'on pouvait avoir entre nous c'est-à-dire que par exemple dans le département de médecine générale [...] on avait des coins qui n'étaient pas du tout touchés qui pensaient que nous, on en faisait trop. [...] Pas qu'au sein du DMG, je prends l'exemple du DMG parce que dans le DMG on vient de toute la région mais même au sein du canton les cabinets ne réagissaient pas du tout de la même façon et ça c'était très difficile de se dire, [...] « Qui voit juste et qui ne voit pas juste ? »*

2.5.8.3 Prise de décisions

MG 7 : *C'était curieux quand-même qu'on ait cette prise de conscience qui est complètement différente d'un individu à l'autre alors qu'on avait tous les mêmes informations vous voyez. [...] à partir des mêmes données, notamment je ne sais pas si vous avez vu la conférence du virologue de Rennes [...] On avait vu la même vidéo tous les quatre, les deux couples, et on est arrivé à des décisions diamétralement opposées et on ne savait pas qui prenait la décision juste.*

2.5.9 Décalage géographique au printemps

Lors de la première vague, les médecins n'étaient pas confrontés aux mêmes difficultés en fonction de la situation épidémique dans leur région.

2.5.9.1 Circulation active et précoce du virus

MG 4 : *il y a trois gros hôpitaux à X [une ville de l'Est de la France], il y a eu deux hôpitaux qui ont été des clusters en eux-mêmes [...] c'était fin février [...] au premier mars à mon retour de vacances [...] en fait en [département de l'Est de la France] on en avait déjà sauf qu'on ne le savait pas parce qu'il n'y avait pas de tests [...] on ne les faisait que chez des patients qui étaient hospitalisés. Quand je suis revenue de congés le premier mars c'était déjà trop tard en fait [...] les patients étaient déjà malades donc c'était quinze jours avant le confinement.*

- Pris-e au dépourvu : Ne pas avoir eu le temps de se préparer

MG 4 : *Du coup nous, on avait aucune organisation et les patients se contaminaient dans la salle d'attente puisque j'ai redémarré le lundi avec un fonctionnement normal et les patients s'attendaient, j'ai eu du retard, etc. [...] Parce que les quinze premiers jours nos salles d'attente ont contribué [...] à contaminer les patients. [...] on a été vraiment pris au dépourvu*

- Submergé-e au moment de la vague

MG 4 : *au moment où on était dedans [...] on était en train de se dépatouiller [...] on a eu plein de médecins qui ont fermé leurs cabinets. Du coup on se retrouvait avec des patients non COVID mais qui avaient besoin de consulter et c'était la pagaille complète. [...] tout le monde était dans la panique. [...] on était tellement hébété et tellement on s'est pris le truc.*

MG 3 : *je suis dans [une région du Nord de la France] donc je suis limitrophe de l'Oise où il y a eu les premiers clusters et donc le tout début de la vague on l'a bien senti arriver puis après on se l'est pris dans la figure*

- Saturation des hôpitaux

MG 4 : *quand on appelait le 15, c'était encombré à l'hôpital, on nous disait « bon au moins réexaminez-le avant de nous rappeler parce qu'on n'a pas de place »*

- Des cas graves dès le début

MG 4 : *C'est vrai que du quinze mars au quinze avril, tout de suite on a eu des cas graves [...] la première semaine on a eu un patient qui se retrouvait en réa[nimation] avant même de nous consulter parce qu'il s'est aggravé rapidement.*

2.5.9.2 Faible circulation du virus

- En attente de la vague épidémique

MG 9 : *à chaque semaine on disait « il n'y a pas grand monde mais ça se trouve la semaine prochaine, on va être submergé ». C'est vrai que ça c'était un peu stressant finalement.*

- Difficultés financières suite à la diminution du nombre de consultations

MG 9 : *Il y a des difficultés financières quand-même, quand on passe du monde à trois personnes par jour.*

2.6 Impact sur la vie personnelle

2.6.1 Négatif

2.6.1.1 Difficile de concilier vie privée et professionnelle

- Situation difficile pour conjoint et source de tensions dans le couple

MG 5 : *mon mari était en arrêt garde d'enfants puis un peu en télétravail. Avec trois gamins à la maison je vous laisse imaginer ce que ça donne. [...] moi qui rentrais tard enfin c'était très difficile pour lui. C'était difficile pour moi aussi en plus il y avait ce stress, je passais beaucoup de temps à me renseigner. Donc il y avait un moment je me souviens c'était assez conflictuel. Il m'a dit « Tu passes tout ton temps à lire tes mails ». Ça a été dur de trouver un équilibre pour la famille, parce que pour lui c'était difficile de devoir tout gérer sans moi, même si j'ai quand-même essayé de gérer les jours où j'étais à la maison. Mais je trouve que ça a eu un impact sur notre vie familiale et ma vie de couple parce que les conjoints non médecins, même s'il ne travaillait pas à mon cabinet, ça a été très difficile pour lui. [...] j'ai beaucoup lu, mon mari me l'a reproché à un moment parce que je faisais ça tous les week-ends [rigole].*

MG 7 : *Je dirais avec humour que le coronavirus est un très bon moyen de contraception [rire de tout le monde] ça met la libido à zéro pour tout le monde*

- Gérer les enfants pendant le premier confinement

MG 7 : *on est un couple de généralistes avec quatre enfants. [...] on imaginait qu'on allait faire les téléconsultations de la maison mais le problème c'était que ce n'est pas jouable avec les gamins à côté. [...] il a fallu gérer les quatre gamins et passée la première semaine du confinement [...] on a envoyé un SOS [...] à nos parents [...] en leur disant « Help ! Help ! Help ! Nos gamins sont livrés à*

eux-mêmes. Est-ce que vous pouvez nous aider ? [...] on aimerait bien que vous fassiez des petits points Skype dans la journée » [...] on a eu une grosse souffrance parentale

- Ne pas fréquenter ses proches pour ne pas les contaminer

MG 4 : La première semaine on a eu beaucoup, beaucoup de cas. J'avais pris la décision de dormir dans la chambre d'ami. Mais ça a duré cinq jours parce que là j'étais vraiment en souffrance parce que déjà qu'on ne se voyait pas avec mon mari

MG 6 : Autrement du temps très loin de mes parents parce que je ne voulais absolument pas les fréquenter.

2.6.1.2 Tomber malade

MG 11 : fin mars je me suis retrouvée avec le COVID moi-même [...] Donc j'ai été malade quatorze jours et j'étais en arrêt trois semaines [...] c'était une grosse fatigue où je n'avais pas le temps effectivement d'avoir peur ou d'être inquiète même pas pour moi. Sauf que je trouvais ça un petit peu long et [rire] voilà. Mais c'était comme les autres. [...] C'était un repos forcé.

2.6.1.3 Fatigue

MG 2 : je trouve que je suis plus fatiguée en fin de journée depuis qu'il y a eu cette épidémie. En temps ordinaire on est fatigué mais il y a quand-même une pression supplémentaire et une fatigue supplémentaire parce qu'il y a quand-même des craintes.

2.6.2 Positif

2.6.2.1 Soutien des proches

MG 6 : mon mari, il a complètement géré la maison. Il était même à mes petits soins, à me préparer mon petit repas pour midi parce que j'habite un peu loin

de mon cabinet et je ne rentrais pas le midi. J'étais assez chouchoutée pendant cette période-là.

MG 7 : Après ça s'est très bien passé avec les oncles, les tantes, les grands-parents qui ont pris la relève à distance [pour gérer les enfants à la maison].

2.6.2.2 Réconfort familial

MG 6 : ça m'a permis de passer du temps avec mes grands parce que je n'ai que des grands enfants qui ont quitté la maison. Mes deux filles se sont confinées à la maison, mon fils nous a rejoint après le déconfinement, il était resté à Paris. Donc déjà du temps passé avec mes enfants ce qui n'était pas du tout prévu [rit].

MG 8 : à part avoir vu ma fille un peu plus souvent le midi parce qu'en général elle est à la cantine donc ça s'est très bien passé de ce côté-là sur le plan familial. Je rentrais un peu plus tôt c'était quand-même sympa

MG 5 : J'arrivais souvent à rester le mercredi matin à la maison, du coup il y avait mon mari et mes trois enfants. [...] j'avais vraiment besoin de me détendre, j'ai vraiment profité. J'habite à huit minutes du cabinet donc entre midi et deux quand je n'avais pas de visite, je rentrais manger avec mon mari et mes enfants, je buvais le café sur la terrasse avant de repartir [...] De ce point de vue-là c'était super.

MG 4 : Il y a quand-même eu du bon où effectivement [mon mari] était à la maison. C'était réconfortant de rentrer le soir

2.6.2.3 Reprise de contact avec personnes perdues de vue

MG 4 : ça m'a permis de reprendre contact, j'ai fait mes études à X (une ville de l'ouest de la France) et j'ai plein d'anciennes collègues qui ont repris contact avec moi. C'était rigolo parce que c'était le côté bénéfique en fait. C'était l'occasion parce que la vie a fait que bon on ne se voyait plus trop, on ne se communiquait plus trop et là ce n'était pas mal, ce n'était pas mal ce truc-là.

2.7 Vécu de l'épidémie de la grippe A(H1N1) et comparaison avec la pandémie de COVID-19

- Épidémie d'une maladie connue pour la grippe A(H1N1)

MG 9 : *en pratique [...] ça restait quand-même une grippe donc quelque chose de connu même si ça risquait de toucher plus de monde [...] mais au moins on ne naviguait pas en terre complètement inconnu, ce qui changeait un peu les choses.*

- Impact moins important de l'épidémie de grippe A(H1N1)

MG 9 : *Mais je ne me souviens pas que j'ai eu un impact aussi important avec le H1N1.*

- Bonne préparation et peu de cas de grippe A(H1N1) au final en France

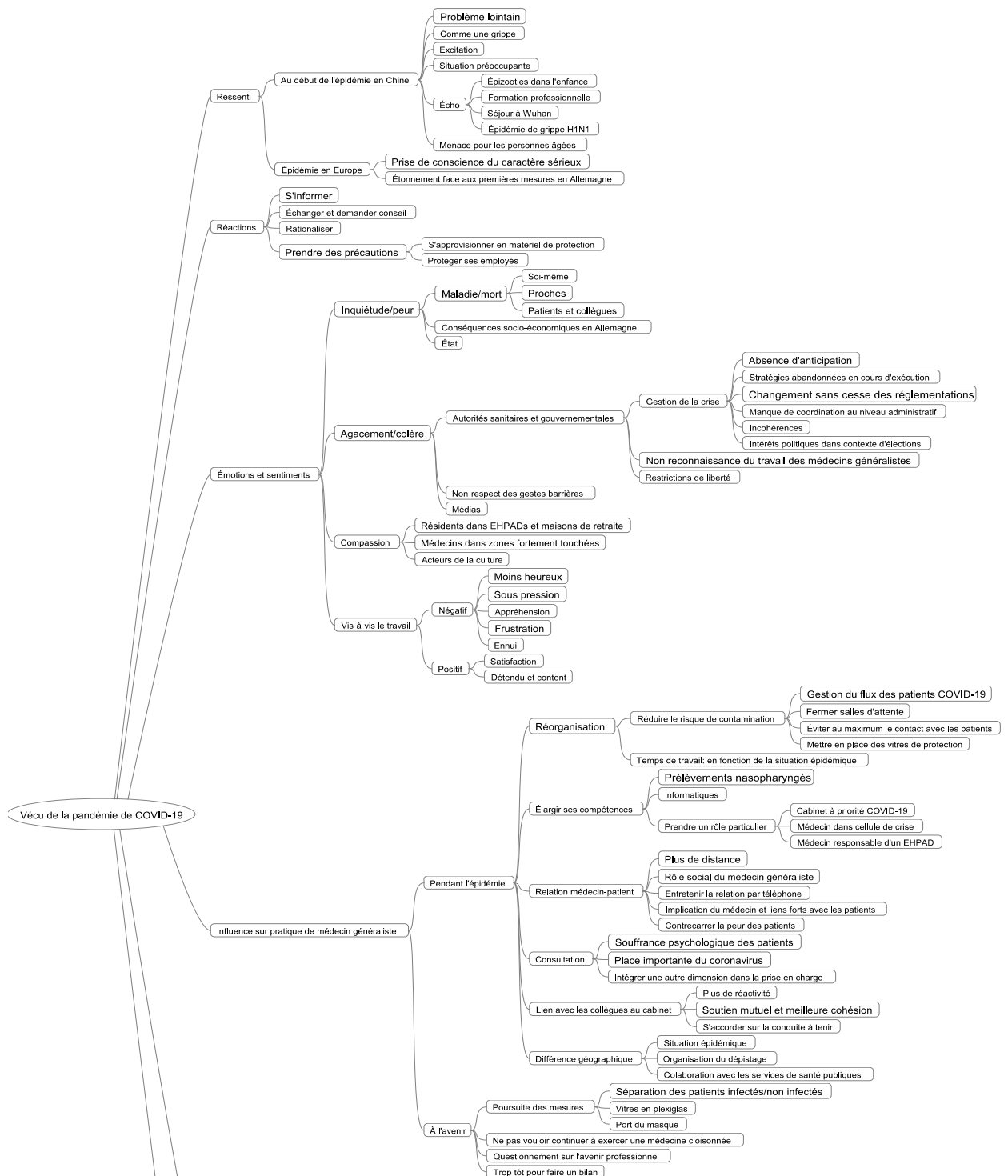
MG 4 : *La pandémie il y a dix ans [..], on avait été surpréparé mais on n'avait pas vu de patients malades.*

- Hystérie médiatique pendant l'épidémie de COVID-19

MG 12 : *Moi je trouve qu'il n'y a pas eu d'hystérie médiatique à l'époque comme il y en a eu cette fois-ci.*

3. Analyse thématique des focus groups allemands

L'arbre thématique des focus groups allemands est présenté ci-dessous et disponible sous le lien suivant : <https://drive.google.com/file/d/1NIM-Hlvx6slh582BjGxHQC0TCshKsDv/view?usp=sharing>



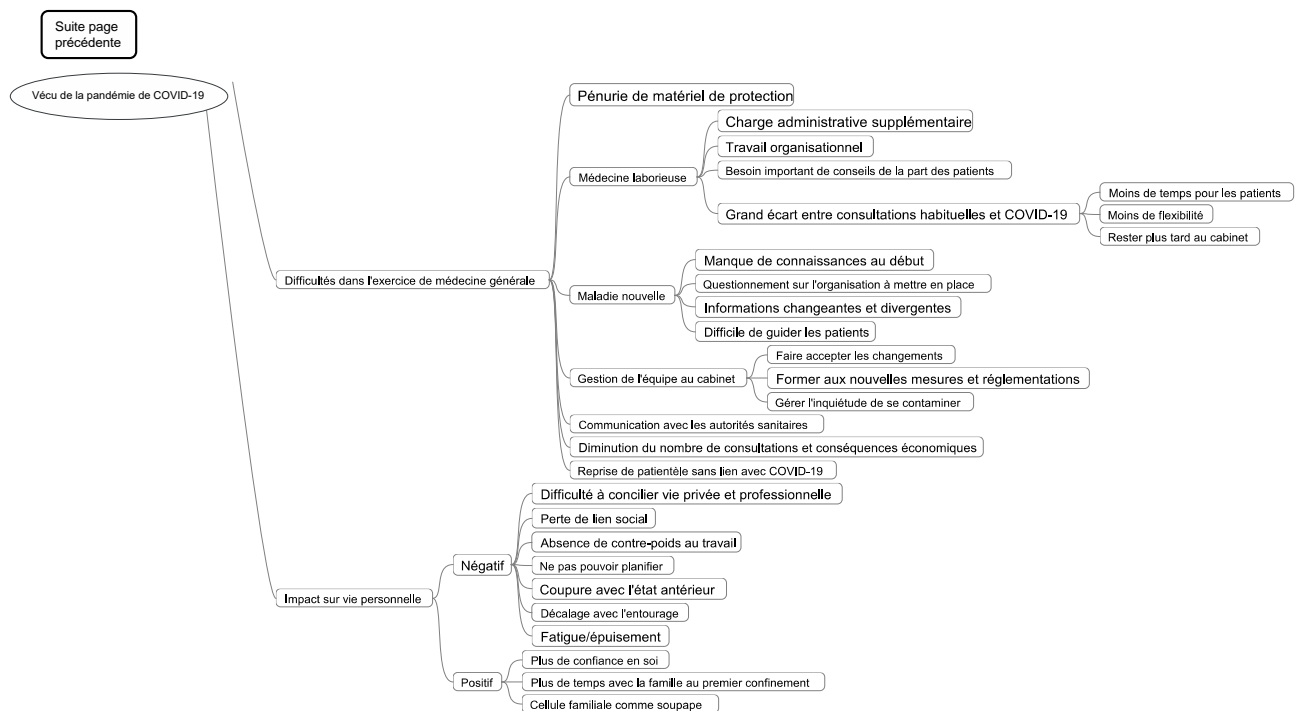


Figure 2 Arbre thématique des focus groups en Allemagne

3.1 Ressenti face aux évènements

3.1.1 Au début de l'épidémie en Chine

- Problème lointain

A7 : *En janvier, je n'étais pas du tout déconcertée. Je me disais que c'était là-bas en Chine.*

A3 : *Tout au début je pensais aussi que bon, c'est en Chine*

A8 : *« C'est bien loin et bon » dans ce genre-là. [...] je ne l'ai pas vu comme quelque chose qui allait me concerner.*

A10 : *« Ah ils ont un gros problème maintenant », mais je n'ai pas du tout pensé à nous.*

A9 : *Je leur faisais confiance en fait, aux collègues en Chine et aussi aux organisations humanitaires qui proposaient alors leur aide, que ça allait être endigué et qu'en conséquence ça n'allait pas se propager plus que ça. [...] que ça allait se limiter si ce n'est pas à la Chine au moins en Asie parce qu'ils fermaient les aéroports*

- Comme une grippe

A6 : *Au début on pensait « Oui c'est comme une grippe », ce que pensaient beaucoup de gens je crois*

- Excitation

A6 : *on en entendait parler, il y avait un peu d'excitation en pensant « oh il pourrait se passer quelque chose » mais je ne pouvais pas non plus croire que ça allait nous toucher autant en Europe. [...] Il y aurait peut-être quelques cas mais pas cette énorme vague*

- Situation considérée comme préoccupante

A2 : *quand ça a commencé en Chine, ce qui m'avait vraiment marqué, c'était qu'ils avaient confiné une région relativement étendue. Et mon ressenti était « Ok, si la situation en Chine est telle qu'ils reconnaissent officiellement et admettent que ça a pris une telle ampleur, c'est que ça doit être vraisemblablement pire en réalité en ce qui concerne la propagation ». [...] donc au début il y avait un peu d'inquiétude quant à la direction que ça allait prendre. [...] j'étais interrogatif « Ok, qu'est-ce qui va nous attendre là ? ».*

A5 : *Je n'aurais pas [...] pu m'imaginer que ça se propage aussi vite dans le monde. J'avais regardé les points rouges en Chine sur Worldometer [...] ou sur une quelconque carte avec des points [...] Mais à l'époque je voyais à quelle vitesse les petits points à Wuhan devenaient des grosses boules rouges partout en Chine et puis je me disais « Oh qui sait si ça ne s'est pas déjà propagé chez nous ». C'était en janvier*

- Écho à son propre vécu

- Épizooties dans l'enfance

A7 : *Je viens d'une famille, mes parents étaient agriculteurs et nous avons eu plusieurs fois des épizooties dont une épidémie de la fièvre aphteuse. [...] Mais à cause de cette expérience avec les animaux donc ces souvenirs d'enfance pour ainsi dire, j'étais très en colère, vraiment très tôt, un peu angoissée aussi ou peut-être même assez angoissée.*

- Formation professionnelle

A2 : *J'étais, je pense que c'était en 2018 ou 2017, à une conférence stratégique en infectiologie à Hambourg, une formation et [...] une représentante irlandaise de l'OMS [...] disait que l'OMS se préparait à la découverte tôt ou tard d'une combinaison de greffe de différents virus qui comporte la contagiosité élevée des souches HN du virus de la grippe avec une maladie infectieuse grave comme par exemple Ébola. [...] C'était cette grosse crainte et l'OMS se préparait à ce que ça arrive un jour, une forte contagiosité avec évolution grave de la maladie. Ce qui a fait que je me suis dit « ok, ça y est ». [...] ça ne me paraissait pas forcément angoissant mais quand même problématique que je me suis dit « ok, on peut se retrouver avec un taux d'infection élevé et une situation qui va durer »*

- Séjour à Wuhan pendant les études

A11 : *J'étais complètement interloqué que les Chinois confinent Wuhan. J'avais passé trois mois à Wuhan dans le cadre de mes études il y a trente ans.*

- Épidémie de grippe H1N1

A3 : *Surtout après que l'on ait vécu l'épidémie de H1N1 et tout ce cirque à l'époque dans les cabinets médicaux. Déjà à l'époque on avait dit « En cas de vraie pandémie, personne n'y croira plus ».*

A11 : *je me rappelais de cette histoire de la grippe H1N1 il y a onze ans, puis j'ai entendu des informations de M. Wodarg¹ disant que ça pourrait être plutôt un gros flop. J'ai vu les taux de mortalité, quelque chose entre 0,2 et 2% et j'étais plutôt curieux de voir comment ça allait évoluer.*

- Menace pour les personnes âgées

A4 : *Ma toute première réaction était vraiment : « Bon sang, si ça arrive chez nous, il y aura de la place dans les maisons de retraite »*

3.1.2 Épidémie en Europe

- Prise de conscience du caractère sérieux

Suite aux informations sur la situation critique dans les régions pleinement touchées par l'épidémie :

¹ Dr. Wolfgang Wodarg, médecin interniste et homme politique allemand

A3 : Je pense que fin février, [...] relativement vite nous avons regardé ce qui se passait en France et aussi en Italie. J'ai une connaissance qui travaille à Zurich et qui a dirigé un service COVID-19 dans une clinique. Elle était donc sur place. Les Suisses étaient aussi touchés avant nous. Les Français, les Suisses et les Italiens avaient la vague avant nous. J'ai reçu régulièrement des informations de cette personne et à travers ces informations nous avons pu mesurer le caractère sérieux. [...] Ici à côté de la frontière, nous avons pu voir ce qui se passait dans la région Grand-Est et ça nous a relativement vite montré l'ampleur, en tous cas sur le plan émotionnel.

A7 : C'était quand déjà ces images terribles d'Italie ? [...] ça m'a fait comprendre « C'est du sérieux ».

A4 : Et ça s'était malheureusement confirmé au début en Italie, que ça craignait vraiment.

A1 : j'avais aussi les images en tête de ce qui se passait en France et en Italie.

A9 : le point suivant qui m'a mis alors un peu la puce à l'oreille, c'était l'Italie en fait.

- Étonnement face aux premières mesures en Allemagne

A7 : on était rentré le 21 février et que j'avais une réunion avec l'Ärztinnenbund [union des femmes généralistes] et les collègues de l'université disaient que l'université avait fermé, que personne de l'extérieur ne pouvait plus faire de formation ce qui m'avait vraiment étonnée et je me disais « Mais ce n'est pas possible ».

3.2 Réactions

3.2.1 S'informer

A6 : Je m'étais beaucoup renseignée par la DEGAM [Société allemande de médecine générale], il y avait tout le temps des rapports et des informations et ça devenait de plus en plus critique.

A5 : je me suis renseignée comme une folle [...] de comment on peut se protéger.

A7 : j'étais informée en quelque sorte, je lisais aussi les rapports de Monsieur Koch² et les messages sur le Listserver [forum de discussion pour médecins généralistes de la Société allemande de médecine générale]

3.2.2 Échanger et demander conseil

A7 : j'essayais de contacter l'Ordre des médecins et je connais personnellement quelqu'un qui travaille à la direction et qui est installé aussi, je l'ai donc appelé et je lui ai demandé comment ça se passait dans son cabinet et comment il faisait et il a complètement minimisé la situation.

A11 : J'étais en contact avec mon groupe de pairs qui comprend des pôles très différents. Les uns respectaient les gestes barrières et mettaient des combinaisons intégrales et d'autres continuaient juste à travailler de façon détendue comme toujours.

3.2.3 Rationaliser

A2 : Avec les taux d'incidence élevés on a quand même vu relativement tôt que ça allait malheureusement toucher surtout des patients âgés et avec des comorbidités [...] [les taux de létalité] je pense que les premiers étaient autour de trois pourcents, si je me souviens bien. C'était quand même quelque chose où je m'étais dit « ok, c'est quand même une grandeur que l'on peut gérer ».

A10 : Heureusement il ne s'agit pas d'Ébola mais de quelque chose qui reste à peu près gérable.

3.2.4 Prendre des précautions

- S'approvisionner en matériel de protection

A3 : Alors chez nous, par mesure de précaution j'avais déjà commandé des masques FFP2 fin février car je me suis dit « Qui sait ? », et j'ai également commandé des blouses

A6 : Nous avons relativement vite essayé de réagir, vers la fin janvier, [...] et nous nous sommes procurés du matériel de protection

² Dr. Daniel Koch, médecin suisse, directeur jusqu'au 27 mai 2020 de la division "Maladies transmissibles" de l'Office fédéral suisse de la santé publique

- Protéger les employés

A7 : *c'était sûrement début mars, [...] où je me suis dit « Nous devons agir tout de suite maintenant. Je dois protéger mes employés et limiter l'accès au cabinet ».*

3.3 Émotions et sentiments depuis le début de l'épidémie en Allemagne

3.3.1 Inquiétude et peur

3.3.1.1 De la maladie/ de la mort

- Soi-même

A6 : *Au début de la peur, aussi simplement pour soi-même.*

A1 : *en principe tout symptôme peut être de la COVID-19 ce qui a provoqué une grande inquiétude, même chez moi. [...] **Nous savions relativement vite qu'il y avait eu aussi beaucoup de médecins décédés à Bergame, ou des réanimateurs en Alsace tombés malades et eux-mêmes hospitalisés en réanimation. Donc je ne pouvais pas être complètement rassurée.** Je ne prends pas de médicaments, je suis en bonne santé pourtant lorsque j'ai quelques petits symptômes je me surprends à penser « Qu'est-ce que je ferais ? ». Il se peut que je m'en sortirai, mais même des collègues qui l'ont eu me disaient qu'ils galéraient encore pendant des semaines, avec toujours des symptômes d'épuisement et je n'aurais vraiment pas envie de vivre avec ces symptômes résiduels. Je me rends compte que ça me fait quelque chose*

A10 : *L'inquiétude était quand même très grande [...] chez nous aussi*

- Ses proches

A7 : *je me suis aussi vraiment inquiétée pour ma propre famille, pour mes enfants, pour mon mari*

A6 : *de la peur [...] bien sûr pour ceux qui nous entourent*

- Les patients

A6 : *On s'inquiète aussi pour les patients, pour qu'on ne leur transmette pas le virus, **qu'on ne contamine personne parce qu'on a fait une erreur quelque part.***

A1 : *J'ai une expérience avec un foyer d'infections dans un EHPAD. [...] lorsque les patients se dégradent, ma peur augmentait que les EHPADs se vident, comme disait A4. **Je ne voulais pas qu'ils meurent un par un à la suite.***

A4 : *on était vraiment inquiet pour nos maisons de retraite et EHPADs.*

A2 : *bien sûr on s'inquiète toujours pour les maisons de retraite.*

- Collègues

A7 : *on avait vraiment peur. [...] mes employées ont la soixantaine. Nous avons un cabinet où tout le monde peut entrer facilement, un point de rencontre en quelque sorte, où il y a toujours du monde devant l'accueil. Maintenant nous avons une maladie qui se transmet par des gouttelettes*

3.3.1.2 Des conséquences socioéconomiques en Allemagne

A7 : *En regardant autour de moi, je vois que beaucoup de gens se retrouvent dans des difficultés financières ou sont en train de tomber dedans et oui ça renforce encore mon inquiétude.*

A1 : *Ça dure des mois, ça fait quelque chose à notre société, cette distance, pas que dans les EHPADs, ailleurs aussi. Ça nous fait quelque chose lorsqu'il faut réduire les contacts et lorsque nous ne vivons plus certaines choses ensemble dans l'année. Je pense que ça laisse des traces.*

A2 : *Maintenant on recule devant une personne qui nous tend sa main et dit « Bonjour » [...] J'étais même un peu effrayé de voir qu'on recule et qu'on garde la distance parce qu'on l'a tellement assimilé. C'est compliqué et j'appréhende le fait qu'il y ait de plus en plus de distance*

3.3.1.3 De l'État

A11 : *Je voudrais parler d'une autre émotion : ma peur de l'État. Un patient a porté plainte contre moi parce que j'ai travaillé sans masque. Les services municipaux sont venus, une première fois, puis une deuxième le lendemain pour contrôler. J'ai vraiment peur qu'ils ferment mon cabinet parce que je travaille sans masque et j'ai déjà fait des certificats à des patients leur attestant qu'ils ne devraient pas porter de masques pour des raisons de santé. Alors je*

m'inquiète vraiment du pouvoir de l'État qui pourrait éventuellement chercher à faire de moi un exemple.

3.3.2 Agacement et colère

3.3.2.1 Vis-à-vis des autorités sanitaires et gouvernementales

- Gestion de la crise

- Absence d'anticipation

*A4 : c'est ce qui m'a le plus énervé c'était que, en fait je pensais qu'il y aurait une sorte de plan d'urgence en cas de pandémie et qu'il y aurait une réserve gouvernementale, **j'étais assez choqué de voir qu'on devait se débrouiller pour choper des masques sur le marché mondial.***

A1 : j'espérais que la politique aurait préparé plus de concepts pour affronter cette crise.

- Stratégies abandonnées en cours d'exécution

A4 : il existe des stratégies [...] qui étaient considérées comme bonnes et si ça continue à devenir plus chaud, tout d'un coup cette stratégie ne vaudra plus rien alors qu'on n'a même pas essayé de voir si cette stratégie fonctionne ou pas. [...] on établit des stratégies d'hygiène [...] et on pense qu'elles sont bonnes et si la situation s'aggrave, ce à quoi il faut s'attendre, on ne retiendra plus ces stratégies sans qu'elles se soient révélées erronées. En fait c'est ça ce qui m'énerve énormément.

A1 : C'est aussi ça qui rajoute de la confusion lorsque les gens essayent les stratégies puis tout d'un coup c'est jeté à la poubelle.

- Changement sans cesse des réglementations

A4 : Ah oui la seule chose vraiment énervante était tous ces règlements, toutes ces reformulations en permanence, les réalignements

A10 : Ça crée une irritation supplémentaire lorsqu'il faut s'informer pratiquement tous les jours, ou au moins toutes les semaines, pour être à peu près à jour des dernières réglementations [...] ça crée vraiment un sentiment de colère.

- Manque de coordination entre ministères et services de santé publique

A4 : *un exemple [...] une de mes patients est professeure dans un institut de formation d'assistantes médicales. Ces assistantes médicales viennent de 160 cabinets différents. Il faut qu'elles portent le masque toute la journée au cabinet mais pas à l'institut. Cette professeure enseigne dans trois classes différentes ça veut dire si elle était positive, elle pourrait contaminer les trois classes qui pourraient propager le virus dans les 160 cabinets. Qu'on ne se rende pas compte des conséquences dans ce cas. Mais maintenant c'est le ministère de la culture qui a pris la décision car jusqu'à la semaine passée le port du masque n'était pas obligatoire à l'école. Le ministère de la santé aurait dû intervenir là. Ce genre de choses [...] provoque beaucoup de colère.*

- Incohérences

A10 : *Alors autant l'Union régionale des médecins conventionnés que le travail du service de santé publique, parfois on est juste sidéré et on se dit « Ils sont vraiment sérieux ? Ce n'est pas possible. Il faudrait qu'ils regardent sur le site de l'Institut Robert Koch. Ce n'est pas à moi de leur expliquer comment il faudrait faire ». [...] une sorte d'irritation face à la façon de comment on fait passer des choses, ou qu'on les fasse sans aucun fondement, et puis des choses qui ne devraient pas arriver. Nous avons eu aussi à plusieurs reprises des employés qui étaient positifs ou en quarantaine et ils avaient bien vu comment c'était traité de manière différente par les services de santé publique et services municipaux respectifs. La plupart n'ont reçu leurs papiers qu'après la fin de la quarantaine et des histoires comme ça. [...] **Ça provoque une certaine irritation de se dire qu'il ne faut pas compter sur le système du service de santé publique, le système de santé en général.***

- Intérêts politiques dans contexte d'élections

A2 : *Nous avons bien sûr un va-et-vient dans la politique, se mettre en avant joue aussi un rôle. **Les élections se rapprochent et [...] ce ne sont pas les connaissances scientifiques qui sont au premier plan mais aussi ces choses purement politiques** qui existent depuis toujours mais qui nous sautent aux yeux actuellement parce que c'est justement un sujet médical.*

- Non reconnaissance du travail des médecins généralistes et absence de soutien du gouvernement

A1 : *cette pandémie se fait actuellement au détriment des généralistes. [...] Et la politique fait déjà comprendre que si la situation échappe, ce sera parce que les médecins ne sont pas assez rapides pour faire suffisamment de tests et contrôler la pandémie. Donc ils considèrent d'une certaine façon qu'il suffit de tester, tester, tester pour se débarrasser de la pandémie. Donc parfois c'est un peu pénible [...] **le travail que nous effectuons dans nos cabinets n'est pas du tout remarqué et ne sera pas honoré par les politiques. Qu'on nous soutienne davantage maintenant.** Mais on recevra toujours quelconques modifications le vendredi après-midi et dans le doute il faut qu'on gère des choses qui ne sont pas toujours rémunérées. Ma colère contre les politiques grandit en ce moment.*

A3 : *je pense qu'on aurait pu dire maintenant que nous, [médecins généralistes] installés faisons du bon travail, nous sommes vraiment engagés. Mais pourquoi faut-il mettre en place maintenant à partir du premier novembre, cette obligation sur les posologies sur les ordonnances ? [...] c'est vraiment nous mettre des bâtons dans les roues. Ça aurait pu être bien si on avait le temps mais pourquoi devons-nous refaire une demande pour ces cartes de professionnel de santé ? [...] **Il y a vraiment des choses que M. Spahn [ministre fédéral allemand de la santé] pourrait nous épargner en ce moment en raison de la pandémie, actuellement où on fait déjà des efforts, beaucoup d'efforts.***

A6 : *De temps en temps je ressentais aussi de la colère, ce n'est peut-être pas très judicieux et approprié. De la colère car j'ai des enfants qui sont encore scolarisés et lorsque tout était fermé ici, et j'avais le cabinet à gérer malgré tout avec toutes les restrictions [...] **Il faut continuer malgré tout mais je n'ai pas le temps maintenant, je ne suis pas en télétravail. Je dois m'occuper quand même de mes enfants.***

- Restrictions de liberté

A11 : *de la colère par rapport aux restrictions de liberté*

3.3.2.2 Non-respect des gestes barrières

- Par la population en général

A1 : *cette mesure de distanciation sociale n'a pas été assimilée par tout le monde dans la population. J'avais vraiment l'espoir que tout le monde appuie en principe sur le bouton de réinitialisation et dit « Ok, maintenant ça se passe de nouveau comme au printemps ». Quand j'ai fait des courses, samedi dernier, j'ai mis pour la première fois un masque FFP2 au supermarché parce que je ne pouvais pas me défendre face à cette masse de clients et garder la distance, selon la devise « Nous avons des masques, des masques en tissus, c'est bon maintenant nous n'avons plus besoin de garder la distance ». Ça m'a vraiment bouleversée parce que je me suis demandée **comment traverser une pandémie avec une telle population, ils entendent une chose mais sont incapables de la mettre en œuvre.***

- Et les patients en particulier

A5 : *Maintenant c'est parfois de l'énervement face à ces désagréments, ces gens qui portent un masque mais juste au niveau du menton ou qui ne veulent pas porter de masque. [...] lorsqu'ils [les patients] rentrent et ne gardent pas du tout la distance en rapprochant tout de suite la chaise [...] près du bureau et je suis obligée de répéter qu'il faut remettre la chaise là où elle était pour qu'on puisse garder nos distances. [...] La plupart du temps j'arrive à le dire avec le sourire mais parfois je suis juste agacée.*

A4 : *j'étais agacé de voir à quel point les gens étaient laxistes. [...] il faut que je me batte de nouveau pour faire respecter certaines choses.*

A6 : *ces négateurs du coronavirus ou des patients qui refusent de porter le masque au cabinet, [...] c'est quand même énervant parfois.*

3.3.2.3 Informations véhiculées par les médias

A2 : *Aussi cette **surreprésentation, si je puis dire, des soi-disant critiques, critiques des mesures, critiques du virus, critiques de la pandémie, négationnistes peu importe comment on les appelle.** Ça ne concerne pas seulement la politique mais aussi les médias, moi personnellement je trouve que cela prend trop de place. Alors quand il y a une manifestation de 17 000*

personnes à Berlin, il y en a probablement autant à Fridays for future, même lors des matchs de notre club de foot local de troisième ligue un samedi soir sur deux il y a 22 000 spectateurs au stade, ça ne passe pas en permanence dans les infos sur ARD et N-TV [chaînes de télévision allemande]. C'est ça ce qui me met le plus en colère.

A11 : aussi de la colère par rapport aux [...] conséquences sanitaires, que les patients n'aillent pas consulter leur médecin à cause de la peur. J'ai aussi deux patients qui ont consulté trop tard en fait. L'un avec un cancer avancé et l'autre avec un problème cardiaque, car **ils avaient tellement peur de venir en consultation à cause des médias.**

3.3.3 Compassion

3.3.3.1 Résidents en EHPADs et maisons de retraite

A3 : les maisons de retraite étaient fermées tout au long de l'été, les gens ne pouvaient pas recevoir leurs proches, pas un seul, dans leurs chambres. Maintenant ce n'est toujours pas possible bien sûr, les restrictions devaient être allégées au 1er novembre mais c'est annulé maintenant. Ça veut dire que **depuis le mois de mars aucun des proches n'a eu le droit d'aller dans les chambres des résidents. [...] pour les personnes qui ne sont pas démentes c'est vraiment dur. [...] Il n'y avait plus le droit de célébrer des messes, même pas retransmises par internet. [...] Les aumôniers n'avaient pas le droit de faire l'accompagnement des mourants, même avec le matériel de protection.**

3.3.3.2 Collègues dans zones fortement touchées par l'épidémie

A1 : Je me rappelle d'une situation avec une collègue, une jeune médecin qui travaille en ambulatoire en Alsace. Quand en avril/mai les hôpitaux étaient surchargés en Alsace, et les patients en soins palliatifs étaient renvoyés à domicile et elle n'avait pas du tout d'expérience en termes de soins palliatifs à domicile. J'étais vraiment désolée pour cette collègue car j'ai pensé quelle

horreur de devoir assurer sans y être préparé la prise en charge palliative des patients infectés en temps de pandémie.

3.3.3.3 Acteurs de la culture

A3 : Ce qui me touche aussi encore c'est de voir ce que vivent les acteurs de la culture à travers ça. [...] combien d'indépendants n'ont rien du tout en ce moment et les aides d'urgence ne marchent pas pour eux car ils n'ont pas de dépenses régulières pour le loyer ou je ne sais quoi.

3.3.4 Vis-à-vis le travail

3.3.4.1 Négatifs

- Moins heureux et détendu

A8 : Donc je n'étais pas tellement content et heureux pendant cette période en ce qui concerne la pandémie ou mon existence en tant que médecin. [...] Donc au fond, on est très souvent dans un état d'agacement et de tension, peut-être le sentiment d'être content le soir que la journée soit terminée.

A7 : En fait nous ne travaillons plus d'une manière aussi détendue comme avant. [...] Donc cet effet 'Je vais au travail et m'y sens bien' a un peu disparu en quelque sorte.

- Sous pression

*A4 : C'est compliqué parce qu'il faut s'informer, être au courant et à fond tout le temps. **On se sent sans cesse sous pression** quand il faut lire ces trucs qui sont donnés tout le temps.*

A7 : Donc j'avais aussi le sentiment de devoir avoir une compétence que je n'avais pas jusque-là, alors que je ne me suis jamais penchée sur les pandémies.

- Appréhension

*A8 : l'appréhension du nombre d'infections qu'il y aura, allait-on en avoir beaucoup. En fait on était un peu **hanté par l'appréhension du matin au soir.***

- Frustration

A8 : on a [...] sa propre frustration aussi parfois. Tous les jours, on raconte vingt fois la même chose, et puis le lendemain encore vingt fois, mais autre chose que la veille. Ensuite le surlendemain on nous demande pourquoi on a raconté deux jours avant telle ou telle chose, car c'est écrit quand même ça et ça dans le journal.

- Ennui

A11 : peu de patients venaient [au cabinet] parce qu'ils avaient peur et ils restaient chez eux et je m'ennuyais beaucoup.

3.3.4.2 Positifs

- Satisfaction

A7 : Ce qui est positif est que je pense « Ok, nous y sommes arrivés, mes collègues y sont arrivées et nous l'avons réussi ensemble. »

A4 : En fait ça s'est passé comme ça chez nous et je trouvais que le déroulement n'était en fait pas si mal.

- Détendu et content

A11 : j'étais plus sur ce pôle de travailler de façon détendue [...] jusqu'ici nous avons traversé ça de façon très détendue.

A9 : je dois dire que pendant le premier confinement en avril, j'étais même assez content du travail. Justement **grâce à la réduction du temps de travail, j'étais plus détendu** [...] J'ai même commencé les consultations plus tard, vers 9 heures, ce que j'ai toujours voulu faire. Sur ce point, c'était super.

3.4 Influence sur la pratique de médecin généraliste

3.4.1 Pendant l'épidémie

3.4.1.1 Réorganisation

3.4.1.1.1 Réduire le risque de contamination

- Gestion du flux des patients COVID-19 au cabinet :

- Plages de consultations dédiées aux suspicions de COVID-19

A5 : *Alors actuellement, nous avons des consultations dédiées aux infections et nous travaillons avec l'équipement de protection, en gardant la distance et en aérant.*

A6 : *nous voyons les infections séparément*

- Préconsultation téléphonique et questionnaire à l'entrée

A2 : *Nous avons choisi relativement tôt la stratégie de mettre des panneaux d'affichage à l'entrée du cabinet, bien visible de l'extérieur **pour informer les patients que s'ils avaient des symptômes infectieux il fallait prendre contact avec nous d'abord par téléphone** aux horaires indiquées. [...] **Pour tous les autres patients nous avons pu décider à l'avance à l'aide d'un questionnaire qui rentre ou pas dans le cabinet.***

- Orienter les personnes symptomatiques au centre COVID-19

A2 : ***les patients [qui] avaient des symptômes infectieux [...] Nous avons pu adresser ceux-là sans problème au centre COVID-19.** En peu de temps ils avaient leur rendez-vous et leur prélèvement dans ce centre COVID-19, de sorte que je ne me suis même pas posé la question du dépistage systématique au cabinet car on arrivait très bien à filtrer les patients, et c'était en général bien accepté par eux.*

- Fermer salles d'attentes

A4 : *Dans l'ensemble, nous gérons en fait comme avec les infections virales hivernales sauf qu'on ne laisse plus rentrer librement les gens au cabinet. [...] en ne mettant plus personne dans la salle d'attente. Quand ils arrivent, ils*

attendent à l'extérieur ou on les appelle pour leur dire à quelle heure ils doivent venir. J'ai quatre pièces et on les met dans ces pièces, comme ça plus personne n'attend dans la salle d'attente.

*A3 : nous avons découvert un système assez rigolo chez d'autres collègues, peut-être ça pourrait servir à d'autres. Il existe des bipeurs dans des restaurants. C'est-à-dire le patient sonne ou appelle et reste dehors, nous prenons sa carte vitale et lui donnons un bipeur comme au restaurant, un truc qui clignote avec un numéro dessus. **Il peut rester dans sa voiture ou se promener un peu autour du cabinet puis quand c'est son tour nous ferons sonner le bipeur.***

- Éviter au maximum le contact avec les patients

- Système de lecture de carte vitale à l'extérieur

A3 : Au pic de l'épidémie, quand les gens avaient très peur, nous avons posé une petite maison à oiseaux devant le cabinet avec un lecteur de carte vitale portable. Les personnes qui avaient peur de rentrer au cabinet pouvaient mettre leur carte dans le lecteur, il y avait une vitre en plexiglas dessus pour voir si ça fonctionne.

- Moins de visites à domicile

A8 : ce que j'ai changé aussi c'est que je fais moins de visites à domicile.

- Ne pas faire venir les patients au cabinet

- Gérer beaucoup de choses par téléphone

A2 : En disant tout le temps qu'on était joignable par téléphone et en mettant des affiches, nous avons géré beaucoup de choses par téléphone

- Déposer les ordonnances dans la boîte aux lettres des patients

A2 : J'ai deux apprenties assistantes médicales qui prenaient un peu en main l'organisation et se déplaçaient chez les patients pour les ordonnances. Elles ne montaient même pas, elles les mettaient juste dans la boîte aux lettres.

Ou les faire récupérer par un autre membre de la famille moins à risque :

A2 : avec les patients âgés, en leur disant « Envoyez votre fille si vous n'osez pas venir au cabinet ».

- Mettre en place des vitres de protection

A10 : Je me rappelle encore que je m'étais alors procuré du plexiglas, et j'avais mis d'abord des séparations

A9 : Nous nous sommes petit à petit approvisionnés en matériel de protection et nous avons mis les vitres [en plexiglas]

A3 : J'ai également acheté à temps des vitres de plexiglas

3.4.1.1.2 Temps de travail

Un participant a adapté les horaires du cabinet en fonction de la situation épidémique.

A9 : mon collègue est resté à la maison pendant trois semaines et je ne consultais qu'une demi-journée [...] par jour. [...] on s'est d'abord dit « Ok, pendant trois semaines nous diminuerons l'activité », aussi vraiment pour voir comment ça se passe, comment les chiffres [d'infections] évoluent. [...] après à peu près quatre semaines nous avons commencé à reprendre l'activité [...] après les vacances d'été nous avons pu repasser à un état normal

3.4.1.2 Élargir ses compétences

3.4.1.2.1 Faire des prélèvements nasopharyngés pour analyse RT-PCR

A3 : Nous avons commencé relativement tôt à faire des prélèvements parce que nous avons le matériel de protection et on a eu relativement vite des premiers cas positifs [...] en fait nous avons testé tout le temps.

A4 : À partir du moment où j'ai été livré [en matériel de protection], j'ai commencé à faire les prélèvements nasopharyngés moi-même.

A2 : Lors de la première phase au printemps, j'avais fait moi-même au cabinet peut-être vingt, vingt-cinq prélèvements au maximum

A9 : depuis quelques mois, nous faisons aussi des prélèvements au cabinet.

A8 : Alors je ne fais des prélèvements qu'à nos patients.

3.4.1.2.2 Informatiques

A7 : *Je suis devenue plus compétente pour l'informatique. Avant je ne savais pas comment faire une téléconsultation, maintenant j'en fais sans problème. Je n'aurais jamais pensé m'y mettre à l'âge de 60 ans.*

3.4.1.2.3 Prendre un rôle particulier

- Cabinet à priorité COVID-19

A10 : *Alors notre cabinet est devenu un cabinet à priorité Covid-19. Nous travaillons aussi avec le service de santé publique ainsi que pour les maisons de retraite et EHPADs. **Nous faisons des diagnostics chez nos patients et les patients qui nous sont adressés.** [...] on s'engage à faire des prélèvements aussi aux patients qui ne sont pas les siens. Ça peut être facilement toute une école ou des classes entières comme cela a été le cas pour un cabinet voisin, mais ce n'est pas obligé. En principe l'Union régionale des médecins conventionnés [...] souligne qu'on est là pour prendre en charge des malades. C'est-à-dire que les personnes asymptomatiques n'ont jamais été au centre de la prise en charge des cabinets à priorité Covid-19.*

- Médecin conseil dans cellule de crise

A1 : *je me souviens très bien que le 28 février j'ai reçu un appel du service de santé publique m'informant qu'une réunion sera rapidement organisée et qu'ils voudraient que je sois la responsable de notre district, d'environ 430 000 habitants. Comme j'avais déjà un peu une position de porte-parole pour les médecins, ils aimeraient bien que je sois présente à cette séance extraordinaire. [...] [prendre] une position de responsable et plus active pour réfléchir et planifier avec les autres [...] je suis allée voir le chef de service du district et je lui ai dit « Il faut que je sois dans cette cellule de crise ».*

- Médecin responsable d'un EHPAD

A1 : *C'est un EHPAD avec 100 résidents dont je prends en charge trente, un tiers environ. Il y avait les premières infections juste avant Pâques et les autres collègues, ce que m'avait dit l'EHPAD, ne venaient plus parce qu'ils avaient peur. Puis j'ai **proposé aux collègues que je pouvais prendre en charge leurs patients, s'ils étaient d'accord parce que c'était clair qu'il fallait***

éviter au maximum les entrées des médecins. Je devenais donc quasiment le médecin responsable de cet EHPAD et j'avais réalisé pendant ce temps plusieurs dépistages, avec d'un coup douze ou quatorze personnes testées positives juste avant Pâques.

3.4.1.3 Relation médecin-patient

- Plus de distance

A6 : *En outre, ce qui me manque toujours, car je m'occupe de beaucoup de personnes démentes ou des patients en fin de vie à l'hospice ou aussi au cabinet, c'est ce contact physique. Je ne suis pas forcément quelqu'un de très tactile et qui prend tout le monde dans ses bras et tout ça mais tout d'un coup on n'osait plus mettre sa main sur l'épaule de quelqu'un qui pleure ou de toucher l'autre. Surtout en maison de retraite ou en EHPAD lorsqu'il peut y avoir des altérations des fonctions cognitives, on a l'habitude de saluer quelqu'un en le touchant et tout à coup il ne fallait plus le faire et **on n'avait plus le droit de le faire parce que nous ne savions pas du tout si le contact pouvait déjà être contagieux.** [...] je trouvais que ça avait vraiment changé mon travail, qu'**on se retient plus en disant « Non, je garde la distance » même dans des situations particulières.** Nous avons toujours eu ce privilège, je l'ai ressenti comme ça, d'avoir quand même le droit de toucher les gens, car je dois les examiner, je peux m'approcher d'eux, même de près. Donc il y avait et il y a toujours une grande réticence et c'est moins agréable ou plus difficile.*

A2 : *Une chose tout à fait banale, j'ai toujours eu l'habitude de serrer la main de mes patients. C'est terminé maintenant. Je sais que beaucoup ne le font pas. J'ai toujours salué mes patients en leur serrant la main même à l'EHPAD lorsque c'était possible. S'approcher du lit et toucher la main en disant « Bonjour, c'est moi, le médecin » même s'ils ne me reconnaissaient pas. [...] Les patients s'assoient consciemment un peu plus loin.*

- Rôle social du médecin généraliste

A1 : *Ce qui manque aussi, [...] c'est ce réseau associatif qui avait un rôle de soutien pour ces gens-là, la possibilité de se rencontrer, tout ça a disparu. Ça veut dire que souvent **nous sommes le seul contact social ou un des rares qu'ont ces gens.** [...] Comme on dit « autrefois c'était le prêtre aujourd'hui c'est*

le médecin ». Je sens que nous avons de nouveau vraiment une sorte de rôle social pour certains car beaucoup de choses sont sous les projecteurs, des choses qui étaient peut-être enfouies avant le coronavirus et qui refont surface maintenant.

- Entretenir la relation par téléphone

A1 : ce travail relationnel qui m'avait manqué en consultation parce que ça s'enchainait et on s'efforçait à passer le moins de temps possible avec les patients, j'essaie de le faire par téléphone. [...] Les patients m'ont assez souvent dit « C'est bien que vous ayez pris le temps de discuter avec moi ». Lorsque c'était plus calme et je pouvais prendre le temps de passer des appels, j'ai essayé de montrer de la disponibilité à travers le téléphone et de m'informer sur leur état, ce qui n'était pas possible au cabinet par manque de temps.

- Implication du médecin

Traverser une situation exceptionnelle créé des liens forts :

*A1 : je me rappelle bien un vendredi soir c'était J7 après le début de l'infection et il y en avait quatre qui se dégradait. [...] Au début j'allais voir les gens tous les jours parce que c'était important, de la psychologie pour l'EHPAD. Car le personnel soignant était moins présent. [...] **Alors c'était pour le meilleur et pour le pire que j'ai traversé cette pandémie avec eux** et du coup j'y allais deux fois par jour. J'étais heureusement en congés à ce moment-là, ça me permettait de m'y rendre deux fois par jour. [...] Les personnes que j'avais accompagnées à l'époque, je peux dire que **j'ai toujours un lien émotionnel très fort avec eux** bien qu'ils aient un autre médecin traitant, mais à ce moment-là quelque chose de spécial s'est créé avec cet EHPAD.*

- Contrecarrer la peur des patients

A9 : nous voulions aussi éviter de mettre [...] les patients [...] dans cette spirale de peur qui avait été de plus en plus attisée par les médias, en partie aussi nécessairement.

A11 : j'étais plus sur ce pôle de travailler de façon détendue avec les patients et de veiller à faire disparaître la peur. [...] Je voyais comme tâche principale de leur enlever cette peur.

3.4.1.4 Consultation

- Souffrance psychologique des patients

A3 : Je trouve qu'**après le confinement au cabinet on voyait fondre l'iceberg des problèmes psychiques**. J'ai toujours des patients, surtout une patiente qui est traductrice, elle n'a pas de commandes, pas d'argent et elle m'a appelé récemment « J'ai besoin d'un antidépresseur ». Heureusement qu'elle m'appelle et qu'elle se manifeste. Les psychothérapeutes chez nous disent « C'est désespérant comment on est débordé », en partie à cause des angoisses mais aussi à cause de l'isolement

A1 : ce que je vois en ce moment c'est que souvent il y a une composante psychologique. Soit ils ont de la peur ou ils sont effectivement dans une situation financière précaire, soit ils ont peur parce qu'ils sont en chômage partiel ou dans une insécurité, cette insécurité économique qui joue chez beaucoup de gens et elle fait partie de leur symptomatologie autant chez les personnes âgées qui ont besoin de contact, que chez les jeunes qui viennent peut-être d'être embauchés dans une entreprise et ils ne savent pas si l'entreprise va faire faillite parce que les chiffres de vente baissent.

A11 : ça s'articulait beaucoup aussi autour des choses sociales : les enfants ne pouvaient pas aller à l'école, le risque de perdre son emploi. C'était le point que j'ai regardé encore et toujours.

- Coronavirus prend beaucoup de place : pour le médecin et le patient

A1 : Il y a quelques semaines, lorsque cette histoire de virus s'était un peu calmée, pendant l'été quand on retrouvait de nouveau un peu de normalité lors des consultations, **je me rendais compte que j'avais du mal à me concentrer sur quelqu'un qui était venu pour des gonalgies et de considérer cela comme une vraie préoccupation**. Il m'était vraiment difficile d'être à l'écoute et de le prendre au sérieux. [...] en quelque sorte cette prise en charge de bagatelles. En médecine générale, nous avons souvent des gens dans la salle d'attente où nous pensons « Pour ça je n'oserais pas aller chez le médecin ». Ça, c'était passé [...] au second plan

A2 : Il y a aussi le sentiment que beaucoup de patients ne viennent pas ou disent « Je ne veux pas vous déranger ou prendre votre temps ». [...] Le

coronavirus prend tellement de place que ceux qui ont des gonalgies viennent justement moins en ce moment ou le mentionnent juste au passage.

- Questionner plus les patients sur les aspects hors COVID-19

A2 : Ces dernières semaines, mais c'est une période assez courte, j'ai pris l'habitude de, ou en tous cas j'essaie de poser plus de questions sur les autres choses autour pour qu'on ne passe pas à côté. Que la personne n'arrive pas après et dise « ça fait longtemps que j'ai ça ». Je demande toujours « Et sinon ça va ? [...] » surtout aux personnes âgées pour qu'on reste attentif. En général elles parlent facilement, même trop parfois, ce sont aussi les patients qui prennent le plus de temps mais là ils sont devenus moins bavards. C'est pour ça que j'essaie d'aller plus vers eux. [...] **de creuser autour pour qu'on ne passe pas à côté de quelque chose**

- Intégrer une autre dimension dans prise en charge

A10 : **il faut que nous simplifions ce qui est marqué sur le site de l'Institut Robert Koch pour chaque patient. Il faut essayer de le conseiller par rapport à ce que ça signifie pour lui.** « Ai-je besoin de recevoir une vaccination supplémentaire ? Pourquoi pas ou pourquoi justement ? Que puis-je faire pour rester en forme dans les années à venir ? ». **C'est en fait la même question qu'il y avait déjà avant mais elle gagne une autre dimension.** C'est une charge mais c'est aussi un challenge que j'aimerais bien relever. Parce que je pense que si ce n'est pas nous, personne d'autre dans les soins primaires ne pourra aussi bien compenser ce qui n'est pas assez fait, c'est-à-dire l'intégration de la virologie et de l'épidémiologie dans le reste de la médecine. Qu'on dise « **Ok, une personne saine n'est pas uniquement une personne qui ne se contamine pas mais elle a aussi ses contacts sociaux, sa mobilité.** » Nous sommes en contact avec les organisateurs de groupes sportifs ici. Qu'est-ce qu'on fait ? Comment pouvons-nous faire après, lorsque les gens pourront de nouveau sortir ? Je crois qu'après tout c'est probablement à nous d'initier, sinon encourager ou soutenir, de telles choses. Ça ne viendra pas trop du service de santé publique. Et c'est effectivement un facteur très important aussi dans le maintien en bonne santé des gens. J'aimerais qu'il n'y ait pas que des virologues dans les commissions consultatives, mais aussi des pédiatres, des psychiatres et d'autres spécialistes, voire peut-être un médecin généraliste,

pour que ça ne soit pas toujours réduit aux aspects virologiques. Nous devons probablement le compenser en quelque sorte dans notre quotidien. C'est ainsi que je vois ma fonction et ça restera comme ça.

3.4.1.5 Lien avec les collègues au cabinet

- Plus de réactivité

*A6 : on apprend à quelle vitesse on peut changer des choses aussi au cabinet, qu'illico on commande et monte une vitre plexiglas. Nous avons un bon cabinet de groupe et nous sommes presque toujours d'accord sur les choses, mais **beaucoup de choses se passent plus vite maintenant.** [...] On peut tout d'un coup se résoudre à proposer la téléconsultation. Donc ça a occasionné aussi beaucoup de choses positives et on dit « Ok, nous modifions nos consultations, nous ne faisons plus que des consultations générales mais nous voyons les infections séparément ». Ce qui aurait peut-être été plus judicieux de faire plus tôt. Mais là nous l'avons fait directement à un moment donné, et oui on voit clairement ce qui peut être décidé très vite, et peut-être ce serait bien aussi pour d'autres choses de ne pas réfléchir toujours trop longtemps.*

- Soutien mutuel et meilleure cohésion

*A7 : **nous avons formé comme une équipe** [...] Il s'agissait aussi de vaincre cette peur et je trouvais que mes employées faisaient ça bien. Elles arrivaient et disaient juste « Ok, maintenant nous sommes là, que pouvons-nous faire ? ». Ensuite nous y avons réfléchi ensemble. [...] je trouve aussi qu'il y a une plus grande cohésion. Il y a nettement moins de disputes avec ma collègue. Donc **nous sommes dans une situation grave et si nous ne coopérons pas, nous boirons la tasse.***

A11 : j'ai juste un petit cabinet avec une assistante et une apprentie qui sont sur la même longueur d'onde. [...] et nous nous serrons les coudes

A4 : il faut dire que j'aie une équipe très active

A5 : Au début elles [les assistantes médicales] étaient plutôt de bonne humeur, flexibles et partantes pour apprendre toutes les nouvelles choses, pour porter les nouveaux équipements de protection au travail et pour avoir des vitres de plexiglas et tout ça

- S'accorder sur la conduite à tenir

A9 : Du fait que nous sommes deux collègues au cabinet, il fallait d'abord que nous nous mettions d'accord ou que nous discussions pour savoir peut-être à quel point nous prenons la chose au sérieux pour ainsi dire

3.4.1.6 Différence géographique

- Situation épidémique

- Peu de cas de COVID-19

A2 : Mais jusqu'ici, je touche du bois, lors [...] de la première vague nous sommes bien passés au travers.

A4 : Donc à vrai dire jusqu'à présent je n'avais pas vraiment affaire à la COVID-19 au cabinet. Mes 150 et quelques prélèvements nasopharyngés réalisés étaient tous négatifs jusqu'à maintenant.

A9 : nous sommes dans une région qui était peu touchée à l'époque, et qui est encore assez peu touchée

A11 : Je viens de X [une ville de taille moyenne dans le nord-ouest de l'Allemagne], il n'y avait presque pas de cas à l'époque.

- Grand écart entre consultations habituelles et COVID-19

A10 : le sentiment d'exercer la médecine de deux manières différentes : à savoir la gestion d'infections au sens propre du terme [...] et l'autre c'est la prise en charge normale des patients, et c'est comme faire le grand écart pour combiner les deux.

A3 : hier on a fait quinze prélèvements entre les consultations. Ça fait beaucoup de choses car on continue les consultations habituelles

- Organisation du dépistage

Dans certaines régions, les centres de dépistage prenaient en charge des personnes asymptomatiques ainsi que celles présentant des symptômes ce qui permettait de décharger les médecins généralistes :

A2 : Nous avons eu jusqu'ici un centre COVID-19 qui marche bien et qui a ouvert tôt. [...] les patients [...] [qui] avaient des symptômes infectieux [...] Nous avons pu adresser ceux-là sans problème au centre COVID-19. En peu de

*temps ils avaient leur rendez-vous et leur prélèvement dans ce centre COVID-19, de sorte que **je ne me suis même pas posé la question du dépistage systématique au cabinet***

*A9 : [les] tests du Covid-19 [...] étai[en]t organis[é]s dans un centre de dépistage, où tous les médecins qui voulaient participer, s'étaient organisés confraternellement, de sorte que **nous avons pu y adresser directement les gens avec des gros symptômes venant au cabinet.** Et en conséquence les patients au cabinet étaient très peu symptomatiques au moins en ce qui concerne les infections des voies respiratoires.*

A4 : Nous avons un centre de dépistage

A10 : les personnes asymptomatiques [...] On pouvait toujours les adresser aux centres de dépistage.

Dans d'autres régions, il y avait des indications spécifiques pour le dépistage dans ces centres et le médecin traitant faisait systématiquement le prélèvement pour les personnes symptomatiques :

*A3 : hier on a fait quinze prélèvements entre les consultations. Ça fait beaucoup de choses car on continue les consultations habituelles et tout ça [...] actuellement je fais le grand écart parce qu'il n'y a pas de centre COVID chez nous. Ici le centre de dépistage ne teste que les asymptomatiques, les personnes revenant d'un voyage à l'étranger, les personnes de l'application stop-COVID. Nous avons cependant prélevé tout le monde depuis le début, mais on ne peut pas faire autrement, **tous les cas contacts symptomatiques doivent être prélevés par leur médecin traitant.***

- Collaboration avec le service de santé publique

Dans certains Länder³, les services de santé publique peuvent réagir rapidement pour réaliser des dépistages dans des collectivités, notamment dans les EHPADs et maisons de retraite.

A2 : notre collaboration avec le service de santé publique se passe très bien. [...] S'il y a trois ou quatre infections en même temps dans la maison de retraite ou des patients avec des symptômes infectieux [...], le service de santé publique enverra automatiquement un commando de prélèvement, je le nomme

³ États fédérés d'Allemagne

comme ça, pour faire le dépistage dans toute la maison de retraite, y compris des employés.

Dans d'autres, ces actions sont entièrement à la charge des médecins généralistes.

*A1 : C'est en général nous [généralistes] qui faisons tourner les centres COVID, en termes de personnel, et les dépistages mobiles. Donc à X [la ville où travaille A2] c'est le service de santé publique qui fait les prélèvements mais ici en Bade-Wurtemberg, **le service de santé publique ne fait pas de prélèvements. C'est fait par les généralistes installés.***

3.4.2 À l'avenir

3.4.2.1 Poursuivre les mesures de prévention d'infection

Certains participants ont projeté de poursuivre le triage entre personnes présentant des symptômes d'infection virale et ceux venant pour d'autres motifs.

A4 : On s'efforcera à garder la séparation des flux de patients

A8 : je pense que je garderais la séparation des patients infectés et non-infectés. Nous prendrions peut-être l'habitude de porter le masque

A10 : À l'avenir, je pense que je continuerai certainement dans notre cabinet [...] les mesures comme la séparation des flux de patients infectés et non-infectés, encore plus qu'avant. Les vitres en plexiglas resteront sûrement en place aussi, je pense. Nous les avons conçues de telle manière que l'on puisse les enlever et les réinstaller facilement. Peut-être il y aura un moment, pendant l'été, où on pourra les ranger. Mais elles resteront probablement, et l'installation est en fait conçue pour un usage à long terme.

3.4.2.2 Questionnement sur l'avenir professionnel

L'épuisement lié à la situation a fait réfléchir une participante sur un départ anticipé à la retraite.

A7 : je me suis rendue compte que nous sommes sur un ensemble de cinq villages et dans chaque cabinet il y a quelqu'un de plus de 60 ans. [...] ma collègue au cabinet a déjà 73 ans. J'ai ainsi réalisé que nous avons vraiment une immense pénurie [de médecins] ici que j'aurais déjà pu observer avant mais

que je n'avais pas remarqué jusqu'ici parce que je n'étais pas si épuisée et parce que je pensais probablement travailler aussi longtemps que ma collègue. Tandis que je pense maintenant « Hum, je pourrais aussi arrêter de travailler. Combien de temps voudrais-je [continuer] ? Suis-je moi-même assez solide pour continuer encore cinq ans comme j'avais prévu ? ».

3.4.2.3 Ne pas vouloir continuer à exercer une médecine cloisonnée

Entre d'un côté, les patients se présentant au cabinet surtout pour le dépistage et diagnostic du COVID-19 et de l'autre, la prise en charge habituelle des patients :

A10 : Par contre j'ai du mal à imaginer que la tente à l'extérieur reste à demeure. Je trouverais ça dommage surtout en hiver, non seulement parce que cela nous bloque des places de parking mais également parce que je ne voudrais pas continuer à travailler de cette manière éternellement. Car ainsi, nous aurions en fait le sentiment d'exercer la médecine de deux manières différentes : à savoir la gestion d'infections au sens propre du terme [...] et [...] la prise en charge normale des patients

3.4.2.4 Trop tôt pour en tirer des conclusions

A2 : Personnellement, du point de vue d'aujourd'hui, je ne peux pas encore vraiment faire de bilan et en conclure quelque chose car on est encore en plein dedans.

3.5 Difficultés dans l'exercice de médecine générale

3.5.1 Pénurie de matériel de protection

Au début de l'épidémie

*A8 : Le premier problème était que nous avions tous pensé que nous avions besoin d'emblée de beaucoup d'équipement de protection et qu'il n'y en avait pas. **Il fallait se débrouiller seul d'une manière ou d'une autre.***

A1 : Je me souviens que j'ai gardé mon premier masque FFP2 comme un trésor et qu'on a développé plusieurs concepts aussi ensemble avec les médecins urgentistes de la clinique. Comment peut-on conserver le plus longtemps possible et de manière sécurisée ces masques FFP2, agrafé, aussi en double

épaisseur ? Donc **pendant des semaines on avait utilisé le même masque**, on notait notre nom dessus et je ne sais plus quoi.

A10 : notre premier problème était qu'il fallait bien sûr qu'on s'occupe de l'équipement de protection

A2 : En termes d'approvisionnement, comment se procurer des blouses, des gants et des choses assez simples comme du désinfectant. [...] ça c'était plutôt un problème que de se retrouver vraiment dans une impasse sur le plan médical. [...] le plus gros problème était surtout cette histoire de matériel.

A6 : Le deuxième [problème] était vraiment au début [...] la pénurie de matériel de protection. Il faut le dire clairement.

Mais aussi par la suite :

A1 : au cours de la pandémie il commençait à manquer les sachets pour les thermomètres, on ne pouvait plus prendre la température. [...] ces derniers temps il manquait des gants.

A4 : Il y a deux semaines j'ai commandé encore un stock de gants. [...] Nous avons réussi à en avoir juste deux boîtes de chaque taille.

A6 : c'est toujours juste pour la désinfection de surface en ce moment. Ce sont des choses où je me dis après six mois je m'attendais à ce qu'on arrive à avoir de nouveau des lingettes et tout ça mais c'est toujours un problème.

3.5.2 Médecine laborieuse

3.5.2.1 Charge administrative supplémentaire

- Changement sans cesse des réglementations et cotations des actes

A6 : Je crois que le plus gros [problème] est qu'il y a, de façon ressentie, **tous les jours, toutes les semaines des nouvelles cotations**. Ce qui nous occupe encore maintenant tous les jours [...]. Une fois nous pouvons facturer les appels téléphoniques, une fois seulement les personnes revenant d'un voyage à l'étranger jusqu'à une certaine date, puis seulement celles revenant d'une zone à risque, ensuite nous avons le droit de faire les prélèvements sur mandat d'autorisation dans les EHPADs et puis de nouveau les téléconsultations. C'est complètement confus

A3 : **Certains jours nous avons reçu deux réglementations différentes de l'Union régionale des médecins conventionnés, une le matin et une autre l'après-midi [...]** ou qu'en une semaine de cinq jours ouvrés au moins cinq instructions différentes ou de chiffres, etc. quand il faut faire le prélèvement, chez qui, comment

- Chronophage et fatigant

A3 : Je trouve que c'est laborieux et c'est dérangement et ça prend énormément de temps pour ainsi dire dans le cabinet conventionné.

A4 : ce qui prend le plus de temps c'est de lire et préparer les nouvelles directives pour pouvoir dire aux assistantes médicales comment il faut faire.

A5 : Avoir tous les jours des nouvelles cotations est très fatigant pour tout le monde

A6 : ça nous fatigue tous encore beaucoup au cabinet de devoir écrire et enregistrer encore et encore des nouvelles cotations.

A10 : Ça crée une irritation supplémentaire lorsqu'il faut s'informer pratiquement tous les jours, ou au moins toutes les semaines, pour être à peu près à jour des dernières réglementations, que ce soit de l'Union régionale des médecins conventionnés ou de l'Institut Robert Koch et comme le fait aussi actuellement le service de santé publique. [...] Ça mobilise en fait trop de ressources. Vu que nous sommes cinq médecins, il faut que nous nous accordions pour faire les choses de manière homogène. **C'est un vrai défi, qui s'intensifie plutôt, parce que j'ai l'impression que la durée de vie des réglementations est de plus en plus courte.** [...] jusqu'à ce que chacun des quinze personnes qui travaillent ici, soit au courant, ça fait beaucoup de mails à envoyer. Ce n'est pas si simple. [...] nous passons la plupart de notre travail d'organisation à essayer de savoir quel cas doit avoir quelle feuille ? Avec quel numéro ? Et quelle cotation il faut mettre. Ça peut paraître banal mais il faut vraiment du temps, même si on écrit des macros automatisées. C'est une charge supplémentaire d'expliquer quinze fois de suite ce qu'on voulait dire. **Il faut effectivement plus de temps pour préparer que pour effectuer le prélèvement lui-même.** C'est malheureusement le cas, mais ça ne devrait pas être comme ça.

3.5.2.2 Travail organisationnel

A5 : *Beaucoup de travail, puisque tout au cabinet doit être réorganisé en permanence*

A10 : *puis le plus grand défi était en fait la réorganisation des consultations, que l'on a réfléchi pratiquement toutes les semaines « Comment pouvons-nous faire en sorte maintenant que ça fonctionne d'une manière ou d'une autre ? Où ferons-nous les prélèvements nasopharyngés ? À l'extérieur ? À travers la fenêtre ? ». Et ça a été changé plusieurs fois depuis.*

3.5.2.3 Besoin important de conseils de la part des patients

A5 : *il y a un gros besoin de conseils de la part des patients et des patientes. Donc il y a constamment des appels de gens en disant « Ma fille a été en contact. », ce que disait A7 tout à l'heure, « Que dois-je faire maintenant ? Puis-je continuer à travailler ? Dois-je faire un test ? », toutes ces questions.*

3.5.2.4 Grand écart entre les consultations habituelles et COVID-19

A10 : *exercer la médecine de deux manières différentes : à savoir la gestion d'infections au sens propre du terme. Qui a le droit d'aller où ? Dans le triage pour ainsi dire. Qui reçoit une prestation ? Qui reçoit un traitement ? À qui on donne un oxymètre de pouls ? Et des choses comme ça... Ça, c'est un point, et l'autre c'est la prise en charge normale des patients, et c'est comme faire le grand écart pour combiner les deux.*

- Moins de temps pour les patients

A3 : *Sur le plan professionnel, j'aimerais bien avoir un peu plus de temps en ce moment aussi pour poser plus de questions aux patients [...] Ça fait beaucoup de choses car on continue les consultations habituelles et tout ça, [...] et j'aimerais bien avoir un peu plus de temps pour les patients en ce moment. Car **normalement je pratique plutôt une médecine où on parle, mais actuellement je fais le grand écart** [...] Nous avons cependant prélevé tout le monde depuis le début [...] il y a des médecins généralistes qui refusent de le faire. [...] le grand écart sera de plus en plus grand parce qu'il faut qu'on fasse de plus en plus de prélèvements avec toujours quelques cas positifs.*

- Moins de flexibilité

A8 : *Alors en ce moment ça signifie pour moi que je passe une demi-heure le matin avec le coronavirus, le midi pareil, environ une demi-heure à une heure, en plus du travail de recevoir des patients infectés ou des patients à prélever. Ça veut dire que je ne fais pas d'autres choses pendant ce temps et c'est en contradiction avec mes convictions. [...] lorsqu'il y a une chose, je peux être flexible et ça ne me dérange pas de prendre cinq minutes de plus pour quelqu'un si besoin. Mais là ce n'est pas possible. **Il y a un programme ferme à suivre, il y a des limites nettes, [...] je trouve ça vraiment difficile.***

- Rester plus tard au cabinet

A4 : *Le fait d'étaler les consultations dans le temps et de faire venir moins de patients au cabinet a pour conséquence que je n'arrive plus à gérer ces trucs que j'avais l'habitude de faire entre les consultations car ces pauses sont plus courtes et du coup je reste plus tard le soir.*

3.5.3 Maladie nouvelle

3.5.3.1 Manque de connaissances au début

A5 : *Le deuxième [problème] était vraiment au début le manque [...] de connaissances sur la contamination*

3.5.3.2 Questionnement sur l'organisation à mettre en place

A10 : *Mais au début il fallait d'abord réfléchir et on n'avait pas la possibilité de demander aux autres « Comment faites-vous ? » car ils avaient tous le même problème. Soit ils n'avaient pas de matériel, soit ils n'avaient pas pu se procurer les choses dont ils avaient besoin.*

A8 : *Puis il y avait le besoin qu'on réorganise [...] le cabinet [...] comment j'organise simplement la procédure et comment je me protège moi et mes collègues ?*

3.5.3.3 Informations changeantes et divergentes

A8 : *Est-ce que l'information d'hier est toujours valable aujourd'hui ?*

A10 : *c'est en fait complètement imprévisible et c'est ce qui rend la situation tellement difficile à supporter. Je veux dire, ils ne font pas ça pour nous ennuyer quand ils essaient de trouver une nouvelle solution toutes les semaines mais parce que c'est tout simplement presque imprévisible. Bien sûr, ce serait mieux si on avait une perspective à plus long terme. Mais c'est justement ce qui nous pose problème, **le fait ne pas pouvoir savoir si ce qui était vrai la semaine précédente, sera encore valable la semaine d'après.***

A9 : *on est toujours dans une sorte de dilemme pour savoir si telle ou telle étude, telle ou telle déclaration peut être considérée comme vraie ou fausse. Donc supporter cette divergence où tout n'est pas noir et blanc, qu'il n'y a pas que des ignorants et des opposants, mais aussi des gens qui essaient juste de se forger une opinion judicieuse et scientifique. [...] **C'est plutôt ce questionnement « qu'est-ce qui est vrai ? qu'est-ce qui est faux ? »**, cette ambivalence dans cette histoire que je ressens.*

3.5.3.4 Difficile de guider les patients

Un médecin a exprimé ses difficultés pour remplir son rôle habituel d'orientation des patients.

A10 : *aussi d'une certaine manière le besoin de créer un sentiment vis-à-vis des patients « Ok, je sais ce que nous faisons maintenant », ce n'était déjà plus très facile là, même si c'est en fait un peu notre rôle habituellement de les orienter, guider et dire « ok, ça pourrait continuer comme ça ».*

3.5.4 Gestion de l'équipe paramédicale au cabinet

3.5.4.1 Faire accepter les changements

A1 : *Quand il y avait les premiers cas dans le canton, nous avons discuté avec l'équipe des vitres de protection et au début ils les ont refusés car ils ont dit qu'ils ne voulaient pas mettre de la distance avec les patients. [...] j'ai fini par en commander et je les ai installées. Et aujourd'hui c'est évident mais ça montre*

qu'il faut du temps pour qu'une chose soit acceptée sur le plan émotionnel et prise au sérieux, même chez des personnes travaillant dans le domaine médical.

3.5.4.2 Former aux nouvelles mesures et réglementations

A5 : Je trouve aussi que c'est pénible de former tout le temps les assistantes médicales pour qu'elles utilisent plus d'équipement de protection et qu'elles l'utilisent plus souvent, [...] [C'est compliqué] de maintenir leur motivation et leur bienveillance tout en leur faisant remarquer qu'il est important de garder les distances et le masque même avec les collègues.

3.5.4.3 Gérer l'inquiétude du personnel de se contaminer

A10 : L'inquiétude au sein de l'équipe était aussi relativement grande et ce n'était pas sans poser de problèmes au début.

3.5.5 Communication avec les autorités sanitaires

La communication avec les services de santé publique a été considérée comme trop lente dans le contexte sanitaire, notamment la notification des cas de COVID-19.

A1 : Quand on voit aussi, je pense que c'est pareil pour vos services de santé publiques, cette fracture numérique qui existe et en général ces difficultés de communication, il faut leur envoyer un fax puis ils collectent mille fax ensuite ils les trient afin de rentrer les informations sur l'ordinateur. Mais si on envoie un mail, ce ne sera pas conforme à la protection des données mais c'est la seule possibilité pour informer quelqu'un en temps réel.

3.5.6 Diminution du nombre de consultations et conséquences économiques

A11 : Alors mon problème principal était que peu de patients venaient [au cabinet] parce qu'ils avaient peur et ils restaient chez eux [...] Ça ne fait qu'un an et demi que j'ai le cabinet, donc économiquement parlant c'était tout à fait un souci qui m'a touché.

3.5.7 Reprise de patientèle sans lien avec l'épidémie

A4 : *Puis j'ai appris qu'une collègue était gravement malade, elle a été hospitalisée et a dû fermer son cabinet. À cause de la fermeture de son cabinet c'est devenu terrible. J'ai vu quasiment tout le temps des nouveaux patients, à un moment où nous ne voulions justement pas avoir de patients au cabinet [...] Nous avons tellement de choses à faire, aussi avec la nouvelle situation [...] la principale raison de mon stress était en fait plutôt la reprise de la patientèle du cabinet fermé.*

3.6 Impact sur la vie personnelle

3.6.1 Négatif

3.6.1.1 Difficulté à concilier vie privée et professionnelle

- Écoles et crèches fermées

A5 : *j'ai des enfants qui sont encore scolarisés et lorsque tout était fermé ici, et j'avais le cabinet à gérer malgré tout avec toutes les restrictions [...] je ne suis pas en télétravail. Je dois m'occuper quand même de mes enfants ».*

A6 : *J'ai aussi des enfants scolarisés. Pour l'instant ils vont tous encore à l'école mais ça peut changer d'un jour à l'autre car les chiffres d'infections sont si élevés qu'on peut s'attendre à tout moment qu'ils n'y aillent qu'un jour sur deux. Et puis il faut être tout le temps derrière eux pour qu'ils fassent leurs devoirs.*

A8 : *les enfants n'allaient plus à l'école [...] il fallait organiser l'école à la maison*

- Surcharge pour l'épouse

A9 : *ma femme a dû gérer seule la maison et les enfants pendant au moins deux semaines. [...] Ce n'était pas facile lorsqu'ils étaient tous les trois à la maison, car en plus ils ne pouvaient pas voir leurs amis ou des choses comme ça. Je commençais à réfléchir à comment faire en sorte que l'ambiance familiale ne se dégrade pas et que la charge ne devienne pas trop importante, surtout pour ma femme. Elle a dû mettre de l'eau dans son vin, parce qu'elle n'est qu'employée en tant qu'assistante médicale, et à ce moment j'avais le travail qui comporte le plus de responsabilités.*

- Pas un seul jour sans le virus

A1 : depuis le 28.02. pas un jour sans le virus. Il n'y a pas un seul jour où je ne suis pas préoccupée par ce virus, où je ne suis pas penchée sur ce virus d'une manière ou d'une autre. [...] **se coucher avec le virus et de se réveiller avec le virus sans qu'on soit infecté.**

- Moins de temps pour la famille et soi-même

A4 : je reste plus tard le soir. [...] mon épouse me dit « Tu ne t'occupes que du cabinet en ce moment ».

A1 : Parfois on voudrait juste avoir une quatorzaine pour faire quelque chose pour soi. Bien sûr pas pour être malade, mais c'était paradoxal parce que je n'avais quasiment plus de temps, même le dimanche.

3.6.1.2 Perte de lien social

- Arrêt des activités de loisir

A3 : cet arrêt de la culture me concerne aussi personnellement un peu car je joue dans un orchestre amateur [...] en tant qu'orchestre on n'avait pas le droit de répéter pendant longtemps

A2 : Moi aussi je fais de la musique mais plutôt de la musique d'ambiance dans le genre Rock'n'roll et d'autres choses semblables. C'est aussi ce qui me rend un peu triste que nous ne puissions plus donner de concert depuis le mois de février.

- Clivage dans le cercle amical

A2 : dans mon cercle d'amis très proche, j'ai quasiment perdu deux amis, ou plutôt on s'est énormément éloigné. Deux personnes ayant fait des études supérieures dans le domaine technique qui ne pouvaient pas se faire à toute cette histoire, disons des négateurs [...] ou peu importe à quelle catégorie ils appartiennent, mais on ne pouvait pas juste mettre ça entre parenthèses avec ces gens et dire « Ok, chacun peut avoir son propre avis. Chacun peut croire en son dieu. Il ne faut pas essayer de convaincre l'autre à tout prix et là c'est un bon accord ». Ça ne me dérangera pas si quelqu'un fait comme ça, mais lorsque quelqu'un essaie sans arrêt de faire changer d'avis son interlocuteur et en disant que son point de vue est erroné et ça malgré le fait que même si je ne

*suis pas virologue, je suis dans une certaine mesure du métier. Cela a fait que le contact s'est petit à petit interrompu avec ces deux amis [...] c'est vraiment une conséquence qui provient de ça actuellement. [...] **je n'aurais jamais pensé qu'on puisse être aussi divisé au sein de ce cercle et que ça nous séparerait, que ça provoquerait une rupture dans la relation amicale.***

- Éviter contact avec proches

A1 : Un autre aspect qui m'a touchée sur le plan émotionnel, c'était le contact avec les petits-enfants. On n'avait le droit de les voir qu'à la fenêtre [...] maintenant on les garde de nouveau à distance, bien qu'ils aient envie qu'on leur lise tel ou tel livre au téléphone.

3.6.1.3 Absence de contre-poids au travail

*A1 : Avant on pouvait prévoir de partir en week-end quelque part et profiter. Maintenant ce n'est pas si facile à faire. Ça veut dire **qu'il manque d'une certaine façon ce contre-poids pour éprouver la normalité.** La culture aussi bien sûr, de pouvoir dire : « allons voir un concert », tout ça n'existe plus, ça n'existe plus. Ça ne peut être remplacé d'une certaine façon que partiellement par YouTube.*

3.6.1.4 Ne pas pouvoir planifier

A5 : ce qui me dérange pour la vie en général c'est qu'on ne peut pas planifier. En fait, je suis quelqu'un qui aime bien être structuré et j'aurais bien aimé réserver dès à présent mes vacances pour l'été prochain mais ce n'est même la peine d'y penser actuellement. Pas que pour les vacances mais il y a beaucoup de choses qu'on ne peut pas [faire] actuellement

3.6.1.5 Coupure avec l'état antérieur

A3 : Émotionnellement ça signifie une coupure, ça signifie un changement net

*A7 : Alors pour moi c'est vraiment quelque chose comme le tournant d'une époque. Je crois que nous avons quitté notre vie et nous ne savons pas encore vers quelle vie nous nous dirigeons. Pour moi, **cette pandémie est quelque chose comme la Seconde Guerre mondiale ou la Première Guerre mondiale [...]** Car je crois que, soit nous nous en sortirons et plus rien ne sera*

comme avant, soit nous devons toujours vivre avec des quelconques coronavirus dangereux et ce qui fera qu'on ne retournera plus jamais à l'état de 2019. [...] **Ça restera toujours que quelqu'un dise « C'était avant le Covid ».**

A8 : après Pâques une autre ère commençait pour nous. [...] vu que le confinement [...] n'était pas levé après Pâques, il était évident qu'à partir de là on allait avoir affaire à ça pendant un moment. [...] nous sommes généralement dans une zone de confort assez sympa sur plusieurs plans et là il fallait en sortir. Ça ne concerne pas que nous, 'nous' en tant qu'individus, en tant que médecins, mais tout le monde.

3.6.1.6 Décalage avec l'entourage

A1 : Et pendant ce temps mes voisins étaient comme dans un monde parallèle parce qu'ils en étaient presque à tondre leur gazon avec des ciseaux à ongles parce qu'ils n'avaient pas autre chose à faire. C'était un peu ubuesque de me voir au milieu de mes voisins mais c'est comme ça.

3.6.1.7 Situation fatigante

A5 : puis à un moment donné aussi la fatigue, et nous allons avoir affaire à ça encore pendant un moment. Et à voir ce qui se rajoutera en fatigue

A7 : Moi aussi, je dirais de l'épuisement. Je commence à ressentir de l'épuisement parce qu'on ne voit pas la fin.

3.6.2 Positif

3.6.2.1 Plus de confiance en soi

A7 : Je suis devenue plus sûre de moi. Je me suis dit tout à coup « Oh, nous pouvons le faire ».

3.6.2.2 Plus de temps avec la famille au premier confinement

A9 : Personnellement, je dois dire que pendant le premier confinement en avril [...] je pouvais passer beaucoup plus de temps avec ma famille au printemps.

3.6.2.3 Cellule familiale comme soupape

A11 : *dans ma vie privée, j'ai une sorte de bulle de bonheur. Nous nous sommes retrouvés et nous avons joué, c'était une sorte de soupape.*

3.7 Vécu de l'épidémie de grippe A(H1N1) et comparaison avec la pandémie de COVID-19

Sept des participants allemands ont exercé en tant que médecin pendant l'épidémie de la grippe H1N1.

Le début de l'épidémie était semblable :

A2 : *Au moment de la grippe H1N1 j'étais encore anesthésiste à l'hôpital donc j'ai quasiment aucune idée comment ça se passait pour les médecins conventionnés. En tant que médecin urgentiste j'étais un des premiers à être vacciné. [...] Je n'ai pas bien compris à l'époque et aujourd'hui non plus, car ça revient comme sujet de discussion ces jours-ci, ça a été qualifié comme une fausse alerte par certaines personnes. Et puis j'ai toujours pensé, je ne peux concevoir que du point de vue hospitalier mais les débuts étaient semblables à cette fois-ci*

A3 : *Oui peut-être les deux premières semaines étaient pareilles*

A8 : *la grippe H1N1 était un peu comme le début du Covid-19*

Mais l'évolution de l'épidémie de COVID-19 était tout le contraire de celle de la grippe H1N1.

A10 : *C'était vraiment exactement le contraire. On pensait « Oh, il va y avoir un gros problème » et puis en fait ce n'en était pas un ou un tout petit. Et là maintenant nous avons pensé « Ah, il pourrait y avoir un petit problème » et puis arrivait un très gros problème.*

L'impact émotionnel de l'épidémie de grippe H1N1 était moins important : Moins de cas comparés au COVID-19 et le vaccin était relativement vite disponible en Allemagne.

A1 : *[en] 2009 [...] j'étais aussi déjà installée. Je me suis toujours demandée pourquoi cette pandémie n'avait pas laissé d'impression durable chez moi [...].*

Je pense que c'est parce que c'était aussi court en termes de temps et que le vaccin était disponible relativement vite et que nous n'avions pas eu de cas dans le cabinet. C'était quelque chose extérieure, je n'avais pas du tout peur. [...] Il nous restait de la grippe H1N1 une petite boîte colorée en carton sur une armoire où était marqué « pandémie » [rit]. [...] Il y avait un masque et des lunettes de protection [rit] et j'y pense souvent parce que ça correspondait à l'équivalent émotionnel de l'époque. Après l'arrivée du vaccin, je me sentais en sécurité. Ce sentiment ne m'a jamais atteint avec cette naïveté depuis le début de COVID-19.

A8 : ça s'était en fait plus ou moins volatilisé au moment où on avait commencé à vacciner. [...] C'était un peu plus détendu à mon avis parce que ça s'est dispersé en quelque sorte [...] et après six mois, c'était terminé. Et maintenant c'est tout le contraire.

A4 : Lorsque le vaccin était disponible, je me suis fait vacciner. Puis j'ai arrêté les masques puisque j'étais vacciné.

Il s'agissait d'une « menace contrôlable » (A11) et d'une maladie connue car « en principe c'était comme une grippe » (A4).

L'évolution de la maladie était globalement bénigne et ne présentait pas de danger particulier pour les personnes âgées.

A3 : Alors je me rappelle que nous avons beaucoup de cas de grippe H1N1 mais ils avaient juste mal à la gorge, des arthralgies, une fièvre élevée et ils étaient vraiment fatigués pendant deux ou trois jours puis c'était terminé. Globalement ils se remettaient relativement vite. C'était si je me rappelle bien surtout des gens jeunes, ce n'était pas des personnes âgées.

4. Analyse SWOT des focus groups allemands et français

Tableau 5 Analyse SWOT comparative des focus groups allemands et français.

	France	Allemagne
Forces	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégies de coping - Réadaptation rapide - Conscience professionnelle - Rôles du médecin généraliste 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien entre professionnels de santé - Solidarité des patients 	<ul style="list-style-type: none"> - Travail en équipe - Réalisation de tests COVID-19
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge moins globale : <ul style="list-style-type: none"> ▪ COVID-19 au premier plan ▪ Discontinuité des soins pour pathologies chroniques - Relation médecin-patient entravée par gestes barrières - Mode de rémunération 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Téléconsultation - Avis divergents entre pairs 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion du personnel du cabinet
Opportunités		<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des mesures d'hygiène
	<ul style="list-style-type: none"> - Médecine solidaire - Meilleure communication entre professionnels de santé - Mise en place de la téléconsultation - Gain d'expérience professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie de déploiement massif de tests COVID-19 - Centres COVID-19 dédiés
Menaces	<ul style="list-style-type: none"> - Pénurie de matériel de protection - Gestion de la crise sanitaire par les autorités - Système bureaucratique - Traitement médiatique - Conséquences socioéconomiques au long cours - Épuisement des médecins généralistes 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de tests COVID-19 - Précocité et intensité de la première vague - Communication du gouvernement et des autorités sanitaires - Place de la médecine générale 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de soutien et de reconnaissance des médecins généralistes - Organisation et législation hétéroclites entre Länder - Charge administrative - Cloisonnement de la médecine générale

4.1 Forces

Face au stress provoqué par la pandémie, les participants dans les deux pays ont mis en place des stratégies de coping en s'appuyant sur leurs expériences professionnelles, s'informant sur le virus et la maladie, s'organisant entre professionnels de santé ainsi qu'en prenant des mesures spécifiques afin de se protéger soi-même et leurs employés. Ils ont fait preuve d'une grande adaptabilité face à la situation nouvelle. Le fonctionnement du cabinet et les locaux ont été rapidement réorganisés pour réduire le risque de contamination sur place. De même, des consultations à distance ont été mises en place, que ce soit par téléphone ou sous forme de téléconsultation. Le suivi a été renforcé compte tenu du risque de dégradation de l'état de santé des patients atteints du COVID-19.

Compte tenu des difficultés matérielles et organisationnelles dans la réadaptation de leur exercice, les généralistes dans les deux pays ont puisé dans les ressources disponibles. La grande majorité d'entre eux a notamment eu recours aux masques distribués lors de l'épidémie de grippe A(H1N1). Mais ils ont aussi fait preuve d'ingéniosité. De l'accueil au cabinet jusqu'au suivi des malades, ils ont trouvé des solutions adaptées d'une part au risque infectieux et d'autre part à leur environnement spécifique.

Malgré les conditions de travail dégradées, les médecins ont continué à exercer et pris le risque de se contaminer. Cela témoigne de leur conscience et implication professionnelles.

La pandémie a mis en lumière l'importance du médecin généraliste dans la prise en charge des patients. Outre la fonction de premier recours, il a le rôle d'information et d'éducation, notamment aux gestes barrières. Il a une vision holistique du patient et prend en compte les besoins propres à chacun/e dans le contexte de l'épidémie. La pandémie et ses conséquences socioéconomiques ont été source de souffrance psychologique pour une partie de la population. La relation de confiance souvent préétablie offre au patient un espace d'écoute. Le fait que le médecin connaisse bien ses patients l'aide à déceler et ainsi prendre en charge les troubles psychologiques.

En France, le soutien entre professionnels de santé mais également la solidarité de la part des patients ont été des forces décrites par les participants. Les médecins ont reçu des patients d'autres confrères et collègues qui n'étaient pas en capacité de les

prendre en charge. Les patients ont mis à disposition du matériel de protection dans le contexte de pénurie globale.

En Allemagne, le travail en équipe a été une force. En effet, les assistantes médicales ont aidé activement à la mise en place des changements. La cohésion au sein de l'équipe s'est renforcée. Dans certains cas, la situation a permis d'accélérer la prise de décision collégiale. Tous les médecins allemands interrogés ont effectué des prélèvements nasopharyngés pour la détection du SARS-CoV-2. Cela montre leur capacité à s'adapter à une nouvelle pratique et leur rôle actif dans la lutte contre l'épidémie.

4.2 Faiblesses

Les participants allemands et français trouvaient que la prise en charge de leurs patients était devenue moins globale. D'une part, le COVID-19 occupait une place importante dans les consultations ce qui avait pour conséquence de reléguer au second plan les autres aspects médico-sociaux. Les médecins s'efforçaient de ne pas passer à côté d'un symptôme potentiel de la maladie COVID-19. Les patients étaient en demande de conseils et avaient en partie simplement besoin d'être rassurés. D'autre part, les patients consultaient peu pendant la phase initiale de la pandémie. En conséquence, le suivi des pathologies chroniques ainsi que les mesures de prévention étaient moins assurés voir interrompus.

Les témoignages dans les deux pays montraient un impact négatif des gestes barrières sur la relation avec les patients. En particulier, le port du masque et l'absence de tout contact physique en dehors de l'examen clinique ont considérablement restreint la communication non-verbale.

Dans les deux pays, certains médecins généralistes rapportaient une diminution importante du nombre de consultations pendant la phase initiale de l'épidémie. En raison du mode de rémunération par tarification à l'acte, cela a eu des conséquences économiques directes par une baisse de leurs revenus.

Les médecins interrogés en France avaient des avis divergents au sujet de la téléconsultation. Une grande partie des participants l'a vécue comme une contrainte. Ce mode d'exercice ne leur semblait pas adapté pour diagnostiquer et évaluer une

atteinte pulmonaire de COVID-19. Ils ont préféré examiner physiquement les cas suspectés ou confirmés. De plus, les problèmes techniques lors de la téléconsultation étaient fréquents.

La pandémie a eu des répercussions sur le lien entre collègues. Des participants français exprimaient des difficultés quant à l'appréciation divergente de la situation entre pairs. Les désaccords entre médecins exerçant en cabinet de groupe sur la conduite à tenir ont pu compliquer la mise en place de mesures spécifiques. En Allemagne, la gestion du personnel paramédical s'avérait compliquée pour certains médecins. Il a fallu faire accepter les changements par les assistantes médicales mais aussi gérer leur inquiétude. Les changements fréquents des réglementations ont provoqué de la lassitude et de la fatigue au sein de l'équipe du cabinet.

4.3 Opportunités

Une majorité des participants dans les deux pays a vu la pandémie comme une opportunité pour améliorer l'hygiène au cabinet. En effet, depuis le début de l'épidémie de COVID-19 des mesures spécifiques ont été instaurées comme le port du masque, la mise en place de vitres de plexiglas et la mise à disposition de solution hydroalcoolique pour les patients. Le nettoyage des mains, du matériel médical et des surfaces a été effectué plus fréquemment qu'avant. Une partie de ces mesures sera gardée à l'avenir.

Certains médecins interrogés en France décrivaient la crise sanitaire comme source de solidarité entre professionnels de santé. La coopération entre médecins généralistes et d'autres spécialistes s'était notamment améliorée pendant le premier confinement en 2020 en raison de la plus grande disponibilité de ces derniers. Des échanges entre pairs et avec d'autres professionnels de santé se sont rapidement mis en place via des nouveaux canaux de communication. Des participants souhaitaient poursuivre ces temps de partage à long terme.

Pour quelques participants français, la pandémie a été l'occasion de mettre en place la téléconsultation. Ils étaient satisfaits de cette nouvelle pratique et comptaient l'utiliser même après la fin de l'épidémie. De façon générale, vivre cette situation exceptionnelle de crise sanitaire en tant que médecin a constitué une expérience

professionnelle enrichissante. Pour certains, c'était l'occasion de remettre en question leur façon d'exercer et d'en tirer des conclusions pour l'avenir.

La grande disponibilité des tests de dépistage en Allemagne a permis aux médecins généralistes de jouer un rôle actif dans la détection et la prise en charge des cas de COVID-19. Dans certaines régions, l'existence et le bon fonctionnement de centres dédiés à la prise en charge des malades du COVID-19 a permis de décharger les médecins généralistes et de diminuer le risque de contamination au sein de leurs cabinets.

4.4 Menaces

Une menace commune à la majorité des médecins français et allemands interrogés était la pénurie de masques. Il existait également des difficultés d'approvisionnement pour d'autre matériel à usage médical comme par exemple du désinfectant et des gants. La gestion de la crise sanitaire par les autorités gouvernementales et sanitaires a été fortement critiquée lors des entretiens dans les deux pays. Les participants trouvaient que la préparation du gouvernement à une situation de pandémie était insuffisante. Notamment l'absence de réserve nationale de masques pour les médecins généralistes a provoqué de l'incompréhension. Ont été constatés, des retards dans la mise en place de mesures spécifiques, en particulier dans les zones précocement touchées par l'épidémie. Les médecins parlaient des incohérences dans la stratégie de lutte contre l'épidémie mais aussi du manque de coordination des différents organismes administratifs. Les autorités sanitaires ont été critiquées pour leur manque de réactivité dans le contexte de crise par des participants en France et en Allemagne. Leur fonctionnement était considéré comme trop bureaucratique. Les critiques lors des entretiens en France portaient également sur la communication et la transmission d'informations des autorités sanitaires. Des médecins estimaient que les informations diffusées à destination des professionnels de santé étaient incomplètes. La quantité d'informations a été évaluée comme trop importante, en raison notamment de l'existence de plusieurs canaux. Au niveau infranational, le manque d'un interlocuteur facilement joignable et en capacité de répondre aux questions des généralistes a été mis en avant.

Des participants allemands et français ont émis des critiques concernant le traitement médiatique de la pandémie. Leur rôle de conseiller les patients a été rendu plus difficile par la circulation de fausses informations et l'existence de polémiques. L'ambiance créée par les médias a été en partie jugée trop anxiogène.

Dans les deux pays, les médecins ont été témoins des répercussions psychosociales de la crise sanitaire chez leurs patients. Ils s'inquiétaient des conséquences socioéconomiques et sur la santé de la population à long terme. La pandémie a aussi eu un impact sur le bien-être des personnes interrogées. L'augmentation de la charge de travail et la réadaptation permanente ont provoqué de la fatigue. Une majorité des médecins a perçu son travail comme moins satisfaisant qu'avant la pandémie.

L'accès restreint aux tests COVID-19 au début de l'épidémie a été particulièrement critiqué par les généralistes français. Cela a bouleversé leur façon d'exercer car ils ne pouvaient pas confirmer le diagnostic pour des cas suspectés ne rentrant pas dans les critères de dépistage. Cette situation a été source d'angoisse pour certains patients. Même après la fin du premier confinement et l'assouplissement des critères d'accès aux tests de dépistage, des délais importants ont été constatés, par les patients pour la prise de rendez-vous et par les médecins pour obtenir les résultats de ces mêmes tests.

La première vague épidémique de COVID-19 a été particulièrement précoce et intense dans certaines zones en France. Le système de santé y a rapidement été saturé. Des contaminations ont pu avoir lieu au sein des cabinets médicaux avant la mise en place de mesures spécifiques.

Les médecins interrogés en France ont jugé que la communication du gouvernement était particulièrement inadaptée. D'une part pour avoir diffusé des informations parfois contradictoires, notamment au sujet des masques. D'autre part, pour les annonces faites au sujet de la priorisation des consultations en médecine générale pour des motifs uniquement urgents lors du premier confinement.

C'est justement la place attribuée à la médecine générale dans la stratégie de lutte contre l'épidémie que critiquaient les participants français. La complexité et les domaines de compétences de cette spécialité n'ont pas été réellement pris en considération selon eux.

Des participants allemands ont quant à eux regretté le manque de soutien et de reconnaissance du travail des médecins généralistes pendant la crise sanitaire par les politiques de leur pays. L'absence de représentant de cette spécialité médicale dans les commissions consultatives au niveau national a également été critiquée. Les médecins interrogés ont constaté qu'il existait de grandes différences interrégionales en termes d'organisation et de fonctionnement des services sanitaires. En raison du système fédéral, les réglementations et les restrictions en lien avec l'épidémie étaient décidées par le gouvernement de chaque land. Cela a provoqué de la confusion chez les professionnels de santé mais aussi dans la population générale.

Les généralistes allemands ont constaté une augmentation considérable de la part administrative de leur travail depuis le début de l'épidémie. Selon eux, la principale cause était les changements fréquents des réglementations et des recommandations officielles pour la réalisation des tests de COVID-19, nécessitant beaucoup de temps de préparation. En conséquence, le temps disponible pour les patients avait diminué.

Certains participants ont estimé qu'il y avait un risque que s'installe un cloisonnement de la médecine générale en Allemagne dans le sens d'une binarisation de la prise en charge des patients entre infectés et non-infectés.

IV. Discussion

1. Synthèse des résultats et comparaison avec la littérature

Selon les psychologues Lazarus et Launier, les émotions résultent de l'influence mutuelle d'un individu et de son environnement. Néanmoins seules les interactions ayant potentiellement un impact sur le bien-être de l'individu engendreraient des émotions (35). L'évaluation émotionnelle de l'émergence et de la propagation du SARS-CoV-2 en Chine différait entre les participants à notre étude. Certains considéraient la situation comme préoccupante et ressentaient d'emblée de la peur. Pour d'autres, elle n'était pas source d'inquiétude. Au fur et à mesure de la progression de l'épidémie en dehors de la Chine et au plus tard avec son arrivée en Europe, l'appréciation des derniers a globalement évolué vers une prise de conscience d'un danger. Cependant, l'avis d'un participant allemand vis-à-vis de la pandémie se démarquait fortement des autres, en mettant en question le caractère dangereux de la pandémie et en évaluant les mesures sanitaires instaurées par le gouvernement allemand comme démesurées. Cette diversité dans la perception par les médecins généralistes des menaces associées au COVID-19 et des mesures prises a été retrouvée dans l'étude de Linde et al. (36) Les auteurs identifiaient plusieurs sous-groupes dont des 'corona-sceptiques'.

Pour certains participants à notre étude, la peur prenait une place importante dans leur quotidien surtout pendant la première vague épidémique. En tant que personne privée, ils avaient peur de tomber malade voire de mourir du COVID-19. Mais encore plus que pour leur propre santé, ils s'inquiétaient de transmettre le virus à leurs proches. Ce dernier aspect est concordant avec les résultats d'autres études (37–39).

Dans la sphère professionnelle, les participants dans les deux pays ont éprouvé des émotions et sentiments du spectre de la peur à des degrés variables. Certains étaient inquiets pour leurs patients, en particulier pour ceux appartenant aux groupes à risque et isolés socialement. L'incertitude concernant le SARS-CoV-2 et la maladie de COVID-19 au début puis sur l'évolution de l'épidémie a provoqué de l'appréhension et des craintes quant à l'impact direct sur leur travail. L'incertitude fait partie de la médecine générale et chaque médecin a sa propre stratégie pour l'aborder (40). Dans le contexte d'émergence d'un nouvel agent infectieux à l'origine d'une maladie jusque-

là inconnue, l'incertitude avait pris une dimension plus importante. Le positionnement face aux informations abondantes, changeantes et parfois contradictoires a été vécu comme une difficulté par des généralistes dans les deux pays.

Globalement, les participants allemands et français ont perçu leur travail de façon plus négative depuis le début de la pandémie. Il était ressenti comme plus laborieux, stressant ainsi que moins plaisant et satisfaisant. La réaction de stress est le résultat d'un déséquilibre entre un événement évalué comme une menace et les ressources disponibles pour y faire face pouvant mettre en danger le bien-être de la personne (41). Dans le cas des médecins généralistes interrogés, des insuffisances en termes de ressources extérieures étaient présentes et s'établissaient à différents niveaux. Peu de connaissances médicales fiables étaient disponibles au début de la pandémie et un certain degré d'incertitude a persisté tout au long de l'épidémie. La pénurie de matériel de protection concernait de nombreux pays occidentaux dont l'Allemagne et la France (42,43).

En réaction à cette situation de stress, les médecins ont mis en place des stratégies de coping (44). Deux démarches ont été identifiées, le coping centré sur le problème et celui sur l'émotion. Elles n'étaient pas exclusives et s'exprimaient à des degrés différents chez les participants.

Le coping centré sur le problème se manifestait par la recherche active d'informations sur le nouvel agent infectieux et la maladie provoquée. Pour cela, plusieurs sources ont été utilisées. L'évolution rapide et continue des connaissances demandait une mise à jour très régulière aux médecins. De plus, presque tous les participants allemands et français ont rapidement réadapté le fonctionnement de leurs cabinets afin de réduire le plus possible le risque de contamination. Les patients avec suspicion d'infection par le SARS-CoV2 ont été séparés des autres. Des mesures spécifiques de prévention d'infection ont été mises en place. Une étude auprès de professionnels de santé dans plusieurs pays européens, retrouvaient ces mêmes démarches comme principales stratégies de coping face au stress provoqué par la pandémie (45). Face aux difficultés d'approvisionnement en équipement de protection individuelle, les participants dans les deux pays se sont mobilisés pour trouver des alternatives. Le recours à des solutions par le « système D » en faisait partie, ce qui corrobore avec une enquête en France (46).

Une particularité rapportée par certains participants français était la solidarité entre professionnels de santé. Des initiatives locales d'échanges, d'entraide et de collaboration ont rapidement été prises par les acteurs de soins de santé primaires au début de l'épidémie. Ils ont ainsi mutualisé les efforts et renforcé le travail en réseau au niveau de leur territoire. Des nouveaux canaux de communication comme des groupes de discussion et des conférences audiovisuelles ont été mis en place afin de partager des informations et des conseils sur la conduite à tenir. Dans son travail de thèse de médecine générale, Fabien Faucon retrouvait des actions comparables ainsi que cette influence positive sur la communication interprofessionnelle dans la région du Havre (47). D'autres études ont montré que les échanges entre pairs offraient un soutien mutuel en plus du partage d'informations valables (48,49). Dans notre étude, des médecins français décrivaient une amélioration de la coopération avec d'autres spécialistes pendant le premier confinement. Dans un contexte similaire de consultations programmées annulées pour les derniers, ce résultat est concordant avec des témoignages des médecins généralistes belges (50).

La deuxième façon de gérer le stress était centrée sur l'émotion dont la plus importante était la colère. Cette émotion est généralement liée au sentiment d'avoir subi une injustice ou de non prise en compte. Dans le cas des participants dans les deux pays, elle était principalement dirigée contre leurs gouvernement et autorités sanitaires respectifs pour des raisons en partie différentes. Une critique commune a été le manque d'anticipation et de préparation à la crise sanitaire. Compte tenu de l'absence de réserve nationale de masques, les médecins ne se sentaient pas protégés par l'État dans leur mission de soignant. D'autant plus que ceux ayant déjà exercé pendant l'épidémie de la grippe A(H1N1), avaient le souvenir d'avoir été approvisionnés en masques par le gouvernement à l'époque. Cette fois-ci, il leur semblait que la priorité ait été donnée au secteur hospitalier. Une étude réalisée auprès des professionnels de santé en Allemagne au printemps 2020 montrait que la pénurie en équipement de protection individuelle a concerné plus particulièrement le secteur ambulatoire (51).

Les généralistes français exprimaient en particulier de la colère vis-à-vis du gouvernement pour ne pas avoir été pris en considération dans la stratégie nationale de lutte contre l'épidémie. Ils étaient volontaires pour s'impliquer activement mais ils avaient l'impression que la réponse ne se concentrait que sur l'hôpital en oubliant le secteur de soins de santé primaires. Leur critique portait notamment sur l'annonce

faite à la population générale par le Premier ministre de l'époque, Edouard Philippe, le 23 mars 2020 de ne consulter de médecin généraliste qu'en cas d'urgence. Faute d'avoir une place attribuée dans cette crise sanitaire, les généralistes et les autres professionnels de santé se sont mobilisés au niveau territorial (52). Une autre raison à la colère des participants était l'insuffisance des moyens mis en place par les pouvoirs publics pour endiguer l'épidémie. Dès la mise sur le marché des tests de dépistage, l'OMS avait recommandé la stratégie de 'tester – tracer – isoler' afin de ralentir voire d'arrêter la circulation active du virus dans la population. Or, la France pratiquait peu de tests au début de l'épidémie et n'a augmenté sa capacité de dépistage qu'après la première vague (53). Les médecins voyaient leur travail entravé par la faible disponibilité des tests. En effet, ne pas pouvoir confirmer le diagnostic pour la plupart des suspicions de COVID-19 en ambulatoire, a été source de stress pour eux-mêmes mais aussi pour les patients. Des difficultés d'accès aux tests et à leurs résultats ont persisté après le déconfinement. Lors d'une enquête de la DREES aux mois de mai et juin 2020, un médecin généraliste sur quatre déclarait avoir encore un accès restreint aux tests PCR en ville (54). Lors des entretiens français, des comparaisons ont été faites avec la situation en Allemagne qui faisait partie des pays ayant organisé très tôt des campagnes de dépistage massif. Tous les participants allemands ont rapidement commencé à réaliser dans leur cabinet des prélèvements nasopharyngés pour détecter le SARS-CoV2. Avec l'appui des centres COVID-19, le secteur des soins de santé primaires était le premier point de contact pour l'évaluation et la prise en charge des cas (55). Malgré leur rôle actif pendant la crise sanitaire, les médecins généralistes allemands avaient le sentiment que leurs contributions et efforts n'avaient pas été reconnus par les pouvoirs publics. De plus, il leur semblait que les politiques n'aient pas pris conscience des enjeux existants dans leur exercice. Les changements fréquents des recommandations ainsi que des réglementations pour encadrer la facturation des actes étaient à l'origine d'une augmentation considérable de la part administrative du travail des généralistes. Certains participants français constataient également une majoration de leur charge administrative. Les démarches à réaliser par les généralistes pour le contact tracing des personnes malades étaient considérées comme chronophages. De plus, les définitions

changeaient régulièrement. Délivrer des certificats d'arrêts de travail ou de reprise d'école leur rajoutait également du travail administratif.

De nombreuses études ont démontré le risque de répercussions de la pandémie sur la santé mentale des professionnels de santé en première ligne (56). Les médecins généralistes avaient un risque de développer des troubles psychiatriques comme de l'anxiété, des syndromes de stress post-traumatique, des symptômes dépressifs et de burn-out (38,45,57,58). Une participante à notre étude exerçant en France dans une zone fortement touchée lors de la première vague qualifiait son expérience de traumatisante. Des travaux montraient une corrélation entre le sexe féminin, le fait d'avoir peu d'expérience professionnelle ainsi que l'exercice dans une région à haute prévalence et l'impact psychologique plus important de l'épidémie de COVID-19 (58–60). Une étude colombienne sur les troubles anxieux chez des médecins généralistes pendant la pandémie de COVID-19 retrouvait plusieurs facteurs associés à une moindre présence de symptômes anxieux : notamment le fait de se sentir protégé par l'État, d'être satisfait de son travail en tant que médecin, de considérer les capacités de tests de COVID-19 et les mesures gouvernementales comme suffisantes (61).

Cependant, la perception du risque pour sa propre santé et en conséquence l'impact psychologique différaient entre les participants. Certains médecins étaient rassurés par le fait de ne pas appartenir aux groupes à risque ou considéraient le risque inhérent à leur métier. Pour d'autres, l'accès restreint aux équipements de protection individuelle, en particulier les masques, provoquait un sentiment d'insécurité. Ces résultats corroborent avec ceux de l'étude de Wanat et al. auprès de professionnels de santé du secteur primaire (43).

Dans les deux pays, des généralistes ont pris conscience que de la fatigue s'installait avec la durée de l'épidémie et de la nécessité de se réadapter en permanence. Dans certains cas, la crise sanitaire a mis en lumière les tensions préexistantes sur l'offre de soins local. L'épidémie de COVID-19 coïncidait avec une situation professionnelle déjà difficile suite à la reprise de patientèle de consœurs et confrères ayant fermé leur cabinet.

Les expériences professionnelles des médecins généralistes allemands et français étaient influencées par la situation épidémiologique dans leur lieu d'exercice. Il existait des différences géographiques en Allemagne et en France en termes de circulation active du nouveau coronavirus et de décès imputés au COVID-19 lors de la première vague (62,63). Les médecins exerçant dans des zones à faible prévalence constataient une baisse importante du nombre de consultations présentes. Une des raisons avancées était la peur des patients de se contaminer au cabinet. Cela a eu des conséquences directes à plusieurs niveaux. D'une part sur la prise en charge des patients pour des motifs hors-COVID-19 car les actions de prévention comme la vaccination ainsi que le dépistage de cancers ont été annulées et le suivi des pathologies chroniques était en partie interrompu. Les participants s'inquiétaient des répercussions à moyen et long terme sur la santé de la population. Ces points sont concordants avec d'autres publications qui montraient une situation similaire dans de nombreux pays (64,65). D'autre part, les revenus des généralistes diminuaient en raison du système de rémunération en vigueur (66). Pour certains participants, cela a été source d'inquiétude financière. Cet aspect a également été mis en évidence par une étude auprès des médecins généralistes irlandais (67). La baisse de l'activité a permis aux participants d'avoir le temps de se préparer. Outre la quantité, il y a eu une influence sur le contenu des consultations : une prédominance de troubles psychologiques et finalement peu de cas de COVID-19. Des enquêtes réalisées par la DREES pendant et après le premier confinement retrouvaient également une augmentation de demandes de soins pour stress, troubles anxieux et dépressifs (68) (69).

Les médecins ayant exercé dans des zones à forte prévalence pendant la phase initiale de l'épidémie constataient au contraire une prédominance de consultations pour le COVID-19. Surtout les médecins français se sentaient submergés par l'augmentation rapide de cas sans avoir eu le temps de se préparer. Une des difficultés était la diversité et la quantité importante d'informations dont celles reçues par les autorités sanitaires. Les informations transmises leur paraissaient en partie incomplètes. Ces résultats sont concordants avec ceux d'une étude française réalisée dans une région à fort taux d'incidence (49). La communication du gouvernement français a été fortement critiquée, particulièrement pour les informations contradictoires au sujet des masques.

Comme évoqué précédemment, la grande majorité des participants dans les deux pays a rapidement adapté sa pratique au début de l'épidémie de COVID-19. Des mesures ont été mises en place pour séparer les patients COVID-19 suspectés ou confirmés des autres patients : fermeture des salles d'attente ou aménagements de celles-ci, triage par téléphone, plages de consultations dédiées, téléconsultations pour en citer quelques-unes. Les mesures d'hygiène ont été améliorées. Ces résultats corroborent avec des travaux en France (70) mais aussi dans d'autres pays européens (71). Les participants à notre étude comptaient poursuivre certaines de ces mesures au long cours. Les médecins jouaient également un rôle important dans l'éducation des patients aux gestes barrières.

Un point commun des témoignages en Allemagne et en France était la réalisation de consultations à distance. Les participants allemands et français constataient une augmentation de contact avec les patients par téléphone, que ce soit pour simplement donner des conseils, le triage ou le suivi des cas de COVID-19. Compte tenu du risque de dégradation de l'état de santé après la première phase de l'infection au SARS-CoV2, ils contactaient les malades à intervalle régulier. Une enquête de la DREES au mois d'avril 2020 montrait que 90% des généralistes avaient mis en place une surveillance par téléphone de leurs patients atteints du COVID-19 (68). Lors des entretiens français, la téléconsultation était un sujet récurrent avec des avis mitigés. Tous les participants en France l'ont mise en place conformément aux recommandations officielles. Ils comprenaient son intérêt pour éviter le déplacement des patients au cabinet et ainsi réduire le risque de transmission sur place, d'autant plus dans le contexte de pénurie d'EPI. Cependant, pour certains médecins la téléconsultation s'est avérée difficile. D'une part, ils ont rencontré fréquemment des problèmes techniques ce qui est concordant avec les résultats d'une étude suédoise retrouvant les mêmes freins à cette pratique (72). D'autre part, l'évaluation à distance dans le cas d'une pathologie respiratoire ne leur semblait pas adaptée. Les défis de la téléconsultation dans l'évaluation de la gravité de l'infection COVID-19 ont été exposés dans la presse médicale (73). Par peur de faire erreur dans le diagnostic, les médecins faisaient souvent venir les patients au cabinet afin de pouvoir les examiner. Cela montre que l'examen physique représente une étape essentielle dans la démarche diagnostique (74).

D'autres participants français étaient au contraire satisfaits de la téléconsultation et ils déclaraient vouloir la poursuivre à long terme. Notamment pour les médecins exerçant dans des zones rurales à faible densité médicale, cette pratique leur semblait adaptée pour faciliter l'accès des patients aux soins de santé primaires. En effet, la télémédecine peut être un moyen pour diminuer les inégalités d'accès aux soins comme avancé dans un rapport de l'OCDE (75).

Les participants allemands se sont peu exprimés sur la téléconsultation lors des entretiens. Néanmoins, une augmentation franche de son utilisation par les médecins, toute spécialité médicale et chirurgicale confondue, a été constatée dès le mois de mars 2020 comparé à l'année précédente (76). Une enquête réalisée en Allemagne au mois d'avril et mai 2020 montrait qu'un tiers des médecins généralistes interrogés avait mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de COVID-19 (77). En France, la situation était comparable. Les données de l'Assurance maladie montrent même une explosion du nombre des téléconsultations remboursées au premier trimestre, dont la grande majorité étaient assurées par des médecins généralistes libéraux (78). Cette pratique semblait peu répandue auparavant (79). Les règles pour y avoir recours ont été assouplies dans les deux pays pendant la crise sanitaire. Dans de nombreux pays occidentaux, la pandémie a accéléré la digitalisation du secteur des soins de santé primaires (55).

Du point de vue des médecins dans les deux pays, la relation avec leurs patients a été affectée par la pandémie et les mesures instaurées. Le port du masque et la distanciation physique l'ont rendue moins conviviale et moins humaine. L'importance du toucher en dehors de tout examen physique a été mise en avant par les participants. En effet, le toucher a un effet thérapeutique (80) et représente un moyen de communication non verbale dans le soin (81) permettant ainsi d'améliorer les interactions entre médecins et patients (82).

La particularité des cabinets de médecine générale en Allemagne est le travail en équipe avec les assistantes médicales⁴ (83). Depuis la réforme du système de santé « Ma santé 2022 » (84), cet exercice conjoint est aussi possible en France mais il reste encore peu répandu. Les participants allemands mettaient en avant le rôle actif des assistantes médicales dans la réorganisation du cabinet et le triage des patients.

⁴ Profession essentiellement féminine

Néanmoins, la gestion de la sécurité de l'équipe paramédicale dans le contexte de pénurie de matériel de protection a été vécue comme une difficulté. L'étude de Kippen et al. a retrouvé des résultats similaires pour des médecins généralistes australiens (85).

Un exemple intéressant est le témoignage d'une maison de santé pluriprofessionnelle dans le sud de la France démontrant les avantages de disposer d'une équipe administrative au sein du cabinet pendant l'épidémie de COVID-19 (86). Elle a géré toutes les tâches administratives non médicales en lien avec la pandémie comme la mise en place et le respect des protocoles d'hygiène, le flux des patients ainsi que la gestion de l'équipement de protection individuelle. Cela a permis aux médecins d'avoir plus de temps avec leurs patients.

La pandémie a eu une influence sur la vie privée des médecins interrogés dans les deux pays. Ils rapportaient des difficultés pour concilier vie professionnelle et personnelle. L'augmentation de la charge de travail au cabinet mais aussi le besoin permanent de se documenter débordaient sur le temps libre. La vie sociale était beaucoup plus restreinte. Les participants évitaient le contact avec leurs proches, particulièrement les personnes à risque, pour ne pas les contaminer. Les activités de loisir, permettant l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle en temps normal, étaient à l'arrêt. Les médecins parents décrivaient les difficultés pour gérer les enfants à domicile lorsque les écoles et crèches étaient fermés pendant le premier confinement. Certains participants français et allemands décrivaient la pandémie comme un événement provoquant un changement abrupt dans la société et dans leur environnement personnel.

Cependant il y a eu aussi des témoignages d'influence positive de la pandémie sur la vie privée. L'entourage proche a été d'un grand soutien durant cette situation. La diminution de l'activité au cabinet pendant le premier confinement a permis à certains participants de passer plus de temps avec leur famille.

2. Forces et limites de l'étude

Le choix d'utiliser une approche qualitative est tout à fait approprié pour étudier le vécu de la pandémie de COVID-19. Car il s'agit d'une situation complexe et de facteurs subjectifs difficilement quantifiables (87). La méthode des focus groups permet d'explorer une multitude de points de vue en utilisant l'interaction entre les participants. En effet, la dynamique du groupe contribue à faire émerger des nouvelles idées (88).

Les entretiens de groupe sont adaptés même pour des sujets personnels et intimes comme les émotions. D'une part, des participants plus à l'aise peuvent contribuer à briser la glace pour des personnes plus en retrait (88). D'autre part, le vécu d'une expérience émotionnelle est accompagné par le besoin de la personne de traduire cette expérience en paroles et de la partager socialement. Lorsqu'il s'agit d'un événement émotionnel survenu dans le cadre professionnel, ce « partage social des émotions » se fait souvent entre collègues (89). Les participants à notre étude, tous médecins généralistes, étaient disposés à partager leurs émotions avec des pairs lors des focus groups.

La comparaison par le modèle SWOT des résultats de chaque pays était intéressante pour faire ressortir les forces existantes, ainsi que les opportunités à exploiter, mais aussi pour identifier les faiblesses à atténuer ou à corriger et proposer des solutions face aux menaces. Cette méthode est à l'origine un outil d'analyse stratégique d'entreprise mais depuis quelques années elle est également appliquée dans le domaine de la santé (90).

L'originalité de ce travail est sa dimension internationale. La comparaison entre deux pays voisins du point de vue des médecins généralistes est une force. D'autant plus que comparé au rôle crucial que jouent les soins de santé primaires pendant la pandémie, relativement peu d'études s'intéressaient spécifiquement à ce secteur de santé (91).

L'échantillon n'a pas été constitué dans le but d'être représentatif mais d'obtenir une grande diversité de vécu de la situation. Le recrutement a permis de recueillir un large panel d'expériences principalement en raison de la variabilité de la situation épidémiologique dans les régions d'exercice des participants.

Réaliser les entretiens de groupe sous forme de conférence audiovisuelle semblait être la meilleure solution compte tenu de l'éloignement géographique des participants et des restrictions sanitaires en vigueur au moment de leur réalisation. Cela ne permet cependant de réunir qu'un nombre limité de personnes en raison des interférences techniques comparé à des entretiens en présentiel.

Une limite de cette étude est le décalage temporel entre les entretiens réalisés en France et en Allemagne. Les focus groups français avaient principalement lieu après la première vague épidémique, mais au moment du dernier les contaminations commençaient à réaugmenter (63). Les focus groups allemands se déroulaient au début de la deuxième vague épidémique (62).

La principale raison de ce décalage était la difficulté à recruter des participants allemands et à trouver des créneaux convenant à plusieurs personnes en même temps. Pour les deux pays, les focus groups ont eu lieu plusieurs mois après le début de la pandémie ce qui a pu induire un biais de mémorisation. En effet, des participants faisaient part de leur difficulté à se souvenir de leur vécu de la phase initiale. Néanmoins, le manque de disponibilité des médecins généralistes est tout à fait compréhensible compte tenu de leur mobilisation pendant la crise sanitaire.

Mon manque d'expérience dans la réalisation d'un travail de recherche constitue une autre limite de cette étude. En particulier, l'animation des focus groups s'avérait compliquée : veiller à la distribution équitable du temps de parole des participants et à ce qu'il n'y ait pas de digression du sujet de l'étude. Le point de vue, les attentes et les intérêts de l'investigateur influencent inévitablement tous les aspects du processus du travail lors d'une recherche qualitative (92). Il est important que l'investigateur arrive à prendre en compte cette influence. Ayant exercé en tant que remplaçante en médecine générale lors des première et deuxième vagues, certains témoignages ont certainement plus raisonné en moi que d'autres. De plus, la crise sanitaire et les restrictions pour endiguer la pandémie ont eu un impact psychologique négatif sur moi. Mais en adaptant une démarche rigoureuse avec la tenue d'un journal de thématization et la triangulation des données, j'ai essayé de limiter le plus possible cette influence sur les résultats.

En raison de problèmes personnels, la finalisation de ce travail a pris un retard considérable.

3. Mise en perspective des résultats

L'OMS souligne le rôle crucial du secteur des soins de santé primaires dans une urgence sanitaire. Outre le fait d'assurer les soins essentiels de routine, il identifie et gère les cas urgents. De plus, il a une fonction de promotion des mesures de santé publique et contribue à la veille sanitaire (93). L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur le système de santé était moindre dans les pays où existait un plan de pandémie à jour prenant en compte spécifiquement le secteur des soins de santé primaires (94).

Le risque étant réel de voir émerger d'autres agents infectieux à l'avenir et par conséquent d'autres crises sanitaires mondiales, il faut tirer des conclusions des expériences de la pandémie de COVID-19 et adapter le système de santé. En plus de la surmortalité liée au COVID-19, il y a eu un impact considérable sur la prise en charge des maladies non transmissibles (65). Cela montre l'importance de garantir l'accès de la population aux soins de santé essentiels pendant la pandémie. Il est nécessaire d'associer davantage les soins primaires dans la stratégie de lutte lors d'une crise de cette ampleur. Pour cela, il y a un besoin de représentation de la médecine générale au niveau des commissions décisionnelles nationales. De même, il paraît essentiel de produire des protocoles et recommandations spécifiques pour ce secteur et de les intégrer dans le plan de pandémie. Afin de diminuer la charge administrative pour les médecins généralistes, les informations transmises par les autorités sanitaires doivent être centralisées et les réglementations simplifiées. L'instauration de mesures spécifiques doit prendre en compte le fonctionnement des cabinets de médecine générale. Pour que les professionnels de santé puissent faire correctement face aux challenges d'une telle situation, il est indispensable de leur mettre à disposition des ressources matérielles adéquates pour assurer leur sécurité dans leurs missions.

La pandémie a montré la capacité de mobilisation au niveau territorial des acteurs des soins primaires. Cette collaboration horizontale doit être renforcée. La branche européenne de l'OMS recommande notamment l'installation des médecins de famille avec des équipes pluriprofessionnelles afin de répondre aux besoins psychosociaux plus larges (95).

V. Conclusion

Ce travail a permis de mettre en évidence un panorama de vécus de la pandémie de COVID-19 chez les médecins généralistes interrogés en Allemagne et en France. Il a également mis en exergue de grandes similitudes dans le champ émotionnel. En effet, les émotions et sentiments communs prédominants étaient la peur et la colère. Pour une majorité des participants, la pandémie a été source de stress dans leur vie professionnelle et privée. Pour faire face à cette situation de stress, ils ont mis en place différentes stratégies dont la réadaptation rapide de leur pratique face au risque infectieux.

La menace d'émergence d'autres zoonoses à potentiel pandémique reste réelle. Le secteur des soins primaires constitue un maillon indispensable dans la réponse efficace d'un pays à cette forme de crise sanitaire. Compte tenu des expériences vécues pendant la pandémie de COVID-19, des améliorations en termes de préparation à l'échelle nationale et infranationale sont requises. Il paraît essentiel en premier lieu de garantir la sécurité des professionnels de santé dans l'exercice de leur métier en leur mettant à disposition le matériel nécessaire pour se protéger. De plus, les soins primaires doivent être pris en compte à part entière dans le plan de réponse à une pandémie avec une organisation à l'échelle territoriale. La diminution de la part administrative de la charge de travail permettrait aux médecins généralistes de disposer de plus de temps pour les patients.

VI. Références bibliographiques

1. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019 | NEJM [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001017>
2. Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To KKW, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*. 15 févr 2020;395(10223):514-23.
3. Liu T, Hu J, Kang M, Lin L, Zhong H, Xiao J, et al. Transmission dynamics of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. 2020 janv [cité 3 oct 2021] p. 2020.01.25.919787. Disponible sur: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.01.25.919787v1>
4. Organisation mondiale de la santé. COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/08-04-2020-who-timeline---covid-19>
5. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med*. 5 mars 2020;382(10):970-1.
6. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
7. Spiteri G, Fielding J, Diercke M, Campese C, Enouf V, Gaymard A, et al. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the WHO European Region, 24 January to 21 February 2020. *Eurosurveillance*. 5 mars 2020;25(9):2000178.
8. Bestätigter Coronavirus-Fall in Bayern - Infektionsschutzmaßnahmen laufen - Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege [Internet]. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.stmgp.bayern.de/presse/bestaetigter-coronavirus-fall-in-bayern-infektionsschutzmassnahmen-laufen/>
9. Kinross P, Suetens C, Gomes Dias J, Alexakis L, Wijermans A, Colzani E, et al. Rapidly increasing cumulative incidence of coronavirus disease (COVID-19) in the European Union/European Economic Area and the United Kingdom, 1 January to 15 March 2020. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. mars 2020;25(11).
10. Évolution du nombre de décès entre le 1er mars et le 30 avril 2020 – Nombre de décès quotidiens | Insee [Internet]. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4500439?sommaire=4487854>
11. COVID-19 Map [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. [cité 2 oct 2021]. Disponible sur: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
12. Info Coronavirus COVID-19 - Les actions du Gouvernement [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>

13. Ministère des Solidarités et de la Santé. PREPARATION A LA PHASE ÉPIDÉMIQUE DE Covid-19 Guide méthodologique [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidemique-v15-16032020.pdf>
14. Gautier S. Enquête Flash COVID-19 mars 2020. 2020.
15. Coronavirus : décès du premier médecin généraliste et de deux autres praticiens [Internet]. Le Généraliste. [cité 22 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/archives/coronavirus-deces-du-premier-medecin-generaliste-et-de-deux-autres-praticiens>
16. Site internet de la CARMF [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=actualites/communiqués/2021/covid/covid-recap-2020.htm>
17. Kunin M, Engelhard D, Piterman L, Thomas S. Response of General Practitioners to Infectious Disease Public Health Crises: An Integrative Systematic Review of the Literature. *Disaster Med Public Health Prep.* oct 2013;7(5):522-33.
18. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2 mars 2020;3(3):e203976-e203976.
19. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, et al. Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Med Sci Monit [Internet].* 15 avr 2020 [cité 27 nov 2021];26. Disponible sur: <https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/924171>
20. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* juin 2020;288:112936.
21. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, Jing M, Goh Y, Yeo LLL, et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med.* 18 août 2020;173(4):317-20.
22. Amerio A, Bianchi D, Santi F, Costantini L, Odone A, Signorelli C, et al. Covid-19 pandemic impact on mental health: a web-based cross-sectional survey on a sample of Italian general practitioners. *Acta Bio Medica Atenei Parm.* 2020;91(2):83-8.
23. Li DKT, Zhu S. Contributions and challenges of general practitioners in China fighting against the novel coronavirus crisis. *Fam Med Community Health [Internet].* 23 mars 2020 [cité 30 avr 2021];8(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7103835/>
24. Global Family Doctor - WONCA Online [Internet]. [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.globalfamilydoctor.com/News/DonaldLiontheCoronavirus.aspx>
25. COVID-19—the frontline (a GP perspective) [Internet]. [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: <https://journal.nzma.org.nz/journal-articles/covid-19-the-frontline-a-gp-perspective>
26. Greenhalgh T, Rosen R. Remote by default general practice: must we, should we, dare we? *Br J Gen Pract.* 1 avr 2021;71(705):149-50.
27. Thornton J. Covid-19: how coronavirus will change the face of general practice forever. *BMJ.* 30 mars 2020;368:m1279.
28. Kringos DS, Boerma, Wienke G. W, Hutchinson, Allen, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe [Internet]. 2015 [cité 2 nov 2021]. Disponible sur:

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/building-primary-care-in-a-changing-europe>

29. Santé Publique France. Infection au nouveau Coronavirus (SARS-CoV-2), COVID-19, France et Monde [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde>
30. Institute RK. Situation report. :7.
31. [who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf) [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
32. Search and Compare - HSRM [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.covid19healthsystem.org/searchandcompare.aspx>
33. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2012. p. 231-314. (U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-p-231.htm>
34. 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*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
35. Christophe V. 2. Les processus cognitifs dans l'élaboration de l'émotion. In: Les Émotions : Tour d'horizon des principales théories [Internet]. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2019 [cité 12 sept 2021]. p. 23-60. (Savoirs Mieux). Disponible sur: <http://books.openedition.org/septentrion/51003>
36. Linde K, Bergmaier C, Torge M, Barth N, Schneider A, Hapfelmeier A. The diversity of opinion among general practitioners regarding the threat and measures against COVID-19 - Cross-sectional survey. *Eur J Gen Pract*. déc 2021;27(1):176-83.
37. Al Ghafri T, Al Ajmi F, Anwar H, Al Balushi L, Al Balushi Z, Al Fahdi F, et al. The Experiences and Perceptions of Health-Care Workers During the COVID-19 Pandemic in Muscat, Oman: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health* [Internet]. 22 oct 2020 [cité 24 avr 2021];11. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7585886/>
38. Ofei-Dodoo S, Loo-Gross C, Kellerman R. Burnout, Depression, Anxiety, and Stress Among Family Physicians in Kansas Responding to the COVID-19 Pandemic. *J Am Board Fam Med*. 1 mai 2021;34(3):522-30.
39. Gokdemir O, Pak H, Bakola M, Bhattacharya S, Hoedebecke K, Jelastopulu E. Family Physicians' Knowledge about and Attitudes towards COVID-19 - A Cross-sectional Multicentric Study. *Infect Chemother*. déc 2020;52(4):539-49.
40. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Santé*. 2008;26(1):67-91.
41. PhD RSL, PhD SF. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company; 1984. 460 p.
42. Sotomayor-Castillo C, Nahidi S, Li C, Hespe C, Burns PL, Shaban RZ. General practitioners' knowledge, preparedness, and experiences of managing COVID-19 in Australia. *Infect Dis Health*. 18 févr 2021;

43. Wanat M, Hoste M, Gobat N, Anastasaki M, Böhmer F, Chlabicz S, et al. Supporting Primary Care Professionals to Stay in Work During the COVID-19 Pandemic: Views on Personal Risk and Access to Testing During the First Wave of Pandemic in Europe. *Front Med.* 10 sept 2021;8.
44. Bruchon-Schweitzer M. LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS. 2001;16.
45. Hummel S, Oetjen N, Du J, Posenato E, Almeida RMR de, Losada R, et al. Mental Health Among Medical Professionals During the COVID-19 Pandemic in Eight European Countries: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res.* 18 janv 2021;23(1):e24983.
46. er1151 - Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1151%20-%20Perception%20des%20risques%20et%20opinions%20des%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20pendant%20le%20confinement%20li%C3%A9%20au%20Covid-19.pdf>
47. Faucon F. Étude qualitative auprès des médecins généralistes du Havre : ressentis durant la crise sanitaire du Covid-19. 22 sept 2020;83.
48. Davies M, Carr D, Dugan J, Hart N, Kirkpatrick R, Loughrey C, et al. SUPPORT FOR GENERAL PRACTITIONERS DURING COVID-19. *Ulster Med J.* sept 2021;90(3):151-6.
49. Dutour M, Kirchhoff A, Janssen C, Meleze S, Chevalier H, Levy-Amon S, et al. Family medicine practitioners' stress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *BMC Fam Pract.* 14 févr 2021;22(1):36.
50. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open.* 17 juin 2020;10(6):e039674.
51. Paffenholz P, Peine A, Hellmich M, Paffenholz SV, Martin L, Luedde M, et al. Perception of the 2020 SARS-CoV-2 pandemic among medical professionals in Germany: results from a nationwide online survey. *Emerg Microbes Infect.* 9(1):1590-9.
52. Fournier C. Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques. :8.
53. [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: https://drees.shinyapps.io/delais_test_app/
54. ER 1161 Perceptions et opinions des médecins - BAT.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201161%20Perceptions%20et%20opinions%20des%20me%CC%81decins%20-%20BAT.pdf>
55. Basu ES, Phillips RS. Primary Care in the COVID-19 Pandemic. :319.
56. Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness: A Scoping Review. *West J Emerg Med.* sept 2020;21(5):1059-66.
57. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open.* 28 mai 2020;3(5):e2010185.

58. Lange M, Joo S, Couette PA, Le Bas F, Humbert X. Impact on mental health of the COVID-19 outbreak among general practitioners during the sanitary lockdown period. *Ir J Med Sci.* 2022;191(1):93-6.
59. Carmassi C, Dell'Oste V, Barberi FM, Bertelloni CA, Pedrinelli V, Dell'Osso L. Mental Health Symptoms among General Practitioners Facing the Acute Phase of the COVID-19 Pandemic: Detecting Different Reaction Groups. *Int J Environ Res Public Health.* 28 mars 2022;19(7):4007.
60. Lasalvia A, Rigon G, Rugiu C, Negri C, Del Zotti F, Amaddeo F, et al. The psychological impact of COVID-19 among primary care physicians in the province of Verona, Italy: a cross-sectional study during the first pandemic wave. *Fam Pract.* 19 janv 2022;39(1):65-73.
61. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *J Investig Med [Internet].* août 2020 [cité 30 avr 2021]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7401581/>
62. Schilling J, Tolksdorf K, Marquis A, Faber M, Pfoch T, Buda S, et al. Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine deskriptive Analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 1 sept 2021;64(9):1093-106.
63. En quatre vagues, l'épidémie de Covid-19 a causé 116 000 décès et lourdement affecté le système de soins – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432509?sommaire=5435421>
64. Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic [Internet]. OECD. [cité 8 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/>
65. Dyer O. Covid-19: Pandemic is having “severe” impact on non-communicable disease care, WHO survey finds. *BMJ.* 3 juin 2020;369:m2210.
66. Paris V, Devaux M. How physicians are paid in OECD countries. *Trib Sante.* 29 oct 2013;40(3):45-52.
67. Homeniuk R, Collins C. How COVID-19 has affected general practice consultations and income: general practitioner cross-sectional population survey evidence from Ireland. *BMJ Open [Internet].* 8 avr 2021 [cité 30 avr 2021];11(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8039245/>
68. ER_1150_Covid-1.pdf [Internet]. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: http://www.orspaca.org/sites/default/files/ER_1150_Covid-1.pdf
69. ER 1160 COVID1 medecins-generalistes BAT.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201160%20COVID1%20medecins-generalistes%20BAT.pdf>
70. Saint-Lary O, Gautier S, Breton JL, Gilberg S, Frappé P, Schuers M, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. *BMJ Open.* 1 déc 2020;10(12):e042119.

71. Wanat M, Hoste M, Gobat N, Anastasaki M, Böhmer F, Chlabicz S, et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* août 2021;71(709):e634-42.
72. Björndell C, Premberg Å. Physicians' experiences of video consultation with patients at a public virtual primary care clinic: a qualitative interview study. *Scand J Prim Health Care.* 39(1):67-76.
73. McIsaac WJ, Upshur R, Kukan S. Challenges in the virtual assessment of COVID-19 infections in the community. *Can Fam Physician [Internet].* 26 nov 2021 [cité 28 nov 2021]; Disponible sur: <https://www.cfp.ca/news/2020/06/02/06-02, /news/2020/06/02/06-02>
74. Park S, Elliott J, Berlin A, Hamer-Hunt J, Haines A. Strengthening the UK primary care response to covid-19. *BMJ.* 25 sept 2020;370:m3691.
75. OECD. Realising the Potential of Primary Health Care [Internet]. OECD; 2020 [cité 31 janv 2022]. (OECD Health Policy Studies). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en
76. Mangiapane DS, Zhu L, Kretschmann J, Czihal T. Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. :87.
77. *aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit_2020_1.pdf* [Internet]. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: https://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/aerzte-im-zukunftsmarkt-gesundheit_2020_1.pdf
78. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée [Internet]. [cité 28 nov 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire>
79. ER 1162-téléconsultation-BAT.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201162-te%CC%81e%CC%81consultation-BAT.pdf>
80. Singh C, Leder D. Touch in the consultation. *Br J Gen Pract.* 1 mars 2012;62(596):147-8.
81. Kelly MA, Nixon L, McClurg C, Scherpbier A, King N, Dornan T. Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions. *Qual Health Res.* janv 2018;28(2):200-12.
82. Cocksedge S, George B, Renwick S, Chew-Graham CA. Touch in primary care consultations: qualitative investigation of doctors' and patients' perceptions. *Br J Gen Pract.* 1 avr 2013;63(609):e283-90.
83. Szecsenyi J. Programme de disease management et organisation des soins primaires en Allemagne. *Rev Fr Aff Soc.* 2010;(3):81-95.
84. *ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf* [Internet]. [cité 7 juill 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
85. Kippen R, O'Sullivan B, Hickson H, Leach M, Wallace G. A national survey of COVID-19 challenges, responses and effects in Australian general practice. *Aust J Gen Pract.* nov 2020;49(11):745-51.
86. André F, Kergadallan ML, Zheleznyakov E. PARTENARIAT COMMUNAUTAIRE ET TRANSFORMATION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES PLURIDISCIPLINAIRES EN FRANCE. :10.

87. Britten N, Fisher B. Qualitative research and general practice. *Br J Gen Pract.* juill 1993;43(372):270-1.
88. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ.* 29 juill 1995;311(7000):299-302.
89. Rimé B. *Le partage social des émotions.* Presses Universitaires de France; 2009. 393 p.
90. Van Durme T, Macq J, Anthierens S, Symons L, Schmitz O, Paulus D, et al. Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. *BMC Health Serv Res.* 18 avr 2014;14(1):179.
91. Windak A, Frese T, Hummers E, Klemenc Ketis Z, Tsukagoshi S, Vilaseca J, et al. Academic general practice/family medicine in times of COVID-19 – Perspective of WONCA Europe. *Eur J Gen Pract.* 26(1):182-8.
92. Chew-Graham CA, May CR, Perry MS. Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. *Fam Pract.* juin 2002;19(3):285-9.
93. WHO-HIS-SDS-2018.51-eng.pdf [Internet]. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328105/WHO-HIS-SDS-2018.51-eng.pdf>
94. COVID-19 and primary care in six countries | BJGP Open [Internet]. [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: https://bjgpopen.org/content/4/4/bjgpopen20X101128?utm_source=trendmd&utm_medium=cpc&utm_campaign=BJGP_Open
95. 71cd06e-DraftResolution-PHC-210848.pdf [Internet]. [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343334/71cd06e-DraftResolution-PHC-210848.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

VII. Annexes

Annexe 1 – Mail d'invitation

Chères consœurs, chers confrères,

Par ce mail je souhaiterais vous inviter à participer dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale à des groupes de discussion pour parler de votre vécu de la pandémie de COVID-19 en tant que médecin généraliste.

L'objectif est de se retrouver pour échanger sur l'expérience que chacun/e a faite depuis le début de l'épidémie. L'animation du groupe sera assurée par ma directrice de thèse, Dr. Sabine Bayen, médecin généraliste et maître de conférences à l'université de Lille. Plusieurs questions vous seront ainsi posées pour lancer la discussion et servir de trame. Il n'y a pas de réponse juste ou fautive, il s'agit plus d'explorer votre propre expérience.

En raison des restrictions sanitaires et de l'éloignement géographique des différents participants, les groupes de discussion se feront sous forme de visioconférence. Il faudrait prévoir entre 60 et 90 minutes. La date sera décidée en fonction de vos disponibilités.

La discussion sera enregistrée avec votre accord et les données collectées seront traitées de façon anonyme. Vous trouverez en pièce jointe la feuille de consentement. Vous aurez la possibilité de vous rétracter à tout moment.

Je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien m'accorder.

Bien cordialement,

Franziska Fiedler
Université de la Réunion

Guide d’entretien

Introduction (5 min)

Remerciements

Merci d’avoir accepté de participer à ces groupes de discussion, malgré vos emplois du temps souvent chargés....

Présentations

(Sert de « brise glace »)

Présentation courte de la modératrice et des participants

Objectifs

Aujourd’hui, vous avez accepté de participer à un Focus Groupe, qui a pour objectif de recueillir vos expériences et votre vécu émotionnel pendant l’épidémie de COVID-19.

Ces éléments sont importants à connaître pour nous afin de permettre d’effectuer une analyse entre le vécu des MG en France et en Allemagne.

La méthode et les règles du jeu

- La méthode des Focus Groupes est une méthode de recherche qualitative, une technique d’interview de groupe.
- La discussion va durer une heure et demi environ et sera enregistrée afin de pouvoir assurer une transcription fidèle de vos propos et ainsi pouvoir les analyser selon des techniques de recherche qualitative. Je vous remercie par avance de bien vouloir parler distinctement et respecter le temps de parole de chacun pour la qualité de l’enregistrement, car cela devient inaudible si plusieurs personnes parlent en même temps et on peut perdre des données importantes.
- L’anonymat de chacun est bien sûr respecté.
- C’est important que vous vous sentiez en totale liberté pour exprimer votre vécu et vos expériences personnelles par rapport à cette pandémie quels qu’ils soient. Tout ce que vous pouvez dire est intéressant pour l’étude, et tant mieux si vos réponses sont divergentes voire contradictoires. Il n’y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Je souhaiterais recueillir votre vécu, vos émotions et vos expériences. Le but n’est pas d’obtenir un consensus, mais plutôt une représentation, la plus large possible, des différentes expériences et réactions suscitées.
- Nous avons un certain canevas de questions à respecter et je me permettrai d’intervenir si nous nous éloignons trop du sujet.

Questions :

- ~~1. Quelle a été votre première réaction lorsque vous avez entendu parler de l'épidémie du nouveau coronavirus SARS-CoV-2 ?~~

Quelle était votre réaction lorsque vous avez entendu parler pour la première fois du nouveau coronavirus, le SARS-CoV-2 ?

- ~~2. Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre pratique de médecin généraliste depuis le début de l'épidémie en France ?~~

Racontez-nous une expérience marquante de valence positive ou négative vécue par vous-même pendant cette épidémie

3. Que représente l'épidémie pour vous personnellement ?

- ~~4. Quelles émotions engendre cette situation pour vous ?~~

Quelles émotions avez-vous ressenties tout au long de cette épidémie : lors de l'apparition des premiers cas en France, puis au moment du confinement et depuis le déconfinement ?

5. Comment cette expérience influence-t-elle votre pratique de médecin généraliste actuellement et à l'avenir ?

Question bonus : Quelle a été votre expérience de la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009/2010 ?

Annexe 3 – Questionnaire de données sociodémographiques

QUESTIONNAIRE

Merci de répondre aux questions suivantes. Ce questionnaire est anonyme.

1. Vous êtes

Une femme

Un homme

2. Quel âge avez-vous ?

.....

3. Vous exercez en :

Cabinet seul

Cabinet de groupe

Maison de santé pluriprofessionnelle

4. Combien d'années d'exercice avez-vous :

.....

5. Combien de cas de COVID-19 avez-vous eu depuis mars ?

.....

Annexe 4 – Formulaire d'information et de consentement

N° d'identification du participant :

Vécu émotionnel de la pandémie Covid-19 par les médecins généralistes en France et en Allemagne – Etude qualitative comparative internationale

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de médecins généralistes installés

Introduction :

Fin 2019 un nouveau coronavirus est apparu en Chine provoquant des infections respiratoires sévères et se propageant rapidement dans le monde. Dès le mois de mars 2020 l'Europe est devenue l'épicentre de la pandémie. L'épidémie a affecté tous les secteurs de santé. Les médecins généralistes ont été en première ligne de prise en charge des cas suspectés ou avérés. La plupart des travaux se basent sur les expériences des médecins hospitaliers.

Les objectifs de ce projet sont d'explorer :

L'objectif est d'explorer le vécu des médecins généralistes français exerçant en France et des médecins généralistes allemands exerçant en Allemagne pendant cette épidémie et de comparer les résultats. L'originalité est cette comparaison entre deux pays voisins avec une gestion différente de la pandémie et des résultats différents.

Déroulement de l'étude :

Le groupe de discussion se tiendra sous forme de visioconférence et sera animé par Dr. Sabine Bayen, médecin généraliste et maître de conférences à l'université de Lille. Il durera de 60 à 90 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien de groupe avec d'autres médecins généralistes où l'on vous posera des questions concernant *votre vécu de la pandémie de COVID-19.*

Un questionnaire anonyme pour les données socio-démographiques vous sera également soumis au début de l'entretien.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse du verbatim sera réalisée par la thésarde et une personne extérieure à l'étude.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse et peuvent éventuellement être publiés.

Le traitement des données est conforme à la méthode de référence MR-004 de la CNIL.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) _____

Signature (investigateur) _____

Date _____

Date _____

Nom _____

Nom _____

VIII. Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque

IX. Résumé

Vécu émotionnel de la pandémie de COVID-19 par les médecins généralistes allemands et français : étude qualitative comparative internationale pendant la phase pré-vaccinale

Introduction : La pandémie de COVID-19 représentait un challenge pour tous les secteurs de santé. Les soins primaires ont dû s'adapter dans un contexte de pénurie d'équipement de protection individuelle. Une différence en termes de gestion et d'impact entre la France et l'Allemagne a été rapidement constatée. Peu d'études étaient disponibles à la phase initiale sur le vécu des médecins généralistes, pourtant en première ligne. L'objectif principal de cette étude était d'explorer le vécu émotionnel de la pandémie de COVID-19 par les médecins généralistes français et allemands.

Méthode : Le recrutement dans chaque pays se basait sur un échantillonnage raisonné à variation maximale. Les participants étaient réunis en groupes de discussion focalisée sous forme de conférence audio-visuelle. Le verbatim obtenu après transcription a été analysé en utilisant l'analyse thématique. Les résultats de chaque pays ont été comparés par le modèle d'analyse SWOT.

Résultats : Entre juin et novembre 2020, trois focus groups ont eu lieu dans chaque pays. Les sentiments et émotions négatifs étaient prédominants dans les témoignages dont la peur de contaminer ses proches et la colère contre les autorités gouvernementales vis-à-vis de la gestion de la crise. Pour la majorité des médecins allemands et français interrogés, la pandémie a été source de stress. La réadaptation de leur exercice au risque infectieux a été une des stratégies pour y faire face.

Conclusion : Le secteur des soins primaires est primordial dans la réponse efficace à une telle crise sanitaire. Les expériences dans les deux pays montrent le besoin d'améliorations en termes de préparation et gestion par les pouvoirs publics.

Discipline : Médecine générale

Mots-Clés : COVID-19, médecine générale, recherche qualitative, focus groups

X. Abstract

The emotional experiences of the COVID-19 pandemic by French and German general practitioners: an international qualitative and comparative study before vaccination

Background: The COVID-19 pandemic represented a challenge for the health care system at every level. Primary care had to adapt to the crisis in the context of scarcity of personal protective equipment. Differences between Germany and France in terms of management and impact were rapidly ascertained. At the beginning of the pandemic, only a few studies related to experiences of general practitioners (GPs) were available, even so they were at the front line. This study aimed to explore the emotional experiences of French and German GPs during the COVID-19 pandemic.

Method: The purposive sampling was done in every country to maximize diversity. The participants took part in virtual focus groups. The verbatim obtained after transcription was analysed by using thematic analysis. The results of each country were compared by using the SWOT analysis model.

Results: Three focus groups were conducted in each country between June and November 2020. A predominance of negative emotions and feelings were revealed in the focus groups of both countries as the fear of transmitting the virus to their relatives and anger against the governmental authorities for the crisis management. For most of the French and German participants the pandemic was a source of stress. Prompt transformation of their practices regarding the risk of infection was one of the coping strategies.

Conclusion: Primary care is fundamental for a successful response to such a health crisis. The experiences in both countries show the need for improvements concerning preparedness and management by public authorities.

Discipline: general practice

Keywords: COVID-19, general practice, qualitative research, focus groups