



HAL
open science

Pandémie Covid-19 : santé mentale des personnes âgées et enjeux. Impacts sur les pratiques de dépistage de la dépression du sujet âgé en Pays de la Loire, considérations éthiques et identité professionnelle des médecins généralistes

Nicolas Todorovic, Nicolas Uhmman

► **To cite this version:**

Nicolas Todorovic, Nicolas Uhmman. Pandémie Covid-19 : santé mentale des personnes âgées et enjeux. Impacts sur les pratiques de dépistage de la dépression du sujet âgé en Pays de la Loire, considérations éthiques et identité professionnelle des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03832971

HAL Id: dumas-03832971

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03832971>

Submitted on 28 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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Nicolas TODOROVIC et Nicolas UHMANN

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 15 septembre

PANDEMIE COVID-19 : SANTE MENTALE DES PERSONNES AGEES ET ENJEUX

Impacts sur les pratiques de dépistage de la dépression du sujet âgé en Pays de la Loire,
considérations éthiques et identité professionnelle des médecins généralistes

Présidente : Madame le Professeur Anne SAUVAGET

Directrice de thèse : Madame le Docteur Jennyfer CHOLET

SERMMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Anne SAUVAGET, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Psychiatrie, merci de nous faire l'honneur de présider notre thèse, d'y apporter votre jugement critique et votre éclairage.

À Madame le Docteur Jennyfer CHOLET, Praticien Hospitalier en Psychiatrie, qui a suivi et dirigé notre travail pendant près de deux années. Merci pour ta gentillesse et ta disponibilité, pour ton soutien aussi, qui a été ô combien indispensable ; pour toutes les idées que tu nous as aidé à porter.

Aux autres membres du Jury, le Docteur Christine GARRIGOU, Praticien Hospitalier en Psychiatrie, le Docteur Miguel JEAN, Responsable du Conseil Interdisciplinaire d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire et Chef de service de la Consultation d'Ethique Clinique, et le Docteur Romain BOSSIS, Spécialiste en Médecine Générale et Médecin Généraliste à La-Roche-Sur-Yon, merci pour votre contribution et pour le temps consacré à juger de ce travail et à y apporter votre regard.

À chacun des médecins généralistes ayant participé à cette étude, pour leur temps et pour leur confiance.

REMERCIEMENTS NICOLAS TODOROVIC

À Hélène dit « Tupbu », bien plus que ma moitié, merci pour ta présence à mes côtés et ton inestimable soutien au quotidien depuis toutes ces années. Tu es le pansement magique de mes journées difficiles. Particulièrement dans ce travail, ta relecture a été pour moi une bouffée d'oxygène. Sans toi je ne sais plus rien faire, je t'aime mon petit canard, snif snif Kiiiiii.

À Nicolas, l'ami d'une vie et le compagnon de route dans mes périple personnels comme professionnels. Sans qui ce parcours n'aurait pas été le même. Toi qui sait me porter et m'améliorer ; tu es un véritable frère pour moi. Nos destins sont mêlés à jamais #pactedesang

À Gordana et Mladjen, alias Majki et Majstor, merci pour votre soutien indéfectible, vos conseils qui ont su me guider au travers des embûches, vos encouragements tout au long de ces années et l'ensemble de vos sacrifices personnels qui m'ont permis de choisir cette voie. J'ai une grande reconnaissance et admiration pour les parents que vous êtes. Je vous aime.

À Jovanna, ma sœur, pour tous ces précieux moments de légèreté et d'escapades dans la nature qui ont su me ressourcer ; nos instants de complicité à discuter ou se titiller, sans oublier nos soirées films sur le canapé.

À Gordan, mon frère, bien que nos chemins se soient éloignés, notre lien est toujours présent et a imprégné mon parcours. J'espère que nous saurons nous retrouver.

À ma belle-famille, Philippe, Véronique, Laurent et François, pour la confiance que vous m'avez accordée et les délicieux moments partagés. C'est toujours avec grand plaisir que j'aime vous retrouver pour partager un bon steak frites le dimanche, discuter de mille choses et bien rigoler. Pour des conseils médicaux, faites appel à votre Coco.

À Thomas, alias Kekouz, mon ami de longue date, pour ne pas dire depuis toujours. Je te remercie pour ta bonne humeur et tes blagues qui savent égayer mes journées et me rendre plus léger. On se connaît si bien ; tout est facile. On peut toujours compter sur toi pour une bonne sélection de bières. Dédicace à nos « débuts manga » qui m'ont ouvert à un univers qui m'habite encore aujourd'hui et à nos instants sportifs à faire des longueurs pour sauver des mannequins. Ce sont de précieux moments que je garde auprès de moi.

À Cédric, qui fait partie de ma vie de manière constante depuis le collège. Je salue encore ta persévérance à m'enseigner l'allemand (sans succès), nos débuts laborieux en musculation dont on voit le résultat final, les moments « geek » à ne plus finir qui ont rythmé nos journées. J'ai plaisir à me remémorer toutes ces séances de travail chez toi sur nos DM de mathématiques ; c'était le bon vieux temps.

À James, et toutes nos dégustations au Stift durant notre externat. J'ai toujours été admiratif de ta rigueur et persévérance à mener les batailles. J'ai encore beaucoup à apprendre au tennis et au ping-pong avant de t'arriver à la cheville. Merci pour ta bienveillance.

À Bérénice, Claire, Laure et les deux Adèle, alias la « troupe challandaise », depuis le début de l'internat et maintenant au-delà ; merci pour votre précieuse compagnie durant mon aventure nantaise.

À Hélène FREDEVAL et Philippe FOUCAUD, merci pour la qualité de votre accompagnement dans mes premiers pas en tant que médecin généraliste, et nos repas partagés en toute amitié.

À Ghania GRENIER, merci pour ton apprentissage et ton accompagnement dans la dernière ligne droite de mon internat. J'ai trouvé en toi une cheffe exemplaire dont je reste admiratif.

À toutes celles et tous ceux qui ont croisé et enrichi mon parcours, je vous adresse mon affectueuse reconnaissance.

REMERCIEMENTS NICOLAS UHMANN

À mes parents François et Valérie, alias Frantz et Mouti, pour leur éducation, l'amour inconditionnel dont j'ai bénéficié et leur soutien à chaque étape de ma vie. Aucun jour ne se passe sans que je me réjouisse d'avoir des parents merveilleux. Je vous aime infiniment.

À mon frère Alexandre et à ma sœur Juliette, des vacances maximoises à la traversée de l'Atlantique, des dessins animés aux jeux de société et aux séances sportives, grandir à vos côtés et continuer à m'épanouir auprès de vous est une vraie fierté. A nos valeurs communes, de famille, de partage, d'entraide. Je vous aime tant.

À ma belle-sœur Hélène et à mon beau-frère Jeremy, je sais grâce à vous ce que signifie être une famille unie. A nos deux chouchous, Croquemou et Moustache, qui par leurs ronronnements ont apaisé bien des tracas.

À Arnaud, mon amour, merci pour ta présence à mes côtés, ta patience et ton soutien durant cette longue période de travail, même dans les moments difficiles ; pour ta force et ta sensibilité que j'aime tellement. A toute ta famille, Caroline, Yann, Alexandre, Lou-Anne, sans oublier Guess et Solo nos deux mascottes. Merci de m'avoir intégré si vite.

À Hélène alias Schoutzi, à notre duo digne des plus grandes montagnes russes. Quand je pense à toi, les souvenirs débordent. A notre amour du voyage, à notre folie surtout. A ton humour que j'aime par-dessus tout. Je souhaite qu'on garde cette âme d'enfant le plus longtemps possible, et je sais que tous les deux on traversera la vie du début jusqu'à la fin. Merci pour ta lecture attentive et ton aide dans notre travail.

À Elisabeth et à Manon. Chaque moment passé avec vous est une bulle de bonheur. A nos centaines de parties de jeux de société, nos matchs de badminton et de billard, notre amour pour la musique et l'art, nos séances de karaoké ; à nos vacances en Italie, à nos débats tumultueux dont je ne me lasserai jamais, et à tous les futurs souvenirs qu'on continuera d'inventer. Au petit Yuki notre compagnon poilu dont je suis le tonton.

À Emilie, quelle fierté d'avoir croisé ton chemin sur les bancs des cours de théâtre il y a trois ans déjà. Merci pour ta chaleur solaire si réconfortante, ta joie de vivre et cet équilibre précieux que tu as su forger entre maturité, liberté et un éclat de folie.

À Elise et à Barbara. Vous faites partie des rencontres qui ont marqué ma vie. Notre année à l'internat restera une parenthèse inoubliable. A nos séances intensives de Body Combat et nos retrouvailles au QG du Cambronne. Merci pour votre énergie, votre gentillesse, votre présence lors des moments difficiles.

À Sophia, merci pour ton aide dans ce travail. A notre complicité et à toutes nos rigolades qui me font beaucoup de bien.

À Nadine MARCHAL et à Claire GORZEGNO, qui ont été des soutiens de taille dans ma vie tumultueuse. Merci de m'avoir aidé à grandir et à vivre plus sereinement.

Aux médecins que j'ai croisés et qui ont été des sources d'admiration, pour le bagage que vous m'avez légué et que je garderai précieusement tout au long de ma carrière ; Jihed MORTADA, le premier à m'avoir transmis la passion du métier, pour sa gentillesse hors normes ; Christine GARRIGOU, pour son amour de la psychiatrie, sa bienveillance et sa générosité ; Abdou FOUNINI pour son apprentissage de la médecine générale et son cœur grand comme un terrain de football

Et enfin, à Nicolas TODOROVIC, mon compagnon d'armes depuis les bancs de la faculté, et mon meilleur ami. En dix ans j'ai trouvé en toi un allié, un confident et un repère qui est devenu indispensable à ma vie. Alors merci d'être là, merci pour ta gentillesse et ta douceur qui font tellement de bien. Tu peux être fier de toi.

Je dédie cette thèse à mon papi Roland, qui je le sais lira avec attention notre travail. A ma mamie Marguerite et à mon papepa François, qui ont assisté à cette journée depuis les étoiles.

TABLE DES MATIÈRES

Table des abréviations	12
Introduction	13
Matériel et Méthode	16
Choix de la méthode	16
Élaboration de la grille d'entretien	16
Population	17
Déroulement des entretiens	18
Analyse des résultats.....	19
Calendrier de l'étude.....	20
Résultats	21
Eléments statistiques	21
Âge et sexe	21
Eléments géographiques.....	21
Type d'activité.....	21
Travail en EHPAD.....	22
Attrait pour la psychiatrie	22
Représentations de la dépression du sujet âgé et pratiques de dépistage	23
Le niveau de connaissance des médecins généralistes sur la spécificité de la dépression chez le patient âgé	23
Les pratiques de dépistage habituelles.....	25
Les limites ou difficultés ressenties par les médecins généralistes dans le dépistage de la dépression	30
La notion de temporalité	30
Les limitations dans le domaine du savoir	31
Les limites de la communication et du recueil d'informations	32
Autres limites du dépistage	32
Impacts de la crise sanitaire sur les pratiques de dépistage.....	33
Une pathologie passée au premier plan pour le médecin généraliste	33
Des médecins plus sensibilisés.....	33
La prise en compte du milieu	35
Limites	37
Pas de changement dans les fondamentaux de pratiques ni dans les connaissances.....	37
Impact de la vaccination et du pass sanitaire	39

Les autres impacts de la crise sanitaire sur le travail des médecins généralistes	40
Une place privilégiée pour la télémédecine	40
Répercussions de la crise sanitaire sur le dépistage et le traitement d'autres pathologies	41
Organisation des cabinets.....	41
Impacts psychologiques de la crise sanitaire chez les patients	42
Une augmentation des troubles psychiques chez les patients	42
Effets de la vaccination et du pass sanitaire sur les plaintes exprimées par les patients	45
Effets bénéfiques	45
Limites de la vaccination.....	46
Impacts psychologiques de la crise sanitaire sur les médecins	47
Impacts sur la charge de travail	47
Majoration de la charge mentale	49
Investissement émotionnel et fatigue psychique	50
Importance des valeurs en temps de crise	50
Quand le médecin est le patient.....	52
La situation des EHPAD durant la crise sanitaire	53
L'isolement des résidents et ses conséquences	53
Observation d'un isolement	53
Rupture des liens familiaux et sociaux.....	53
Limitations des activités.....	54
Mesures barrières	55
Prise en charge des résidents d'EHPAD par le médecin généraliste en temps de pandémie	56
Difficulté d'accès aux établissements et aux réseaux de soin	56
Avènement de la télémédecine	57
Souffrance et crise psycho-sociale chez les soignants en EHPAD	57
La Covid révélatrice d'une crise chez les soignants	57
La souffrance des soignants en EHPAD.....	58
Impacts sur la qualité des soins	59
Evaluation de la balance bénéfice-risque des mesures sanitaires prises dans les EHPAD ...	60
Une balance bénéfice-risque jugée défavorable	60
Avis partagés et relativisation.....	62
Avis général sur la gestion de la crise sanitaire.....	63
Limites perçues et évoquées	63
Avis favorables et relativisation	65

Besoins nouveaux identifiés et enjeux.....	65
Le temps	65
Les difficultés d'accès au réseau	66
La formation	67
Le travail en équipe et en réseau	67
Un besoin de valorisation et de reconnaissance	68
Conflit générationnel	69
Remarques.....	69
Réflexions autour de l'âge	69
Autres.....	70
Discussions.....	71
Première partie : Nicolas TODOROVIC	71
Le dépistage de la dépression chez la personne âgée en pratique	71
Connaissances théoriques	71
Les pratiques de dépistage avant la crise	72
Les retentissements de la crise sanitaire	74
Le patient face à la crise.....	75
L'impact des médias	77
Le médecin face à la crise	78
L'innovation des médecins généralistes dans le dépistage de la dépression et face à la crise sanitaire	80
L'adaptation face aux plaintes psychiques des patients	80
L'avènement de la télémédecine	81
L'innovation face au manque de temps	82
L'innovation du pass sanitaire et la vaccination	84
Les médecins poussés dans leurs retranchements	85
Situation des EHPAD et enjeux éthiques liés à la crise sanitaire	88
Le vécu des résidents d'EHPAD.....	88
L'éthique au sein des EHPAD	90
Illustration par le scandale ORPEA	91
La crise dans les services de réanimation	92
Enjeux pour la médecine générale de demain et impacts personnels	94
Un renforcement des conflits de valeurs.....	94
La réconciliation des soignants avec leur métier.....	95

Implications pratiques personnelles	96
Deuxième partie : Nicolas UHMANN	98
Impacts de la crise sanitaire sur le dépistage de la dépression en soins primaires.....	98
La gestion de la crise par les professionnels	106
Médecin généraliste : besoins, enjeux, limites et tentatives de définition	113
Forces et limites méthodologiques	117
Choix de la méthode et objectif	117
Limites méthodologiques et biais	117
Forces de l'étude	120
Conclusion.....	121
Bibliographie.....	126
Annexes	139
Annexe 1 : Questionnaire d'entretien semi-dirigé.....	139
Annexe 2 : Codage du verbatim	141
Résumé	203

TABLE DES ABREVIATIONS

APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APIMED	Amélioration des Pratiques et de l'Information MÉdicale
ASALEE	Action de Santé Libérale En Équipe
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
COVID	COronaVirus Disease
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECN	Épreuves Classantes Nationales
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
Mini-GDS	Mini - Geriatric Depression Scale
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSU	Maitre de Stage Universitaire
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction
SARSCOV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome COronavirus-2
SMS	Short Message System

INTRODUCTION

Le concept de personne âgée ne fait l'objet d'aucune définition consensuelle. Si en France, l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) parle de personnes de 65 ans et plus, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) place la borne à 60 ans. Plus récemment, elle définit la personne âgée comme étant une personne ayant dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance **(1)**. Si ces tentatives de définition représentent une construction sociale qui répond aux besoins des institutions, les personnes âgées représentent en réalité une population extrêmement hétérogène présentant des différences multiples d'ordre générationnelles, sociales, territoriales, culturelles et ethniques. Selon l'INSEE **(2)**, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5 % de la population, soit une personne sur cinq, et la population française va continuer de vieillir au moins jusqu'en 2070 où ce taux pourrait représenter 28,7%. Il s'agit donc d'une part de la population de plus en plus représentative de notre démographie, ce qui amène naturellement à étudier leur place et leur vécu dans la société.

L'arrivée en France d'un nouveau virus en janvier 2020, puis d'un premier confinement de la population en mars 2020 faisant suite à la première vague de contamination, marque le début d'une pandémie inédite qui va bouleverser tous les maillons de la société. Dans leur ouvrage *PANDÉMIES - Des origines à la Covid-19*, le microbiologiste Patrick BERCHE et l'historien Stanis PEREZ rappellent que les pandémies ont déjà frappé l'humanité à de nombreuses reprises. Si les premières épidémies apparaissent pendant le Néolithique, elles restent limitées à un niveau régional. Les premières pandémies sévissent avec l'apparition des premiers grands empires, comme la peste antonine qui décima 15-20 % de la population de l'Empire Romain entre l'an 165 et 180. Le dernier traumatisme le plus important pouvant s'apparenter à la Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) par sa diffusion mondiale fut la grippe espagnole (1918-1919) qui aurait infecté un tiers de la population mondiale et tué entre 50 et 100 millions de personnes. En deux ans, cette pandémie a donc été bien plus meurtrière et a par ailleurs beaucoup touché les jeunes adultes qui représentaient 40 % des décès. Plus récemment en 1968-1969, la « grippe de Hong Kong » marqua l'utilisation des premiers vaccins antigrippaux à large échelle **(3)**. Ainsi, on ne pouvait que craindre la dissémination de la Covid-19 à la faveur du monde moderne et de la mondialisation des échanges et des contacts humains. D'un autre côté, les performances de la médecine actuelle pouvaient faire croire à une forme

d'invulnérabilité et relativiser les risques de cette nouvelle maladie. Face à la Covid-19, les réponses sanitaires et scientifiques ont été très rapides en comparaison aux pandémies précédentes. En effet, la séquence du virus a été dévoilée dès mi-janvier 2020 et le vaccin révolutionnaire à Acide ribonucléique messager disponible en moins d'une année.

Dans cette lutte, de nombreux pays du monde ont fait le choix d'imposer un confinement dont les modalités ont évolué avec le temps. On peut penser que ces règles de confinement ont tenu compte des connaissances à plus petite échelle sur les conséquences de l'isolement au travers de situations similaires, comme l'isolement carcéral, les missions en sous-marin ou les missions en station spatiale. Une différence notable est la préparation en amont pour les militaires et les spationautes, et la conduite de ce confinement dans un cadre professionnel. La situation qui s'en rapproche le plus est l'isolement carcéral bien que pour des raisons évidentes de conditions d'enfermement et de population au profil particulier, on ne puisse extrapoler les observations à la population générale. Au moment de la décision d'un confinement, il était néanmoins bien établi que la santé mentale risquait d'être fortement impactée. Malgré cela, la décision a été prise d'un confinement généralisé de la population, face à l'imprévisibilité et aux risques potentiels de cette nouvelle maladie, guidée ainsi par le principe de précaution. Interrogé en décembre 2021, Patrick BERCHE déclarait : « Il faut rester très prudent et éviter de faire des projections trop affirmées sur l'évolution incertaine de cette pandémie qui dure » **(4)**. La pandémie nous a brutalement rappelé le risque d'être confronté à une pathologie qui pouvait mettre en péril notre survie individuelle et collective.

Le lien particulier entre les patients âgés et leur médecin généraliste fait de ce dernier un acteur essentiel du dépistage de la dépression chez les plus de 65 ans. Or, cette dernière serait diagnostiquée dans 50 % des cas seulement **(5)**. Par ailleurs, une étude réalisée au Québec en 2005 observait que deux tiers des personnes âgées suicidées avaient consulté leur médecin généraliste durant le mois précédant leur geste suicidaire, et la moitié d'entre elles au cours des deux dernières semaines **(6)**. Bien dépister cette pathologie, pouvoir la prendre en charge efficacement et *a fortiori*, prévenir le risque de suicide représente donc des enjeux essentiels. Jusqu'au 1er septembre 2020, 95 % des décès liés à la Covid-19 concernent des personnes de 60 ans ou plus. Mais les effets indirects de la Covid-19 sont nombreux : retard de prise en soins des pathologies chroniques, risques liés à la sarcopénie, conséquences économiques mais aussi impacts inquiétants sur la santé mentale,

au premier rang desquels la dépression qui représente la maladie psychiatrique la plus fréquente chez les patients âgés **(7)**. Il s'agit d'une pathologie impactant sévèrement la qualité de vie et qui représente le facteur le plus fortement associé au suicide dans cette population **(8)**. L'hypermédiatisation de la pandémie, par le comptage quotidien des morts, l'exposition de la vulnérabilité des plus anciens et le climat anxigène auquel elle a participé, a vraisemblablement aggravé l'état psychique des personnes âgées. Or, on sait que les séniors utilisent de plus en plus internet et qu'ils sont les plus grands consommateurs de télévision. En 2016, les plus de 70 ans la visionnent en moyenne 3h par jour, et 4h30 pour les séniors isolés **(9)**. En plus d'être source de distraction, celle-ci joue chez eux un vrai rôle de construction identitaire.

Dans cette situation inédite, le médecin et ses patients partagent les mêmes contraintes, et on peut supposer que cette proximité pourrait impacter leur relation, dans les deux sens. Ce vécu d'une expérience commune a pu inciter les patients à se livrer davantage et le médecin à être plus empathique, par la mise en jeu du transfert et du contre-transfert qui ont augmenté les affects. Réfléchir sur ce que la crise a pu modifier dans les pratiques des médecins généralistes pourrait aider à identifier de nouveaux freins ou leviers existants et ajuster les actions mises en place pour améliorer ce dépistage.

L'objectif principal de cette étude sera d'analyser les impacts de la pandémie Covid-19 sur les pratiques de dépistage de la dépression du sujet âgé en soins primaires. Pour ce faire, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été conduite auprès de 14 médecins généralistes exerçant en Pays de la Loire. Dans un premier temps, il s'agira d'évaluer les connaissances théoriques des médecins généralistes et d'explorer leurs pratiques de dépistage, puis d'évaluer les changements éventuels engendrés par la crise sanitaire. Plus largement, il s'agira d'étudier la façon dont les médecins généralistes ont répondu à cette crise, quel a été l'impact sur eux et comment ils ont fait face aux difficultés. Nous aborderons également certains sujets marquants de la crise, comme la vaccination, la réanimation, la situation des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la souffrance des soignants, et nous chercherons à en explorer les enjeux éthiques principaux. L'ensemble de ces éléments a amené les deux investigateurs à tenter de définir les contours et les valeurs du métier de médecin généraliste dont on peut supposer qu'ils ont également été impactés par la crise.

MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la méthode

Face à une crise inédite, nous avons fait le choix d'une étude qui se prête à l'exploration de nouveaux phénomènes. Cette étude est donc qualitative, observationnelle et analytique. Ce travail de thèse exploratoire reposant sur une analyse d'informations déclaratives et subjectives a été conduit par des entretiens semi-dirigés individuels.

L'objectif principal de notre étude a consisté à évaluer l'impact de la crise sanitaire sur les pratiques de dépistage de la dépression chez les patients de plus de 65 ans en médecine générale. Plusieurs objectifs secondaires ont émergé durant notre travail : questionner l'impact sur les médecins et leur façon d'exercer, explorer les enjeux éthiques de la crise, notamment dans les EHPAD et concernant la thématique vaccinale.

Enfin, nous avons souhaité porter une réflexion autour des besoins, des limites, des enjeux et du positionnement des médecins généralistes, deux ans et demi après le début d'une pandémie qui bouleverse la médecine et la société. Un objectif de conclusion a donc cherché à répondre à la question suivante : que signifie être médecin généraliste aujourd'hui ?

La recherche bibliographique s'est poursuivie et étoffée tout au long du travail de thèse, afin de clarifier tous les éléments théoriques et d'éclairer les nouvelles données à la lumière de la littérature existante et des mises à jour régulières sur cette thématique. La rédaction de la bibliographie a suivi les règles de la norme Vancouver. Nous avons utilisé les bases de données PubMed et CAIRN, les sites internet d'organismes référents ainsi que plusieurs ouvrages écrits.

2. Élaboration de la grille d'entretien

À l'entête de notre questionnaire figurait une phrase d'introduction, destinée à être énoncée oralement au début de chaque entretien. Celle-ci visait à définir la thématique et immerger le médecin interrogé. Les premières questions ont eu pour but de définir l'échantillon, sur les

critères d'âge, du lieu d'exercice, du mode d'exercice, du niveau d'intérêt et de formation en psychiatrie, ainsi que du nombre de patients suivis en EHPAD. Il s'en est suivi l'élaboration du questionnaire, structuré dans une logique chronologique, afin de créer un effet avant-après lors des entretiens.

Nous avons abordé les thématiques suivantes :

- Évaluation du niveau de connaissances théoriques
- Habitudes de pratiques de dépistage
- Impacts de la crise sur les pratiques de dépistage
- Impacts psychologiques de la crise chez les patients
- Impacts psychologiques de la crise chez les soignants
- Impacts de la crise dans les EHPAD
- Enjeux éthiques des mesures sanitaires
- Besoins des médecins généralistes

S'agissant d'une étude qualitative, nous avons privilégié les questions ouvertes. Une phase pré-test a permis d'évaluer la faisabilité et la pertinence de la grille d'entretien ainsi que la bonne compréhension des questions. Nous avons soumis le questionnaire à quatre médecins (deux pour chaque investigateur), ce qui a permis de reformuler certaines questions et d'en ajouter de nouvelles. Nous avons décidé de ne pas inclure les entretiens de cette phase, car il s'agissait de médecins exerçant dans le Haut-Rhin.

3. Population

La population étudiée se constitue de médecins généralistes thésés, installés ou remplaçants, exerçant en Pays de la Loire. Il n'y avait pas d'autres critères d'inclusion ou d'exclusion. Les participants ont été sélectionnés principalement parmi des médecins que nous connaissions (collègues au sein de cabinets, anciens maître de stage universitaire (MSU) pendant l'internat ou

médecins remplacés), mais aussi par la méthode « boule de neige », c'est-à-dire par la cooptation d'autres médecins via le réseau professionnel des premiers participants.

La prise de contact s'est faite soit directement de vive voix, soit par téléphone ou par short message system (SMS), en précisant l'objet de la thèse et la durée approximative de l'entretien. Nous n'avons eu aucun refus de participation ni d'abandon en cours de route.

Dans le choix des médecins contactés, nous avons voulu une certaine variété et un équilibre entre médecins salariés et libéraux, installés et remplaçants, jeunes et proches de la retraite, en exercice urbain ou rural, de sexe féminin ou masculin.

Le nombre de sujets à inclure s'est basé sur une appréciation au fur et à mesure de la réalisation des entretiens et de leur retranscription pour atteindre une saturation des données. Au bout de douze entretiens, nous avons estimé avoir atteint cette saturation. Aucune nouvelle thématique en lien direct avec l'objectif principal n'a été soulevée après la réalisation du sixième entretien pour chacun d'entre nous. Chaque investigateur a ensuite conclu par un entretien supplémentaire. Il y a donc eu un total de quatorze entretiens.

4. Déroulement des entretiens

Le lieu et l'horaire étaient choisis à la convenance du médecin généraliste, et aucun tiers n'était présent lors de la réalisation des entretiens afin de faciliter le confort et la liberté d'expression. Il s'agissait essentiellement du cabinet médical (M01, M04, M05, M09, M11, M12, M14) ou du domicile (M02, M03, M06, M07). En raison du contexte sanitaire, certains des entretiens ont été téléphoniques (M08, M10, M13).

L'enregistrement des entretiens a été réalisé à l'aide du dictaphone du téléphone portable, en informant de manière claire, loyale et appropriée le médecin interrogé avant son démarrage. Il a été précisé que les données seraient utilisées sous couvert d'anonymat. Avant la tenue des entretiens, la thématique de la thèse était connue des médecins sous l'intitulé « Impacts de la crise sanitaire sur le dépistage de la dépression chez les personnes âgées », sans y apporter plus de précisions. Les médecins n'ont pas eu de support écrit ni de copie de la grille d'entretien. La durée

moyenne des entretiens était de 25 minutes, variant de 15 minutes pour le plus court (M03) à 38 minutes pour le plus long (M12).

Lors des entretiens, nous avons utilisé quelques techniques de communication : la pause active, à savoir au moins cinq secondes d'attente en soutenant le regard en fin de commentaire dans le but d'encourager d'autres avis, les encouragements neutres verbaux ou la technique de l'écho.

5. Analyse des résultats

Après chaque entretien, nous avons réalisé une retranscription mot pour mot via le logiciel Microsoft Word. Certaines reformulations minimales ont parfois été nécessaires pour permettre un langage écrit correct et clair pour le lecteur. Le verbatim est à disposition en annexe de la thèse.

L'analyse des résultats a été manuelle et thématique. Une première lecture intuitive a permis de nous imprégner des réponses et de l'ambiance générale. Après avoir réalisé le verbatim de l'ensemble des données, nous avons indépendamment mené une analyse focalisée de nos entretiens. Nous avons catégorisé chacune des réponses derrière une idée, puis regroupé ces idées en plusieurs thématiques, elles-mêmes subdivisées en sous-catégories. Il s'agit donc d'un codage subjectif. L'objectif était d'inclure un maximum des propos retranscrits, sans toutefois être exhaustifs. Chacune des citations a fait l'objet d'une identification permettant de remonter à son auteur anonyme.

Après ce travail individuel, nous avons recoupé nos deux arborescences de classification et réalisé un contrôle et un recouplement des analyses, ce qui a permis d'identifier des parties superposables et d'apporter des éléments complémentaires.

Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt.

6. Calendrier de l'étude

L'élaboration du questionnaire et la phase pré-test se sont déroulés d'octobre 2020 à février 2021. La période de recrutement et de réalisation des entretiens s'est échelonnée du 9 novembre 2021 au 5 janvier 2022. Cette période correspond à la cinquième vague de la pandémie et l'émergence du variant Omicron. C'était également la période de la troisième dose de rappel de la campagne vaccinale. La phase d'analyse des résultats s'est déroulée entre le 13 février 2022 et le 11 mai 2022, la rédaction de la discussion du mois de mai au mois de juillet 2022.

RÉSULTATS

I. Éléments statistiques

1. Âge et sexe

Notre échantillon de médecins est composé de huit femmes et six hommes.

L'âge moyen des répondants est de 45 ans (écart type $\sigma = 14,6$).

On distingue trois groupes d'âges :

- Cinq médecins proches de la retraite (66 ans, 64 ans, 62 ans, 62 ans et 59 ans)
- Quatre jeunes médecins remplaçants (29 ans, 28 ans, 27 ans et 27 ans)
- Entre ces deux extrêmes, cinq médecins installés d'âge moyen (47 ans, 45 ans, 42 ans, 37 ans, 33 ans).

À noter que trois des médecins exercent en tant que salariés du département de Vendée et les autres ont une activité libérale.

2. Éléments géographiques

Les médecins interrogés exercent en Pays de la Loire et plus précisément presque tous en Vendée, à l'exception de deux d'entre eux qui exercent en Loire-Atlantique (M06 et M07). Les secteurs sociodémographiques représentés sont équitables entre la zone rurale (six médecins) et la zone semi-rurale (six médecins). Le secteur urbain est représenté minoritairement avec seulement deux médecins.

3. Type d'activité

L'exercice en activité de groupe est largement représenté avec onze médecins concernés, dont huit exercent en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Seulement deux médecins installés travaillent seuls en cabinet, tous deux âgés de 62 ans, ainsi qu'un médecin remplaçant qui rapporte une activité anecdotique dans un cabinet seul.

4. Travail en EHPAD

Les remplaçants occasionnels ont répondu suivre moins de cinq patients en EHPAD (M06, M07), alors que les remplaçants fixes entre cinq et vingt patients (M01, M05). Parmi les installés, une seule doctoresse (M11) suit moins de cinq patients en EHPAD. Cinq d'entre eux suivent entre cinq et vingt patients, et quatre en suivent plus de vingt, avec un record pour le médecin (M14) qui estime son effectif à une quarantaine.

5. Attrait pour la psychiatrie

Concernant l'assertion « intérêt pour la psychiatrie », on peut retenir la réponse d'un franc « oui » pour dix des médecins interrogés. Avec des commentaires remarquables tel que :

M10 : « J'ai surtout un attrait pour la gériatrie. La dépression de la personne âgée, cela m'intéresse, surtout l'intrication avec les démences. »

M13 : « La psychiatrie, c'est quelque chose qui m'intéresse pas mal. J'ai baigné dedans depuis que je suis tout petit, parce que mes deux parents sont psychiatres. »

Le « non » a été avancé par seulement un des répondants (M03).

On retrouve trois médecins avec un avis moins tranché. Le médecin M01 a répondu : « Oui, quand même. » Le médecin M06 le rapporte sous le terme de « moyen, mais s'il faut choisir entre oui et non, je vais plutôt dire oui ». Le médecin M08 a quant à lui répondu « pas énormément, mais on est très sollicités donc j'essaie de bien m'en occuper. »

La moitié des médecins n'a pas déclaré de formation supplémentaire. En revanche, six médecins rapportent une formation complémentaire de type :

- Semestres d'internat en hôpital psychiatrique (M02)
- Formations en thérapie cognitivo-comportementale (M04, M09, M11), hypnose (M04), méditation en pleine conscience (M09), formations dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), formation sur la dépression de l'adolescent (M10, M12)
- Suivi en groupe Balint ou suivi psychanalytique individuel pour discuter des situations difficiles ou complexes (M09)

- Indirectement par l'appartenance au groupe qualité d'Amélioration des pratiques et de l'information médicale (APIMED) (M13)

II. Représentations de la dépression du sujet âgé et pratiques de dépistage

1. Le niveau de connaissance des médecins généralistes sur la spécificité de la dépression chez le patient âgé

Les répondants ont rappelé certains des symptômes présents dans la triade clinique de l'état dépressif caractérisé, comprenant la perturbation de l'affectivité, le ralentissement psychomoteur et les signes associés.

M01 : « Je dirais l'anhédonie, la tristesse de l'humeur, les troubles du sommeil, la perte d'appétit. Je pense que ce sont les principaux symptômes. »

M02 : « La fatigue, le sommeil, l'appétit [...] le ralentissement moteur. »

M03 : « La tristesse. »

M04 : « L'anhédonie, le repli sur soi, trouble du sommeil. »

M07 : « Notamment l'isolement, l'appétit, les sorties. »

M08 : « J'ai vu des gens avec des syndromes de glissement, des pertes d'appétit aussi. Mais ça, c'est un peu la même chose que chez les autres. »

M09 : « Il y a aussi la perte de poids, la perte de l'appétit, l'anhédonie. »

M12 : « On peut avoir des états de déprime presque aiguë d'une semaine à l'autre [...] On arrive et on constate un visage qui a complètement changé, de la tristesse, des pleurs et plus d'envie [...] La plus importante, c'est vraiment la tristesse brutale. »

Six médecins ont mis l'accent sur les troubles psychosomatiques avec des plaintes souvent multiples ou persistantes.

M03 : « Les plaintes psychosomatiques »

M05 : « Les douleurs d'arthrose sont plus retentissantes ; alors qu'en fait ça peut être de la dépression sous-jacente. »

M07 : « Plus de somatisation, c'est-à-dire que la plainte est plus à interpréter dans le comportement de la personne âgée [...] Elle se cache derrière des plaintes multiples, des maux de ventre, de l'insomnie, des plaintes ostéoarticulaires. »

M09 : « Je pense également aux patients qui consultent beaucoup pour des plaintes somatiques, notamment douloureuses, qui ne passent pas. »

M10 : « On peut avoir du retard dans le diagnostic parce qu'on pense d'abord somatique. »

M14 : « J'y pense devant les douleurs chroniques ou chez les patients qui se plaignent sans arrêt et reviennent chaque semaine pour un autre symptôme. »

Sept médecins ont aussi évoqué des symptômes dépressifs pouvant se confondre avec ceux du vieillissement pathologique.

M02 : « Les troubles de la marche »

M03 : « Les trouble du comportement »

M05 : « Cela peut se présenter sous la forme d'une fragilité ou d'une confusion [...] Il est un peu somnolent, il est un peu irritable, etc. »

M06 : « Cela peut parfois se confondre avec un tableau de démence puisque ça peut provoquer des troubles de la mémoire et de l'attention [...] J'ai l'impression que ça se mélange avec d'autres tableaux cliniques, plus facilement chez la personne âgée par rapport à la personne adulte plus jeune. »

M08 : « J'ai certains patients qui ont des troubles cognitifs associés [...] le repli sur soi, les troubles du comportement, la personne âgée qui se replie sur elle-même, surtout en EHPAD. »

M10 : « C'est plus insidieux, et cela peut prendre la forme de ralentissement, d'asthénie, de manque d'énergie qui se confondent plus avec le somatique. »

M11 : « J'y pense toujours devant des débuts de troubles cognitifs ou des troubles anxieux un peu inhabituels. »

Quatre médecins ont décrit des symptômes pouvant surprendre et être plus atypiques.

M06 : « Cela peut prendre un aspect que l'on n'attend pas [...] plutôt sur un versant de colère ou d'irritabilité plutôt que de tristesse. »

M11 : « J'ai comme idée que cela peut être un peu plus fruste. »

M13 : « Il faut parfois évoquer cette hypothèse diagnostique devant des présentations cliniques un peu plus atypiques [...] C'est parfois moins parlant et il y a des symptômes un peu plus atypiques, pas forcément la triade ralentissement, baisse du moral et troubles anxieux. »

M14 : « J'ai comme idée que les symptômes peuvent être plus atypiques. »

Deux médecins ont rappelé certains facteurs de vulnérabilité pouvant participer à la dépression de la personne âgée.

M07 : « Ils sont plus exposés à la solitude et il y a moins de personnes qui peuvent contrôler leur bien-être. »

M12 : « Ils décrochent très rapidement car ils ont beaucoup moins de choses sur lesquelles s'accrocher, surtout en EHPAD. Les gens actifs arrivent quand même à s'accrocher sur des choses comme le travail, la famille, etc. »

Certains répondants ont abordé les risques engendrés par la dépression chez le patient âgé. Deux médecins seulement ont mentionné le risque suicidaire.

M03 : « Il y a plus de risque de passage à l'acte. Quand ils ont décidé. »

M14 : « J'ai appris qu'ils se suicidaient plus, donc je n'hésite pas à parler de ces questions-là. »

Un médecin a évoqué le risque de dépendance.

M07 : « Dans la répercussion, cela mène plus rapidement à un état de dépendance, ne plus sortir pour faire les courses, des situations d'incurie, etc. »

2. Les pratiques de dépistage habituelles

Pour la majorité des médecins, l'abord des questions autour du bien-être et de la vie quotidienne représente un temps dédié et quasi-systématique à chaque consultation.

M01 : « Je leur demande tout le temps s'ils dorment bien, s'ils sont entourés, s'ils ont une activité en dehors de leur domicile. »

M02 : « J'essaie de savoir s'ils s'alimentent correctement, s'il y a eu des chutes à domicile, si l'alimentation est correcte. »

M04 : « Je questionne sur la qualité de l'alimentation et du sommeil [...] J'ai un questionnement systématique. »

M05 : « J'interroge facilement, est-ce qu'il y a un problème de moral [...] Je suis attentive au ralentissement chez la personne âgée, s'il y a un abattement. »

M06 : « Je pose systématiquement la question "est-ce que vous êtes triste ?" »

M07 : « Je pose des questions simples, ouvertes dans un premier temps, en demandant comment ça va ou s'il y a des choses particulières à aborder [...] Ensuite, j'interroge de façon plus ciblée "est-ce que vous avez bon appétit ? Est-ce que vous prenez le temps de faire des choses que vous aimez faire ?" [...] C'est plutôt régulier, même si pas systématique. »

M09 : « Cela fait partie d'un temps de la consultation de connaître l'état psychologique des patients que je suis régulièrement. »

M13 : « J'essaie de pas mal tirer les ficelles. Souvent, je leur demande comment ils sont au niveau du moral, surtout ces derniers mois [...] J'essaie d'avoir une approche centrée sur le patient. J'essaie d'aborder le sommeil, l'appétit... »

M14 : « Malgré les contraintes, j'accorde systématiquement un temps, même une minute, pour discuter du moral. »

L'utilisation d'outils standardisés tels que l'échelle de Hamilton ou la Mini-Geriatric Depression Scale (mini-GDS) ne fait pas partie des pratiques courantes des médecins généralistes. Seuls quatre d'entre eux ont évoqué leurs utilisations.

M03 : « J'utilise les échelles d'évaluation de la dépression, même si je ne le fais pas systématiquement. »

M08 : « Quand je soupçonne quelque chose, très vite, je fais un dépistage. J'utilise l'échelle Hamilton. »

M10 : « J'utilise l'échelle Hamilton assez facilement quand j'ai une plainte récurrente type asthénie ou sur des signes non verbaux qui persistent. Cela peut être intéressant chez les patients qui restent toujours très évasifs [...] Mais souvent, le Hamilton, je le fais dans ma tête. »

M12 : « J'essaie de poser des questions. Même le test Hamilton, on l'utilise pas mal à cette période-là. »

Deux médecins expliquent pourquoi ils n'utilisent pas ce type d'échelle dans le dépistage de la dépression.

M07 : « Avoir le réflexe de poser des questions en fonction de l'opportunité qui se présente. Je ne pense pas que la bonne option soit forcément un questionnaire standardisé, parce que la santé mentale, ce n'est pas quelque chose que l'on peut catégoriser dans une case. »

M13 : « Je ne suis pas très fan des grilles [...] Je trouve cela trop robotisant, pas naturel. Je préfère aborder les questions au fil de l'eau, quitte à en oublier une ce n'est pas grave, et plutôt rebondir sur ce que me disent les gens en essayant de partir de ce qu'ils disent. »

L'interrogatoire autour du mode de vie et des activités sociales a fait partie du champ d'exploration de la cohorte de médecins.

M02 : « Je questionne sur le quotidien ; s'ils ont toujours des activités, envie de sortir ou au contraire s'ils restent à rien faire. »

M04 : « Dans l'interrogatoire de la consultation je demande "est-ce que vous sortez ? Est-ce que vous voyez du monde ? Est-ce que vous voyez votre famille ? Que faites-vous ?" [...] Chez les anciens, j'insiste beaucoup sur la vie relationnelle, parce que beaucoup ont leurs habitudes qu'il ne faut surtout pas changer. »

M10 : « Parfois, je me sers des consultations d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Ce sont souvent des consultations de discussion sur leur vie pragmatique et psychologique. »

M13 : « J'essaie d'aborder les activités, la socialisation, les relations familiales, professionnelles ou scolaires. »

Certains médecins ont indiqué faire appel à l'entourage proche du patient comme aide au dépistage.

M03 : « Je prends l'avis de l'entourage, s'il y a un changement de comportement. »

M05 : « Je fais appel à la famille qui nous rapporte que d'habitude il n'est pas fatigué comme ça. »

M06 : « Au cabinet, on suit beaucoup de familles donc c'est parfois les enfants qui vont nous alerter sur un trouble de l'humeur ressenti chez les parents. »

M09 : « J'aime bien connaître la famille, par exemple si je suis un ado qui ne va pas bien et que je sais que ses parents sont en instance de divorce. »

M14 : « Quand c'est possible, j'essaie d'impliquer la famille, de connaître le lieu de vie. »

Quatre médecins ont mis en avant l'utilité d'un dépistage en équipe pluriprofessionnelle.

M08 : « En EHPAD, avant la Covid-19, on travaillait en équipe avec une psychologue. Elle faisait les échelles. On pouvait s'appuyer sur les centres médico-psychologiques (CMP). »

M10 : « J'utilise beaucoup mon infirmière diplômée d'état (IDE) en Action de santé libérale en équipe (ASALEE) qui fait toutes les échelles [...] Je déclenche très facilement des tests cognitifs avec des échelles dépression auprès de mon IDE Asalée dès que j'ai des plaintes fonctionnelles ou mnésiques. »

M11 : « On a la chance de travailler avec l'IDE Asalée qui fait passer les tests de mémoire, mais qui évalue aussi tout le versant anxiété et dépression. »

M13 : « Une psychiatre travaillait chez nous, mais elle est partie s'installer à Saint-Hilaire-de-Riez. Elle était très bien. On se voyait le midi, on échangeait sur quelques patients [...] Il y a aussi la possibilité de demander conseil à des collègues, de ne pas être isolé. Si on a un doute, on en discute le midi, on en discute en groupe de pairs. »

Trois confrères ont souligné l'avantage d'être médecin de famille et donc de bien connaître ses patients.

M05 : « Je recherche une différence avec l'état antérieur. »

M09 : « Avec mes patients, on se connaît bien. Donc quelqu'un qui n'a pas un comportement normal ou qui fait des sous-entendus, je le perçois [...] Quelqu'un qui ne fait plus ses activités, qui n'a plus goût à rien, qui a un comportement particulier en consultation. »

M11 : « Je m'intéresse aux gens et je leur parle de pleins de choses, notamment les personnes âgées. Je m'intéresse à leur vie, à ce qu'ils font comme activités, ce qu'ils aiment, je demande des nouvelles de leur famille [...] Cela fait un peu moins de deux ans que je suis là donc je commence

juste à bien connaître certains patients. Quand tu ne connais pas bien les gens et pas bien leur histoire de vie, tu peux moins dépister précocement les petits changements d'humeur ou les petites choses qui ne vont pas. »

Six répondants ont rappelé l'importance de l'écoute ainsi que de l'attitude du médecin dans la mise en confiance du patient pour lui permettre de se livrer. Ici, c'est la stratégie de communication qui est mise en avant.

M06 : « Je vois les personnes âgées essentiellement en visite donc je suis dans leur milieu de vie, elles sont donc plus à l'aise. »

M09 : « J'essaie d'être à l'écoute et je fais attention à l'attitude que j'ai par rapport aux gens. J'ai un naturel assez pêchu. Ils savent qu'ils peuvent être libres. Je mets une relation de confiance, de sorte que je reste très abordable pour les gens. Donc normalement, ils parlent [...] Ils savent qu'il n'y a pas de tabou. Ils connaissent mes convictions ; eux peuvent en avoir d'autres. On discute, mais il n'y aura jamais de jugement. »

M11 : « Je pense que je libère assez la parole, donc ils se sentent peut-être plus à l'aise pour parler. »

M12 : « Je laisse parler les gens, je les laisse s'échapper un petit peu [...] Dans les EHPAD parfois, j'essaie de toucher les patients, de les rassurer, de les prendre un petit peu dans les bras. »

M13 : « Le fait de poser la question sur comment ils vont et sur le moral, cela leur ouvre la possibilité, s'ils le souhaitent, de pouvoir partager. On se rend compte qu'en posant la question, il y a quand même beaucoup de gens qui ont besoin de parler. »

M14 : « Je crois que le premier temps, c'est l'écoute. J'essaie de maintenir un espace de parole libre [...] La position du médecin est importante. Le fait d'être ouvert, d'oser aborder tous les sujets comme la mort. »

Un des médecins a exprimé l'impact de son vécu personnel dans sa manière de dépister.

M07 : « Je suis peut-être un peu influencé par le fait que ma propre grand-mère ait fait une dépression en institution donc je pose les questions un peu plus facilement. »

3. Les limites ou difficultés ressenties par les médecins généralistes dans le dépistage de la dépression

a. La notion de temporalité

Dix médecins ont évoqué le manque de temps pour le dépistage des troubles de l'humeur.

M04 : « Essayer de prendre le temps, mais c'est difficile et le plus limitant, je trouve. »

M05 : « Le temps bien-sûr. »

M07 : « C'est plutôt lors des renouvellements que je dépiste car pendant les consultations d'urgences, je n'ai pas le temps. La limite est dans le temps. »

M08 : « Parfois, j'extrahs quelques questions des grilles car je n'ai pas le temps. Je me demande si cela est valable ou s'il y a des grilles qui sont moins chronophages. »

M09 : « Le manque de temps. Si je ne le détecte pas tout de suite ou que je le vois en fin de consultation, je vais un peu jouer mon côté "tout va bien, les fêtes arrivent, vous verrez vos enfants, ça ira mieux". »

M10 : « Le manque de temps. C'est chronophage et on a des consultations où il faut déjà faire le renouvellement d'ordonnance, gérer la plainte douloureuse qui est fréquente. Et après, s'il te reste deux minutes chrono, tu peux aborder les côtés affectifs et psychologiques de tes patients. »

M11 : « Quand tu arrives dans un nouvel endroit et que tu as beaucoup de nouveaux patients, tu as déjà tout le dossier médical à refaire, les courriers. »

M12 : « Le manque de temps, parce que dans ce cas, la psychothérapie c'est le meilleur traitement. Si tu prends le temps avec ton patient, sûr et certain que la guérison commence déjà. Ça part de là. Les mots qui ont bien été posés. »

M13 : « Le temps. Même si j'ai des créneaux de 20 minutes, c'est vrai que parfois, on sent qu'il y a des gens qui auraient besoin de parler un peu plus et ce n'est pas forcément intelligent de les faire revenir, parce que c'est à ce moment-là qu'ils ont besoin de parler et pas une semaine plus tard. »

M14 : « Le temps en plus, que souvent on ne peut pas prendre dans la consultation de la personne âgée qui est très chronophage. »

b. Les limitations dans le domaine du savoir

Quatre confrères ont décrit souffrir d'un manque de formation. L'un d'entre eux a précisé être en difficulté concernant les traitements médicamenteux.

M01 : « Le manque d'outils par rapport au manque de formation. Mis à part la formation en faculté, je n'ai pas d'autre formation. »

M06 : « Ce qui est limitant pour moi, c'est l'absence de formation dans le domaine de la psychiatrie. Surtout dans le cadre du traitement et de la psychothérapie de soutien, plus que le dépistage. »

M11 : « Je n'ai pas fait de formation spécifique sur la personne âgée. Je ne suis jamais passée dans un service de psychiatrie. »

M14 : « J'ai l'impression que je ne suis pas bien formé. »

Pour un autre, ce qui a posé problème, c'est l'absence de recommandations claires des spécialistes.

M10 : « Sur le dépistage, je trouve que ça va. Mais sur la prise en charge, on fait de la popote. On n'a pas de recommandations. Quand on interroge les psychiatres, cela dépend à qui tu demandes, on a l'impression que chacun a sa recette. »

Trois médecins ont mis en avant une pratique insuffisante et donc un manque d'expérience.

M05 : « Après, j'ai une expérience pré-crise sanitaire qui est très courte. »

M06 : « J'ai moins de personnes âgées, donc on est peut-être moins performants parce qu'on pratique moins. »

M11 : « Quand on ne fait pas beaucoup les choses, on ne se sent pas très à l'aise. »

Ainsi, deux répondants ont décrit un manque de confiance et de légitimité dans leur capacité à prendre en charge cette pathologie.

M11 : « Quand on ne fait pas beaucoup les choses, on ne se sent pas très à l'aise. Quand il faut des traitements, je demande conseil parce que je ne me sens pas très légitime : mettre la mauvaise molécule, avoir des effets secondaires, encore plus aggraver les choses... »

M14 : « Je me rends compte que je n'ose pas assez. Parfois, j'ai l'impression que je ne suis pas bien formé et donc pas très légitime pour débiter des traitements. »

c. Les limites de la communication et du recueil d'informations

Cinq répondants ont rappelé que les personnes âgées ont tendance à moins se livrer.

M01 : « S'ils n'ont pas envie de se livrer, c'est difficile. Même si on a l'impression que ça ne va pas bien, on n'arrivera pas à aller plus loin avec eux. »

M02 : « Ils ne l'abordent pas spontanément. »

M04 : « Je trouve aussi que c'est plus difficile. Si tu ne vas pas vraiment chercher l'information, ils ne te disent rien [...] Ils se confient moins sur leurs troubles d'humeur que les plus jeunes. »

M05 : « Il y a des gens qui se braquent, mais moi, je n'ai pas de tabou et ça ne m'empêche pas de poser la question [...] La difficulté, c'est la communication puisqu'il y a peu d'échange sur ce sujet avec eux. »

M07 : « Le répondant du patient, c'est-à-dire quand il tourne court et ne souhaite pas aller plus loin dans la discussion. »

Pour cinq médecins, les troubles cognitifs participent aussi à compliquer le dépistage.

M02 : « Quand ils n'ont plus toutes leurs capacités cognitives, c'est un facteur limitant. »

M03 : « Quand ils ont des troubles cognitifs, l'interrogatoire peut être compliqué. »

M05 : « S'il y a des troubles cognitifs, ça rend compliqué le dépistage. »

M12 : « [...] pour ceux qui peuvent, parce qu'il y a aussi des gens avec des troubles cognitifs. Alors là, ça marche moins bien. »

M14 : « C'est difficile, d'autant plus quand les capacités d'élaboration sont faibles [...] C'est parfois difficile quand il y a des troubles cognitifs, surtout que ça peut être des symptômes de dépression. »

d. Autres limites du dépistage

Trois répondants ont exprimé des difficultés face aux conditions de vie des personnes âgées.

M02 : « L'entourage familial, quand on est en visite chez les gens et qu'il y a le conjoint ou la fille à côté, ce n'est pas toujours évident. »

M06 : « Cela peut passer un peu inaperçu parce que souvent, ce sont des personnes qui sont assez isolées et en retrait. On ne voit pas forcément qu'elles se retirent des relations sociales, parce que ce sont leurs conditions de vie. »

M14 : « [...] les aspects sociaux sont à prendre en compte. »

Trois autres ont rappelé les difficultés liées à la banalisation des plaintes du patient âgé.

M05 : « Un peu atypiques, avec des symptômes qu'on peut avoir tendance à banaliser chez les personnes âgées. »

M06 : « En plus, on les dépiste moins parce qu'on se dit que la personne âgée, c'est normal qu'elle soit triste dans ces conditions où elle est vieille et ne peut plus faire grand-chose. »

M11 : « On peut plus facilement passer à côté parce qu'ils sont souvent plus dans la plainte et c'est vrai qu'on a souvent tendance à se dire que c'est normal parce qu'ils sont seuls, etc. »

Enfin, deux médecins ont mis en lien la difficulté du dépistage avec le caractère complexe et intriqué des morbidités des patients âgés.

M07 : « On est dans la polypathologie [...] Le syndrome dépressif est souvent moins évident à débusquer. »

M14 : « La présentation clinique atypique fait que la dépression est très sous-diagnostiquée, probablement y compris par moi-même [...] C'est d'autant plus dur quand on est dans la polypathologie avec beaucoup de choses intriquées. »

III. Impact de la crise sanitaire sur les pratiques de dépistage

1. Une pathologie passée au premier plan pour le médecin généraliste

a. Des médecins plus sensibilisés

Neuf médecins ont indiqué être plus à l'écoute de leurs patients depuis le début de la crise sanitaire.

M01 : « Oui, on est plus alertes, plus à l'écoute pour eux spécifiquement. »

M02 : « Oui. »

M03 : « Oui, peut-être un peu. »

M04 : « Oui. »

M05 : « Oui, plus qu'avant parce qu'on en entend tellement parler, même si j'y étais déjà bien sensibilisée. »

M06 : « Oui, en sachant tout ça, effectivement... »

M07 : « La vigilance oui, dans sa globalité. »

M08 : « J'ai envie de dire quand même oui. »

M13 : « J'essaie d'être à l'écoute et en même temps, on est limités dans le temps [...] J'essaie d'être un peu plus vigilant quand même. »

Quatre médecins ont indiqué interroger leurs patients de façon plus systématique pour dépister les troubles de l'humeur.

M02 : « Je pose plus de questions sur le côté solitude, sur l'humeur, la tristesse ; plus que je ne le faisais avant. »

M05 : « Et comme on a plus conscience que les troubles dépressifs sont plus fréquents qu'avant, maintenant, je suis plus systématique [...] Mais j'en parle encore plus facilement, et la crise me donne une excuse pour en parler. »

M11 : « J'ai peut-être pensé à poser plus facilement la question de l'isolement au moment du confinement. »

M14 : « La Covid-19 a systématisé encore plus ma vigilance et mes questions à chaque consultation. »

Deux autres ont indiqué aller plus loin dans leurs interrogatoires.

M04 : « Je suis plus dans l'interrogatoire, pour vraiment aller les chercher dans les questions [...] J'ai aussi tendance à aller piocher un peu plus loin qu'auparavant. »

M05 : « Quand on creuse, il y a beaucoup de syndromes dépressifs sous-jacents, même quand le motif de consultation n'est pas là. »

Quatre médecins ont indiqué se rendre plus disponibles et être plus proches de leurs patients, en essayant d'être des soutiens pour eux.

M02 : « C'est vrai que ça m'est arrivé de contacter des patients que je ne voyais plus souvent en consultation pour savoir comment ça se passait pour eux, leurs parents. »

M04 : « On reste dans l'écoute bienveillante. C'est plus de l'accompagnement, mais on ne peut pas arranger ni faire grand-chose réellement. »

M06 : « Je vais les voir plus facilement, parce que je sais qu'ils sont tristes et seuls donc j'y vais, ne serait-ce que pour la compagnie, quand j'ai le temps. »

M12 : « On a changé nos façons de faire puisqu'on est obligés de faire de plus en plus de soutenance dans tous les sens, de donner encore de l'espoir, de la confiance, de guider davantage les patients qui sont souvent perdus, avec la vaccination par exemple. »

Un médecin a indiqué qu'il allait plus facilement revoir ses patients.

M01 : « Je pense que je revois plus facilement les patients [...] Je les invite à les revoir dans un délai d'une semaine si un trouble du moral est perçu. »

b. La prise en compte du milieu

Selon six médecins, une vigilance accrue a été portée à l'évaluation des activités sociales et donc à la recherche d'un isolement chez les patients.

M01 : « Je pense que comme on a tous été isolés, on est peut-être plus à l'écoute parce qu'on l'a tous vécu. On a été sensibilisés à l'impact que peut avoir l'isolement [...] Souvent, pour les personnes qui sont isolées, on sera plus attentif par rapport à des personnes bien entourées. »

M02 : « Poser peut-être plus les questions liées à la solitude et puis tout ce que ça pouvait entraîner. »

M03 : « Être plus à l'écoute du fait qu'ils soient plus en difficulté à cause de la pandémie, dans les domaines des activités en famille, associatives, amicales et sportives. Voir comment ils s'organisent. »

M07 : « J'adapte mes questions et demande s'ils ont pu voir leurs petits-enfants, s'ils ont pu passer les fêtes entourés de leurs proches [...] et globalement autour des événements qui regroupent la famille. Je le fais plus souvent qu'au début de mon activité. »

M11 : « L'année dernière, quand ils étaient vraiment très seuls, je posais systématiquement la question de comment ça allait, comment ils vivaient le stress du virus, des médias, s'ils arrivaient à avoir des contacts avec leur proches, s'ils téléphonaient, s'ils avaient des tablettes, etc. »

M13 : « Je suis peut-être un peu plus vigilant sur certains patients, notamment les retraités qui avaient des grosses activités associatives, des agendas de ministre. »

Deux confrères ont expliqué s'intéresser davantage aux conditions de vie des personnes âgées.

M02 : « J'essayais de me renseigner sur comment ils s'organisaient, d'être plus attentive sur la façon dont ils vivaient. Ce sont des aspects pour lesquels j'avais moins d'attention avant [...] Par exemple chez des personnes qui ne pouvaient plus sortir de chez elles pour aller faire les courses etc. »

M11 : « Pour la troisième dose de mes patients très âgés, je vais les vacciner à domicile parce que je trouve que c'est plus simple. Ça me permet à l'occasion de voir comment ils vont. »

Deux confrères ont expliqué avoir davantage recours à l'entourage proche.

M01 : « Je m'appuie plus sur l'entourage. Si besoin, je les vois accompagnés, je leur demande s'ils ont un conjoint ou une épouse. »

M02 : « J'ai plus d'attention sur la thématique de l'isolement, à savoir comment leurs interactions s'organisent en cette période sanitaire. »

Un des médecins souligne avoir eu plus recours aux psychologues.

M13 : « J'ai orienté davantage vers les psychologues qu'auparavant.

c. Limites

Trois confrères ont expliqué ne pas être plus vigilants depuis la pandémie car ils étaient déjà très sensibilisés auparavant.

M09 : « Pas vraiment. »

M11 : « Je pense que je l'ai toujours été, cela n'a pas changé grand-chose. »

M14 : « Je suis forcément plus vigilant [...] mais j'y ai toujours été attentif, pour les raisons qui font la gravité de cette pathologie. »

Le médecin numéro 10 a expliqué se sentir moins à l'écoute à cause de la fatigue.

M10 : « Ma vigilance a pris un sacré coup dans l'aile [...] On commence à en avoir un peu marre de recevoir toutes les plaintes. On en arrive à avoir envie d'un renouvellement de traitement simple sans autre plainte [...] Je trouve que j'ai moins d'écoute. J'essaie de faire des formations pour me rebooster, mais en fait, tu t'épuises rapidement. »

2. Pas de changement dans les fondamentaux de pratiques du dépistage ni dans les connaissances

La majorité des médecins n'a pas modifié sa manière de dépister les troubles de l'humeur.

M03 : « Non, je n'ai pas perçu de modification significative. »

M04 : « En revanche pas du tout dans ma pratique de prescription, parce que je prescris peu chez les personnes âgées. »

M05 : « Non, je ne crois pas. »

M07 : « Globalement, j'ai l'impression que je reste quand même sur mes standards de base et que ça n'a pas augmenté ou diminué mon questionnement. »

M08 : « Je fais toujours la même chose. »

M09 : « Non. Je fais exactement la même chose qu'avant. »

M10 : « Je dépiste toujours la dépression de la même façon. »

M14 : « Je n'ai rien changé à ma manière de dépister. »

Aucun médecin n'a mis à jour ses connaissances sur la thématique de la dépression du fait de la crise sanitaire.

M01 : « Non, je n'ai pas pris le temps de me former. »

M02 : « Non [...] La seule chose que je peux dire là-dessus puisqu'on a fait une formation, c'est sur la déprescription en général des traitements. Mais c'était prévu avant la crise. »

M03 : « Non. »

M04 : « Non, pas spécifiquement. Mais indirectement oui au travers de la lecture d'articles. »

M05 : « Non. »

M06 : « Non, pas du fait des confinements. »

M07 : « Non. »

M08 : « Non. »

M09 : « Non. »

M10 : « Non. »

M11 : « Non, je n'ai pas fait de formation ni de mise à jour de mes connaissances. »

M12 : « Non. »

M13 : « Non. »

M14 : « Non. On en aurait toujours besoin. Tout comme un tas d'autres sujets. Le nerf de la guerre, c'est le temps. »

De la même façon, aucun médecin n'a utilisé de nouveaux outils pour dépister les troubles de l'humeur de ses patients.

M01 : « Non, de par le manque de temps [...] Je m'appuie sur mes liens avec les CMP ou d'autres structures. »

M02 : « Non, pas de nouveaux outils parce que je n'en ai pas eu besoin [...] Et puis, je déplore le manque de temps qu'on a pour les gens âgés, notamment en visite. »

M03 : « Non. »

M04 : « Non, pas encore [...] mais il y a un projet pour faire des fiches sur les risques de dépendance et le dépistage en général qui seront disponibles sur l'ordinateur. Mais pour le moment, je n'ai pas eu le temps. »

M05 : « Non, pas de nouveaux outils parce que ce n'est pas un sujet avec lequel je me sentais en difficulté. »

M06 : « Non, pas de nouveaux outils parce que je n'ai pas remarqué qu'il y avait un besoin. »

M07 : « Non. »

M08 : « Non, j'utilise toujours la grille Hamilton. Elle est correctement rémunérée avec une cotation spécifique puisqu'elle est chronophage. »

M09 : « Non. »

M10 : « Non. »

M11 : « Je n'utilise pas d'outil particulier pour le dépistage de la dépression. Je dirais que c'est plus un ressenti. C'est plus la façon dont je travaille tous les jours. Mais je n'ai pas plus utilisé d'outils qu'avant. »

M12 : « J'utilise la même chose et j'utilise beaucoup la patience. »

M13 : « Depuis la crise Covid-19, je dépiste toujours de la même façon. Je n'ai pas mis en place de choses particulières, enfin pour les personnes âgées en tout cas. Je ne sais pas si c'est bien. »

M14 : « Non, aucun. Pas plus qu'avant. Je n'utilise pas les grilles de dépistage, mais je connais les questions et je m'en inspire. »

3. Impacts de la vaccination et du pass sanitaire

L'arrivée de la vaccination et du pass sanitaire ne semblent pas avoir changé l'attention des médecins. La réponse à la question « Votre attention a-t-elle changé ? » était majoritairement « Non ».

M02 : « Non. »

M03 : « Non. »

M04 : « Non. »

M05 : « Pas de changement dans mon attention. »

M06 : « Non. »

M07 : « Mon attention n'a pas changé. »

M08 : « Ma vigilance sur ces questions n'a pas changé. »

M14 : « Moi je n'ai rien changé, même si je suis peut-être un peu plus détendu. »

Toutefois, deux médecins ont évoqué un changement de comportement et de discours envers certains patients non-vaccinés.

M09 : « J'ai changé mon discours depuis la vaccination. J'explique pourquoi c'est bien, pourquoi il faut le faire et je ne comprends pas ceux qui ne le font pas [...] Avant, j'étais très empathique vis-à-vis des personnes qui voyaient se rompre leurs liens sociaux. Maintenant qu'il y a le vaccin, moi, ça m'agace un peu. Par exemple, ceux qui refusent de se faire vacciner et qui, pour autant, voudraient voir leurs petits-enfants. Il y a aussi ceux qui sont vaccinés, mais qui refusent les fêtes de famille. »

M14 : « J'avoue que sur les derniers récalcitrants qui refusent le vaccin, j'ai un peu lâché l'affaire. »

IV. Les autres impacts de la crise sanitaire sur le travail des médecins généralistes

1. Une place privilégiée pour la télémedecine

Deux médecins ont souligné les difficultés qu'ils avaient rencontrées pour continuer à voir et à suivre leurs patients.

M02 : « Oui, dans le sens où on n'a pas pu aller dans les EHPAD pendant plusieurs mois. Donc c'était compliqué de les suivre et de voir comment ils allaient [...] Nos patients ne voulaient pas trop nous voir, ils ont été très réticents à se déplacer. »

M06 : « Par contre, peut-être qu'on ne limite pas nos déplacements pour voir les patients mais que les gens ont plus peur de venir nous voir. Ils ont gardé une réticence à venir au cabinet de peur de tomber malade. »

Quatre témoignages ont mis en avant l'importance de la télémedecine durant cette période.

M02 : « On a plus travaillé avec les IDE par e-mail, ce qu'on faisait très peu avant. »

M06 : « De gérer beaucoup plus de choses par téléphone et par téléconsultation [...] beaucoup plus de dématérialisation par e-mail ou fax [...] Au début oui, parce qu'on ne faisait plus de visite à domicile. On demandait aux patients de plus de 65 ans de ne plus venir au cabinet et on faisait par téléconsultation. »

M11 : « Il ne faisait que des appels en visio pendant 3 mois. »

M13 : « Je pense que c'est important d'avoir des temps d'échange de type téléexpertise. »

2. Répercussion de la crise sanitaire sur le dépistage et le traitement d'autres pathologies

Deux médecins ont attiré l'attention sur les autres pathologies qui ont pu être parfois sous-diagnostiquées, avec une perte de chance pour le patient.

M02 : « La question que l'on pourrait se poser, c'est la sensation d'être passé à côté de symptômes ou de maladies parce que les patients ne venaient plus nous voir. »

M07 : « Et donc par mécanique, ça gratte le temps pour d'autres patients alors qu'ils nécessiteraient une attention particulière. »

Trois autres ont plutôt évoqué le déséquilibre des pathologies chroniques en lien avec la crise Covid-19.

M07 : « J'ai vu des diabètes déséquilibrés en lien avec le stress de la crise. »

M12 : « On voit bien sur les chiffres et les biologies que le diabète comme l'hypertension artérielle, ça va mieux depuis la vaccination. »

M14 : « Cela n'a peut-être rien à voir, mais j'ai eu plus de soucis à équilibrer les pathologies chroniques pendant cette période. Le diabète surtout. C'est sûr qu'avec les confinements, les gens étaient moins actifs. »

3. L'organisation des cabinets

Trois médecins ont insisté sur l'importance du bouleversement organisationnel de leurs cabinets.

M02 : « Il y a eu une grosse réorganisation du cabinet, de notre fonctionnement... »

M04 : « Il a fallu réorganiser le cabinet, réorganiser nos consultations. »

M08 : « Après est arrivée la vaccination, avec son lot de travail supplémentaire et d'interrogations. C'était surtout l'organisation qui était difficile. Certains collègues ne voulaient plus s'en occuper dans les cabinets car c'était trop compliqué à gérer [...] Il y a eu des difficultés organisationnelles. »

Ils ont rappelé l'attention particulière portée à l'hygiène.

M04 : « On prend le rythme, surtout au niveau du nettoyage. Au début de la Covid-19, on nettoyait tout après chaque consultation et on y passait beaucoup de temps, ce qui est moins le cas actuellement. »

M10 : « On est devenus les rois de la lingette entre chaque patient. »

V. Impacts psychologiques de la crise sanitaire chez les patients

1. Une augmentation des troubles psychiques chez les patients

Tous les médecins ont rapporté une augmentation significative des plaintes psychiques chez leurs patients.

M01 : « Oui. »

M02 : « Oui. »

M03 : « Oui. »

M04 : « Très nettement. Tu as des gens qui ne te parlaient jamais de ça avant, qui te disent que c'est un peu compliqué, qu'ils sont malheureux. »

M05 : « Dès qu'on pose la question du moral, ils fondent en larmes pour certains. »

M06 : « Clairement, tous ceux qui sont en résidence senior, ils sont au bout de leur vie [...] Comme leur médecin c'est le loisir du jour, ils nous appellent pour plus de choses. »

M07 : « Oui, je m'en suis rendu compte même si on voyait moins les patients au cabinet. »

M08 : « Depuis la Covid-19, j'ai aussi plus de gens qui appellent à la régulation du 15 parce qu'ils ne sont pas bien. »

M09 : « Oui, au moins 30 % en plus. »

M10 : « Beaucoup. »

M11 : « Il y en a certains, oui. »

M12 : « Avant, on était moins dans ces pathologies. Les patients voyaient toujours les psys, consultaient dans les CMP. On était là pour coordonner, faire les prescriptions, ajuster les traitements, soutenir ponctuellement s'il y avait de la détresse. On prenait la place de la psy si cela était nécessaire. Maintenant, on est dedans parce qu'il n'y a plus aucun psy et parce qu'il y a plus de souffrance psychologique. »

M13 : « J'ai vraiment perçu une recrudescence des troubles anxieux chez les jeunes retraités et les personnes âgées qui se sont retrouvées isolées, donc beaucoup de majoration des troubles du sommeil. »

M14 : « Oui. »

Cinq confrères ont relevé une augmentation des plaintes psychosomatiques.

M01 : « Oui, plus de plaintes sur des symptômes ostéoarticulaires, d'asthénie et d'insomnie. »

M07 : « Indirectement, oui. Les manifestations anxio-dépressives apparaissent, mais par un billet détourné. »

M10 : « Beaucoup de psychosomatisation. »

M11 : « Il y en a certains, oui. Il y a quelques personnes âgées actuellement qui ont des multi-plaintes, avec des douleurs chroniques, des troubles du sommeil. Je n'avais pas forcément relié ça avec la Covid-19. C'est vrai que j'aurais peut-être dû faire le lien. »

M13 : « Beaucoup de majoration des troubles du sommeil [...] pas mal de plaintes somatiques aussi, des douleurs chroniques avec des bilans complémentaires négatifs. »

Quatre médecins ont observé une majoration des présentations cliniques anxieuses.

M10 : « Mais c'est surtout beaucoup d'anxiété. »

M11 : « Les gens sont inquiets. »

M13 : « J'ai vraiment perçu une recrudescence des troubles anxieux chez les jeunes retraités et les personnes âgées qui se sont retrouvées isolées [...] Le fait que tout s'arrête, cela a été quand même très compliqué. Je me suis aperçu d'une grosse majoration des troubles anxieux et dépressifs chez ces personnes-là. »

M06 : « Au cabinet, j'ai l'impression d'avoir vu de plus en plus de patients avec des tensions internes. »

Un des médecins a fait la remarque d'une tendance chez ses patients à l'hypocondrie.

M10 : « Ils imaginent le pire sur tous les petits symptômes, il y a une dramatisation. »

Pour cinq répondants, un des sujets principaux de plaintes a été la perte des liens familiaux.

M02 : « Oui, par rapport à l'absence de leurs familles et leurs petits-enfants. Surtout en lien avec une raison familiale dans l'ensemble. »

M04 : « Une plainte qui revient souvent concernant les petits-enfants [...] Avant, ils n'en parlaient pas forcément puisque ça roulait au niveau des échanges avec la famille. »

M05 : « Oui, à cause de l'isolement majoré et de la baisse d'activités en famille. »

M09 : « Oui, surtout le fait de ne plus voir les petits-enfants, que les enfants mettent un frein pour les regroupements familiaux avec les petits-enfants. »

M14 : « Ce qui m'a frappé, c'est surtout l'angoisse de se retrouver seul et privé de ses petits-enfants [...] Le manque de la famille, ça a été dramatique. J'ai vu certains patients glisser et c'était difficile de les retenir à quelque chose. »

Mais d'autres ont aussi relevé l'impact de la perte des liens sociaux extra-familiaux.

M02 : « Et le fait de ne plus pouvoir sortir et de ne plus avoir de vie sociale pour la tranche d'âge la plus jeune. Ça, ils s'en plaignent énormément. »

M05 : « Oui, à cause de l'isolement majoré et de la baisse des activités de quartier entre amis. »

M06 : « Le confinement, ça a été horrible. Il n'y avait plus aucune activité de groupe. Ils ne sortaient plus de leurs chambres et se plaignaient beaucoup. »

Deux médecins ont évoqué les conséquences psychiques de l'isolement.

M01 : « De par l'isolement, les confinements ont accéléré le processus de dépression chez les personnes âgées. »

M12 : « C'est difficile d'habiter seul dans une pièce et d'être toujours avec ses pensées. »

Un des médecins a mis en parallèle les impacts psychiques de la crise chez les patients sans antécédent psychiatrique avec ceux de patients chroniques déjà connus à ce niveau.

M04 : « Les mélancoliques ou dépressifs chroniques, ça n'a pas changé grand-chose ; ils sont simplement un peu plus plaignants que d'habitude. En revanche, ce sont les gens qui ne l'étaient pas et qui n'exprimaient jamais de plaintes qui se sont davantage plaints. »

Trois médecins se sont demandés si on découvrirait plus de plaintes parce qu'elles étaient plus exprimées par les patients ou plus dépistées par les médecins.

M05 : « Ce n'est peut-être pas forcément qu'ils l'abordent mais c'est moi qui dépiste plus. »

M06 : « Les patients qui viennent au cabinet ne viennent pas forcément pour parler de leurs troubles anxio-dépressifs. »

M08 : « Depuis la Covid-19, j'ai aussi plus de gens qui appellent à la régulation du 15 parce qu'ils ne sont pas bien. »

2. Effets de la vaccination et du pass sanitaire sur les plaintes exprimées par les patients

a. Effets bénéfiques

De façon synthétique, trois médecins ont évoqué un effet positif.

M07 : « J'ai quand même pas mal de retours positifs. »

M08 : « Globalement, le retentissement sur les patients a été plutôt positif. »

M10 : « C'est plutôt positif. »

Beaucoup de médecins ont rapporté les bienfaits de la reprise des liens sociaux familiaux et extra-familiaux grâce à la vaccination.

M01 : « Oui. Avec la vaccination, c'est la reprise d'une vie sociale et d'une vie familiale, parce que beaucoup s'empêchaient de voir leurs petits-enfants quand ils n'étaient pas vaccinés. »

M02 : « Les 65-75 ans ont repris leurs activités et ne font plus assez attention. »

M07 : « Ils se disaient rassurés et enclins à faire davantage d'activités (là, je parle surtout des patients non dépendants) [...] Ils étaient légèrement plus optimistes dans l'avenir sanitaire et sortaient de leur isolement grâce au pass sanitaire. »

M08 : « La reprise de l'école, du travail [...] Les résidents en EHPAD ont pu retrouver leurs familles. »

M13 : « L'arrivée de la vaccination a permis pendant quelques mois de retrouver un semblant de vie à peu près normale. Mais le problème, c'est que cela a été temporaire. »

M14 : « Globalement, l'effet a été positif : sur la famille, la solitude, sur les angoisses de mort aussi. »

Pour une partie des médecins, cela a engendré un sentiment de protection et donc un apaisement chez les patients.

M02 : « Ils sont rassurés quand leur famille et leurs amis ont tous un pass sanitaire. »

M09 : « Maintenant qu'ils sont vaccinés, ils sont un peu moins vigilants, comme nous au cabinet. »

M11 : « La vaccination a pas mal soulagé les personnes âgées. Je n'en ai quasiment aucune qui a refusé de se faire vacciner. J'ai l'impression qu'il y a moins d'anxiété qu'au début par rapport à ça. »

M12 : « Oui, ils sont beaucoup plus rassurés et plus détendus. Un effet ultra positif, ils ont moins peur [...] Ils savent que, même s'ils attrapent la Covid-19, ils ne vont pas aller à l'hôpital. Ils voient qu'ils sont quand même moins touchés pour la plupart et qu'il y a moins de formes graves. »

b. Limites de la vaccination

Trois confrères ont évoqué un effet moindre de la vaccination et du pass sanitaire chez les patients très âgés qui sortaient déjà peu auparavant.

M03 : « Pour les gens en EHPAD, le pass sanitaire ne change pas grand-chose puisqu'ils ne sortent pas vraiment, il n'y a pas moins de symptômes dépressifs. »

M04 : « Très peu parce que le pass sanitaire ne les concerne pas beaucoup, dans le sens où ils ne sortent pas beaucoup de toute façon. »

M05 : « Non, pas trop chez les personnes âgées, mais plutôt chez les jeunes actifs. »

Dans quatre témoignages, le pass sanitaire et la vaccination n'ont pas permis de totalement rassurer les patients.

M02 : « Les très anciens restent très angoissés, ils ont peu changé leurs habitudes ; ils restent calfeutrés avec leurs habitudes, ne sortent plus beaucoup. »

M09 : « Il y a aussi ceux qui sont vaccinés, mais qui refusent les fêtes de famille. »

M12 : « Ils font toujours attention, mais il y en a encore quelques-uns qui sont toujours très extrémistes sur les restrictions. »

M13 : « Ce n'est pas pendant le confinement que j'ai remarqué des troubles anxieux, c'est plutôt après, quand tout a été rouvert. »

Six confrères ont aussi observé une angoisse autour d'un vaccin expérimental et des conditions de vie sanitaires qui interrogent et mettent en difficulté les patients.

M03 : « Ils râlent plutôt sur les modalités sanitaires en lien avec le pass sanitaire, la vaccination et le bordel médiatique. »

M05 : « La différence, c'est que les patients râlaient pour savoir comment, par qui et où se faire vacciner. »

M08 : « En revanche, cela a été parfois compliqué avec les gens qui ne voulaient pas se faire vacciner. »

M09 : « Maintenant qu'il y a le vaccin, moi, ça m'agace un peu. Par exemple, ceux qui refusent de se faire vacciner et qui, pour autant, voudraient voir leurs petits-enfants. »

M13 : « La vaccination a un peu diminué les angoisses de certains. Mais avec les nouvelles vagues et les nouveaux variants, plus le fait qu'il fallait de nouveau porter le masque, en fait, on a l'impression qu'il y a une certaine lassitude des gens et ça se répercute sur le moral. »

M14 : « J'ai quelques patients qui étaient inquiets du vaccin, avec tout ce qu'on entend à la télé. »

VI. Impacts psychologiques de la crise sanitaire sur les médecins

1. Impacts sur la charge de travail

Six médecins ont décrit une augmentation quantitative de leur temps de travail.

M04 : « Il y a quand même eu du travail en plus. »

M06 : « Il y a eu beaucoup d'administratif, de paperasse (certificats et ordonnances sans voir les patients). Donc cela augmente beaucoup notre temps de travail hors consultations, donc c'est du bénévolat. »

M08 : « Oui par moments. J'ai réussi à équilibrer avec des périodes de récupération, et cela m'a permis de bien gérer les périodes avec énormément de travail. »

M10 : « On a pris cher. »

M11 : « C'étaient des demi-journées de moins de récupération. Cela a augmenté de façon significative le temps de travail. »

M12 : « Un impact financier important, car on travaille plus et on paie plus d'impôts aussi, il ne faut pas oublier cela. On travaille comme des fous [...] Je rentre le soir et je ne vois pas ma fille. »

Exception faite lors du premier confinement où l'effet a été inverse.

M02 : « Moi ce qui m'a le plus choqué c'est quand il n'y a plus eu du tout de travail, quand on est passé du jour au lendemain avec des salles d'attente vides. On s'est dit "mais à quoi on sert le reste du temps". Il n'y avait plus de malade. »

M03 : « Au départ les gens venaient moins consulter et ensuite il y a eu plus de travail. »

M11 : « Il y a eu la période de confinement strict où on n'a pas eu de surcharge de travail et à partir de l'été oui. »

Deux médecins ont toutefois observé que cette surcharge de travail a été fluctuante et parfois peu significative.

M02 : « Il y a eu un impact sur le nombre d'heures et la quantité de travail, après sur la façon d'exercer cela ne m'a pas atteint plus que ça [...] La surcharge de travail, oui et non cela s'est fait. »

M07 : « Cela fonctionne par vague avec un impact qui est faible par moments et d'autres où on le ressent énormément par le biais d'appels, de questionnements et en plus les infections saisonnières qui rendent le tri difficile [...] Il y a une charge de travail importante en quantité même si pas forcément évidente sur le plan qualitatif. »

Trois répondants ont souligné que cette majoration du temps de travail a eu peu d'impact psychologique direct.

M09 : « Des impacts oui, car moins de temps personnel, donc moins de temps avec ma famille et mes enfants, mais pas spécialement plus de fatigue. »

M11 : « Psychologiquement, même si j'ai travaillé plus, cela ne m'a pas particulièrement atteinte, mise à part un peu de fatigue physique. [...] Il ne faut peut-être pas que cela dure pendant dix ans mais cela ne me pèse pas tant que ça. »

M13 : « On est pas mal à être un peu sur les rotules. Mais ce n'est pas totalement en termes de temps. »

Trois médecins n'ont pas ressenti d'augmentation de leur charge de travail en évoquant leur statut professionnel.

M01 : « Dans le cadre de mon exercice en salariat je n'ai pas senti de majoration de charge de travail. Si ce n'est peut-être un peu plus de charge administrative. »

M05 : « En tant que remplaçante pas vraiment puisque je choisis quand je travaille. »

M11 : « En libéral, peut-être que tu travailles plus, mais tu gagnes plus. Nous on fait un peu ce qu'on veut ; tu ne veux pas bosser, tu ne veux pas participer à la permanence des soins, tu ne veux pas vacciner, tu n'es pas obligé. »

Quatre médecins ont souligné une majoration du temps de travail en lien avec des difficultés organisationnelles.

M02 : « Il y a eu une grosse réorganisation du cabinet, de notre fonctionnement, cela a pris du temps. »

M03 : « Cela a été plus compliqué pour l'organisation autour de la vaccination par exemple. »

M04 : « Il a fallu réorganiser le cabinet, réorganiser nos consultations. »

M09 : « Rapidement, on avait mis en place une cellule Covid, on voyait tous les gens avec de la fièvre. C'était très contraignant, car on faisait cela en plus sur notre temps libre. »

2. Majoration de la charge mentale

Cinq praticiens ont déclaré un stress excessif lié à une augmentation de la charge mentale.

M02 : « Le stress à gérer avec de nouvelles choses à mettre en place, ce n'est pas comme à l'hôpital où tu arrives et tout est fait. Le gel que tu n'arrives pas à avoir pour cause de rupture, installer de nouvelles pratiques, etc. »

M12 : « On n'est jamais tranquille. Encore et encore et encore ... »

M13 : « C'est plus en termes de surcharge mentale, c'est-à-dire trop de trucs à gérer en même temps : le cabinet, les protocoles sanitaires, les patients qui sont inquiets, les vaccins, les tests antigéniques. On a quand même mis en place un centre de tests avec un préfabriqué sur le parking de la maison de santé, les centres Covid, le centre de vaccination à gérer, la régulation de jour, le centre de soins, etc. »

M13 : « On se retrouve avec une accumulation qui prend de la charge mentale et même si on aime beaucoup notre métier et qu'on est très investis je pense que c'est beaucoup. Je pense que comme mes collègues on est tous un peu fatigués et on a besoin de souffler. »

M14 : « J'ai l'impression d'avoir la tête plus remplie quand je rentre le soir chez moi. Je me sens plus anxieux. On a tellement de choses à gérer au cabinet. On fait des journées de 10h mais c'est comme si c'était le double. »

3. Investissement émotionnel et fatigue psychique

Cinq médecins ont exprimé un surinvestissement émotionnel, à l'origine d'une fatigue psychique.

M05 : « En revanche c'est une période qui a demandé un investissement émotionnel plus important envers les patients. »

M10 : « Ma capacité d'écoute a pris un sacré coup dans l'aile [...] On commence à en avoir un peu marre de recevoir toutes les plaintes. On en arrive à avoir envie d'un renouvellement de traitement simple sans autre plainte. Je trouve que j'ai moins d'écoute. J'essaie de faire des formations pour me booster. Mais en fait tu t'épuises rapidement. »

M12 : « Cela nous a touché, on est plus fragiles. »

M13 : « On est nous-mêmes en souffrance, on en a tous un peu marre de la situation »

M14 : « Je me sens plus anxieux. J'arrive à un stade où la fatigue prend parfois le dessus. »

4. Importance des valeurs en temps de crise

Quatre médecins ont fait état d'un sentiment d'engagement s'étant accru avec la pandémie Covid-19, avec une importance pour le travail d'équipe et l'implication collective.

M10 : « Au départ on se sentait très engagés pour combattre cette nouvelle maladie. Après il y a eu la vaccination. Il fallait qu'on s'engage dans les centres. Le libéral a eu beaucoup d'importance pendant cette phase. Et on a bien bossé, il faut le dire [...] On a vécu le confinement en équipe donc c'était plutôt sympa. »

M12 : « Tout le monde a fait ce qu'il fallait. Chacun a accompli son rôle. »

M14 : « On a tous voulu s'engager et s'organiser ensemble pour affronter les difficultés successives, et il y en a eu beaucoup. Cela faisait du bien de sentir qu'on n'était pas tout seuls [...] Je crois que la crise a montré comme les soignants se sont impliqués. Et dans les EHPAD, cela se voit qu'ils aiment leur métier. »

De plus, quatre d'entre eux ont mis en avant un sentiment d'utilité, leur permettant de mieux affronter la surcharge de travail.

M09 : « Moi je fais ce qu'on me demande [...] à partir du moment où les gens ont l'impression d'être bien suivis et d'avoir des réponses à leurs questions. »

M10 : « J'ai trouvé la pratique de la vaccination en cabinet très positive, surtout au niveau du service rendu. On sentait que les gens étaient contents de leurs soignants. Cela fait du bien. »

M11 : « Psychologiquement, cela ne m'a pas énormément atteinte parce que je me disais que c'est pour le bien collectif. Je trouve que les vaccins ce n'est presque pas du travail. Ce n'est pas quelque chose qui me pèse parce que j'ai l'impression de vraiment faire une bonne action, d'essayer de protéger les gens et de lutter contre la maladie. »

M12 : « Je trouve que c'est un bon rythme qui me permet de servir à quelque chose. Je pense que c'est utile ».

A l'inverse, quatre praticiens ont évoqué à plusieurs reprises des conflits internes entre leurs valeurs professionnelles et la réalité du terrain.

M07 : « Il y a une ambivalence, il faut le faire et poser les questions mais nous n'avons pas le temps. »

M09 : « Ce n'est pas dérangeant en tant que tel, c'était sympa, cela changeait de l'activité habituelle, mais je trouve que c'est beaucoup d'énergie pour finalement pas grand-chose, que ce soit le déploiement des tests antigéniques dans les cabinets ou la vaccination qui a été anecdotique par rapport aux grands centres [...] Ce qui me gêne le plus, c'est que je ne suis pas sûr que l'énergie et le temps déployés aient été très bénéfiques. »

M11 : « Tu entends partout que les services d'urgence c'est l'horreur, que le personnel des EHPAD est en train de péter les plombs, qu'ils font des heures supplémentaires sans être payés. »

M14 : « Franchement, beaucoup sont fatigués, mais je crois que le pire c'est d'avoir l'impression de pédaler dans le vide, parce qu'on pourra travailler encore plus, on n'arrivera jamais à régler tous les problèmes [...] On a besoin de plus de moyens. On assiste à une paupérisation de la médecine, parce qu'on ne nous donne plus les moyens de bien faire notre travail. »

5. Quand le médecin est le patient

Cinq médecins ont évoqué les difficultés à poursuivre leur rôle de soignant en se retrouvant eux-mêmes en position de personne à risque ou par peur d'être contaminés.

M2 : « On a eu très peur au début face à l'incertitude dans la connaissance et la compréhension de la Covid-19. »

M03 : « Personnellement j'ai eu un impact aussi parce que je me suis confiné comme j'étais à risque. »

M04 : « Je n'ai jamais été inquiet en examinant les gens mais je pense qu'il y a des collègues qui l'ont été. »

M11 : « Moi j'étais installé avec un collègue d'une soixantaine d'années, qui était à risque et a décidé de ne plus du tout consulter. »

M14 : « Au début, il y avait une vraie angoisse autour du virus, de contaminer les autres ou d'être contaminé. »

Deux médecins ont également souligné les conséquences négatives de cette crise sur leur propre état de santé.

M12 : « C'est la première fois de ma vie que j'ai eu une colique néphrétique. »

M14 : « Même sur ma santé, je sais que je me fatigue beaucoup. »

VII. La situation des EHPAD durant la crise sanitaire

1. L'isolement des résidents et ses conséquences

a. Observation d'un isolement

Sept médecins ont relaté l'augmentation franche d'un isolement qui existait déjà chez les personnes âgées résidant en EHPAD.

M01 : « Les résidents étaient isolés dans leurs chambres, il n'y avait plus les repas en commun. Il n'y avait plus d'activité. »

M03 : « Je trouve que cela a été dur pour les résidents. J'ai une patiente qui lorsqu'elle est arrivée a été confinée huit jours dans sa chambre, ce qui n'a pas arrangé les choses. »

M05 : « Pour les résidents il y a plus d'isolement. »

M07 : « Il y a eu des restrictions drastiques qui ont verrouillé notamment les patients en EHPAD. »

M08 : « Au tout début, la difficulté c'était l'isolement de ces personnes. La période du confinement a été très difficile pour les résidents et leurs familles. »

M11 : « La période du confinement strict a été horrible ; cela a un peu traumatisé tout le monde. »

M12 : « L'isolement, c'était pas du tout facile. »

b. Rupture des liens familiaux et sociaux

Cet isolement s'explique en partie par une rupture des liens sociaux et notamment familiaux liés aux mesures sanitaires qui ont été prises dans les EHPAD durant cette période.

M01 : « Déjà qu'en EHPAD ils sont isolés de leur famille, là ils sont aussi isolés du lien social qu'ils pouvaient avoir avec les autres résidents. »

M02 : « Les familles nous ont pas mal contacté aussi, puisque très inquiètes et ne pouvant pas aller les voir, c'était compliqué. »

M04 : « Mais de là à limiter les visites, c'était vraiment très dur pour eux. »

M05 : « Les visites pour les proches sont rendues plus compliquées donc ils viennent moins souvent. »

M11 : « Est-ce que c'était vraiment bien d'isoler complètement les personnes âgées, qu'elles ne puissent plus voir leurs familles au risque d'attraper la maladie [...] Je l'ai vécu personnellement avec mon grand-père de 96 ans qui était dans un EHPAD à Cordemais où il y avait des restrictions très importantes, très longtemps on ne pouvait pas aller le voir, on a fini par pouvoir le voir derrière une vitre pendant trente minutes sur rendez-vous ; il nous voyait à peine, il posait la main sur la vitre. C'était horrible. Après on a pu le voir mais on n'avait pas le droit de lui offrir des chocolats pour son anniversaire. Il a fallu que le paquet reste en quarantaine pendant 24 heures, c'était affolant. »

Or un médecin a rappelé l'importance du rôle des aidants dans ces structures.

M13 : « Dans les EHPAD, les proches ont un grand rôle aidant auprès des familles. Il y a un petit monsieur qui accompagnait sa femme, il allait tous les midis lui donner à manger, s'il n'allait pas lui donner à manger tous les jours, les aides-soignantes n'avaient pas forcément le temps de le faire. »

c. Limitation des activités

Cet isolement s'est aussi fait par la limitation des activités sociales et de l'exercice physique.

M05 : « pas d'activité de groupe [...] Même quand certaines activités reprennent c'est avec des mesures qui parfois mettent trop de distance. »

M08 : « Les gens ne pouvant plus se déplacer, on sait bien l'importance de l'activité, même si elle est limitée. »

M14 : « Ce qui m'a frappé, c'est que la marche et l'activité physique ont été réduites à presque rien. »

Deux médecins se sont questionnés sur les impacts de cette limitation de l'activité physique, en mettant en avant notamment une augmentation des risques de chute et des syndromes de glissement.

M13 : « D'ailleurs mon grand-père est décédé six mois plus tard suite à une fracture du col du fémur, probablement sur des troubles de la marche. Je ne sais pas si c'est lié à la crise Covid, s'il n'était pas resté isolé est-ce qu'il ne serait pas décédé, mais il y a quand même eu une recrudescence des

chutes chez des gens qui se sont complètement déconditionnés à l'effort et qui ont beaucoup décliné sur le plan cognitif, qui n'étaient plus sollicités par leur famille. »

M14 : « Je me demande les dégâts collatéraux qu'on a pu engendrer, sur les syndromes de glissement, ou les chutes par exemple, et ce qu'on a pu bafouer de leur dignité. »

d. Mesures barrières

Quatre médecins ont fait état d'une mise à distance physique des soignants envers les résidents en lien avec le protocole sanitaire souvent lourd et les mesures barrières.

M02 : « Les protections et la mise à distance par le masque, la désinfection des mains, la blouse. »

M09 : « Avant quand on voyait quelqu'un qui avait de la fièvre on se mettait toute la tenue de cosmonaute. On est tous pareil. »

M10 : « Pendant le premier confinement, on était tous en cosmonautes. Donc forcément dans le lien, c'était compliqué. »

M11 : « Il y a eu énormément de tensions, il fallait s'habiller en cosmonaute pour aller voir les patients. Cela a dû stresser les équipes soignantes. »

Deux médecins ont souligné les difficultés communicationnelles et les conséquences du port du masque chez les soignants.

M10 : « Le travail masqué. Le port du masque, surtout pour le non verbal dans la communication avec les personnes âgées démentes. Cela a détérioré les relations avec les patients. »

M13 : « Le port du masque c'est catastrophique, j'avais demandé qu'on ait des masques inclusifs pour que les personnes âgées puissent lire sur les lèvres notamment pour les soignants paramédicaux ; c'est un vrai problème, ils sont tous sourds. Déjà qu'avant le Covid c'était compliqué pour pouvoir échanger, il faut se mettre bien face à eux, pas en contre-jour pour qu'ils puissent bien comprendre ce qu'on dit parce que cela peut être source d'agressivité l'incompréhension mais alors là avec le masque c'est très compliqué. »

Selon deux médecins, cette mise à distance s'est aussi expliquée par l'attitude précautionneuse des soignants qui ne voulaient pas transmettre le virus aux résidents.

M03 : « Elles prennent plus de précautions vis-à-vis de la Covid. »

M09 : « Autant la première année, ils ont arrêté de vivre, parce qu'ils ne voulaient pas transmettre le virus à leurs résidents [...] Probablement qu'avec la Covid, elles sont moins proches physiquement, dans la toilette ; cela réduit encore plus le temps d'échange. »

2. Prise en charge des résidents d'EHPAD par le médecin généraliste en temps de pandémie

a. Difficulté d'accès aux établissements et aux réseaux de soin

Cinq praticiens ont mis en avant leur difficulté à accéder aux EHPAD, principalement lors des premiers confinements et de la mise en place des mesures sanitaires.

M02 : « A part que les EHPAD sont bouclés, cela a complexifié notre accès à l'EHPAD [...] Il fallait montrer patte blanche. »

M03 : « C'était un peu plus compliqué de les voir. »

M10 : « Dans mon EHPAD, pendant le premier confinement c'était très fermé. Même nous pour y aller, c'était compliqué. »

M11 : « Nous les médecins étions un peu les seuls à avoir le droit de voir nos patients. »

M13 : « Dans les EHPAD pendant un temps c'étaient des prisons, on ne pouvait pas rentrer comme ça donc je pense qu'il y avait des contraintes organisationnelles et que c'était donc moins de temps disponible pour les résidents. »

Trois d'entre eux ont expliqué qu'ils allaient moins voir leurs patients.

M02 : « J'essayais de tous les voir le même jour pour ne pas multiplier les allers-retours en foyer logement. »

M04 : « Au début ce qui m'avait surpris c'est qu'il y a des soignants qui me disaient que certains médecins ne venaient plus. Je peux le comprendre mais c'est juste pas possible. C'est notre boulot et puis on ne va pas laisser les gens dans l'EHPAD se débrouiller tout seul. »

M06 : « Au début le grand changement c'est qu'on allait plus les voir. »

Un médecin a aussi souligné la difficulté d'accès au réseau de soin pour ses patients en EHPAD.

M03 : « C'est un peu plus compliqué de les montrer à des spécialistes et de faire des examens complémentaires. »

b. Avènement de la télémédecine

Dans les EHPAD comme aux cabinets, il y a eu beaucoup plus de télémédecine.

M02 : « On a plus travaillé avec les IDE par e-mail, ce qu'on faisait très peu avant [...] toujours pour éviter les allers-retours. »

M04 : « En Vendée en tout cas il y avait des fiches "soins palliatifs" qui étaient sorties [...] Il y a de plus en plus de prescriptions automatisées pour une gestion autonome. »

3. Souffrance et crise psycho-sociale chez les soignants en EHPAD

a. La Covid révélatrice d'une crise chez les soignants

Selon quatre médecins, la pandémie Covid-19 est venue aggraver une crise préexistante et plus globale chez les soignants exerçant en EHPAD.

M07 : « La pandémie a été un catalyseur de la dégradation du système de santé. Il a mis en évidence les difficultés de ce secteur [...] Cette pandémie a pointé du doigt les faiblesses existantes de notre système de santé. Ça a lâché là où c'était déjà très friable. »

M08 : « C'est un problème beaucoup plus global mais le Covid en a rajouté une couche. »

M09 : « Depuis la crise, non. Depuis plusieurs années, oui. Je ne suis pas sûr que la Covid ait arrangé les choses. »

M14 : « La Covid est venue marquer un coup à des établissements qui étaient déjà fragilisés, où le côté financier a réduit de plus en plus le personnel. On se demande s'ils n'ont pas oublié le sens même de leur mission. »

Six répondants ont relaté une carence de personnel qui s'est aggravée avec la crise sanitaire.

M07 : « Le temps alloué par résident était limité. Ce qui a majoré l'isolement et donc l'apparition de syndromes dépressifs. C'est presque inévitable dans les structures seniors [...] Avec en plus des soignants eux-mêmes malades, cela accentue la carence de personnel. On était dans un cercle vicieux atroce. »

M08 : « Il y aurait eu besoin de la part du personnel de passer un peu plus de temps avec les résidents, or le ratio des soignants ne le permettait pas. »

M09 : « Quand tu vois les filles, elles sont speed. Elles passent peu de temps avec les gens, et ce n'est pas une critique vis-à-vis d'elles, loin de là. Parce qu'il y a un manque de temps [...] Cela va être sur le manque de personnel. Les filles, elles sont à droite, à gauche. Hier soir, j'étais dans un EHPAD à 17h30, les résidents étaient déjà dans la salle à manger en train d'attendre leur dîner. »

M10 : « Il y a eu de la perte de personnel, entre les non-vaccinés, les Covid positifs. Cela s'est fait par vague. »

M13 : « Ils ont un petit peu moins de temps. »

M14 : « Entre le personnel malade, les cas contact, et ceux en arrêt, on a l'impression qu'il n'y avait plus personne à l'EHPAD. Et ça s'est ressenti au niveau des soins. »

b. La souffrance des soignants en EHPAD

Quatre médecins ont observé une souffrance plus importante chez les soignants.

M01 : « Il y a eu une majoration de la souffrance au travail pour les personnels qui ont été soumis à une surcharge de travail via les protocoles sanitaires. »

M05 : « L'épuisement global des soignants, là où il y avait déjà un épuisement important en pré-Covid. »

M09 : « Cela ne fait qu'augmenter un mal-être qui existait déjà. »

M11 : « On entend tous qu'il y a des sous-effectifs et beaucoup de souffrance chez les soignants en maison de retraite. »

Deux médecins ont parlé de l'anxiété générée chez les soignants par la pandémie.

M09 : « La Covid a dû majorer l'anxiété parce que le personnel est un peu flippé par rapport à ça. On leur met la pression. »

M12 : « C'est sûr que l'année dernière ils étaient plus inquiets. »

Deux médecins ont observé que la souffrance des soignants tenait parfois à l'écart entre leurs valeurs professionnelles et leur pratique quotidienne.

M08 : « Elles se plaignaient régulièrement de ne pas avoir de temps à consacrer aux patients. »

M14 : « Certains ont eu du mal à faire le gendarme [...] Ce que j'ai senti c'est l'épuisement des soignantes de ne plus pouvoir faire leur travail correctement. Surtout quand on travaille avec l'humain. Quand on n'a pas le temps, on a l'impression d'être dans la maltraitance. »

Un médecin a observé un impact direct sur la santé physique des soignants des EHPAD.

M08 : « J'ai eu beaucoup plus de troubles musculo-squelettiques. J'ai reçu des soignants pour des problèmes d'épaule, de dos. J'ai senti une certaine augmentation. »

c. Impacts sur la qualité des soins

Pour quatre répondants, la crise sanitaire a bien impacté la qualité des soins, en lien direct avec le temps insuffisant alloué à chaque résident.

M01 : « Moins de qualité de soins car moins de contact et de temps par résident. »

M05 : « Les sous-effectifs se majorent et donc les soins sont de moindre qualité [...] Les IDE sont moins à l'écoute. »

M10 : « Il y a eu une dégradation dans les soins, on le voyait bien, par exemple en prescrivant des applications de crème, il fallait en trouvant une à mettre une fois et pas deux fois par jour. »

M11 : « Il ne devait plus y avoir de moments conviviaux. Au niveau des soins, cela devait être limité au minimum et avec le masque donc je pense que cela a eu des impacts.

Cinq autres pensent que les équipes ont réussi à maintenir une qualité de soin identique malgré la pandémie.

M02 : « Dès qu'on a pu les revoir régulièrement, je ne trouve pas que ça a changé grand-chose. »

M03 : « Je ne pense pas que ça a changé tellement. »

M04 : « Mises à part les mesures sanitaires et de précaution, je n'ai pas l'impression. »

M08 : « Je n'ai pas vu une amélioration mais en tout cas pas non plus une dégradation des soins. Globalement les soins ont été à peu près de la même qualité. »

M12 : « Je te parle uniquement de ce que je vois, après tous les EHPAD ne sont pas les mêmes, ni l'équipe, ni la gestion. Nous ce qu'on a ici c'est très bien. Les équipes sont plutôt des équipes très vaillantes. »

Enfin, trois ne se sont pas prononcés, en expliquant ne pas avoir assez d'élément et de contact avec les soignants et les résidents pour pouvoir trancher sur cette question.

M03 : « C'est difficile de dire, pour nous il n'y a rien qui a changé. Mais nous on ne suit pas les soins dispensés dans les EHPAD, ce sont les IDE. »

M06 : « Je ne parle pas tellement aux soignants des structures, un peu aux IDE mais je n'ai pas pu détecter de changement dans le fonctionnement. »

M07 : « Le problème c'est que les personnels soignants sont tellement occupés que les interactions que l'on peut avoir avec eux sont trop brèves. »

3. Evaluation de la balance bénéfico-risque des mesures sanitaires prises dans les EHPAD

a. Une balance bénéfico-risque jugée défavorable

Cinq médecins se sont accordés à dire que les efforts exigés envers les résidents des EHPAD ont été supérieurs à ceux demandés à la population générale.

M02 : « Ils sont supérieurs par rapport à la population générale. »

M03 : « Par moments c'est disproportionné. »

M05 : « Je pense que ça dépend des établissements, mais que clairement dans les établissements où les visites sont presque impossibles, je trouve ça disproportionné »

M06 : « On leur a demandé beaucoup plus. »

M13 : « Je fais partie de ceux qui sont assez scandalisés de ce qui s'est passé dans les EHPAD [...] notamment dans certains EHPAD, je pense qu'on n'était plus dans l'humain mais dans la dictature sanitaire. »

Six médecins ont particulièrement critiqué l'isolement des résidents et les conséquences de la perte des liens familiaux.

M01 : « On aurait pu leur permettre de vivre tous ensemble et pas chacun isolés de son côté. On aurait pu limiter les syndromes dépressifs. »

M02 : « J'ai un patient qui va faire manger sa maman tous les jours et il se fait deux tests polymérase chain reaction (PCR) par semaine. »

M06 : « Je trouve que les priver comme ça de contact, c'est inadapté. »

M07 : « En revanche c'est indispensable qu'il persiste un lien avec l'extérieur. Je pense que le bénéfice est beaucoup plus important en prenant le petit risque de contamination avec les proches vaccinés en les faisant venir, dans le but de limiter les conséquences sur le psychisme. »

M11 : « Ma mère était très fataliste et se disait "si mes enfants je ne les vois pas pendant un an ça va être terrible" ». »

M13 : « Lui il n'en avait strictement rien à faire de la Covid-19, il voulait mourir, ce qu'il voulait simplement c'est voir ses proches et sa famille donc je ne comprends pas tellement qu'on ait mis sous cloche les résidents des EHPAD, ça pose un vrai souci éthique et philosophique. »

Trois répondants se sont questionnés sur le sens de mesures aussi contraignantes pour une population chez qui la qualité de vie devrait être au premier plan.

M05 : « Les gens sont souvent en fin de vie et la plupart d'entre eux préfèrent prendre le risque même si ça veut dire succomber à la Covid que de rester tout seul. »

M06 : « Les protéger d'un virus certes, mais il faut que la vie vaille la peine d'être vécue. Et clairement pour certaines personnes ça n'était plus le cas. »

M13 : « On est sur des patients à qui on a privé le droit de voir leur famille pendant des mois, tout ça pour quelques mois d'espérance de vie en plus. »

Trois médecins ont mis en avant la question du choix des patients et du respect du consentement.

M10 : « Peut-être qu'on aurait pu plus laisser le choix aux malades, plutôt que faire un système global. Mais dans une collectivité, c'est compliqué de faire du cas par cas [...] Ce qui était délicat c'est qu'on a imposé les choses. »

M11 : « Peut-être qu'on aurait dû plus laisser le choix aux personnes âgées. »

M12 : « Au foyer, ils sont obligés de respecter. »

Deux ont aussi mis en avant la question de l'écoute et du recueil du ressenti des résidents sur ces mesures contraignantes.

M11 : « Ma maman me disait "moi je préfère prendre le risque de mourir d'une maladie que mourir de chagrin parce que je ne vois pas ma famille." Peut-être que là aussi on se dit rapport bénéfice-risque, il y a des gens qu'on aurait dû plus écouter. »

M14 : « Le problème, ce ne sont pas les mesures drastiques, c'est qu'ils n'ont pas eu le choix, qu'ils n'ont pas été écoutés. Et après coup, ça pose beaucoup de questions. »

Un médecin a fait la distinction entre les patients pouvant exprimer leur avis et ceux qui selon lui ne le pouvaient pas.

M11 : « Mises à part celles qui sont démentes, elles ont aussi le droit de décider. »

b. Avis partagés et relativisation

Pour quatre répondants, les mesures étaient certes excessives mais justifiées par le principe de protection vis-à-vis d'une population particulièrement vulnérable.

M01 : « Sachant que dans les EHPAD ce sont des personnes très vulnérables et que la mortalité a été quand même assez importante, je pense que c'était nécessaire d'avoir des mesures assez drastiques. »

M04 : « Oui je pense qu'il fallait vraiment les protéger. Nous on a vu sur des clusters en EHPAD ça dégomrait dur derrière. »

M07 : « On a appris au fur et à mesure de la crise avec un principe de précaution. »

M08 : « Au début, on leur en a demandé plus. Mais médicalement pour moi c'était justifié. »

M10 : « A posteriori, je dirais qu'on a sans doute été trop loin, mais sur le moment on n'en savait rien. On a joué la carte de la sécurité. Sur le moment ça faisait sens car on était très exposés à la Covid, et on n'avait pas envie d'être responsable d'un cluster, surtout avant la vaccination. »

En revanche, deux médecins ont relativisé la situation des EHPAD par rapport au reste de la population qui a connu des mesures restrictives similaires.

M07 : « Après avec ce qui se passe en dehors des EHPAD on retrouve une réglementation qui tend vers des restrictions similaires. »

M09 : « Oui je pense. Au tout début, on a tous été contraints de faire des efforts. J'ai eu l'impression qu'à partir de la vaccination, on a demandé à peu près les mêmes efforts. »

Deux médecins ont rappelé que les mesures pouvaient être très différentes d'un EHPAD à l'autre, et qu'il n'y a pas eu d'uniformisation nationale.

M03 : « Mais ça va dépendre aussi des EHPAD, certains sont vraiment très stricts et d'autres plus souples. »

M13 : « Je pouvais comparer par rapport à ce qu'il se passait dans les EHPAD à La-Roche-Sur-Yon, et je suis d'autant plus en colère parce que je voyais que c'était possible de faire différemment et avec un petit peu de souplesse. »

VIII. Avis général sur la gestion de la crise sanitaire

1. Limites perçues et évoquées

Deux répondants ont souligné la difficulté pour le médecin généraliste de faire le lien entre son savoir et sa pratique médicale, et les mesures sanitaires émanant des autorités politiques, qui étaient parfois contradictoires.

M04 : « Ce qui a été vraiment compliqué pour nous médecins, c'était d'avoir une bonne corrélation entre les données médicales qui étaient imparfaites et des décisions politiques qui étaient

forcément très compliquées et qui le deviennent encore plus d'ailleurs. Accorder les deux c'est quelque chose de vraiment pas simple. »

M06 : « L'histoire du port du masque c'était insupportable, parce qu'on se retrouvait avec des patients qui demandaient une prescription de masque et on leur disait que ce n'est pas recommandé dans la population générale, bien qu'on savait que tout le monde devait avoir des masques. J'ai trouvé cela idiot. »

Quatre médecins ont évoqué les erreurs ou les manquements de communication de la part du gouvernement et des autorités sanitaires.

M05 : « Même si la communication on peut toujours en reparler. »

M07 « Peut-être ce que je regrette c'est que la communication autour du vaccin n'a pas été vendue initialement comme ça aurait dû être, et on a donc perdu pas mal de temps. »

M13 : « J'ai eu l'impression que cette crise a été l'occasion pour les autorités de faire à nouveau du doc bashing. On a un peu laissé entendre aux pouvoirs publics que les médecins généralistes ne s'impliquaient pas. »

M14 : « Ce qui est dommage c'est la médiatisation de beaucoup de confrères, tous les avis divergents, même du gouvernement, qui ont perdu et angoissé beaucoup de gens. »

Pour deux praticiens, il y a eu du retard dans la prise de décision des autorités au vu de la gravité de la situation.

M06 : « Le confinement pour moi est intervenu trop tardivement [...] Globalement, il y a eu un retard de prise de décision. On attend toujours que ce soit la catastrophe avant d'acter les décisions. Et du coup c'est mal vécu par la population car non anticipé et les hôpitaux sont toujours sous tension. Au total j'aurai préféré qu'on nous confine moins longtemps mais plus tôt ».

M11 : « On n'était pas assez préparés. »

2. Avis favorables et relativisation

Au contraire, deux répondants ont évoqué des mesures adaptées.

M05 : « Je ne suis pas une pro de la santé publique mais j'ai l'impression que ça a été adapté. Quand la sonnette d'alarme a été tirée, les mesures ont été prises. »

M07 : « La réaction initiale de la première vague était la bonne. Même si elle était brutale, c'était nécessaire ».

Deux autres ont rappelé les grands principes qui selon eux ont guidé les autorités décisionnelles depuis le début de la crise.

M11 : « Ils ne le font jamais méchamment, ils pensent que c'est pour le bien des gens ».

M14 : « On a voulu empêcher les décès. Et on a mis tout en place pour le faire. »

Deux praticiens ont relativisé la situation dans notre pays en rappelant la difficulté à prendre des décisions dans un contexte exceptionnel et en l'absence de solution idéale.

M07 : « Ce qui est intéressant maintenant c'est qu'on peut comparer avec d'autres pays. Et on voit que personne n'a trouvé la solution. Ce qui peut nous faire relativiser sur les mesures prises. »

M11 : « Dans tous les cas, même s'ils n'avaient pas confiné, ils auraient eu des réflexions parce qu'il y aurait eu plus de morts, mais après est-ce qu'il vaut mieux mourir d'une infection ou d'une dépression ça c'est difficile de le dire »

IX. Besoins nouveaux identifiés et enjeux

1. Le temps

A l'unanimité, les répondants ont évoqué la question du temps comme frein majeur au dépistage de la dépression du sujet âgé, mais aussi le temps comme un besoin plus global dans leur pratique quotidienne.

M04 : « Essayer de prendre le temps mais c'est difficile et le plus limitant je trouve. »

M05 : « Le temps bien sûr. »

M07 : « La limite est le temps [...] Je pense que ce n'est pas évident d'arriver à dégager du temps dans la période actuelle pour l'écoute des personnes âgées. »

M08 : « C'est très chronophage [...] Je n'ai pas le temps »

M09 : « C'est surtout le temps. Que ce soit pour les personnes âgées ou pour les autres [...] Si je ne le détecte pas tout de suite ou que je le vois en fin de consultation, je vais un peu jouer mon côté "tout va bien, allez les fêtes arrivent, vous verrez vos enfants ça ira mieux". »

M10 : « On a besoin de plus de temps [...] C'est chronophage, et on a des consultations où il faut déjà faire le renouvellement d'ordonnance, gérer la plainte douloureuse qui est fréquente, et après s'il te reste deux minutes chrono, tu peux aborder les côtés affectifs et psychologiques de tes patients. »

M11 : « Quand tu arrives dans un nouvel endroit et que tu as beaucoup de nouveaux patients, tu as déjà tout le dossier médical à refaire, les courriers. »

M12 : « Le manque de temps, parce que dans ce cas la psychothérapie c'est le meilleur traitement. »

M13 : « Le temps ; même si j'ai des créneaux de vingt minutes c'est vrai que parfois on sent qu'il y a des gens qui auraient besoin de parler un peu plus et ce n'est pas forcément intelligent de les faire revenir parce que c'est à ce moment-là qu'ils ont besoin de parler et pas une semaine plus tard. »

M14 : « Le temps que souvent on ne peut pas prendre dans la consultation de la personne âgée qui est très chronophage, d'autant plus quand les capacités d'élaboration sont faibles, qu'on est dans la polyopathie avec beaucoup de choses intriquées, que les aspects sociaux sont à prendre en compte. »

Le médecin M06, qui a pris le parti de consultations plus longues, en a évoqué les bénéfices.

M06 : « J'ai des créneaux de trente minutes avec les patients, donc cela me permet de prendre le temps de discuter avec eux. »

2. Les difficultés d'accès au réseau

Quatre praticiens ont déploré le manque de confrères et de personnel entraînant des difficultés dans l'accès au réseau, et notamment dans la filière de soins psychiatriques.

M10 : « Sur le versant non-médicamenteux, le gros frein c'est l'accès aux psychiatres. Nous sur notre secteur, c'est la catastrophe. On a des psychologues, mais l'aspect financier peut être compliqué. »

M11 : « Tu entends partout que les services d'urgence c'est l'horreur, que le personnel des EHPAD est en train de péter les plombs, qu'ils font des heures supplémentaires sans être payés. »

M12 : « Des confrères en plus, des confrères dans tous les sens, sachant qu'ici à Montaigu, même le service d'urgence est fermé. »

M13 : « Les CMP sont débordés, les psychiatres en ville sont en voie de disparition. C'est vrai qu'on est un peu limités à ce niveau-là. »

3. La formation

Cinq médecins ont exprimé un besoin de formation dans ce domaine.

M01 : « Le manque d'outils et le manque de formation. Mise à part la formation en faculté je n'ai pas d'autre formation [...] plus de repérage, d'outils pour mettre des mots et un diagnostic sur les symptômes des patients. »

M03 : « Il faudrait que je revoie l'utilisation des questionnaires. »

M06 : « Juste besoin de me former de façon globale [...] Ce qui est limitant pour moi c'est l'absence de formation dans le domaine de la psychiatrie, et surtout dans le cadre du traitement et de la psychothérapie de soutien plus que le dépistage. »

M11 : « Je n'ai pas fait de formation spécifique sur la personne âgée, je ne suis jamais passé dans un service de psychiatrie. »

M14 : « J'aurais aimé une formation continue qui soit systématique et pleinement intégrée tout au long de la carrière ». »

4. Le travail en équipe et en réseau

Six répondants ont évoqué apprécier le travail en équipe et mettent en avant ses bénéfices dans le dépistage et la prise en charge de la dépression du sujet âgé, avec le souhait de développer le travail interdisciplinaire et la collaboration avec la filière de soins psychiatriques.

M01 : « Essayer de les orienter au maximum, leur proposer le plus d'aides possibles [...] Je m'appuie sur mes liens avec les CMP ou les autres structures. »

M06 : « J'ai l'impression que les structures de soins, les paramédicaux favorisent la prise en charge à domicile pour limiter le déplacement des personnes âgées. »

M07 : « Pour les patients en résidence ou en EHPAD, il serait intéressant que le personnel soignant fasse remonter plus facilement des symptômes qui bout à bout pourront amener à suspecter cette dépression. »

M10 : « Avoir un meilleur réseau, développer les filières de gériatrie, travailler en équipe pluriprofessionnelle, par exemple travailler avec les kinés, les IDE. Pour moi c'est l'avenir. »

M13 : « A la maison de santé ce serait bien d'avoir une psychologue salariée à qui on pourrait envoyer les patients, parce que les gens ont besoin de parler [...] Je pense que c'est important d'avoir des temps d'échange de type télé-expertise [...] ça pourrait être intéressant, des temps d'échange, des rendez-vous téléphoniques entre les psychologues ou les psychiatres et les médecins généralistes, et qui pourraient être valorisés financièrement. Par exemple, à l'EHPAD où j'interviens, il y a une psychologue qui passe régulièrement et elle met un petit mot dans le logiciel, et je trouve ça hyper intéressant. Alors je m'astreins aussi à mettre des mots quand je vais voir un patient. »

M14 : « Je crois que la jeune génération apprécie le travail en équipe. J'espère que d'ici dix ans on retrouvera une densité médicale qui permette cela. »

Le médecin M10 a exprimé le souhait de développer la délégation de tâches.

M10 : « Plutôt que de vouloir absolument nous salarier, nous proposer des salariés qui nous aideraient. Je pense à la délégation de tâches, par exemple avec les infirmiers en pratique avancée (IPA). Moi je n'ai pas fait neuf ans d'études pour faire des vaccins et traiter des angines, je l'ai fait pour faire des consultations complexes, mais je ne peux pas le faire pour 25€. »

5. Un besoin de valorisation et de reconnaissance

Deux médecins ont exprimé un besoin de valorisation financière afin de compenser le côté chronophage des consultations de dépistage, en particulier chez la population gériatrique.

M10 : « On a besoin d'une valorisation, que ce soit à l'acte ou au forfait médecin traitant, pour qu'on ait un temps dédié pour nos personnes âgées [...] J'attends la cotation "Consultation complexe de la personne âgée". J'aimerais qu'on ait une consultation dédiée qui nous encouragerait à dégager un temps plus important pour nos patients. »

M14 : « On a besoin d'être valorisés. On nous en demande toujours plus. On n'a jamais eu autant besoin des médecins généralistes. Et pourtant on a l'impression d'être le parent pauvre de la médecine. On a besoin de moyens humains, financiers, mais aussi une meilleure reconnaissance »

6. Conflit générationnel

Un praticien a fait état de difficultés liées à l'écart entre les pratiques professionnelles de la jeune génération et celle des médecins plus âgés.

M14 : « C'est vrai que c'est difficile cette période avec les déserts médicaux, et la jeune génération qui ne veut plus bosser comme nous, même si je les comprends. »

X. Remarques

1. Réflexions autour de l'âge

Un médecin s'est demandé si l'impact de cette crise sur la population générale était différent de celui chez les personnes âgées.

M02 : « Vouloir dissocier les personnes âgées comme ça, je ne m'étais pas posé la question. Y a-t-il une vraie différence par rapport au reste de la population ? »

Deux praticiens ont évoqué les conséquences de la pandémie chez les enfants.

M09 : « J'ai une patientèle assez orientée pédiatrie, et je pense qu'on fait beaucoup plus souffrir les enfants que les personnes âgées en EHPAD. Les enfants en pâtiront plus que les personnes âgées [...] Je trouve dégueulasse qu'on punisse les petits, et que les petits n'aillent pas à l'école, qu'on ferme les classes. Je suis un peu à fond là-dedans [...] Moi cela me choque. Ce sont des choses que j'ai du mal à gérer personnellement. »

M12 : « Cette année, j'ai eu beaucoup d'ados en dépression. »

2. Autres

Un médecin s'est interrogé sur un éventuel effet protecteur de la ruralité du fait de l'accessibilité aux espaces extérieurs et à la nature.

M03 : « Chez nous à la campagne les gens ont tout de même pu sortir, ce n'était pas comme les gens confinés en ville. Peut-être donc moins d'effets et moins de syndromes dépressifs en rural. »

Un autre s'est posé la question de comment prendre en charge la pathologie dépressive dans ce contexte exceptionnel de crise.

M07 : « Vous pourriez peut-être faire une ouverture sur la façon de gérer ces différentes dépressions qui s'inscrivent dans un contexte inédit. »

DISCUSSIONS

Première partie : Nicolas TODOROVIC

1. Le dépistage de la dépression chez la personne âgée en pratique

a. Connaissances théoriques

La dépression est un sujet primordial pour le médecin généraliste, puisqu'elle touche près de 20 % des personnes âgées **(10)**. En regroupant les réponses des quatorze médecins interrogés, nous retrouvons une description représentative du syndrome dépressif caractérisé comme défini dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - 5. Ce qui prédomine est une représentation synthétique, qui s'articule autour de la perturbation de l'affectivité, le ralentissement psychomoteur et des signes associés. Ensuite, chacun des médecins apporte une pierre à l'édifice de la définition en précisant un point de spécificité de la personne âgée. Dans les symptômes énumérés, on retrouve : les plaintes multiples en consultation, les plaintes psychosomatiques qui vont concerner prioritairement les thématiques du sommeil, celles des troubles ostéoarticulaires, et un sentiment d'asthénie. Ils ont aussi souligné le caractère complexe ou atypique de la présentation, l'intrication de symptômes du vieillissement physiologique comme le fractionnement du sommeil, la difficulté du dépistage face aux troubles cognitifs et l'hypoacousie comme rempart supplémentaire. L'un des médecins a souligné le risque de suicide réussi chez les patients âgés. En effet, il est cinq fois plus probable chez les patients de plus de 60 ans **(10)**. Un critère de la définition n'a été cité par aucun médecin ; il s'agit de la durée minimale des troubles, ce qui ne sous-entend pas l'ignorance de ce point de définition.

Dans leurs réponses, ils ont pensé à attirer notre attention sur les facteurs de risque que présentent les personnes âgées face à la dépression. En effet, le vieillissement, lorsqu'il est physiologique, doit faire face au « deuil de la jeunesse » et donc au déclin des performances physiques et cognitives dans leur quotidien. Lorsque la polypathologie se rajoute au quotidien, celle-ci participe probablement à abaisser le seuil de déclenchement de la dépression. L'importance des facteurs protecteurs face à cet abaissement du seuil devient donc primordiale pour la personne

âgée afin de maintenir un équilibre et rester euthymique. On peut relever dans notre codage l'importance du lien social, familial et extrafamilial dans l'homéostasie de cette « bonne humeur ». Or, la crise sanitaire de la Covid-19 a entraîné l'isolement des personnes. Au nom du principe de protection, il ne fallait plus voir sa famille, ses amis et même avoir le moins de contact possible avec son médecin ou les professions paramédicales. Lorsque le contact était nécessaire, il fallait se soumettre à une mise à distance par l'éloignement physique ou la mise en place de barrières protectrices telles que le masque, la blouse ou les gants.

À ce stade, on peut affirmer que les médecins généralistes ont une très bonne connaissance clinique et diagnostique de la dépression du patient âgé. Il n'y a donc, a priori, pas de difficultés dans la formation théorique des médecins dans ce domaine. Cependant, on estime que 60 à 70 % des états dépressifs des personnes âgées sont négligés, méconnus ou mal traités **(11)**, ce qui démontre sa complexité.

b. Les pratiques de dépistage avant la crise

On retrouve un questionnement systématique pour « débusquer » des signes orientant vers un état dépressif de manière unanime parmi les médecins interrogés. Certains utilisent une phrase simple et directe pour amorcer une discussion sur l'état de l'humeur du patient. D'autres médecins ont plutôt l'habitude de cibler les questions sur l'un ou l'autre point de dépistage ; par exemple, en questionnant le sommeil, l'appétit, les interactions sociales. Un autre point du dépistage est le questionnement des proches, qui d'ailleurs peut alerter spontanément sur un changement de comportement ou de décalage par rapport à l'état habituel du patient. C'est dans l'observation de ce décalage avec l'état antérieur du patient que le statut de médecin de famille prend toute sa place, en qualité de proche et connaisseur intime de son patient.

D'un autre côté, on se rend compte dans les entretiens menés que peu de médecins utilisent des outils standardisés tels que l'échelle de Hamilton pour le dépistage. En effet, ils ne sont que quatre sur quatorze à évoquer son utilisation, et certains reconnaissent que c'est loin d'être systématique. Cela est confirmé par une étude menée auprès de 184 médecins généralistes de Picardie où seulement 31,5 % ont répondu avoir déjà utilisé une échelle de dépistage de la dépression **(12)**. On peut imaginer que le caractère chronophage de ce test peut décourager son

utilisation en routine. Pourtant, il existe d'autres échelles plus courtes de réalisation, comme le World Health Organization Well-Being Index-5 et le Patient Health Questionnaire-9 qui n'ont pas été citées par nos médecins interrogés. Cependant, l'utilisation des tests standardisés reste primordiale face à un doute d'état dépressif pour statuer sur l'intensité de la symptomatologie ou pour aider à faire accepter le diagnostic à un patient. Il faut saluer la présence d'une cotation spécifique ALQP003 d'un montant de 69,12 euros. Toutefois, l'incitation par la rémunération est un levier insuffisant qui ne peut contrebalancer efficacement le manque de temps à consacrer à un patient pour remplir une échelle lors d'une consultation de médecine générale. L'un des médecins a répondu concernant l'échelle de Hamilton : « Je le fais dans ma tête. » Cette assertion fait probablement écho à la majorité des pratiques où le médecin généraliste se base sur son expérience, ses connaissances et son intuition médicale pour dépister un syndrome dépressif.

En effet, au cours de la consultation, les médecins ont tendance à laisser facilement une porte ouverte pour l'exploration de la thymie du patient. En pratique, on voit qu'ils utilisent des chemins différents pour arriver à une même fin. On peut se poser la question suivante : pourquoi observe-t-on des styles différents face à l'enjeu du dépistage de la dépression ? Bien que l'on parte d'une même connaissance théorique, celle-ci va être soumise au prisme du vécu et du style relationnel de chacun. On peut aussi évoquer la sensibilité propre à chacun face à un même sujet, qui va entraîner un investissement différent. Il ne faut pas oublier que dans la science, ce sont les expériences qui amènent à la connaissance. Toutefois, la médecine s'en détache partiellement par sa composante artistique, qui en fait une pratique ne se basant pas uniquement sur la raison. C'est finalement très personnel, un peu comme un savoir-faire.

On peut affirmer que poser le diagnostic de dépression n'est pas un problème pour les médecins généralistes ; c'est plutôt qu'ils ne se sentent pas légitimes. La question est donc : comment acquérir cette légitimité qui ne relève pas tant d'un manque de formation ou de connaissances que d'un manque de confiance pour « s'autoriser à faire » ? La légitimité est une question complexe car elle intervient en médecine dans le registre du vivant, de l'être en face de soi dont on prend la responsabilité. Elle fait appel à la certitude dans un domaine incertain de par sa forte évolutivité et complexité. La confiance en soi a un impact sur le sentiment de légitimité de chacun et celle-ci a tendance à s'améliorer avec l'expérience. Comme certains des médecins interrogés l'ont précisé, il y a un manque de pratique qui participe à ce sentiment de « non-légitimité

». Une autre difficulté réside dans les erreurs, et donc les échecs, qui font partie de l'expérience du médecin. Elles sont même inhérentes à l'humain, mais elles ne sont pas toujours souhaitables pour autant car parfois lourdes de conséquences : *Errare humanum est*. Selon l'étude nationale en soins primaires sur les événements indésirables publiée en 2013, les médecins généralistes font en moyenne une erreur (événement indésirable associé aux soins) tous les 2 jours **(13)**. Nous sommes donc soumis à la dimension affective de celle-ci pouvant susciter de la culpabilité et de la dévalorisation, qui participent à la difficulté de maintenir une appréciation personnelle de légitimité. Le médecin a presque un devoir d'excellence face à son patient, ce qui ajoute un défi au développement d'une confiance en soi saine. Cela est d'autant plus compliqué en médecine générale, où le champ de compétences semble infini.

2. Les retentissements de la crise sanitaire

La crise sanitaire de la Covid-19 nous a mis face à une pathologie infectieuse qui au départ était mal connue et qui a pris une dimension planétaire. Edgar MORIN écrit dans son livre intitulé *Changeons de voie les leçons du coronavirus* : « Cette pandémie [...] a révélé une communauté de destin à tous les humains, en lien avec le destin bioécologique de la planète. C'est l'ère de l'incertitude. » **(14)** Elle a ainsi fait succéder des périodes de confinement plus ou moins strictes et longues en réduisant nos possibilités d'interaction sociale pour limiter la dissémination du virus. Nicolas FRANCK écrit dans son livre intitulé *Covid-19 et détresse psychologique* : « Le stress généré par la situation de blocage et d'inquiétude due à la combinaison de la peur du Covid-19 et du changement brutal de mode de vie dû au confinement avait plongé toute la population dans un état de sidération mentale mi-mars 2020. » **(15)** Lorsque la maladie était déclarée chez les patients, elle les a mis face à l'isolement. « Le confinement nous a brutalement reclus à l'intérieur de notre logis et parfois poussés à l'intérieur de nous-mêmes. » **(14)** Pour illustrer la crise de la Covid-19, on peut citer Edward HOPPER, peintre américain du début du XXème siècle qui aurait le mieux capturé la solitude et l'isolement de la vie moderne. Dans ses œuvres, on retrouve en effet un personnage souvent seul, parfois à deux ou trois, ce qui nous renvoie à la solitude éprouvée lors des périodes de confinement **(16)**.

a. Le patient face à la crise

Dans ces conditions, tous les médecins interrogés ont rapporté une augmentation significative de plaintes d'ordre psychique chez leurs patients, ce qui est conforme aux données de la littérature. On peut citer le Professeur Nicolas FRANCK : « Dans le champ de la santé mentale, il [le stress] peut révéler, entretenir ou aggraver n'importe quels troubles. » « Les personnes ayant été confinées se plaignaient de fréquents symptômes de détresse, de manifestations émotionnelles de colère, d'épuisement émotionnel, d'irritabilité, de manifestations en lien avec le stress, de symptômes psychiatrique généraux, de troubles dépressifs, d'insomnie ou de syndromes de stress post-traumatique. L'irritabilité touchait plus de la moitié des personnes. » **(15)** Pour avoir une idée de l'ampleur du phénomène, on peut se baser sur l'enquête CoviPrev selon laquelle 41,4 % des personnes interrogées au cours de la vague 2 du 30 mars au 1^{er} avril 2020 (période du premier confinement) présentaient un état anxieux (21,5 %) ou dépressif (19,9 %) **(17)**. Cela se traduit dans l'accroissement de la consommation des anxiolytiques et hypnotiques selon l'analyse Epi-Phare **(18)**. Pour confirmer cette tendance évolutive, on peut rajouter, selon l'enquête CoviPrev de la vague 34 du 9 au 16 mai 2022, que l'on arrive à une stabilisation autour des 40,5 % d'état anxieux (25,4 %) ou dépressif (15,1 %) dans la population. En comparaison, hors épidémie, 13 % des français montraient des signes d'état anxieux et 10 % des signes d'état dépressif **(17)**. La prévalence en population générale des pensées suicidaires est aussi alarmante. Elles sont estimées à 11 % sur la période du 9 au 16 mai 2022, contre 5 % dans le baromètre santé 2017 **(17)**, ce qui confirme la gravité de la dégradation de la santé mentale.

Tout comme le médecin numéro 4 l'a fait remarquer, ce sont les patients sans antécédents psychiatriques qui se sont révélés le plus en souffrance dans ce contexte de crise. Cela est confirmé par le communiqué du 2 mars 2022 de l'OMS **(19)** : « Les données suggèrent que les personnes atteintes de troubles mentaux préexistants ne semblent pas être vulnérables de manière disproportionnée. » En revanche, cela est le cas des jeunes, des femmes et des « personnes ayant des problèmes de santé physique préexistants, tels que l'asthme, le cancer ou les cardiopathies, qui étaient plus susceptibles de développer des symptômes de troubles mentaux ». **(19)** Par la suite, ce sont les patients avec antécédents psychiatriques qui ont été le plus heurtés par le déconfinement, notamment en raison de l'insécurité soudaine qu'il a déclenchée.

À partir de là, on peut se poser la question suivante : quels sont les facteurs de stress dans cette crise sanitaire qui auront le plus contribué à l'augmentation des plaintes psychiques ? Dans son ouvrage, le Professeur Nicolas FRANCK nous propose la réponse suivante : « Parmi les facteurs les plus stressants figurent la durée du confinement, la crainte d'être contaminé, la frustration, l'ennui, la pénurie de biens de première nécessité, le manque d'information, la perte financière et la stigmatisation. Elle découle de la restriction de liberté. » **(15)**

De l'autre côté, il faut avoir en tête les facteurs protecteurs sur lesquels le patient peut s'appuyer. « Parmi les facteurs permettant de surmonter la crise figuraient : les répercussions positives sur l'environnement, la conviction d'une issue favorable (49,60 %), l'entourage (34,46 %), les connaissances scientifiques (30,65 %), l'entraide (32,86 %). » **(15)**

Pour aller plus loin, Nicolas FRANCK rappelle également les critères de bien-être : « Plus les participants étaient âgés, meilleur était leur bien-être ; être en couple plutôt que seul ; avoir une surface de logement grande ; le fait d'être un homme, d'avoir une partenaire et d'être instruit était favorable à un meilleur bien-être. Travailler ou même télétravailler était bénéfique par un sentiment d'utilité. Les contacts sociaux via téléphone ou SMS mais pas via les réseaux sociaux (ce qui confirme leurs caractères superficiels, essentiellement limités au domaine du simple renforcement narcissique). » **(15)**

Toujours dans le souci de comprendre les origines de l'augmentation des plaintes psychiatriques, pour aller encore plus loin, il peut être intéressant d'évoquer le rôle de « l'infection du severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARSCOV-2), à la fois en raison de l'action directe de l'infection sur le cerveau mais aussi comme conséquence de la réponse immuno-inflammatoire à l'infection, en particulier de la tempête cytokinique qui fait suite à l'infection, et dont on peut anticiper l'effet déclencheur sur les maladies mentales (Dantzer et al., 2008) » **(20)**. On peut se poser la question suivante : y a-t-il une différence de prévalence de ces symptômes dans une population qui a eu la Covid-19 vs les autres ? Un début de réponse est apporté dans une étude publiée dans *The British Medical Journal* qui mentionne, après une infection au Covid-19, un risque supplémentaire de 39 % concernant la dépression, 35 % pour l'anxiété et 41 % pour les troubles du sommeil **(21)**. De son côté, l'Académie de médecine nationale, dans son communiqué du 31 mai 2022 **(22)**, a alerté sur les conséquences directes possibles de l'infection au Covid-19 sur le plan neurologique et psychiatrique et, dans le cas qui nous intéresse, un risque plus élevé de dépression.

Avec le temps, d'après le Professeur Nicolas FRANCK, « on peut faire l'hypothèse que les français se sont adaptés au nouveau contexte assez vite, tout en conservant un niveau d'anxiété plus élevé qu'en temps normal » **(15)**. Il cite d'ailleurs quelques moyens pouvant aider à maintenir le cap qu'il intitule des « stratégies modératrices », comme « l'organisation du quotidien (les rythmes biologiques sont liés à la régulation de l'humeur par le biais de la mélatonine), la planification d'activités et de temps de pause, la régularité qui favorise le sentiment de contrôle, la diversification de l'alimentation, le maintien d'une activité physique » **(15)**.

b. L'impact des médias

Une parenthèse est nécessaire pour évoquer le rôle des médias qui ont été au premier plan de la source d'information concernant la Covid-19, même devant les médecins traitants dans la mesure de leurs accessibilités et leurs diffusions. Cependant, cet effet n'a pas forcément été positif sur la population. « La réaction de la population n'était pas proportionnelle à l'exposition au risque objectif, mais plutôt à l'exposition à des informations inquiétantes. » **(15)** Ils ont donc fortement participé à l'entretien d'une atmosphère négative et une projection angoissante pour nous tous. Ici, le médecin a dû jouer un rôle de médiation entre les décisions ministérielles commentées en long, en large et en travers par les médias et ses patients.

Cela a été source de nombreux malaises pour les médecins généralistes. L'absence de lisibilité et d'harmonie a fortement pénalisé l'unité et l'efficacité des mesures prises par le gouvernement. Le Parisien titre en septembre 2020 une tribune collective de 35 scientifiques et médecins, intitulée *Nous ne voulons plus être gouvernés par la peur* **(23)**. Selon eux, l'action gouvernementale relève davantage d'une posture protectrice que d'une stratégie sanitaire précise. Il en a résulté une communication anxiogène axée sur les dangers et moins les mécanismes, une culpabilisation moralisatrice et une infantilisation de la population par l'instrumentalisation de la science.

On a pu voir de nombreux médecins de plateau et « experts » se prêter au jeu du support médiatique. Cette confusion médiatique a participé à décrédibiliser la valeur scientifique de la médecine. Certains médecins ont dénoncé ce qu'ils ont perçu alors comme du « doc bashing » à cette occasion. On a un peu laissé entendre au public que les médecins généralistes ne s'impliquaient pas. C'est en effet le risque que de donner trop de visibilité à des personnes qui n'ont pas l'expertise scientifique nécessaire. Dans son ouvrage, Edgar MORIN, à juste titre, souligne le

préjudice que peut porter la connaissance : « Ce n'est pas seulement notre ignorance, mais aussi notre connaissance qui nous aveuglent. » **(14)**

La connaissance sur la Covid-19 évoluant sans arrêt, on pouvait être amené à dire son contraire au lendemain de la publication de nouvelles recommandations. Notre crédibilité a été mise à rude épreuve par notre ignorance inhérente à la nouveauté de la situation mais aussi et surtout par les débats contradictoires au sein des médias, face auxquels nous devons transmettre notre position. En début de crise les médecins généralistes ont eu l'impression d'être abandonnés, comme le rapporte Dr Françoise COURTALHAC, généraliste à La Croix-Saint-Ouen (Oise) **(24)**, avec un manque de communication, une gestion désorganisée, un manque de matériels. Il faut cependant reconnaître que les rouages ont fini par se mettre en place par le biais de publications nationales permettant par exemple d'homogénéiser les pratiques, ainsi que les dotations de masques qui ont fini par arriver.

Malgré ces difficultés, le médecin généraliste est resté un pilier de référence pour ses patients qui, devant la pluralité des recommandations, sont volontiers venu solliciter leurs médecins traitants pour prendre leurs décisions ; que ce soit pour le début de la vaccination, les rappels, le traitement de la Covid-19 ou le suivi de leur santé en générale. Ce sentiment est confirmé par le communiqué de presse de la fondation April du 2 juin 2020 qui précise que, selon une enquête de l'institut de sondage BVA menée du 5 au 7 mai 2020 auprès de 1 007 personnes, « trois quart des français ont eu le réflexe de contacter leur médecin » et « 93 % des français ont fait confiance à leur médecin généraliste » **(25)**.

c. Le médecin face à la crise

Concernant le médecin, il faut analyser l'impact de la crise sanitaire sur deux versants. Tout d'abord, avant d'être médecin, celui-ci est aussi un citoyen. Il subit donc lui aussi la crise sanitaire et on peut extrapoler les observations faites chez les patients aux médecins eux-mêmes. Dans notre étude, cinq médecins ont évoqué les difficultés à poursuivre leur rôle de soignant en se retrouvant eux-mêmes en position de personne à risque ou par peur d'être contaminés. Cela a amené certains médecins à se mettre en arrêt de travail ou à poursuivre une activité de téléconsultation exclusive pour se mettre à distance du risque de contamination, particulièrement au début de la crise puisque nous faisons aussi face à beaucoup d'incertitudes sur la Covid-19. Deux d'entre eux ont même

évoqué l'effet négatif de la crise sur leur propre santé, avec des troubles musculo-squelettiques par exemple, qui reflètent une tension psychosomatique sous-jacente. Il faut donc garder à l'esprit que le professionnel de santé est lui aussi vulnérable face à l'infection de la Covid-19 et ses conséquences.

À partir de là, on peut poursuivre sur l'exercice du métier de professionnel de santé. La crise a demandé beaucoup de flexibilité. Dans un premier temps, il a fallu s'adapter concernant l'organisation du cabinet, en mettant en place des salles d'attente pour les patients suspects afin de ne pas les mélanger aux autres, ou bien des créneaux de consultations spécifiques aux suspicions de Covid-19, des méthodes de désinfection et de nettoyage des locaux avec aération entre les consultations, ainsi que l'approvisionnement en gel hydroalcoolique, masques, blouses, etc.

Les médecins ont signalé en début de crise un vrai ralentissement de l'activité. Ceci est validé par les participants au quatrième panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en avril 2020 **(26)** : « Pour 90 % des médecins alors en exercice, le volume horaire déclaré a diminué, entraînant une baisse du temps de travail moyen estimée entre 13 % et 24 %. » Les gens venaient moins au cabinet ; c'était la période des incertitudes et de la précaution avant tout. Mais ce désintérêt des patients pour la consultation de leurs médecins généralistes a posé la question de notre utilité en tant que maillon de leur prise en charge dans le parcours de soins. Une analyse réconfortante a rapidement fait état d'un vrai retard diagnostic ou de suivi pour les pathologies chroniques en général du fait de cette mise à distance du patient. « Les demandes de consultation pour d'autres motifs, comme le suivi de maladies chroniques, le suivi pédiatrique ou le suivi de grossesse ont chuté de plus de 50 % par rapport à l'activité courante pour près d'un médecin généraliste sur deux. » **(26)**. « Parmi les personnes souffrant d'une maladie chronique, près de 23 % avaient déclaré que le renoncement aux soins durant le confinement avait assez fortement ou très fortement détérioré leur état de santé. **(27)** » Dans une étude sur l'impact de l'épidémie sur les patients atteints de maladies chroniques, 38 % des patients estiment que leur état de santé s'est détérioré à cause de la modification de leur prise en charge pendant le confinement **(28)**.

Une autre illustration de ce renoncement aux soins est la constatation d'une baisse importante de la vaccination lors du premier confinement qui a pu atteindre jusqu'à 54 % pour le Gardasil 9 **(27)**. Il s'agissait simplement du calme avant la tempête puisqu'il y a eu un décalage dans

l'impact de la crise, avec ce temps de latence et de creux d'activité. Après cette première phase d'accalmie, les patients ont commencé à revenir vers nous. Lors de la première semaine post-confinement en 2020 (semaine 20), l'enquête réalisée en Pays de la Loire observait un recours au médecin généraliste relativement proche de celui observé la semaine précédant le début du confinement (semaine 11) chez les personnes âgées de 65 ans et plus **(29)**.

Brutalement, il a fallu rattraper le retard de suivi dû au confinement, tout en mettant en place en parallèle une activité de vaccination des patients et gestion du flux des cas positifs. Nous n'étions pas préparés à un tel afflux, ce qui a entraîné pour les médecins généralistes une charge de travail supplémentaire en volume horaire, comme rapporté par six médecins dans notre étude. On retrouve les mêmes ressentis dans une « interview » publiée par Callisto production en juin 2022, réalisée auprès de médecins généralistes belges **(30)**. Nous pouvons maintenant nous intéresser à la réponse apportée par les médecins généralistes face à ce nouveau challenge.

3. L'innovation des médecins généralistes dans le dépistage de la dépression et face à la crise sanitaire

a. L'adaptation face aux plaintes psychiques des patients

Il faut reconnaître que, suite à l'observation de l'explosion des plaintes psychiques, de nombreuses initiatives d'études et de prévention ont émergé, comme la publication par Santé Publique France de bulletins hebdomadaires de surveillance syndromique de la santé mentale. Une autre initiative a consisté en la publication, dès mars 2020, de vidéos courtes pour aider les Français à vivre le mieux possible leur confinement, intitulées *Ma vie au quotidien* **(31)**. Santé publique France et le ministère des solidarités et de la santé ont lancé le 6 avril 2021 une campagne de sensibilisation pour encourager la parole auprès de proches ou de professionnels de santé, car « en parler, c'est déjà se soigner. » **(31)**

En réponse à l'accroissement des troubles psychiques, on a observé une augmentation de l'écoute et de la vigilance portées à ce sujet par les médecins généralistes. Ils ont un questionnement plus systématique et une tendance à plus approfondir le sujet à la moindre alerte ; d'une part, car eux aussi étaient soumis aux mêmes difficultés de la crise au quotidien, ce qui participe à créer un sentiment de familiarité et facilite l'empathie. D'autre part, le bol d'air initial en volume horaire a

participé à libérer de la disponibilité mentale qu'ils ont pu réinvestir dans l'écoute des plaintes psychiques. Cela a permis de déstigmatiser le champ de la dépression dans la psychiatrie. Les médecins ont aussi fait en sorte de se rendre plus abordables dans leur attitude afin de faciliter la communication par le patient de ses plaintes psychiques.

L'attention portée au dépistage de la dépression dans des conditions de vie défavorables a été une préoccupation importante pour les médecins généralistes bien que, comme cela a été souligné dans nos résultats, il y ait peu de changements fondamentaux dans la manière de dépister ou de mise à jour théorique. En effet, aucun médecin n'a rapporté avoir actualisé ses connaissances par une formation ou des recherches sur le sujet de la dépression. De même, aucun nouvel outil n'a été mis en place pour optimiser le dépistage de la dépression lors des consultations. Cela est en cohérence avec leurs bonnes connaissances théoriques et explique qu'ils n'en n'ont probablement pas ressentis le besoin. L'une des problématiques de la médecine générale est qu'il est difficile d'être bon dans tous les domaines. À partir de là, en tant que médecin, nous travaillons selon nos affinités. Les champs d'exploration sont infinis et la course à l'innovation participe à compliquer davantage la mise à jour des connaissances. Dans le domaine de la dépression de la personne âgée, on peut soulever une autre difficulté qui a été rapportée par nos confrères interrogés. Il s'agit du manque de recommandations claires et tranchées. En témoigne la variation importante dans la pratique des médecins psychiatres lorsqu'ils sont interrogés pour un avis face à un même cas clinique.

b. L'avènement de la télémédecine

Face à ce psychotraumatisme de masse, les médecins généralistes ont fait le choix d'être acteurs et de développer collectivement de nouvelles façons d'exercer leur métier. De nombreuses adaptations dans l'organisation des consultations et des échanges interprofessionnels de santé ont été développées, notamment les échanges avec les infrastructures hébergeant les personnes âgées. En effet, au début de la crise de la Covid-19, les incertitudes sur cette nouvelle pathologie infectieuse ont été à l'origine d'un protectionnisme et d'un verrouillage de la personne âgée « au nom de son propre intérêt ». On a donc davantage fait appel aux échanges par e-mail, téléphone et fax pour minimiser les visites et risques de contamination dans les EHPAD.

L'enjeu de la dématérialisation des actes administratifs se retrouve également dans notre profession. En effet, cette période a été propice puisque le confinement et la distanciation ont favorisé les interactions à distance avec le patient. Cet avènement de la télémédecine a largement été évoqué par nos médecins interrogés. Comme définie sur le site de l'assurance maladie en ligne **(32)**, la télémédecine est une pratique médicale effectuée par un médecin à distance, en mobilisant des technologies de l'information et de la communication. Elle regroupe la téléconsultation et la téléexpertise. Elle englobe la notion de pratique de l'art de la médecine à distance du corps du patient. Ce sont surtout les médecins du groupe d'âge proche de la retraite qui ont relevé une vraie montée en puissance de la télémédecine dans leurs pratiques quotidiennes. En effet, ce sont des pratiques qui nécessitent plus particulièrement pour eux un investissement de temps pour une mise en place et une formation sur des supports qui leur sont moins familiers, en comparaison à des médecins plus jeunes. On peut facilement comprendre qu'à l'approche d'une cessation d'activité, la motivation pour investir dans ces nouvelles technologies ne soit pas la priorité. Toutefois, ici, l'enjeu est d'adapter sa pratique à la diminution des consultations en cabinet et à la difficulté d'accès aux EHPAD pour poursuivre la mission de médecin généraliste. En cela, on peut dire que le défi a été relevé et que les médecins n'ont pas subi ni fui la crise, malgré les limites de la téléconsultation, telles que celles identifiées dans une étude menée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : « plus de la moitié de ceux qui l'ont utilisée estiment que l'examen clinique en présentiel reste souvent ou systématiquement indispensable. Un peu moins de la moitié a souvent ou systématiquement rencontré des problèmes techniques. » **(27)**

c. L'innovation face au manque de temps

Pour donner un repère, le volume horaire moyen courant d'un médecin généraliste est de 54 heures par semaine **(33)**. Une autre des limites majeures dans le dépistage de la dépression chez le patient âgé rapportée par notre groupe de médecins généralistes est le manque de temps. On peut l'appréhender de deux façons. Le temps au sens « chronos », puisque la démographie médicale implique de toujours faire davantage de consultations dans un temps qui n'est pas extensible indéfiniment. Et la dévaluation pécuniaire du temps de travail n'incite pas à consacrer plus de temps à la consultation.

Cependant, la consultation de la personne âgée fait probablement partie des plus chronophages et à juste titre, puisque nous sommes confrontés au cumul d'une vie entière de

facteurs de risque et de protection, ainsi qu'une superposition thérapeutique, le tout dans un contexte de vieillissement physiologique et parfois pathologique. Il faut préciser que cette crise, en développant les actes dématérialisés par e-mail, fax ou téléphone, à contribuer à augmenter le temps de travail non rémunéré. Pour donner une image de départ plus concrète, voici quelques chiffres relevés dans une étude de la DRESS publiée en mai 2019 **(33)** : « Les médecins généralistes consacrent en moyenne par semaine 5h30 aux tâches administratives. » Une autre étude de la DRESS publiée en janvier 2020 **(34)** constate que « 80 % des médecins généralistes déclarent des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients [...] 72 % indiquent faire des journées plus longues que souhaité [...] Pour 40 %, le suivi de certains patients devient moins régulier. [...] Pour 28 %, le temps de consultation est raccourci ».

Dans cette même étude, la solution la plus populaire (68 %) est de modifier les pratiques de soins pour rendre le patient plus autonome par le biais de l'éducation thérapeutique. Notre étude souligne le travail en équipe comme levier d'action pour améliorer le dépistage de la dépression. L'intérêt du travail en équipe se retrouve aussi dans la délégation de tâches qui va dégager plus de temps médical pour les situations dites complexes. Les médecins ont évoqué l'intérêt des IDE Asalée, notamment pour la réalisation de grilles de dépistage. Ils ont aussi évoqué les IPA qui peuvent réaliser des consultations avancées ou permettre des consultations de renouvellement d'ordonnances pour nous dégager du temps de travail. Il en est de même en psychiatrie, dans la mesure où le médecin psychiatre se fait de plus en plus rare face à l'augmentation des pathologies dans son champ de compétences. Le recours plus fréquent aux psychologues avec la crise pourrait aussi être un levier, comme une psychologue salariée au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire pour permettre aux patients de parler et donc de dépister. À l'hôpital, on peut aussi évoquer les assistants médicaux qui ont une fonction administrative (démarche, dossiers, certificats...), ou encore les Opératrice de Soins Non Programmés qui interviennent en soutien des médecins régulateurs pour les tâches de « secrétariat ». Au sein des EHPAD, le développement de la communication avec les aides-soignants et IDE au contact des résidents va nous permettre d'être alertés sur des changements de comportements ou des symptômes qui pourront orienter plus précocement vers un syndrome dépressif. L'amélioration de l'accès au réseau de soins, notamment pour les psychothérapies, et des échanges entre professionnels, notamment dans le champ de la santé mentale, sont aussi des leviers d'actions importants d'après nos médecins interrogés.

On retrouve dans l'enquête *Médecins-Covid, J'en parle !* **(35)** la confirmation d'une amélioration des relations perçues par les médecins avec les autres soignants, les communes et les

associations, ce qui n'est pas du tout le cas avec les structures administratives. « Les patients ont été confiants, reconnaissants et moins consuméristes des soins. »

d. L'innovation du pass sanitaire et la vaccination

Une nouveauté qui a aussi fait son apparition est le pass sanitaire. De l'analyse de nos résultats, on peut retenir que la vaccination a surtout participé à rassurer et permettre à nouveau des interactions sociales, en présentant donc un effet positif. Toutefois, nous avons également eu des retours sur les limites qu'elle a pu présenter, en faisant l'objet de questionnements et d'angoisses quant à son innocuité. Elle a par ailleurs contribué à mettre à mal la relation de confiance du patient envers les soignants, ce qui va peut-être induire un changement relationnel sur le long terme. On peut s'attendre à ce que les patients prennent moins nos discours pour parole d'évangile, qu'ils confrontent nos recommandations à toutes les autres sources dont ils disposeront. Mais attention à ne pas tomber dans la médecine « facile », car encore faut-il savoir chercher les informations et en faire une lecture critique.

Concernant la vaccination et le pass sanitaire, d'après notre étude, leur mise en place n'a pas participé à diminuer l'attention des médecins généralistes pour la thématique de la psychiatrie. En raison d'une certaine reprise de la vie sociale et d'une « protection » face au virus, on pouvait s'attendre à une baisse des cas de dépression et donc à une baisse de la vigilance. Toutefois, les médecins généralistes ont maintenu leur vigilance, probablement parce qu'ils ont pressenti que l'impact sur la population se fera à long terme même une fois les confinements abandonnés. Notre société est en grande souffrance psycho-sociale. En ce sens, la crise de la Covid-19 a marqué nos esprits et l'importance d'une vigilance encore plus importante dans ce domaine de la santé. L'état psychique prend donc de plus en plus de place dans la définition de l'OMS « être en bonne santé » **(36)**.

Durant cette période, les médecins généralistes ont dû faire face au refus par certains patients de la vaccination ou du pass sanitaire. Certains médecins ont ainsi pu éprouver des ressentiments vis-à-vis de ces patients, rendant l'empathie à leur isolement difficilement concevable. De même, face à eux, bon nombre de médecins ont « lâché l'affaire » quant à l'idée de les convaincre. Ici, la question qui se pose est la suivante : pourquoi ce patient m'énerve-t-il et pourquoi est-ce que je n'arrive pas à passer outre ? C'est ce qu'on appelle le contre-transfert négatif.

Pour éviter de tomber dedans, il faut rendre aux patients leur autonomie et donc la responsabilité de leur vie. Si l'on fait une analogie, c'est un peu comme le patient qui refuse la chimiothérapie pour soigner son cancer. Dans le domaine de la vaccination, nous sommes arrivés à la limite de l'obligation. Celle-ci a été sous-tendue par la mise en place du pass sanitaire mais aussi par la stigmatisation des personnes non-vaccinées. Cela a été d'autant plus difficile quand il a fallu parler de la vaccination des enfants, puisqu'on a presque amené les parents à ne pas avoir le choix de dire « non ». Il semble nécessaire de se repositionner dans notre rôle. Pour ce faire, nous pouvons nous remémorer le serment d'Hippocrate. De plus, « nous ne devons pas songer à transformer l'homme en être parfait ou quasi-divin. Mais nous pouvons tenter de développer ce qu'il y a de meilleur en lui, c'est-à-dire la faculté à être responsable et solidaire. » **(14)**.

Le sentiment que l'on retient face à ce défi est que tout le monde a fait face, personne n'a quitté le navire. Cela fait partie des valeurs professionnelles des médecins généralistes. On peut presque dire que c'est un aspect de routine de notre métier qui s'inscrit dans une logique de santé publique, mais avec l'impression qu'on nous demande toujours de faire aussi bien avec moins de moyens. Or, un tel raisonnement va se heurter inévitablement à la limite de chacun et plus généralement du système de soins. En ce sens, je trouve que cette crise a été un point de bascule. Bien que la charge de travail supplémentaire n'ait pas été perçue comme insupportable, elle a fait appel à de nombreux choix, voire de sacrifices et d'engagements des médecins. Cela a été à l'origine de l'expression libérée et médiatisée de l'épuisement et de la souffrance des médecins.

4. Les médecins poussés dans leurs retranchements

La surcharge de travail n'a pas été sans conséquence sur des maillons de soins déjà fragiles comme c'est le cas des services d'urgences, du secteur de la santé mentale, mais aussi des structures d'hébergement pour personnes âgées. Dans les EHPAD, la charge de travail a été sous haute tension puisqu'ils ont dû gérer la protection des plus vulnérables face à la Covid-19. En raison des nombreuses mesures sanitaires, il en a résulté une réduction du temps disponible accordé à chaque résident. La carence de personnel a également participé à cette surcharge ; entre les non-vaccinés qui ont été licenciés, les professionnels malades, ou ceux qui ont justement été en arrêt pour épuisement professionnel lié à l'aggravation même des conditions de travail. Cela illustre une sorte de cercle vicieux, un peu comme chez le patient polyopathologique où il ne faut pas grand-chose pour

déséquilibrer et mettre en péril sa survie ; c'est le modèle de la cascade de Jean-Pierre BOUCHON (37).

Le concept de l'épuisement professionnel a été décrit en 1974 par Herbert FREUDENBERGER (38) comme un état de fatigue ou de frustration causé par le dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas répondu aux attentes. Dans nos entretiens, on ressent bien cette souffrance et l'épuisement des médecins. Nous pouvons valider cette observation au travers de la revue systématique et méta-analyse à partir des bases de données Pubmed et Psycinfo jusqu'au 8 octobre 2020, réalisée conjointement par l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) de l'hôpital Louis-Mourier à Colombes et l'hôpital Cochin à Paris en lien avec le Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (39). Elle concerne un total de 70 études avec 101 017 professionnels de santé participants, à partir desquelles les chercheurs rapportent les prévalences suivantes : 30 % d'état anxieux, 31 % d'état dépressif, 44 % de troubles du sommeil. On peut ajouter que ces symptômes étaient plus représentés que dans la population générale.

On se rend compte que ce n'est pas la surcharge en temps de travail qui a entraîné le plus de répercussions sur les médecins généralistes, mais davantage les notions de charge mentale se cumulant à la charge émotionnelle qui vont être à l'origine d'une fatigue psychique. La charge mentale s'est en effet alourdie en raison de la réorganisation du cabinet et de l'activité en temps de crise, des nouveaux réflexes médicaux à mettre en place en lien avec la politique sanitaire et vaccinale ainsi qu'une mise à jour hebdomadaire des connaissances dans le domaine de la Covid-19. Il a aussi fallu apprendre à gérer l'anxiété de contaminer un patient à risque qui nécessite d'être vu en maintenant une vigilance dans les mesures de protection. La charge émotionnelle a été amplifiée car les médecins ont dû tenir le coup face à leurs propres difficultés personnelles et familiales inhérentes à la crise. De plus, l'investissement émotionnel a été plus important envers les patients qui ont exprimé davantage de plaintes, et qu'il fallait pouvoir entendre. Être en première ligne impliquait *a fortiori* de beaucoup « encaisser ». Ces observations sur l'épuisement professionnel concordent avec les conclusions de l'article titré *Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants* et publié dans Santé Publique en 2009 (40) : « L'épuisement professionnel est un syndrome psychologique se produisant en réponse à des facteurs de stress interpersonnels dans le travail et associant trois dimensions : un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation (attitudes impersonnelles, détachées, voire négatives envers

les patients) et un accomplissement personnel réduit [...] Un épuisement émotionnel élevé était significativement positivement associé à une charge mentale élevée, d'être confronté aux attentes irréalistes des patients, à des difficultés pour concilier vie professionnelle et vie privée et au sentiment de voir ses compétences et connaissances mises en cause par les patients. » On peut donc dire que les ingrédients étaient réunis lors de cette crise.

Avant la pandémie, la prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes français était évaluée à 48 % **(41)**. Dans une étude menée chez les médecins libéraux en novembre 2020, « 71 % des médecins souffraient de burn out. [...] Les médecins généralistes déclaraient en outre souffrir significativement plus de burn out que les autres spécialités (75 % versus 68 %) et consommer davantage de médicaments psychotropes (34 % versus 28 %) » **(41)**. Ainsi, la qualité de vie du médecin généraliste est significativement impactée, mais il ne faut pas oublier que les patients eux-mêmes sont des victimes de l'épuisement professionnel du médecin généraliste. En effet, sa capacité à poser un diagnostic et à proposer une prise en charge adaptée est avant tout liée à sa disponibilité d'écoute.

Il subsiste à ce propos un certain tabou, « la culture médicale étant de souffrir en silence, avec une stigmatisation des médecins qui reconnaissent avoir des troubles psychologiques » **(41)**. Mais est-ce vraiment une surreprésentation de l'épuisement des professionnels de santé ou la levée d'un tabou ?

On s'aperçoit que la pandémie a été l'occasion d'amorcer un nouveau regard pour briser ce tabou et ainsi permettre aux médecins de se livrer davantage sur leurs difficultés. On le voit bien dans notre étude où nous avons recueilli des témoignages spontanés de la souffrance qu'ils éprouvent. Dans certains cas, on retrouve bien les signes d'un épuisement professionnel sous-jacent. Avec cette crise, on voit bien que les choses évoluent. Cette propension à se livrer dans notre étude n'est pas le simple fait d'une discussion entre confrères, même si elle est favorisée par la bienveillance confraternelle. Paradoxalement, nous sommes en première ligne pour recueillir les plaintes de nos patients en lien avec le milieu professionnel, et donc en première ligne pour observer les conséquences de cet épuisement. Mais nous nous « interdisons » d'appliquer ces mêmes mesures préventives que nous transmettons.

Parmi les principaux facteurs qui vont favoriser l'épuisement professionnel, on retrouve **(42)** : la dépersonnalisation avec de nombreuses consultations brèves qui participent à déshumaniser le médecin qui « répare des sujets » plus qu'il ne soigne des personnes, le travail empêché, c'est-à-

dire le sentiment de ne pas pouvoir faire son travail correctement ce qui amène au conflit de valeurs et l'impression d'être abandonné et non écouté par les pouvoirs publics. En effet, face à l'urgence, lorsqu'il a fallu trouver des moyens matériels en réanimation, nous y sommes parvenus. Pourtant, les revendications des médecins généralistes sont soulevées depuis bien longtemps et semblent atterrir dans l'oreille d'un sourd. Comment ne pas désespérer et se révolter ? Enfin, nous pouvons rajouter les patients « stressés », avec qui la relation se complexifie ; ils sont plus exigeants, parfois plus agressifs, d'autres fois non-observants, et arrivent avec leurs « listes de courses » et leurs « web diagnostics ».

Un autre enjeu important soulevé par cette constatation d'épuisement est la réponse que l'on peut apporter aux médecins. À qui le médecin généraliste peut-il se confier quand il est en souffrance ? Particulièrement en ville, il n'y a en effet pas de structure d'accompagnement comme à l'hôpital où l'on trouve la médecine du travail ou des psychologues de soutien. L'un des médecins a parlé des groupes Balint mais il faut reconnaître qu'ils ne sont pas très populaires. Depuis janvier 2018, tout médecin qui est en difficulté peut être aidé par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) au 0800 288 038, ou des associations comme Soins aux professionnels de santé, joignable au 0 805 23 23 36 par exemple **(42)**

Au vu de telles conditions, il semble difficilement tenable de poursuivre dans cette voie. À l'ensemble de ces difficultés déjà bien suffisantes vient se greffer un questionnement éthique.

5. Situation des EHPAD et enjeux éthiques liés à la crise sanitaire

a. Le vécu des résidents d'EHPAD

Tout d'abord, voici quelques chiffres concernant les EHPAD. Sur le site de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), dans la rubrique EHPAD mise à jour le 3 mars 2022 **(43)**, on peut lire : « On dénombre aujourd'hui près de 7 500 EHPAD en France et plus de 350 000 personnels dédiés à la prise en charge des résidents. » Avec une population vieillissante, on comprend bien que le secteur va encore prendre davantage de volume. Nous pouvons évoquer deux autres chiffres pour identifier à quelles populations âgées nous sommes confrontés au sein de ces résidences : « Plus de 90 % des résidents souffrent d'affections neuropsychiatriques (syndrome démentiel, état dépressif, trouble du comportement), et 70 % ont besoin d'aide pour s'alimenter. » **(43)**

La crise sanitaire s'est avant tout importée dans les EHPAD, puisqu'elle est le lieu de résidence des patients les plus vulnérables face à la Covid-19. L'isolement a sévèrement touché les résidents qui, brutalement, ont été privés de visites. Il a été interdit aux familles, alors même que les équipes étaient malades ou insuffisantes, de venir s'occuper d'eux, les dépossédant ainsi de leurs parents et grands-parents. Bien qu'institutionnalisés, les familles des résidents restent pourtant des piliers aidants qui participent grandement à leur bien-être quotidien. Les interactions à l'intérieur des EHPAD entre les résidents ont également été minimisées voire supprimées, à savoir les repas dans la grande salle ainsi que les activités physiques et récréatives communes. Lors des prescriptions de soins, il a été choisi de privilégier le moins coûteux en temps de présence ou en fréquence de passage. Cela reflète bien la dégradation de la qualité de soins. Cette période ne permettait plus autant de stimulation cognitive qu'avant, entraînant des altérations sur ces mêmes fonctions. De plus, une diminution de l'activité physique pour les résidents équivaut à une perte d'autonomie par désadaptation pouvant entraîner des complications, comme une chute et ses conséquences. On peut donc dire que cette crise a constitué un catalyseur du syndrome de glissement et du syndrome dépressif.

Discutons maintenant de la mise à distance qui s'est installée entre les soignants et les résidents. Tout d'abord, dans la mesure où les soignants sont équipés comme des « cosmonautes » (blouse, charlotte, masque, gants...), cela instaure une barrière physique qui constitue un frein à la communication et aux échanges puisqu'il va manquer les expressions du visage, la lecture labiale et le toucher pour reconforter et maintenir un lien par exemple. Afin de ne pas davantage majorer les difficultés communicationnelles, certains ont préconisé le recours par les soignants à des masques inclusifs pour que les personnes âgées puissent s'aider de la lecture labiale. Cependant, la mise à distance a été davantage exacerbée par l'attitude précautionneuse des soignants pour les préserver de la Covid-19. C'est l'illustration du concept de « ne pas penser à mal et pourtant en faire ». Cela n'a pas non plus favorisé l'accès des médecins généralistes dans les EHPAD, comme souligné par cinq des médecins interrogés dans notre étude. On note également de grandes disparités de protocole entre les EHPAD, bien que situées dans un même département.

Nos médecins interrogés ont évoqué le manque de personnel, accentué durant la crise sanitaire, en raison de la dégradation des conditions de travail qui a contribué à majorer les arrêts de travail des soignants. La dépendance des résidents est également physique et engendre des

accidents de travail liés à leur manutention, qui représentent deux tiers de la totalité des accidents du travail **(43)**. L'EHPAD est devenu le premier employeur en termes d'accidents du travail, devant les travaux publics. Le journal Ouest France titrait ainsi le 24 septembre 2020 *Avec le Covid, les EHPAD peinent plus que jamais pour recruter du personnel* **(44)**. On comprend que ce travail physiquement et émotionnellement usant, associé à un sentiment de frustration, expose particulièrement les soignants à un risque d'épuisement professionnel.

b. L'éthique au sein des EHPAD

À cela vient s'ajouter un inconfort, et parfois même une souffrance éthique. Lorsque nous avons interrogé nos médecins sur la balance bénéfice-risque concernant les mesures décidées au sein des EHPAD, la majorité d'entre eux a évoqué un rapport défavorable. Bien que l'objet premier de toutes ces mesures soit la bienfaisance, on le voit se heurter aux principes de justice mais aussi de non-malfaisance. Trop souvent, on assimile l'avancée en âge comme étant synonyme d'altération des fonctions cognitives. De même, l'absence d'autonomie civile ne sous-entend pas systématiquement l'absence d'autonomie morale. Pour certains résidents, l'espérance de vie est limitée et chaque instant compte pour une éternité. Selon une citation de GANDHI : « Ce que vous faites pour moi, mais sans moi, vous le faites contre moi ». Pour accentuer le trait : vaut-il mieux mourir d'une infection ou de chagrin ? Chacun devrait pouvoir donner sa propre réponse lorsqu'il est en capacité de le faire.

Dans un document de repères et ressources éthiques **(45)**, on peut tirer certains supports de réflexion. La Covid-19 a renforcé l'approche sanitaire, au détriment du projet médico-social d'accompagnement des personnes, alors qu'il y a un intérêt à passer d'un paradigme de la « prise en charge de la dépendance » à un paradigme de la promotion de l'autonomie **(45)**. Les faiblesses de nos EHPAD puisent leur justification dans l'avancée en âge et la maladie des résidents, avec une fragilité et une perte d'autonomie qui vont favoriser la perte de liberté ou de citoyenneté et faire oublier que chaque vie à une égale dignité intrinsèque. On a ainsi plus facilement pris des mesures restrictives dans ces résidences au nom de la santé collective en laissant de côté les préoccupations individuelles alors que ces deux principes doivent coexister ensemble. On a également mis l'accent sur l'EHPAD comme lieu de soins et mis de côté l'EHPAD comme lieu de vie. On peut aussi illustrer ce dilemme éthique par une confrontation entre le « Cure » qui nous a fait prendre une orientation

hygiéniste dans nos décisions sanitaires, aux dépens du « Care » qui soutient une dimension psychosociale. Pourtant, leur articulation est primordiale pour coller à la définition de la « bonne santé » selon l'OMS. D'après Walter BENJAMIN (45), « la vie humaine ne se réduit pas à la vie biologique. [...] Elle est indissolublement physique, psychique, relationnelle, affective, sociale, religieuse et spirituelle ». La crise sanitaire justifie, certes, une vigilance éthique particulière, mais non pas une éthique d'exception. (45)

c. Illustration par le scandale ORPEA

Pour faire écho à l'actualité, on ne peut s'empêcher d'illustrer la mauvaise santé de nos EHPAD en citant l'affaire du scandale ORPEA via le livre *Les fossoyeurs* de Victor CASTANET et le reportage de Cash investigation d'Élise LUCET et son équipe intitulé *EHPAD : l'heure des comptes ?* (46).

Une des actions du gouvernement, durant l'été 2020, a été de créer une cinquième branche de la sécurité sociale couvrant le risque « autonomie ». Son but est le déploiement sur le territoire d'une politique du « bien vieillir », avec des engagements importants sur le maintien à domicile et la transformation des EHPAD (47) (48). Cela a été un premier revers, le 8 septembre 2021 quand, à l'issue du conseil des ministres, le chef du gouvernement, Jean CASTEX, précise que la loi « grand âge et autonomie » ne sera pas votée (49).

Mais pour clore cette partie sur les EHPAD, j'ai choisi de partager des messages d'espoirs concernant l'évolution de la prise en charge du grand âge au travers des maisons partagées. Tout d'abord, Josette ANCILOTTO, fondatrice des Maisons Partagées d'Âges sans frontières parle de « cet outil qui promeut la liberté, la dignité ; où on vit, simplement, on grandit ensemble. Et puis, il y a aussi l'utilité sociale ; les personnes participent à tous les actes de la vie quotidienne » (46). Dans sa prise de parole, elle nous invite à ne pas oublier la dimension humaine et à intégrer que les personnes grandissent jusqu'au bout de leur vie.

Selon Romain GIZOLME, directeur de l'Association des directeurs au service des personnes âgées, « on part de l'idée que vieillir, c'est continuer de s'épanouir, c'est continuer de réaliser des projets, c'est continuer de faire des choses de sa vie. [...] Nous n'acceptons plus, non seulement de maltraiter les personnes âgées, mais de maltraiter aussi ceux qui travaillent à leurs côtés et qui les accompagnent quand c'est des proches aidants » (46).

Sabrina DELIRY, aidante et cofondatrice du Cercle des Proches Aidants en EHPAD s'enthousiasme : « Je pense que toutes ces solutions doivent cohabiter. Au vu de la dépendance de ma maman et de sa situation de handicap, on a besoin des EHPAD avec de la présence [...] Mais il faut redonner de la vie aux résidents d'EHPAD, du lien, du sens. » **(46)**

d. La crise dans les services de réanimation

Ce n'est pas seulement dans les EHPAD que l'éthique s'est invitée, puisqu'un débat a émergé dans les services de réanimations. Le « tri des patients » à l'entrée n'est pas nouveau. Toutefois, avec la crise sanitaire s'est posée la question de l'introduction d'un autre critère d'exclusion qui vient heurter la sphère de l'éthique : le statut vaccinal du patient. Considérant la saturation des services de soins critiques, dans quelle mesure sommes-nous en droit de trier les patients selon ce critère ? De tels prérequis sont-ils compatibles avec le souci d'équité, pour ne pas dire avec les droits fondamentaux de la personne ? On peut lire, dans la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation **(50)** que « cette priorisation est pleinement éthique si elle s'appuie sur des éléments objectifs et partagés préalablement par tous, pour éviter tout arbitraire et garantir l'équité ».

Se baser sur la vaccination, c'est se baser sur un critère de mérite qui sort du champ médical. Ce questionnement s'est traduit par de nombreuses tribunes comme dans France Bleu **(51)**, La Tribune **(52)** ou le Journal du Dimanche **(53)** pour n'en citer que quelques-unes. Le Professeur Emmanuel HIRSCH énonce que la vaccination devient un marqueur de l'adhésion ou non « aux justes exigences de la morale, de l'ordre public et du bien-être général dans une société démocratique. [...] L'exécutif a préféré la prudence de la pharmacovigilance et la progressivité d'une responsabilisation individuelle » **(52)**. Dans le Journal du Dimanche le Dr André GRIMALDI, Professeur émérite à l'hôpital parisien de la Pitié Salpêtrière, s'interroge : « Une personne revendiquant le libre choix de ne pas se faire vacciner ne devrait-elle pas assumer en cohérence son libre choix de ne pas se faire réanimer ? » Il estime même que « les patients non-vaccinés devraient rédiger des directives anticipées pour dire, s'ils souhaitent ou non, être réanimés en cas de forme grave du Covid-19 » **(53)**.

Mais cette question est plus large, puisque l'afflux en réanimation de patients Covid-19 a entraîné la déprogrammation de certaines opérations jugées non urgentes. J'ai personnellement eu l'occasion de voir un patient qui présentait une hernie étranglée et dont l'opération de sa hernie

non compliquée avait été repoussée en raison du plan blanc. J'étais révolté, car derrière cette nécessité se cache en partie la non-vaccination de patients qui entraîne une surreprésentation en soins critiques. Professeur HIRSCH constate que « les déprogrammations contraintes des interventions et des traitements se décident aujourd'hui sans que soit précisé dans quelles conditions sont établis les critères d'arbitrage des choix sans pour autant susciter des controverses publiques. [...] Nous y consentons comme si, déjà, nous étions habitués à certains renoncements ».

Mais attention à ne pas laisser l'émotion prendre le dessus sur la raison. Dans le journal Le Monde, fin décembre 2021, on pouvait lire : « La solution de ne pas admettre en réanimation les personnes ayant fait le choix de ne pas se vacciner n'est pas envisageable. [...] Avoir refusé la vaccination ne signifie pas nécessairement être un antivax. Tout cela est bien plus complexe ; mais la lassitude s'installant, les soignants pourraient avoir du mal à se saisir de cette complexité. » **(54)** On peut rajouter que la déontologie médicale nous interdit ce qui serait de la discrimination.

Ce qu'il faut comprendre dans ce questionnement qui, *a posteriori*, peut sembler disproportionné, est qu'il intervient dans un système de santé au bord de l'effondrement, avec des soignants qui accusent le coup, épuisés de tout un investissement physique et émotionnel. Il est donc légitime d'observer dans ce contexte une lassitude des professionnels de santé et l'émergence de questionnements à la limite de l'éthique. « L'éthique repose sur une délibération ouverte et démocratique quant au meilleur équilibre à trouver dans le respect de valeurs susceptibles d'entrer en conflit dans une situation donnée » **(55)**.

Les questions de santé publique sont le lieu de la mise en confrontation de l'intérêt individuel et de la responsabilité collective. Pour les soignants, bien que la question de la vaccination obligatoire et fortement recommandée soit déjà traitée au travers d'autres vaccinations, elle a tout de même soulevé l'opposition de certains alors même que dans notre cas de figure, elle relève à la fois de la déontologie professionnelle et de la règle d'éthique de ne pas nuire à autrui. « L'éthique n'est pas le droit. L'évaluation de l'acceptabilité éthique ne peut être à la remorque d'aucune valeur promue au rang d'absolu et de dogme sinon au prix d'une perversion de sa fonction » **(55)**.

On peut maintenant faire les comptes et calculer l'addition payée par les médecins généralistes. Que signifie être médecin généraliste de nos jours ?

6. Enjeux pour la médecine générale de demain et impacts personnels

a. Un renforcement des conflits de valeurs

L'un des médecins a tiré la sonnette d'alarme sur sa propre fatigue qui, contrairement à la vigilance accrue soulevée dans notre étude, le rend moins disponible pour l'écoute des plaintes exprimées par ses patients. Et pour cause, nous avons bien vu que l'impact de la crise n'a pas laissé indemnes les médecins généralistes.

Il me semble important d'insister sur le sujet des conflits de valeurs puisqu'il est un point de départ de l'épuisement professionnel difficile à surmonter. En effet, nous avons vu que le temps de travail supplémentaire n'est pas à l'origine d'une souffrance majeure et qu'après tout, nous avons l'habitude de nous investir sans compter nos heures. Une manière de définir le conflit de valeur au travail est « l'ensemble des conflits qui portent sur des choses auxquelles les travailleurs octroient de la valeur : conflits éthiques, qualité empêchée, sentiment d'inutilité du travail, atteinte à l'image du métier » **(56)**.

Certains médecins ont privilégié le travail en équipe, qui permet de se sentir soutenu et d'échanger avec un confrère. Le sentiment d'utilité pendant la crise a permis de mieux affronter la surcharge de travail. « L'utilité est un sentiment subjectif mais participant de l'intégrité mentale de chacun [...] Ceux qui ne travaillaient pas ont été à la fois enfermés et désœuvrés. » **(15)** Mais quatre médecins ont placé la limite de cette résilience dans le conflit interne qui oppose les valeurs professionnelles de chacun et la réalité du terrain. Certains soignants d'EHPAD ont rapporté leur souffrance : « Quand on n'a pas le temps, on a l'impression d'être dans la maltraitance. » Le résultat nous mène à l'impression d'un mauvais exercice de notre art ou du moins, un exercice qui n'est plus en conformité avec nos valeurs.

On assiste donc progressivement à une paupérisation de la médecine, parce qu'on ne nous donne plus les moyens de bien faire notre travail. Cette constatation doit nous amener à repenser le système de soins mais encore faut-il en avoir la force et le courage. « Un changement de paradigme est un processus long, difficile, chaotique se heurtant aux énormes résistances des structures établies et des mentalités. » **(14)** En tout cas, c'est ce que nous pouvons espérer. « L'espoir est dans la poursuite du réveil des esprits qui aura stimulé l'expérience de la méga-crise. » **(14)**

b. La réconciliation des soignants avec leur métier

Ce qu'il est urgent d'entreprendre est la réconciliation des soignants avec leur métier afin d'éviter l'effondrement de notre système de santé. Pour cela, il faut réussir à créer des vocations afin de recruter des soignants. En effet, il paraît compréhensible que des médecins proches de la retraite déclarent atteindre leurs limites. Mais au travers de nos entretiens, ce sont également de jeunes médecins qui se disent déjà fatigués et à bout. Cela montre bien la fragilité et la mauvaise santé du système de soins.

On peut aussi se poser la question de la portée du conflit générationnel. En effet, il est acquis que la nouvelle génération de médecins généralistes se projette sur une organisation plus allégée en temps de travail pour accorder davantage de temps à sa vie personnelle et éviter de se faire submerger. À la différence de nos aînés qui revendiquent une culture du sacrifice personnel poussé à l'extrême, ce dernier ne trouve plus sa place. Il faut donc se demander ce que signifie aujourd'hui être médecin généraliste.

Le médecin généraliste garde une place privilégiée dans l'intimité de son patient, ce qui lui donne une responsabilité et une opportunité de richesse quant au contact humain. Le vieillissement de la population et l'exigence toujours plus grande des patients participent à rallonger le temps de consultation ; nécessaire pour permettre au médecin généraliste d'exercer son art en accord avec ses valeurs et pour une médecine de qualité. Mais la démographie médicale est un frein à l'augmentation du temps accordé au patient, qu'elle seule pourra résoudre de manière optimale. Néanmoins, afin de leur permettre de s'investir pleinement envers leurs patients, les médecins généralistes ont besoin de diminuer la pression administrative pour libérer du temps de consultation, de davantage de reconnaissance en étant écoutés et compris quant à leurs revendications, d'organiser leur travail autour de leur vie personnelle et non l'inverse, d'optimiser l'offre de soins pour faciliter le recours vers les spécialistes et renforcer le lien ville-hôpital, de privilégier une activité mixte et de groupe pour l'épanouissement professionnel et le soutien confraternel, ou encore de s'appuyer sur la délégation de tâches sans dénaturer leur profession pour permettre de libérer du temps nécessaire aux consultations complexes.

En échange, nous avons observé qu'ils sont capables de grands sacrifices et d'innovations pour leurs patients. Il faut absolument rétablir de bonnes conditions de travail pour leur permettre de supporter la charge mentale et émotionnelle quotidienne. Pour ma part, la collision à venir est

inévitables car le temps de réaction a été trop long, mais il n'est pas trop tard pour essayer de l'amortir afin d'en limiter les conséquences.

À la lumière de ces observations, on comprend mieux pourquoi les médecins généralistes s'installent de plus en plus tardivement. Le statut de médecin remplaçant devient un refuge qui permet de se soustraire à la majeure partie de la charge administrative, tout en gardant une grande flexibilité du rythme de travail en fonction de ses besoins et de sa fatigue.

c. Implications pratiques personnelles

Face à cette crise, les médecins ont été bousculés sur leur charge mentale et émotionnelle et leur investissement en charge de travail. Ils ont formidablement réagi, au prix parfois de sacrifices importants qu'ils ont eu à cœur d'exprimer davantage au reste de la population.

Sur le plan personnel, ce travail de thèse m'a demandé un investissement conséquent quant au temps de travail fourni ; une problématique toutefois restée secondaire face à la charge mentale et émotionnelle qu'il a fallu engager. Cela a forcément eu des répercussions sur ma vie professionnelle et surtout personnelle. Travailler en binôme a demandé beaucoup de concessions qui, même lorsqu'elles semblaient évidentes sur le plan théorique, pouvaient engendrer une certaine frustration. J'en retire surtout un enrichissement amical et personnel, qui a su apporter une certaine valeur ajoutée à notre travail.

Interroger mes confrères et relever leur souffrance a permis de lever mon propre tabou d'expression dans mes difficultés et souffrances professionnelles et de l'accepter plus facilement grâce à la relecture de tout le travail que nous avons dû fournir pour nos patients. Le sentiment de non-légitimité observé également chez les médecins interrogés a permis de rassurer mon propre ressenti et d'ouvrir une réflexion pour m'en détacher au mieux et ne pas m'empêcher de « faire les choses » pour mes patients.

Bien que sensibilisé avant la crise, j'ai maintenant, après ce long travail d'immersion dans la santé mentale durant la pandémie, davantage conscience de la place centrale que la santé psychique de mes patients doit occuper dans mes consultations et d'autant plus que la dépression est largement sous diagnostiquée chez les patients âgés. Je retiens une attention particulière à porter sur l'exploration et la connaissance du milieu de vie ainsi que l'implication des proches comme aide diagnostic. Cela a aussi été l'occasion d'une remise en question du système de prise en charge de

nos aînés en EHPAD que j'ai eu tendance à accepter en l'état, alors que bon nombre de personnes s'attachent à trouver pour eux des solutions innovantes de vie comme les maisons partagées ou le maintien à domicile ; toujours dans le respect de leurs envies et du degré de leur dépendance.

J'ai aussi pu analyser rétrospectivement mes propres dérives de positionnement dans le domaine de la vaccination et de la réanimation, en intégrant l'importance primordiale de l'éthique comme rempart à tout écart déontologique. Pour terminer, j'en garde surtout la conviction de ma passion, mais pas au point de brader ma conception de l'exercice de la médecine générale qui, je l'espère, sera à nouveau jugée à sa juste valeur. Les crises et difficultés ne doivent pas être vécues comme une fatalité mais permettre un dépassement de soi et des innovations positives. Selon Oscar WILDE, La fatalité veut que l'on prenne toujours les bonnes résolutions trop tard.

Concernant la gestion de la crise, on peut se rassurer et relativiser. La sous-estimation de l'impact psychologique des mesures sanitaires fut certes une erreur majeure, mais si l'on fait la comparaison avec d'autres pays, on se rend bien compte qu'il n'y avait pas une seule bonne manière de faire. L'analyse des conséquences d'une telle crise nous permettra à l'avenir de mieux contrebalancer la nécessité de mesures strictes et privatives face à des répercussions non négligeables sur notre santé psychique reléguée à tort au second plan, et surtout de mieux organiser l'accompagnement des professionnels de santé qui sont en première ligne lors d'une crise sanitaire de cette ampleur.

Quel sera alors l'état psychiatrique de l'après Covid-19 ? Nicolas FRANCK évoque « des séquelles psychologiques durables » **(15)**. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette crise laissera une trace indélébile en chacun de nous, avec des effets probablement très variés selon notre vécu.

Deuxième partie : Nicolas UHMANN

1. Impacts de la crise sanitaire sur le dépistage de la dépression en soins primaires

Cette première partie nous permet de répondre à l'objectif principal de notre étude. Les entretiens menés montrent que la crise a eu plusieurs impacts sur les pratiques de dépistage de la pathologie dépressive du sujet âgé. La grande visibilité de cette population dans les médias ainsi que la popularisation du soin psychique ont eu un effet direct sur les médecins, qui sont de fait beaucoup plus sensibilisés à ces problématiques. D'autres effets seront abordés plus tard, comme la fatigue ou les conflits de valeurs, qui ont pu impacter la capacité des praticiens à porter les diagnostics.

Dans notre étude, une grande majorité des répondants déclarent être plus sensibilisés aux questions de santé mentale depuis le début de la pandémie, que ce soit par une meilleure écoute, un interrogatoire plus systématique ou une plus grande disponibilité pour leurs patients. La moitié déclare également davantage prendre en compte le milieu, par la recherche des conditions de vie et d'un éventuel isolement, et par le recours plus fréquent à l'entourage. En revanche, la crise n'a pas fondamentalement modifié les modalités de dépistage, les grilles étant toujours peu plébiscitées et les outils toujours les mêmes. Seulement un tiers des répondants utilisent des échelles de dépistage standardisées telles que le test d'Hamilton ou la mini-GDS. Ils apprécient travailler en réseau, à la fois en équipe pluriprofessionnelle via les IDE et les filières de soins psychiatriques, mais aussi avec l'appui de l'entourage, particulièrement pour leurs patients âgés. Cela correspond avec l'étude DREES de mai 2019 qui montrait que 61 % des médecins exerçaient en groupe ; un chiffre s'élevant à 81 % chez les médecins de moins de 50 ans (57). Par ailleurs, la moitié déclare éprouver des difficultés dans leur compétence à prendre en charge cette pathologie, que ce soit par manque de formation ou pratique insuffisante, évoquant donc un manque de légitimité et de confiance.

Les médecins de notre étude connaissent les spécificités les plus courantes de la dépression des personnes âgées et savent évoquer ce diagnostic, y compris dans les situations complexes ; chez les patients comorbides par exemple, ou chez les patients dépendants ou très âgés. Ils décrivent une fréquence importante des présentations somatiques et du ralentissement psychomoteur, et

une moindre expressivité de certains symptômes, notamment de la tristesse. De plus, ils mettent en avant l'interférence de facteurs liés au vieillissement pathologique comme les troubles cognitifs. Ceci correspond parfaitement aux particularités cliniques décrites par la Haute Autorité de santé (HAS) **(58)** qui sont une expression moindre de la tristesse, des plaintes somatiques fréquentes, des plaintes subjectives de mémoire, voire des troubles cognitifs avérés, une anxiété plus marquée ou une apathie. Ils décrivent aussi les limites et les freins à la prise en charge de cette pathologie, en particulier les difficultés d'accès aux spécialistes et aux filières de soins psychiatriques. Selon l'Observatoire Santé 2021 **(59)**, le délai d'obtention de rendez-vous avec un psychiatre est d'ailleurs la deuxième difficulté la plus exprimée (par 79 % des médecins), juste derrière le non-remboursement des consultations avec un psychologue (91 %).

Tous les médecins de notre panel ont décrit une augmentation significative des plaintes psychiques de leurs patients âgés et une fréquence plus importante des consultations pour ces motifs. Ces résultats sont parfaitement corroborés par les différentes études menées sur le sujet. En 2020, une large étude internationale **(60)** démontrait une association forte entre la solitude liée au confinement, le manque d'activité physique, et l'apparition ou la dégradation de symptômes dépressifs chez les personnes de plus de 50 ans. Le 1er avril 2020, l'enquête CoviPrev de Santé Publique France **(17)** montrait que 19,9 % des Français étaient touchés par la dépression, un taux deux fois plus élevé qu'avant la pandémie. Au printemps 2021, sept médecins généralistes sur dix constataient une hausse de leur activité pour ces motifs ; une part qui a augmenté au cours de l'année 2020 et se stabilise désormais **(61)**.

En période de confinement, plusieurs problèmes participent à la souffrance psychique des personnes âgées : la solitude, l'ennui, le sentiment d'inutilité et d'impuissance, ainsi que la peur de la contamination qui renvoie à la peur de la mort. La souffrance liée à l'isolement observée par les médecins généralistes est un point marquant de notre étude. Par ses mesures de distanciation sociale et sa politique sanitaire, la pandémie Covid-19 a modifié en profondeur les liens sociaux et les modes relationnels. Ceci est encore plus vrai pour les populations isolées et dépendantes comme les résidents des EHPAD. En mars 2020, le rapport Petits Frères des Pauvres **(62)** faisait le constat d'une hausse significative de l'isolement ressenti par les personnes de plus de 60 ans. Une enquête qualitative de cent entretiens auprès de résidents observait un vécu très douloureux lié à la « perte de corporalité du contact », mais plus essentiellement à l'absence d'échanges humains. Initiées lors

du premier confinement, les mesures sanitaires ont transformé radicalement l'ambiance de vie de ces établissements. Pour la décrire, les résidents, tout comme les soignants de notre étude, n'hésitent pas à utiliser le registre de l'aérospatial. Mais ce rapport révèle aussi une pérennisation des changements de la relation à autrui, notamment dans la privation de lien avec les petits-enfants et du rôle de grand-parent. L'anxiété engendrée par l'immixtion d'un danger létal, même infime, participe à un climat que les personnes âgées comme les médecins de notre enquête qualifient d'hostile.

La sarcopénie représente une autre complication de la pandémie. Le témoignage du médecin M13 est tout à fait représentatif des situations à risque. En 2020, plusieurs études européennes ont démontré une baisse du nombre de pas mesurés par podomètre avec des variations entre 7 % et 38 % selon les pays **(63)**. Cette sédentarité imposée a pu aggraver la fonte musculaire liée à l'âge, notamment chez les sujets très âgés ou institutionnalisés, en raison d'une grande fréquence de la dénutrition et d'un temps déjà conséquent passé au lit ou au fauteuil. Par ailleurs, de nombreuses activités de groupe ont été suspendues, mais aussi la présence d'acteurs essentiels de soin comme les kinésithérapeutes, et les visites dont on sait qu'elles participent au maintien de l'activité physique. Un travail de thèse portant sur 475 patients institutionnalisés suivis à partir de mars 2020 a montré une diminution du score groupe iso-ressources moyen de 2.55 à 2.21 en sortie de confinement, une perte de poids significative d'environ 2 kg par résident entre le début du confinement et six mois après. Le nombre moyen de chutes par résident s'est accru en 2020 par rapport à 2019 et est corrélé avec la majoration des traitements psychotropes **(64)**.

Les praticiens de notre panel observent aussi que l'accès à ces établissements, même pour eux, a été plus difficile. Ils sont plusieurs à avoir utilisé la téléconsultation. Une étude d'avril 2020 observe que tous âges confondus, 75 % des médecins généralistes ont mis en place la téléconsultation depuis le début de la pandémie, contre moins de 5 % auparavant **(65)**. En revanche, un peu moins de la moitié des médecins s'en disent satisfaits. Les patients très âgés et polyopathologiques font souvent l'objet de consultations complexes, et on peut supposer que de fait, le suivi pour ces patients a été moins bon.

Les médecins ne sont pas tous d'accord quant à la légitimité de ces dispositifs. Si certains y perçoivent des mesures nécessaires et parfois égalitaires vis-à-vis de celles demandées au reste de

la population, d'autres mettent en avant l'importance de la qualité de vie et le respect du choix et de l'autonomie. Rappelons qu'être résident en EHPAD, c'est avoir dû quitter son logement, de gré mais souvent par obligation, c'est avoir perdu ses liens sociaux habituels et ses racines, c'est aussi la perspective de la mort qui s'approche et d'une demeure qui sera la dernière. Dans ce contexte de grande fragilité, la sauvegarde de la dignité est un impératif absolu. Pour des motifs louables, la crise sanitaire a vu franchir bon nombre de principes éthiques ; en premier lieu, le principe d'autonomie. Mais lorsqu'on parle de cette population où l'espérance de vie est limitée, il faut avant tout raisonner en termes de qualité de vie. Gagner quelques mois de vie mais dans quelles conditions ? Qui sommes-nous pour décider de quoi vont mourir nos patients ? Ne devrait-on pas veiller à ce que tous puissent choisir pour eux-mêmes ? S'il n'existe pas de réponse absolue et certaine à ces problèmes difficiles, c'est avant tout la question du choix et du libre arbitre qui est mise en avant. Ce principe d'autonomie que la crise a outrepassé, et qui régit l'éthique médicale des pays occidentaux, n'est toutefois pas exempt de limites. Souvent érigé comme principe absolu, il convient pourtant d'en définir les contours. En 2000, une étude **(66)** a montré que les médecins japonais ne mettent pas autant l'accent que leurs homologues américains ou occidentaux sur l'autonomie du patient, les préférences de celui-ci n'étant pas privilégiées coûte que coûte.

L'autonomie a été objet d'étude pour plusieurs philosophes. Si elle est définie par la morale kantienne **(67)**, comme « le fait pour un être de vivre et d'agir avec le reste du monde selon ses propres lois », elle suppose le principe d'« autocratie » **(68)**, c'est-à-dire le pouvoir de la raison sur les désirs sensibles. Or, des définitions contraires existent. Celle de la tradition libérale qui y voit la capacité de prendre des décisions selon l'expression de préférences subjectives ou de désirs personnels. D'autres philosophes s'opposent à ce principe comme idéal à atteindre. Feuerbach aborde l'idée d'autolimitation, c'est-à-dire l'acceptation de limites infranchissables, et préfère l'idée d'une éthique de l'hétéronomie **(69)**. Ces éléments nous amènent à considérer une éthique relative et plus humaine, qui accepte les limitations individuelles et l'interdépendance des individus entre eux. Le poète John DONNE le dit à sa façon : « Nul homme n'est une île complète en soi, tout homme est un morceau du continent, une partie du tout » **(70)**. Si ces considérations théoriques semblent difficilement applicables selon des règles simples et reproductibles, elles rappellent que l'autonomie et la dépendance reposent sur un équilibre qu'il convient d'interroger pour chaque nouveau patient, mais aussi de réaborder au fur et à mesure du suivi, et notamment lors de situations susceptibles de modifier cet équilibre. La responsabilité du médecin est donc importante dans cette relation.

Dans un ouvrage paru en 2010 **(71)**, le Professeur de philosophie Yannis CONSTANTINIDÈS dit ainsi : « Le médecin doit s'efforcer d'accroître l'autonomie relative du patient plutôt que de la présupposer par commodité, afin de se décharger d'une part de cette responsabilité. »

Fin 2020, le Professeur Serge HEFEZ **(72)**, responsable de l'Unité pédopsychiatrique à la Pitié Salpêtrière, alertait quant à une troisième vague qui selon lui serait « psychiatrique », avec des symptômes en train de glisser de plus en plus vers la psychiatrie. C'est donc bien une nouvelle population, celle des patients indemnes de pathologie psychique, qui a été touchée et qui afflue dans les filières de soins spécialisées. Ce point marquant et spécifique a notamment été observé par le médecin numéro 4.

Les effets négatifs du déconfinement représentent un autre point marquant. Car bien qu'elle ait entraîné du stress, la population a tout de même réussi à investir la période du confinement comme une expérience nouvelle, vécue au départ comme temporaire. En 2021, une étude parue dans le journal anglais *Frontiers in Psychology* **(73)** a décrit les points positifs du confinement, notamment une nouvelle façon de travailler grâce au télétravail et un plus grand investissement du gouvernement dans la santé. Si le premier confinement a engendré des expériences personnelles diverses, le déconfinement a aussi entraîné son lot de difficultés. De nombreux facteurs peuvent être mis en cause : d'abord, la peur du virus, avec le retour de l'exposition aux situations sociales et donc l'accroissement du risque de contamination. C'est aussi la position d'impuissance et de dépendance aux autorités sanitaires, l'imprévisibilité du futur et la rupture d'un équilibre acquis lors du confinement. Les personnes âgées ont tout particulièrement été atteintes ; celles en mauvaise santé, sensibles à la solitude, mais aussi celles en bonne santé, par les idées morbides renvoyées quasi-quotidiennement dans la presse, d'autant que la mort fait habituellement l'objet d'un déni sociétal. D'ailleurs, cette mise en lumière des personnes âgées comme un groupe vulnérable et homogène, et la catégorisation par âges comme critère des différentes mesures sanitaires durant cette crise n'est pas nouvelle. Définir les personnes comme les « plus de » est révélateur du fonctionnement et des valeurs de notre société. Dans son ouvrage paru en 1991, le sociologue René REMOND dit ainsi : « Depuis quelque trois cents ans, la société française, civile et politique a fait de cette division par âges un régulateur de la distribution des individus et le principe majeur de réglementation des activités de toute nature » **(74)**. La médecine n'est pas indemne de cette catégorisation. Si elle est nécessaire pour structurer notre pensée et harmoniser les

recommandations scientifiques, cela nous rappelle qu'il faut surtout considérer les patients dans leur individualité. Pour le sociologue Bernard ENNUYER, cette classification par âges qui entraîne une chosification des individus est « une négation complète de la singularité et de l'essence même de l'être humain » **(75)**.

Les représentations sociétales et individuelles autour du patient atteint de troubles psychiques sont à l'origine de nombreuses discriminations **(76) (77) (78)**. Si ces discriminations existent au sein de la population générale, elles sont également bien présentes dans le corps médical. Dans son travail de thèse datant de 2019 **(79)**, Mehdi YALAOUI observait un regard négatif de la majorité des médecins généralistes sur les psychiatres et les patients présentant des troubles mentaux. Pire, une étude datant de 2015 **(80)** montrait que pour 56 % des étudiants en médecine, un interne en psychiatrie présentait probablement des antécédents personnels psychiatriques. Cette stigmatisation concerne donc également les professionnels de santé, au premier rang desquels les étudiants. Ainsi, on peut supposer que la crise a eu pour effet de participer à déstigmatiser la psychiatrie, auprès de la population comme des professionnels. Cette expérience vécue collectivement nous a imposé d'être plus à l'écoute du soin, et notamment du soin psychique. Dans son entrevue au journal Le Monde datant d'avril 2021, la spécialiste France COTTIN parle d'ailleurs d'une pandémie qui « présente toutes les composantes d'un traumatisme, avec un impact individuel mais aussi collectif » **(81)**. De cette façon, la psychiatrie apparaît aujourd'hui comme moins étrangère. Cette familiarisation avec la santé mentale nous rapproche de sa définition par l'OMS **(82)** qui n'est plus simplement réduite à l'absence de maladie et donc à une vision purement médicale, mais intègre une dimension bien plus universelle définie comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Et c'est bien tout cela qui a été mis en jeu durant cette crise.

Pour les trois quarts des répondants de notre étude, l'arrivée de la vaccination a pu avoir un effet bénéfique ; par la reprise des liens sociaux, mais aussi via un sentiment protecteur et donc un apaisement relatif aux angoisses engendrées par le virus. Cependant, plus de la moitié déclarent aussi des limites quant à cet effet bénéfique, notamment liées à la crainte de la population face à des traitements jugés expérimentaux, mais aussi face à l'arrivée de nouvelles vagues et la constatation d'une pérennisation de la crise. Si les mesures prises lors de la première année ont pu

faire l'objet de critiques *a posteriori*, et si beaucoup de ces critiques sont légitimes, on peut s'accorder à dire qu'elles nourrissent un dessein qu'il est difficile de condamner : sauvegarder la santé du plus grand nombre et protéger les populations vulnérables. Ainsi, l'arrivée de la vaccination le 27 décembre 2020 a d'abord fait l'objet d'un vif espoir, permettant aux français de retrouver des perspectives d'avenir, avec au bout l'idée peut-être d'une sortie de crise. Cependant, cette confiance fragile s'est rapidement ébranlée pour de nombreux Français. En 2020, une enquête internationale classait les Français parmi les populations les plus réticentes à la vaccination **(83)**. Les principales raisons évoquées étaient la crainte des effets secondaires (60 %), le manque d'efficacité (33 %), le positionnement anti-vaccin en général (24 %) et le sentiment de ne pas faire partie des personnes à risque (14 %). Selon cette même étude, près de la moitié de la population était opposée au vaccin à l'arrivée de la vaccination. En novembre 2020, la Fondation Jean Jaurès a publié un vaste rapport intitulé *Vaccins : piqûres de défiance* **(84)**. Celui-ci démontrait que l'âge jeune, le sexe féminin et l'affiliation politique à certains partis sont associés à une réticence plus importante envers la vaccination, contrairement au niveau d'éducation et à la catégorie socio-professionnelle qui n'ont aucun impact. Au-delà de ces caractéristiques socio-économiques, il détaille aussi deux éléments majeurs sur lesquels prend racine la défiance vaccinale : la perte de confiance profonde dans les institutions politiques et la confiance dans les scientifiques qui, bien que plus élevée – accordée par 75 % des Français – a diminué de 20 % depuis le début de la pandémie. Cette baisse inquiétante s'explique en partie par la surexposition médiatique et la mise en scène de débats et de discours clivants, mais également par la circulation abondante de thèses conspirationnistes sur les réseaux sociaux. Ces éléments viennent aussi montrer le rôle majeur des actions pédagogiques et de la réassurance dans l'adhésion collective à la vaccination, insuffisamment mis en place par le gouvernement.

Ainsi, la politique vaccinale et la création du pass sanitaire ont scindé la population française en deux groupes opposés : vaccinés et non-vaccinés. Cette opposition forte et violente n'a pas épargné le milieu médical. L'afflux de personnes non-vaccinées à l'hôpital, la saturation des services d'urgence et de réanimation, le report des chirurgies et hospitalisations non urgentes dans le cadre de plans blancs, ont fait naître la question du tri des patients ; un débat qui a vivement divisé les soignants. Dans une entrevue au journal *Le Monde* datant de janvier 2022 **(53)**, le Professeur André GRIMALDI, chef de service de réanimation à la Pitié Salpêtrière, posait en mots cette épineuse question : « Une personne revendiquant le libre choix de ne pas se faire vacciner ne devrait-elle pas

assumer en cohérence son libre choix de ne pas se faire réanimer ? » La vaccination a donc fait apparaître un glissement de la médecine vers la morale, au détriment des grands principes éthiques dictés par le code de Déontologie et le serment d'Hippocrate, qui rappellent que les soignants doivent soigner selon les besoins des malades, sans autre critère et sans faire intervenir leur jugement moral. En revanche, il convient de rappeler que ce « tri des patients » admissibles en réanimation est une réalité antérieure à la Covid-19, à la charge finale des équipes soignantes. Et quelle charge ! Ce n'est donc pas une question nouvelle ni un débat de théoriciens. Quant à inclure la vaccination comme nouveau critère décisionnel, cela reste bien-sûr problématique. Dans sa tribune, le Professeur GRIMALDI rappelle que ce tri obéit au principe du nombre de vies sauvées par unité de moyens mobilisés. Là encore, ce qui prévaut est la protection du plus grand nombre. Mais aujourd'hui, un autre grand principe mis en avant est celui de la justice. De l'injustice plutôt. Pourquoi une personne non-vaccinée devrait-elle prendre la place d'un patient en attente d'une chirurgie pour son cancer ? Pourquoi une personne de 60 ans refusant le vaccin et entrant en réanimation devrait-elle prendre la place d'un patient de 80 ans, vacciné, père et grand-père, lui faisant par là même perdre de grandes chances de survie ? Tels sont les questionnements et les revendications que l'on peut entendre dans les couloirs des hôpitaux comme sur les terrasses de café. Ces questions veulent ainsi amener le principe d'autonomie et de responsabilité individuelle dans une logique jusqu'au-boutiste. Si cette colère des soignants doit être comprise et respectée, face au côtoiement quotidien de la mort, de l'impuissance et du manque de moyens, elle vient rappeler une définition fondamentale du soignant. Le soignant, c'est celui qui soigne l'autre en dépit de lui-même, celui qui prend soin du vieillard chuteur qui refuse d'aller à l'hôpital, de l'alcoolique qui en est à sa dixième récurrence, du diabétique qui ne se suit pas correctement, du cancéreux qui refuse une chimiothérapie. C'est celui qui soigne en respectant les attentes de son patient, même lorsqu'elles sont opposées aux siennes. C'est donc aussi celui qui prend soin du malade qui ne veut pas se faire vacciner, qu'importe les motivations l'ayant amené à cette décision. Ce principe est fondamental, et le respect du principe d'autonomie ne peut donc signifier l'abandon pur et simple de l'acte de soin. Au contraire, c'est là que se joue précisément toute la relation soignant-soigné : lutter contre le contre-transfert négatif pour mieux soigner et soigner tout le monde.

Malheureusement, la fragilité des professionnels et l'hypermédiatisation qui a joué le jeu des bons et des mauvais ont fait perdre de vue ces principes majeurs. Le non-vacciné a donc été choisi pour endosser en partie la responsabilité de cette crise. Selon l'anthropologue Danièle

DEHOUE **(85)**, « il correspond à ce que l'anthropologie désigne comme un bouc émissaire », puisqu'il « permet, par son exclusion plus ou moins ritualisée, une réconciliation momentanée du groupe en attirant sur lui une violence suffisamment forte et unanime » **(86)**. Enfin, on peut supposer que l'empathie envers les patients non-vaccinés est réduite pour certains praticiens, entraînant par là même un manque de disponibilité émotionnelle dont il convient de s'interroger sur les conséquences potentielles, et notamment sur la capacité à porter un diagnostic. Est-ce qu'on ne limite pas nos raisonnements diagnostiques chez les patients non-vaccinés ? Pourquoi chercher plus loin, trop loin, puisque tant pis pour eux finalement. De là se conçoit une autre dimension du soignant, peut-être la plus proche du principe de réalité. Le rôle de soignant est avant tout porté par un individu dans toute sa subjectivité. L'acte de soin réside donc dans sa part d'humanité associée aux préceptes éthiques qui le guident. En ce sens, le serment d'Hippocrate est une ligne directrice fondamentale, mais penser que l'histoire de vie, les valeurs morales et l'éducation ne jouent aucun rôle dans le processus de soin et dans les choix décisionnels est une idée chimérique. On voit bien à quel point l'épuisement et les crises modifient les professionnels dans leurs rapports au soin et aux autres.

2. La gestion de la crise par les professionnels

Durant nos entretiens, plusieurs praticiens ont déclaré une augmentation significative de leur temps de travail en lien avec la crise, à l'exception du printemps 2020 correspondant au premier confinement, où il y a eu à l'inverse une baisse d'activité. Ceci correspond aux données de l'étude DREES de mai 2020 **(26)** qui montre que pour 90 % des médecins alors en exercice, le volume horaire déclaré a diminué, entraînant une baisse du temps de travail moyen estimée entre 13 % et 24 %. Si les consultations pour suivi de maladies chroniques ont drastiquement diminué, celles pour motif de santé mentale ont par ailleurs augmenté. En revanche, au printemps 2021, la moitié des médecins avaient un volume d'activité similaire à une semaine ordinaire avant le début de l'épidémie, et seulement 25 % déclaraient une activité supérieure à la normale.

Ce n'est donc pas tellement la question d'une augmentation du temps de travail mais c'est surtout l'impact émotionnel qui a joué un rôle dans la fatigue des professionnels. L'impact psychique de la crise, important pour l'ensemble de la population, s'est avéré encore plus aigu chez les personnels soignants, en lien notamment avec l'exposition répétée au risque infectieux et à la

réorganisation permanente des soins. Les caractéristiques de cette pandémie ont par ailleurs installé un climat fortement anxiogène. Ainsi, l'anxiété générée par la crise est un fait exprimé par tous les professionnels hospitaliers et libéraux. Plus encore qu'auparavant, les médecins généralistes et les psychiatres ont été le réceptacle de la souffrance humaine, à travers les innombrables plaintes qu'ils reçoivent tous les jours dans leurs cabinets. Ceci n'est pas sans conséquence. Cet investissement émotionnel massif et quotidien est à l'origine pour certains d'un épuisement des ressources. En ce sens, le témoignage du médecin numéro 10 est inquiétant. Et les études montrant la souffrance des soignants générée par la crise sanitaire n'en finissent plus de sortir **(87)**. Selon une étude internationale datant de mai 2022, 60 % de nos confrères urgentistes seraient en épuisement professionnel **(88)**.

Face à cette crise exceptionnelle, et malgré leurs difficultés, la réponse des soignants a été d'envergure. On voit bien dans les différents entretiens que la préoccupation pour le patient a été centrale, face aux risques représentés par la Covid-19 bien-sûr, mais aussi dans le champ de la santé mentale. À tous les échelons, les professionnels de santé se sont ainsi organisés au sein de maillons hospitaliers et libéraux pour répondre au mieux à l'afflux des malades. Une organisation quasi-militaire, et cette comparaison faite par plusieurs médecins de notre étude n'est pas un hasard : une mobilisation collective majeure, une hyperadaptabilité, des soignants dévoués et disciplinés qui accomplissent leurs missions sans remettre en question les consignes, une organisation stratégique inédite face à un ennemi microbiologique nouveau et incertain. Cette gestion de l'épidémie par les autorités fait l'objet d'avis divisés auprès des médecins de notre panel, notamment dans la communication et le flux effréné de nouvelles mesures. C'est également ce qu'observe l'étude DREES de mai 2020 **(89)**. Selon ce rapport, seulement 60 % des médecins généralistes font confiance au ministère chargé de la santé pour gérer l'épidémie, et 50 % pour informer les professionnels de santé ; deux médecins sur trois jugent que les recommandations officielles sont claires, mais deux sur trois pensent aussi qu'elles changent trop souvent. Dans cette lutte, les moyens n'ont pas toujours été suffisants pour permettre aux soignants de travailler en sécurité. Certains médecins de notre enquête rappellent la difficulté de se procurer des masques et du matériel de protection. En effet, durant le printemps 2020, six médecins sur dix estiment ne pas pouvoir se protéger efficacement.

De nombreux professionnels en première ligne, particulièrement exposés au virus, sont décédés. L'exemple le plus spectaculaire est celui du Pérou (90) qui a vu périr 6 % de l'ensemble de ses médecins, chiffre le plus élevé au monde. En France, les médias ont consacré de très nombreux témoignages et portraits rendant hommage aux professionnels de santé victimes de la Covid-19. Alors que l'hôpital est en crise et beaucoup de soignants épuisés, la souffrance et les revendications individuelles se sont effacées au profit d'un but commun ; le soin de l'autre. Même s'ils marquent une prise de conscience de la population, les applaudissements aux fenêtres et les distinctions politiques ne sont pas suffisants pour louer cette implication et cet engagement majeur, décrit également par les médecins de notre panel et qui, à certains égards, pourrait être qualifié de quasi-sacrificiel. C'est dans cette perspective que peut se concevoir une autre définition du mot « soignant ». Soigner, sortir de soi pour l'autre, mettre de côté ses affects, ses tracas, pour s'occuper d'un autre souffrant. La crise a ainsi révélé les valeurs qui réunissent toute une profession.

Dans notre étude, les praticiens ont observé une dégradation des conditions de travail durant la crise. Plusieurs médecins ont décrit des conflits de valeurs, en lien par exemple avec le manque de temps entraînant une moindre qualité dans les soins, mais aussi par l'obligation de tenir un rôle de « gendarme ». Les soignants sont soumis à des conditions de travail qui parfois les contraignent à ne pas pouvoir accomplir leurs missions : par manque de personnel, de matériel, par une gestion entrepreneuriale de beaucoup d'établissements, où les considérations humaines sont mises de côté au profit de considérations de profit. Cette logique industrielle et ses valeurs de rentabilité sont la plupart du temps en contradiction profonde avec les valeurs déontologiques des métiers de soin. Pire encore, ces nouvelles normes engendrent chez les soignants des sentiments négatifs de culpabilité, d'incompétence et une perte de sens dans leur travail. Tous partagent le même constat. D'ailleurs, il est rare de trouver un établissement où les relations entre soignants et personnel administratif sont dénuées de conflits et de mécompréhension. Tantôt on entendra que les dirigeants sont déconnectés des réalités du terrain, tantôt que les soignants sont capricieux et veulent travailler moins. Mais la crise a accéléré le phénomène, en aggravant la carence de personnel, en mettant les soignants dans une position forcée quasi-policrière consistant à veiller au respect de mesures politico-sanitaires qu'ils n'ont pas choisies, pour lesquelles parfois ils n'étaient même pas en accord. Pourtant, ils ont largement rempli leurs rôles. Ces considérations nous amènent à reconsidérer le soin dans son sens étymologique.

Dans un article publié en avril 2006 **(91)**, la chercheuse en philosophie Céline LEFÈVE rappelle que le mot soin possède deux racines. L'une *songne* vient du latin médiéval *sunnia* et du francique *sunnja* et signifie « nécessité, besoin » ; l'autre *soign* qui vient du latin tardif *sonium* signifie « souci, chagrin ». L'acte de soigner référait donc au corps dans ses aspects matériels, mais il désignait aussi le souci de l'autre et de ses besoins. On comprend donc à quel point les enjeux de temps sont fondamentaux pour les soignants contemporains, tout comme ils l'étaient à des époques antérieures, puisque le sens même de l'acte de soin réside dans le fait de prendre du temps. Comment s'occuper d'un malade quand les minutes sont comptées ? Il convient également de rappeler que soin et médecine ne sont pas synonymes. Si le soin apparaît en Grèce antique comme l'origine de la médecine, les deux se séparent au Moyen Âge, pour des raisons sociales et religieuses, le soin étant alors la réalisation de la vertu chrétienne dans les œuvres d'assistance destinées aux pauvres. Ils se séparent aussi au XIXe siècle avec l'émergence de la médecine scientifique, anatomoclinique, entraînant une objectivation des maladies et des malades. Dans *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Claude BERNARD écrit alors : « Les malades ne sont au fond que des phénomènes physiologiques » **(92)**. Dans son article, Céline LEFÈVE rappelle que « ce déni de subjectivité des soignés s'est aussi manifesté par le déni de la subjectivité des soignants, de leurs affections et émotions nées de la rencontre intime avec la souffrance » **(91)**. Si les codes de déontologie régissent une éthique du soin, guidée par de grands principes comme la confidentialité, la qualité des moyens mis en œuvre ou l'absolue égalité de traitement des individus, il existe aussi une éthique du « prendre soin », guidée elle par le respect absolu de la dignité, mais aussi « la discrétion du geste et le partage d'un sort commun, cette attitude que caractérise assez bien le terme de fraternité ». C'est ce que rappelle le déontologue Denis PIVETEAU dans un ouvrage publié en 2009 **(93)**.

Les médecins ont donc cette double fonction d'allier le soin et la médecine. Les médecins généralistes et les psychiatres, par leurs liens de proximité avec les patients, sont tout particulièrement concernés. Aujourd'hui, le défi ne réside plus seulement à réconcilier le soin et la médecine technique, mais à le réconcilier avec la gestion industrielle de l'« entreprise Santé » du XXIe siècle. Mais alors comment le remettre au cœur du système, tout en garantissant des établissements pérennes qui accueillent chaque année de plus en plus de patients ? Penser que cela passera uniquement par une augmentation des moyens et du personnel est insuffisant car l'enjeu principal est ailleurs ; c'est sans doute le système dans son ensemble qu'il faut repenser. Repenser

ou déconstruire, puisque jusque dans les années 1970, le pouvoir était principalement aux soignants, aux chefs de service en l'occurrence. Puis, l'augmentation des dépenses et des coûts a renforcé quantitativement l'administration hospitalière, au détriment du personnel soignant. Outre cette augmentation en nombre, il y a eu également le glissement d'un nombre significatif de personnels soignants vers des postes administratifs. Selon Michel HUGUIER, ancien chef de service à l'hôpital Tenon et ex-conseiller de Simone Veil, l'une des pistes majeures serait de « redonner aux médecins chefs de service une autorité effective sur tous leurs collaborateurs, supprimer les pôles, redéployer le personnel soignant qui travaille sur des postes administratifs dans les services de soins ». Selon lui, « diriger est une chose que les médecins doivent assumer, gérer est du domaine de l'administration » **(94)**.

Cette période correspond également au système du mandarinat, où le chef de service concentrait le pouvoir et exerçait une aura verticale ; un système qui pouvait être destructeur pour tous ceux qui ne rentraient pas dans les cases de la chefferie, à l'origine de dérives et d'un exercice de pouvoir abusif, à l'instar des récentes condamnations de plusieurs médecins exerçant au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers **(95)**. Néanmoins, on peut accorder à ce modèle paternaliste qu'il était un système structuré. Aujourd'hui, on se retrouve sans chef de file et sans cadre ni vision d'avenir. Dès lors, une autre question se pose. On voit bien que le pouvoir, lorsqu'il est concentré aux mains d'une seule entité, est à l'origine de nombreuses dérives. C'était le cas hier et c'est encore le cas aujourd'hui, même si la chefferie a changé. À l'échelle hospitalière comme nationale, cette gouvernance par les chiffres, l'altération des idéaux fondamentaux par l'exercice du pouvoir, les critiques acerbes envers les discours politiques et sanitaires, la quête d'émancipation et la révolte d'un peuple contraint viennent réactualiser les pensées et les contestations de Georges ORWELL dans son ouvrage de 1945, *La Ferme des animaux* **(96)**. Alors, comment réformer l'hôpital et le système de santé si cela implique de réduire le millefeuille administratif et de redonner du pouvoir aux soignants, alors que cette même administration en est aujourd'hui détentrice ? Quel roi aurait envie de donner sa couronne ? Comment répartir équitablement les rênes décisionnelles et de gestion afin que l'hôpital tourne et que les équipes retrouvent un modèle et donc une vision, non pas parce qu'elles y sont contraintes comme c'est le cas aujourd'hui, mais parce qu'elles le désirent ? C'est bien ce qui fait toute la différence, dans tous les milieux, entre un groupe engagé et un groupe assujéti et contraint. Il ne s'agit évidemment pas de déstructurer encore plus l'hôpital en remettant en cause toute question

de pouvoir et de hiérarchie, mais de remettre en jeu l'idée de participation aux choix de services et d'établissements, avec un vrai poids décisionnel. Cette omnipotence administrative porteuse de valeurs perçues comme déshumanisées est l'une des causes du désarroi des soignants. Et les quelques mesures proposées récemment prouvent la méconnaissance ou le déni total des racines de ce malaise par le système de pouvoir. Ce sentiment d'une déconnexion des autorités est partagé à la fois par le corps hospitalier et par les médecins libéraux.

Le manque de temps a été une préoccupation majeure pour tous les praticiens de notre étude. Afin de réfléchir à cette question, il convient d'abord de rappeler certaines données. En mai 2019, avant le début de la pandémie, une étude DREES **(33)** révélait que 72 % des médecins généralistes estimaient manquer de temps pour accomplir leur travail. Par ailleurs, le nombre de médecins généralistes a diminué de 8,4 % entre 2007 et 2016, selon les chiffres de 2021 publiés par le CNOM. La période 2007-2025 correspondra à la perte d'un médecin généraliste sur quatre **(97)**. Selon l'étude Doctolib datant d'avril 2017 **(98)**, les médecins généralistes français allouent en moyenne 17 minutes par consultation. En 2006, c'était 16,4 minutes en moyenne **(99)**. Ce temps de consultation n'a donc pas diminué malgré la pression démographique, il a même connu une très légère hausse. Il est également long au regard d'autres pays du monde, avec une moyenne générale de 10,7 minutes (7,6 minutes en Allemagne, 7,8 minutes en Espagne, 15 minutes en Belgique, et 15,6 minutes en Suisse) **(100)**. Selon cette même étude Doctolib, les médecins généralistes figurent parmi les médecins qui effectuent individuellement le plus grand nombre de consultations par jour : 22 en moyenne. À l'échelle nationale, un tel volume fait de cette profession un acteur essentiel dans l'organisation de l'offre de soins, capable d'absorber des besoins exceptionnels dans les périodes de tension. Dans notre enquête, les praticiens décrivent tous une charge de travail importante et pour cause ; les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine de travail ordinaire **(33)**.

La problématique n'est pas meilleure du côté de nos confrères psychiatres. En effet, la profession assiste à une pénurie grave, associée à une fuite des psychiatres du service public. En 2022, 30 % des postes en psychiatrie ne sont pas pourvus dans les hôpitaux publics, selon la Fédération française de psychiatrie. Au-delà des problématiques liées au numerus clausus, la profession souffre d'un manque cruel d'attractivité : image négative et préjugés de la part des étudiants, manque de considération, absence de stage en psychiatrie obligatoire durant le cursus

médical. Interrogé en 2022, le Président de l'Association nationale des étudiants en médecine de France rappelle que « deux étudiants sur cinq ne font aucun stage en psychiatrie » **(101)**. De 2012 à 2018, entre 1 % et 4 % des postes d'internes en psychiatrie restaient vacants à l'issue de la procédure de choix après les épreuves classantes nationales (ECN). Mais en 2019, ce pourcentage est passé à 17,5 %. La psychiatrie stagne à la 40e place sur 44 des spécialités choisies selon des statistiques sur les ECN de 2020 **(102)**.

Au regard de ces données, le manque de temps apparaît comme un problème insolvable : plus de monde, moins de médecins, des temps de travail difficilement allongeables, des besoins accrus par une crise multi-systémique, une demande grandissante en santé mentale. La question de la rémunération, revendiquée par plusieurs médecins de notre panel, est une préoccupation centrale chez les généralistes, réclamée par la plupart des syndicats nationaux. Selon l'enquête internationale *Physician Compensation Report 2019* **(103)**, les médecins français sont ceux qui se sentent les moins satisfaits par leur rémunération (26 %), à égalité avec les médecins mexicains (26 %). Mais ces enjeux autour de la rémunération ne semblent pas résoudre à eux seuls le problème. Mieux rémunérer pour améliorer les conditions de travail et redonner de l'attractivité peut-être, pour participer à la revalorisation du métier auprès de la population également ; mais mieux rémunérer pour prendre le temps non, car du temps, justement, on n'en a pas. Cette question n'est donc pas la seule à prendre en compte. Pour redonner du temps aux médecins, les pistes évoquées par notre panel sont aussi celles du ministère de la Santé, au premier rang desquelles l'appui des autres professionnels de santé, et notamment des IPA. Nouveau diplôme depuis la rentrée 2018, avec une formation plus poussée (Bac+5), leur objectif, le travail en appui des médecins, ne fait pourtant pas l'unanimité au sein du corps médical. À titre d'exemple, le syndicat Action Praticiens Hôpital a dénoncé dans son rapport du 25 janvier 2022 la création des IPA d'urgences, en parlant même d'une nouvelle médecine « low cost » offerte aux français **(104)**. Dans sa lettre parue sur le site Legeneraliste.fr en mars 2018 **(105)**, le Dr Yves ADENIS-LAMARRE ira même jusqu'à affirmer : « Le généraliste est mort, vive les IPA. » Du côté des psychiatres, le Président de la Conférence des Présidents de Commission Médicale d'Etablissement, Christian MULLER, reçu au ministère des Solidarités et de la Santé en juin 2021, alertait : « Il est illusoire de considérer que l'activité des psychologues et des IPA pourra résoudre le problème » **(106)**. Si le travail en équipe apparaît comme une nécessité pour tous les professionnels de santé, les conditions d'exercice floues de cette nouvelle profession et la verticalité de mesures prises sans concertation avec le corps

médical font donc l'objet de vives critiques. Par ailleurs, il semble clair que ce transfert de compétences comme réponse à la pénurie médicale participe au sentiment de dévalorisation ressenti par une partie de la profession.

3. Médecin généraliste : besoins, enjeux, limites et tentatives de définition

La pandémie Covid-19 nous a renvoyé de plein fouet notre incapacité à pouvoir tout contrôler. Aussi puissante et avancée soit la société humaine contemporaine, les médecins et les autorités ont pu commettre des erreurs, des excès. En la matière, la complexification récente des obligations administratives dans les mesures de contention et d'isolement, nous rappellent que nous, médecins, ne sommes pas tout-puissants. Nous ne pouvons décider de tout, et nous ne pouvons décider sans contraintes ni contreparties. La dégradation de la confiance envers les médecins aura certainement un impact sur la qualité future de notre relation aux patients, fondée justement sur la confiance. Durant nos entretiens, les médecins ont clairement exprimé plusieurs besoins : plus de temps et plus de soignants dans toutes les filières, la volonté d'un travail en équipe et en réseau qui est illustratif du mode de travail souhaité par les jeunes générations. Ils expriment également un besoin de valorisation ; une valorisation financière pour mieux correspondre à la complexité et aux responsabilités de leur travail, mais qui participerait surtout à revaloriser le métier auprès de la population. On peut se questionner par exemple sur la valeur perçue d'un acte quasi-gratuit pour la personne qui le reçoit, et la tendance à considérer celui qui le prodigue comme un prestataire de service qui n'aurait pas d'autre choix que de répondre à toutes les demandes de ses patients. On peut ainsi s'interroger sur l'impact du tarif de consultation sur la relation avec nos patients. Qu'en est-il dans d'autres pays comme l'Allemagne où le tarif de consultation est à plus de soixante-dix euros ? Il n'est pas question de dire que l'argent réglerait le problème. Dans ce qui est à valoriser ou à réparer, au contraire, l'essentiel est ailleurs. L'ensemble des éléments vus précédemment nous amènent à réfléchir à ce que signifie aujourd'hui être médecin généraliste et à sa place dans la société dont il est finalement acteur et observateur.

Nous l'avons vu, le médecin généraliste a cette double fonction de médecin et de soignant. On pense alors à la célèbre devise attribuée au chirurgien des rois Ambroise PARÉ, « guérir parfois, soulager souvent, soigner toujours », qui nous rappelle que jamais la science et la technique ne doivent nous éloigner de l'essentiel. Dans sa thèse de médecine soutenue en 1943, **(107)** Georges

CANGUILHEM nous rappelle que « la médecine est née de l'appel du malade, de l'attention portée à sa souffrance et que, de ce fait, le souci de l'individualité souffrante, qui en constitue la raison d'être et la source, doit en rester le cœur ». Le médecin généraliste, par sa proximité et les liens construits dans la durée avec ses patients, est donc un acteur majeur du processus de soins.

En deux ans et demi, la pandémie Covid-19 a fait l'effet d'un véritable traumatisme psychosociétal. Après un temps de sidération collective, une partie des soignants a décidé de s'en aller. Et pour ceux qui restent, vient le temps de la résilience et des questionnements. Est-ce que collectivement, le corps médical va avoir suffisamment de résilience pour se relever ? Et est-ce qu'individuellement, on peut le faire ? Quelle est la place qui va en ressortir ? Le médecin idolâtré et tout-puissant n'est plus. Mais il n'est ni faible ni incompetent. Que penser des jeunes médecins qui sont déjà fatigués ? Arrivera-t-on à répondre à cette crise des vocations ? Si l'on entend dire que les jeunes médecins sont moins engagés et ne nourrissent plus les mêmes vocations, ne faudrait-il pas au contraire que les politiques et la société dans son ensemble prennent un engagement majeur ? Contrairement aux idées véhiculées, le projet d'installation ne semble pas souffrir de désamour auprès des jeunes médecins généralistes. Une étude du CNOM d'avril 2019 **(108)** montre en effet que ce projet intéresse 72 % des néo-médecins. Néanmoins, après cinq ans d'exercice, seulement 35 % des jeunes médecins se sont finalement installés en libéral. Selon cette étude, les principaux déterminants à l'installation sont un besoin d'accompagnement des confrères et des institutions, une proximité des autres professionnels et des services publics, des horaires et un rythme de travail équilibrés. En revanche, les aides financières ne sont pas un critère déterminant, mais l'étude montre bien l'appréhension des jeunes face au risque économique et aux difficultés de gestion que représente l'installation libérale. Par ailleurs, le remplacement n'est pas un frein à l'installation mais une période essentielle dans le projet des jeunes médecins. Toutefois, il serait nécessaire de reconduire aujourd'hui cette étude menée en 2019 avant la crise, afin d'en évaluer les impacts potentiels.

Nombre de praticiens proches de la retraite déplorent une transformation progressive du métier. Le médecin généraliste, véritable confident et compagnon de vie, se retrouve aujourd'hui prestataire de service dans une société du tout consommable et de l'immédiateté, relayé parfois au rang de délivreur d'ordonnances et de papiers en tout genre. S'il ne s'agit pas de louer la toute-puissance médicale, aujourd'hui, le médecin est de moins en moins respecté. Selon une enquête du

CNOM datant de 2021, les médecins libéraux sont de plus en plus confrontés à la violence physique ou verbale **(109)**, les deux motifs les plus fréquents de ces violences étant le refus de prescrire un médicament bien précis (37 %), un refus de prescription ou de prise en charge (17 %). En revanche, seulement 6 % d'entre elles étaient causées par le refus du vaccin ou des mesures sanitaires. À l'heure du « Docteur Google », des réseaux sociaux, et dans une société marquée par l'« ultracréditarisme » où toutes les paroles ont la même valeur, celle du médecin a perdu largement de son aura. Un des exemples illustratifs est la banalisation des rendez-vous non honorés. Selon une étude de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) Île-de-France en 2015 **(110)**, ils représentent 6 % des rendez-vous hebdomadaires, soit 40 minutes par jour de temps de consultation, et 90 % d'entre eux ne seraient pas excusés. Un sondage réalisé en 2019 **(111)** démontre que cette banalisation des rendez-vous manqués concerne 97 % des médecins libéraux et 90 % des médecins hospitaliers. À l'heure où la culpabilité de la carence médicale est portée par de nombreux confrères, cette situation est vécue injustement.

Tout travail nécessite du repos. En effet, une fois la porte du cabinet fermée, la charge émotionnelle d'une journée ordinaire ne disparaît pas pour autant. Si le statut libéral permet une liberté dans le choix des horaires, beaucoup de médecins font face à des conflits de valeurs entre la possibilité de s'absenter et la nécessité d'assurer la continuité des soins. On pense alors à la phrase illustre attribuée à Georges CLÉMENCEAU : « Les cimetières sont pleins de gens irremplaçables, qui ont tous été remplacés. » Cette réflexion doit rappeler aux soignants qu'ils n'ont pas à porter la responsabilité de la carence médicale. Car on pourra toujours faire plus, travailler plus, accueillir plus de patients, mais à quel prix ? Sans limite personnelle claire, les risques encourus par une telle logique de zèle sont désastreux : soigner plus, mais soigner moins bien, et parfois en arriver à ne plus soigner du tout. Comment résoudre cette question, alors que la réalité du terrain nous montre que justement, les médecins sont irremplaçables. Il est ainsi légitime de se questionner sur le risque qu'on fait prendre à ses patients en ne venant pas travailler à son cabinet.

Ainsi, ces réflexions portent à croire que la relation patient-médecin, abîmée par la crise, serait-elle aussi à soigner, dans un sens et dans l'autre. Mais cela sera-t-il possible sans soigner les maux qui affectent la société elle-même, où la relation à l'autre est profondément altérée ? Ces nombreux conflits de valeurs mettent en lumière des principes fondamentaux qui régissent notre profession. Ces valeurs, qui n'appartiennent nullement aux générations d'il y a cinquante ans mais

remontent à des âges millénaires, n'ont pas disparu. On ne choisit pas d'être médecin généraliste en cabinet pour rien, on ne fait pas dix ans d'études pour rien, même si aujourd'hui, les envies ne sont plus les mêmes. On choisit d'être médecin de famille, témoin des histoires de vie et observateur intime de la société humaine. On choisit d'être médecin et soignant. Le conflit générationnel, qui n'a véritablement aucun fondement, vient parler de la souffrance de toute une profession. Médecin généraliste est un métier de passion, un métier qui nourrit et qui abîme. Et l'un ne va pas sans l'autre. Car quoi qu'on en dise, ce métier choisi par vocation nécessite une implication qui coûte. Aujourd'hui, cet équilibre essentiel est remis en cause pour beaucoup : trop de poids sur les épaules, trop de culpabilité, pas assez de moyens, pas assez de considération, et un statut qui s'est transformé et qui, pour certains, ne répond plus aux aspirations. Pour autant, et c'est aussi ce que cette crise nous a démontré, la flamme qui habite les médecins et nourrit les vocations n'est pas près de s'éteindre.

Ce projet porté à deux pendant près de deux années a été source de débats mouvementés, de frustration parfois, de concessions et d'un travail important de synthèse. Ainsi, il a été aussi une aventure vers le chemin de la dialectique, c'est-à-dire le dialogue entre deux individus ayant des sensibilités et des idées différentes et cherchant à se convaincre mutuellement, en vue d'acquiescer une forme de connaissance supérieure par l'examen et la synthèse de leurs points de vue. Dans cette crise qui a forgé de fortes oppositions et séparé les individus, le travail d'entente et du débat vertueux ont été mis à mal. Devoir s'y employer à deux dans le cadre de ce projet a été à la fois difficile mais ô combien essentiel et gratifiant pour les deux parties. Là où la crise a été le théâtre d'invectives, d'accrochages verbaux et de clivages, il a fallu se convaincre, argumenter pour finalement composer ensemble. Et c'est bien là tout l'enjeu du vivre ensemble dans une société complexe faite d'innombrables individualités. C'est aussi notre travail de médecin, d'entendre, de comprendre que notre position, nos valeurs, nos connaissances ne font pas foi, qu'elles seront remises en travail et en mouvement à l'aune de chaque nouveau patient ; que ces rencontres ne doivent pas être sources d'opposition qui nous séparent, bien qu'il y ait des limites infranchissables, mais d'une écoute et d'un respect de l'autre qui nous grandissent. Car il n'est jamais bon de voir le monde en noir ou en blanc, puisqu'il est fait d'innombrables nuances.

FORCES ET LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

1. Choix de la méthode et objectif

Nous avons fait le choix d'une étude qualitative. Au vu de la complexité et de la subjectivité des éléments abordés, une étude statistique quantitative ne paraissait pas adaptée. Les résultats n'ont pas pour but d'être généralisés mais visent à améliorer la compréhension de la pratique médicale en soins primaires. Bien que nous nous soyons astreints à suivre une méthodologie rigoureuse, notre travail comporte donc des biais inhérents aux études qualitatives qui sont par définition limitées dans leur reproductivité.

L'objectif principal était d'étudier les impacts de la crise sur les pratiques de dépistage de la dépression du sujet âgé par les médecins généralistes. Nous avons volontairement choisi d'élargir cet objectif afin de travailler sur d'autres enjeux, au cœur de l'actualité, en nous intéressant par exemple aux répercussions de la crise dans les EHPAD, aux enjeux concernant la vaccination et à la souffrance des soignants, apportant ainsi une dimension éthique à notre travail. Nous assumons donc cette sortie de route.

Au moment de l'élaboration du questionnaire, le titre de thèse était déjà déposé. Il s'est donc posé la question d'adapter notre titre de thèse secondairement pour qu'une fois publiée, celui-ci reflète fidèlement le travail d'analyse mené tout en gardant la structure initiale de notre thématique. Le changement de titre a été validé au niveau de la Faculté et nous avons modifié le titre le 1^{er} août 2022.

2. Limites méthodologiques et biais

S'agissant de la réalisation des entretiens, nous pouvons émettre certaines critiques. Par exemple, les conditions de l'interrogatoire n'ont pas pu être homogénéisées, en partie pour des raisons sanitaires, mais également parfois pour des contraintes pratiques. Les questionnaires qui n'ont pu être réalisés par entretien physique ont été faits par téléphone.

De plus, certains médecins ont apporté des réponses englobant plusieurs questions. Cette fréquence des réponses « fleuves », qui n'est pas étonnante au vu des sujets abordés, a parfois entraîné des difficultés pour maintenir rigoureusement la trame de l'interrogatoire face à la dynamique de locution de certains répondants. Malgré la phase de pré-test, il a été nécessaire pour chacun des investigateurs de reformuler certaines questions, soit par demande explicite parce que la question n'avait pas été bien comprise, soit parce que le médecin ne répondait pas précisément à la question posée.

S'agissant d'une étude qualitative, nous avons essayé de privilégier les questions ouvertes. Malgré la présence de plusieurs questions fermées, les réponses données ont souvent fait appel à un développement et une argumentation spontanée de la part du médecin interrogé. Lorsque cela n'était pas le cas, nous avons tâché de faire une relance ; à l'exception des questions sur la mise à jour des connaissances et de l'usage de nouveaux outils dont les réponses sont restées binaires.

Enfin, le travail de rédaction à quatre mains a engendré des difficultés importantes, en lien avec nos envies et représentations personnelles. S'en sont suivis de longs échanges, multiples relectures, corrections et adaptations qui ont engagé un temps conséquent. C'est notamment cette difficulté, rapportée à notre directrice de thèse, qui a fait émerger l'idée d'une rédaction indépendante et autonome de deux discussions distinctes.

Biais de sélection

Nous avons inclus des médecins qui faisaient partie de notre entourage professionnel, ce qui constitue un biais de recrutement. Ils n'ont pas été choisis au hasard dans le « pool » des médecins généralistes des Pays de la Loire. Bien que sa représentativité statistique ne soit pas parfaite, notre échantillon raisonné reflète en partie sa diversité. Nous avons une répartition équilibrée entre les catégories d'âge (jeune médecin et médecin proche de la retraite), les hommes et les femmes à raison de six pour huit, ainsi que les secteurs ruraux et semi-ruraux.

L'échantillon comporte une surreprésentation des MSU, puisque nous en comptons six sur quatorze. Ce rôle pédagogique, bien que présent chez tout médecin généraliste mais qui concerne beaucoup les MSU, peut constituer un biais de sélection. On peut supposer par exemple que les MSU privilégient le travail d'équipe et l'activité collaborative plus que la moyenne.

Par ailleurs, la majorité des participants montrait un intérêt pour le sujet et pour la psychiatrie. L'interrogatoire de davantage de praticiens moins intéressés par ces thématiques aurait probablement permis d'apporter des réponses nouvelles ou nuancées.

Dans la mesure où les entretiens ont nécessité un temps relativement long, et malgré la bonne volonté de tous les participants, on peut se poser la question de la disponibilité d'esprit. Les entrevues ont parfois été limitées par des impératifs de consultation. Par exemple, l'interrogatoire du médecin numéro 4 a été interrompu à plusieurs reprises car celui-ci devait intervenir auprès de son interne.

Biais d'investigation

La faible expérience des enquêteurs en termes d'entretiens semi-directifs peut représenter une limite, et ce malgré les cours dispensés au département de médecine générale. Le statut de l'enquêteur peut aussi représenter un biais. Nous sommes tous deux médecins généralistes remplaçants. Or, ceci peut engendrer un biais dans les réponses des médecins interrogés, par exemple par peur d'être jugé par un confrère.

Biais de désirabilité sociale

Ce biais **(112)**, inhérent à toute recherche qualitative menée par entretiens, correspond à la tendance à donner des réponses conformes aux normes sociales attendues. Ainsi, sont définis comme socialement désirables les pensées et comportements en accord avec ce que les individus doivent penser ou faire pour être appréciés par autrui dans un contexte social particulier **(113)**.

Biais d'analyse

Les données ont été interprétées au fur et à mesure de leur recueil. Ainsi, à la suite des résultats des premiers entretiens, nous avons été amenés à ajouter une question à la grille d'entretien, relative à l'avis, *a posteriori*, concernant la gestion de la crise. Il nous manque donc la réponse à cette question pour certains participants. Cela est toutefois peu dérangeant puisque cette question participe davantage à une recherche d'ouverture.

L'analyse des résultats par découpage thématique a nécessairement entraîné une part de subjectivité de la part de l'investigateur. Pour limiter cette subjectivité, une analyse croisée par au

moins trois investigateurs indépendants, une triangulation des données ou une analyse par un logiciel adapté aurait été pertinente. Pour pallier ces limites et maintenir une validité correcte à l'étude, un important travail de vérification a été effectué, consistant en des relectures multiples et croisées, à la fois des données brutes et des analyses de chaque investigateur.

La saturation des données est discutable, car nous nous sommes arrêtés à quatorze entretiens, constatant qu'il y avait une certaine redondance acquise dans les réponses exprimées. Toutefois, on voit bien dans la partie Résultats que plusieurs réflexions n'ont pas été rapportées que par un seul médecin. Il est donc légitime de penser que des entretiens supplémentaires auraient permis la découverte de nouvelles données. Puisqu'il s'agissait d'assurer une réponse significative à notre objectif principal, celui-ci a tout de même été atteint, permettant de surcroît de nombreuses réflexions d'ouverture.

3 Forces de l'étude

Cette étude s'est déroulée en période de crise sanitaire, où les mesures de distanciation physique étaient de mise, où le manque de temps des professionnels était important. Sa force réside donc dans sa capacité à avoir pu faire parler des médecins généralistes, pour beaucoup fatigués, et parfois livrer leur souffrance. Le fait que dans un tel contexte, ils aient accepté de prendre le temps de participer à des entretiens longs est tout à fait parlant sur la situation des soignants et leur besoin de relayer les informations.

Ce travail porté à deux a permis d'étoffer la réflexion en confrontant nos idées à chaque étape de l'étude. Cela a également favorisé une relecture critique ainsi qu'une écriture plus travaillée de notre thèse. Lors de l'analyse des résultats observés dans nos entretiens, il a fallu exploiter les données, faisant forcément appel à une part de subjectivité. Cette dernière a pu être minimisée puisqu'elle est la synthèse de nos deux analyses, indépendamment réalisées dans un premier temps. Ainsi, la triangulation de notre travail a pour mérite de limiter les biais d'analyse et d'interprétation et donc de maintenir la validité interne de notre étude. Le recueil des données de profils différents par deux investigateurs et la diversité des participants sont les atouts de ce travail.

Enfin la disponibilité, l'accompagnement et l'expertise de notre directrice de thèse à toutes les étapes de la recherche a été une grande plus-value dans notre travail.

CONCLUSION

Cette étude qualitative s'est déroulée durant la cinquième vague de la pandémie Covid-19, par des entretiens semi-dirigés auprès de quatorze médecins généralistes exerçant en Pays de la Loire. L'objectif principal était d'analyser les impacts de la pandémie Covid-19 sur les pratiques de dépistage de la dépression du sujet âgé par les médecins généralistes. L'étude comportait en outre plusieurs objectifs secondaires : questionner l'épuisement et la souffrance des soignants, interroger le vécu et la gestion de la crise, explorer certains enjeux éthiques, notamment sur les politiques menées dans les EHPAD et la vaccination, tenter de définir les valeurs et l'identité professionnelle des médecins généralistes.

Les premiers résultats ont montré que les médecins généralistes connaissent bien les spécificités de la dépression du sujet âgé. Ils reconnaissent aussi que dans cette population, le diagnostic peut être plus complexe à porter, et se sentent parfois peu légitimes pour l'effectuer seuls. Concernant l'objectif principal, les résultats ont permis de déterminer plusieurs impacts majeurs de la crise, à la fois positifs, mais limitants dans les pratiques de dépistage des médecins généralistes.

Comme attendu, le confinement a engendré une dégradation significative de la santé mentale des personnes âgées. Ces résultats sont confirmés par l'étude CoviPrev **(17)** menée en mai 2022 qui estimait une prévalence de 25,8 % de symptômes anxieux (15,7 %) ou dépressifs (10,1 %) chez les patients de plus de 65 ans ; des chiffres deux fois plus élevés qu'avant la pandémie. Il convient de souligner également l'impact direct du virus SARSCOV-2 par la tempête cytokinique, entraînant un risque supplémentaire de 39 % concernant la dépression, 35 % pour l'anxiété et 41 % pour les troubles du sommeil **(21)**.

La pandémie Covid-19 peut être considérée comme un traumatisme psycho-sociétal, vécu à la fois individuellement et collectivement. Par l'augmentation majeure des symptômes psychiques dans l'ensemble de la population, elle a rendu la santé mentale, qui fait l'objet de nombreuses idées reçues, bien plus proche de nous, participant ainsi à sa déstigmatisation. Dans le même temps, la crise a mis en lumière la vulnérabilité de beaucoup de personnes âgées. Elle a engendré un isolement forcé, modifié profondément les modes relationnels, notamment intra-familiaux et

amicaux, aggravant les problèmes de solitude et limitant de fait l'activité physique des plus anciens. Elle a aussi contribué à un climat anxiogène véhiculé par les médias dont les seniors sont très consommateurs.

Les résultats montrent que la santé mentale a été au cœur des préoccupations des médecins généralistes. Ils sont plus sensibilisés au dépistage de la dépression pour leurs patients âgés, bien que l'étude montre aussi que beaucoup l'étaient déjà avant. Ils sont plus vigilants, plus disponibles et se sentent davantage à l'écoute. Ils ont fait en sorte d'être encore plus abordables dans leur attitude pour encourager les patients à s'exprimer. Ils ont été des soutiens de premier choix, parce qu'ils ont été soumis au même stress et du fait de la relation intime avec leurs patients. Ils ont utilisé un interrogatoire plus systématique. Ils ont davantage fait appel aux proches et aux professionnels de santé en première ligne. En revanche, les modalités de dépistage n'ont pas fondamentalement changé et les médecins sont restés sur leurs standards, sans s'appuyer davantage sur les grilles et échelles d'évaluation qui ont une place mineure dans leur stratégie de dépistage, ni utiliser de nouveaux outils. Selon deux travaux de thèses menés en 2017 et 2019, respectivement 31,5 % et 38 % des médecins généralistes déclarent utiliser l'échelle de Hamilton, et seulement 10 % en routine **(114, 115)**.

Le premier confinement a entraîné une baisse estimée entre 13 et 24 % du volume horaire du travail des médecins généralistes **(26)**, ce qui a pu remettre en question initialement le rôle du médecin généraliste dans cette pandémie. Cette période a été marquée par un certain nombre de retards de diagnostic ou de prise en charge des pathologies chroniques. Les patients chroniques sont d'ailleurs 38 % à estimer que leur état de santé s'est détérioré **(28)**. Au printemps 2021, la moitié des médecins avait retrouvé un volume d'activité similaire à une semaine d'avant le début de l'épidémie, et seulement 25 % déclaraient une activité supérieure à la normale. La fatigue professionnelle engendrée par la crise ne s'est donc sans doute pas faite sur une question d'augmentation du temps de travail, même si la charge de travail est très conséquente - 54 heures par semaine en moyenne **(33)**. Beaucoup de médecins généralistes ont été poussés dans leurs retranchements, tout en devant gérer leur propre vulnérabilité à la Covid-19. La crise a entraîné une dégradation des conditions de travail, une augmentation de la charge mentale et une fatigue émotionnelle. Les médecins généralistes ont été en première ligne ; exposés au virus mais aussi à la souffrance des patients. Une méta-analyse menée en octobre 2020 **(39)** observe une prévalence

de 61 % de symptômes anxio-dépressifs chez les professionnels de santé (30 % de troubles anxieux, 31 % de symptômes dépressifs, 44 % de trouble du sommeil) ; des résultats 1,5 fois supérieurs à ceux de la population générale. Certains médecins ont également rapporté un déclin de leur santé physique, en évoquant notamment les troubles ostéoarticulaires. Par ailleurs, la crise a aussi aggravé les fracturations sociales.

Ainsi, les résultats de l'étude montrent plusieurs impacts négatifs de la pandémie ; la fatigue, par la réduction de la disponibilité psychique qu'elle a entraînée chez de nombreux médecins, et donc leur capacité à porter un diagnostic. Puis la politique vaccinale, avec le pass sanitaire qui a conduit à considérer les Français selon deux catégories, déclenchant une immixtion de la morale dans les réflexions médicales. Cette catégorisation des individus est venue remettre en cause un des principes fondamentaux du serment d'Hippocrate qui est la neutralité et l'absolue égalité de traitement des individus. En dépit de ces difficultés, l'étude confirme que les médecins ont répondu présents et ont été exemplaires face aux défis de la crise : par un travail en équipe pour trouver du soutien, des échanges interprofessionnels nombreux, la délégation de tâches auprès des IPA ou des IDE Asalée, l'intensification de la télémedecine pour continuer le suivi de leurs patients, mais aussi par le travail conséquent engagé pour s'adapter en permanence aux mesures successives (protocoles sanitaires, réorganisation du cabinet, vaccination, pass sanitaire). La crise a ainsi révélé un sens de la discipline et un dévouement de toute la profession au profit du soin des patients. La reconnaissance éphémère du public, mesurée à l'applaudimètre lors du premier confinement, et celles des autorités, a laissé place au désarroi. Aujourd'hui, le système de soins est en péril, et les soignants décrivent un sentiment d'abandon.

Pour répondre à la pandémie, les autorités sanitaires ont fait l'objet de plusieurs critiques de la part des médecins en raison d'une gestion jugée désorganisée, d'un manque de communication auprès des professionnels et de mesures sans cesse mouvantes. Si les mesures sanitaires, en particulier le confinement et le port du masque, ainsi que la vaccination ont été jugées positivement et efficaces par la plupart des médecins, la généralisation stricte de ces mesures à l'ensemble de la population, sans tenir compte de certaines particularités, a engendré des situations dont les conséquences ont pu choquer. Il s'agit en premier lieu des mesures prises pour les résidents d'EHPAD. Chez cette population à l'espérance de vie limitée, la qualité de vie et le respect de la dignité sont des principes fondamentaux qui doivent régir notre pratique. Leur non prise en compte

dans le choix d'un isolement contraint et d'une privation des liens sociaux a été vécue très douloureusement, et les conséquences psychiques mais aussi physiques ont été nombreuses.

Si la pandémie a bouleversé les modes relationnels des individus, s'immisçant jusqu'à la sphère intime et familiale, ceci est également vrai au sein du cabinet du médecin généraliste. Dans cette crise d'informations plurielles et contradictoires, le médecin généraliste a été un conseiller précieux pour de nombreux patients en proie au doute, qui lui ont accordé cette valeur de référent. En même temps, la valeur du discours médical semble avoir perdu de sa hauteur. Mais cela n'est peut-être qu'un symptôme d'une société divisée. Par ailleurs, le métier a beaucoup évolué et ses vocations les plus essentielles se sont amenuisées. Certains diront que nous sommes devenus des prestataires, avec une charge administrative étouffante. Les besoins se sont accrus et les moyens ont été réduits ; le métier semble dévalorisé mais les responsabilités sont probablement plus grandes qu'elles ne l'étaient auparavant. Il ne convient pas d'établir de considérations personnelles et de dire si cette évolution a été positive ou non, mais cela vient interroger l'adéquation du métier avec les aspirations de nombreux jeunes médecins. Il est urgent d'intégrer concrètement et définitivement la souffrance des médecins généralistes qu'il ne faut pas sous-estimer par rapport au milieu hospitalier, car il est nécessaire de susciter des vocations.

Ainsi, les entretiens menés ont été l'occasion pour les médecins généralistes d'exprimer leurs difficultés et leurs besoins. S'ils ont exprimé un besoin de temps et de moyens, on retient aussi le souhait de pouvoir accomplir un travail de valeur, en respectant les principes éthiques comme la qualité des moyens mis en œuvre. Les valeurs soignantes se heurtent au principe de réalité et s'opposent à des valeurs contraires aggravées par une pression démographique majeure. Par leur mise en péril forcée, la crise a ainsi révélé les valeurs indispensables qui guident les médecins, qui sont à la fois individuelles mais qui sont aussi les lègues d'une profession très ancienne, définissant ainsi une véritable identité professionnelle. Tour à tour, nous avons tenté d'en définir certains contours : la préoccupation du corps dans ses aspects matériels, le souci de l'autre et de ses besoins, le don de soi, le soin de chaque patient en respectant ses attentes même quand elles rentrent en opposition avec les valeurs du praticien, le soin dans la préservation de la dignité et le maintien d'une autonomie même relative.

Cette étude portée à deux, à travers la richesse des échanges et des entretiens menés, du travail de réflexion et d'introspection, offre le regard croisé de deux jeunes médecins aux parcours similaires mais aux sensibilités différentes, qui ont, tout comme leurs collègues interrogés, été au cœur de la pandémie. Au regard de l'étendue des éléments mis en jeu et de sa faible puissance, aucune conclusion formelle ne peut aboutir mais les réflexions qui en ressortent sont nombreuses. Des études portant sur la prise en charge des médecins généralistes en contexte d'épuisement professionnel ainsi qu'une recherche des moyens de résilience seraient pertinentes. D'autre part, des études quantitatives de longue durée seront nécessaires pour déterminer avec précision les impacts à long terme de cette pandémie, à la fois sur la santé mentale de la population mais aussi sur le métier de médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Organisation mondiale de la Santé. Integrated care for older people. Guidelines on community level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Genève : OMS, 2017 : 46p. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789?sequence=1>
- (2) Institut national de la statistique et des études. Population par âge – Tableaux de l'économie française [Internet]. Févr 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
- (3) Noto R. Ce qu'il faut savoir sur les principales épidémies et pandémies. Médecine De Catastrophe, Urgences Collectives. Sept 2020 ;4(3) : p. 269-77.
- (4) Berche P. Quand l'histoire des épidémies nous éclaire sur la COVID19 [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/actualites/28379-quand-l-histoire-des-epidemies-nous-eclaire-sur-la-covid-19.html>
- (5) Limosin F, Manetti A, René M, Schuster JP. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. NPG 2015;15(89): p. 256-61
- (6) Préville M, Boyer R, Hébert R, Bravo G, Seguin M. Correlates of suicide in the older adult population in Quebec. Suicide Life Threat Behav. Févr 2005;35(1): p. 91-105
- (7) Lamboy B, Léon C, Guilbert P. Depressive disorders and use of health services in the French population according to the Health Barometer 2005. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. Juill 2007 ; 55(3) : p. 222-7
- (8) Waern M, Runeson BS, Allebeck P, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. American Journal of Geriatric Psychiatry, 2002, vol. 159, n°3, p. 450-455
- (9) Autorité de régulation des communications électroniques et des postes. Baromètre du numérique : publication de l'édition 2016 [Internet]. Nov 2016. Disponible sur : <https://www.arcep.fr/actualites/actualites-et-communiqués/détail/n/barometre-du-numerique-publication-de-ledition-2016.html>
- (10) The Centre for Addiction and Mental Health. La dépression chez les personnes âgées [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.camh.ca/fr/info-sante/guides-et-publications/la-depression-chez-les-personnes-agees>

- (11)** Thomas P, Hazif-Thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée [Internet]. In : Gériologie et société. vol. 31. n° 126. France : Fondation National de Gériologie ; mars 2009. p. 141-155. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2008-3-page-141.htm>
- (12)** Tournant B. L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généralistes [Thèse d'état de doctorat]. [Amiens, France]: Université de Picardie Jules Verne; 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01293346/document>
- (13)** Santé publique France. Etude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013) [Internet]. 9 sept 2014. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/etude-epidemiologique-en-soins-primaires-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-en-france-esprit-2013>
- (14)** Morin E, Abouessalam S. Changeons de voie les leçons du coronavirus. France : Denoël ;2020. 160p.
- (15)** Franck N. Covid-19 et détresse psychologique. France : Odile Jacob ;2020. 228p (Psychologie)
- (16)** Marianne. Vivons-nous dans un tableau d'Edward Hopper ? [Internet]. 6 nov 2020. Disponible sur : <https://www.marianne.net/culture/arts-plastiques/vivons-nous-dans-un-tableau-dedward-hopper>
- (17)** Santé publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de Covid-19 [Internet]. 29 juin 2022. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-249162>
- (18)** EPI-PHARE épidémiologie des produits de santé. Covid-19 : usage des médicaments de ville en France [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments- rapport-6/>
- (19)** Organisation mondial de la santé. Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25% dans le monde en raison de la pandémie de Covid-19[Internet]. 2 mars 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- (20)** Leboyer M, Pelissolo A. Les conséquences psychiatriques du Covid-19 sont devant nous... Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. Vol 178 (7); sept 2020. p.669-71. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448720302511?via%3Dihub>

- (21)** Xie Y, Xu E, Al-Aly Z. Risks of mental health outcomes in people with covid-19: cohort study. In: British Medical Journal [Internet]. 376 :e06899316. Févr 2022. Disponible sur : <https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-068993>
- (22)** Académie national de médecine. Pour un suivi neurologique et psychiatrique des formes longues de Covid-19 [Internet]. 31 mai 2022. Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2022/05/22.5.31-Communique-PCRA-25-Pour-un-suivi-neurologique-et-psychiatrique-des-formes-longues-de-COVID.pdf>
- (23)** Le Parisien. « Nous ne voulons plus être gouvernés par la peur » : la tribune de chercheurs et de médecins [Internet]. 10 sept 2020. Disponible sur : <https://www.leparisien.fr/societe/covid-19-nous-ne-voulons-plus-etre-gouvernes-par-la-peur-la-tribune-de-chercheurs-et-de-medecins-10-09-2020-8382387.php>
- (24)** Le quotidien du médecin. « Nous nous sentons totalement abandonnés » [Internet]. 3 mars 2020. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/nous-nous-sentons-totalement-abandonnes>
- (25)** Institut de sondage BVA, Fondation April. « La crise du Covid-19 : quel impact sur la santé des Français ? » 3 / 4 des Français ont eu le réflexe de contacter leur médecin. [Internet]. 2 juin 2020. Disponible sur : <https://www.fondation-april.org/presse/communiqués-de-presse/115-cp-barometre-2020-la-crise-du-covid-19-quel-impact-sur-la-sante-des-francais/file>
- (26)** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? [Internet]. mai 2020; Report No.: 1150. Disponible sur : <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1150.pdf>
- (27)** Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrera H, Mabilie J, Tréhard H, Lapalus D et al. L'impact de l'épidémie de Covid-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique [Internet]. vol 69(3); avr 2021. p.105-15 Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8075812/pdf/main.pdf>
- (28)** Astruc A, Halioua B, Bombezin-Domino A, Wilczynski O, Radoszczycki L. Étude en vie réelle sur l'impact de l'épidémie de la Covid-19 sur les patients atteints de maladies chroniques ; du 3 juin 2020 au 7 octobre 2020 [Internet]. Département Universitaire de Médecine Générale, Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny, France. 2021. Disponible sur : <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2021/05/5-RADOSZYCKI.pdf>

- (29)** Observatoire régional de la santé Pays de la Loire. Épidémio Covid-19 : comprendre et agir
Recours au médecin généraliste pendant le confinement en Pays de la Loire [Internet]. 23 juill
2020. 6p. Disponible sur :
https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_23juillet_EpidemioCovid19_4_RecoursMG.pdf
- (30)** Callisto Production. YouTube [En ligne]. [Vidéo], Nous, médecins généralistes, face au Covid ;
15 juin 2022 ; [14 min, 20 s]. Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=WeIVFdRR14M>
- (31)** Santé publique France. La santé mentale au temps de la Covid-19 : en parler c'est déjà se
soigner [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/la-sante-mentale-au-temps-de-la-covid-19-en-parler-c-est-deja-se-soigner>
- (32)** L'assurance maladie. La téléconsultation [Internet]. Avril 2022. Disponible sur :
<https://www.ameli.fr/loire-atlantique/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
- (33)** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Deux tiers des
médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet].
Mai 2019 [cité jour mois année] ; Report No.: 1113. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>
- (34)** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Difficultés et
adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [Internet]. Janv 2020 ; Report
No.: 1140. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
- (35)** Respublica. Enquête médecins Covid, j'en parle : Propositions de médecins pour l'après Covid-
19. [Internet]. 30 juin 2020. Disponible sur <https://medecins-covid.jenparle.net/pages/les-resultats>
- (36)** Organisation mondiale de la santé. Constitution [Internet]. 2022. Disponible sur :
<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution#:~:text=Constitution&text=La%20sant%C3%A9%20est%20un%20%C3%A9tat,de%20maladie%20ou%20d'infirm%C3%A9>
- (37)** Collège national des enseignants de gériatrie. La personne âgée malade. Université numérique
francophone des sciences de la santé et du sport [Internet]. Oct 2009. Disponible sur :
<http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/personneagee/site/html/1.html>
- (38)** Delbrouck M, Consoli S, Frenette J. Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement
professionnel [Internet]. Belgique : De Boeck Sup ; août 2008. 284 p. (7-8) (Oxalis) Disponible
sur : <https://www.cairn.info/le-burn-out-du-soignant--9782804100995-page-7.htm#no1>

- (39)** Marvaldi M, Mallet J, Dubertret C, Moro MR, Guessoum SB. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the Covid-19 pandemic : A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [Internet]. Vol 126 ; oct 2020. p.252-64. Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014976342100141X?via%3Dihub&fbclid=IwAR0QZqNlvGdwmupHl0u6-_w7KXcg5lfSRPrxzkwFHNqecRYkoiE6deXWHZI
- (40)** Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Société française de santé publique* [Internet]. Vol 21; 2009. p. 355-364. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.html#:~:text=L'%C3%A9puisement%20professionnel%20peut%20avoir,qualit%C3%A9%20des%20soins%20%5B35%5D>.
- (41)** The conversation. Le lourd impact de l'épidémie de Covid sur la santé mentale des médecins libéraux en France [Internet]. 3 juin 2022. Disponible sur : <https://theconversation.com/le-lourd-impact-de-lepidemie-de-covid-sur-la-sante-mentale-des-medecins-liberaux-en-france-184784>
- (42)** Le Rouzic M. Blog Télémédecine& E-Santé | Hellocare Medicine [Internet]. Burnout des médecins : causes, symptômes et moyens de s'en sortir ; 10 mars 2020. Disponible sur : <https://blog.hellocare.pro/burnout-medecins#:~:text=Le%20burn%20out%20est%20ainsi,du%20myocarde%20ou%20d'AVC>.
- (43)** Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. EHPAD Prendre soin des résidents : la relation au cœur de la prévention [Internet]. 3 mars 2022. Disponible sur : <https://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/ehpad.html>
- (44)** Ouest France. Avec le Covid, les EHPAD peinent plus que jamais pour recruter du personnel [Internet]. 24 sept 2020. Disponible sur : <https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/avec-le-covid19-les-ehpad-peinent-plus-que-jamais-a-recruter-du-personnel-6987169>
- (45)** Gzil F, Aguila L, Altier P, Ankri J, Antoine P, Aquino JP et al. Pendant la pandémie et après Quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ? Un document repère pour soutenir l'engagement et la réflexion des professionnels. *Espace éthique région île de France* [Internet]. Janv 2021. 102p. Disponible sur : https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/document_repere_ethique_ehpad.pdf?fbclid=IwAR2QX-oijbjl77YEGhHgw7ATtGx2lgs8OzJxmMhA3ceUQpCaKbA4N2EHwZw
- (46)** Elise Lucet, Anciolotto J, Montchamp MA, Gizolme R, Deliry S, Garcia L et al. EHPAD : l'heure des comptes ? Cash investigation [Internet]. 1 mars 2022. Disponible sur : <https://www.france.tv/france-2/cash-investigation/3103799-ehpad-l-heure-des-comptes.html>

- (47)** Ministère de la santé et de la prévention. Grand âge : le gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement [Internet]. 8 mars 2022. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/grand-age-le-gouvernement-engage-en-faveur-du-bien-vieillir-a-domicile-et-en#:~:text=La%20cr%C3%A9ation%2C%20%20%C3%A0%20l'%C3%A9t%C3%A9,bien%20vieillir%2C%20dans%20tous%20les>
- (48)** Cabinet de Bourguignon B, Ministère chargé de l'autonomie. Le gouvernement a protégé les EHPAD durant toute la crise sanitaire et a engagé la mise en place d'un nouveau modèle pour les EHPAD dès l'été 2020 [Internet]. 16 févr 2022. 2 p. (Rapport annuel de la cour des comptes). Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_reaction_cour_des_comptes_15022022_vam.pdf
- (49)** Actualités sociales hebdomadaires. Le gouvernement enterre définitivement la loi « grand âge et autonomie » [Internet]. 8 sept 2021. Disponible sur : <https://www.ash.tm.fr/dependance-handicap/le-gouvernement-enterre-definitivement-la-loi-grand-age-et-autonomie-676088.php>
- (50)** Société française d'anesthésie-réanimation. Priorisation des traitements de réanimation pour les patients en état critique, en situation d'épidémie de Covid-19, avec capacités d'accueil de réanimation limitées [Internet]. 15 avr 2020. 17 p. Disponible sur : <https://sfar.org/download/priorisation-des-traitements-de-reanimation-pour-les-patients-en-etat-critique-en-situation-depidemie-de-covid-19-avec-capacites-limitees/?wpdmdl=25837&refresh=6290a06dbf5591653645421>
- (51)** France Bleu. Covid-19 : priver les non-vaccinés de réanimation ? Des médecins bordelais réagissent à la polémique [Internet]. 4 janv 2022. Disponible sur : <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/priver-les-non-vaccines-de-reanimation-des-medecins-bordelais-reagissent-a-la-polemique-1641323084>
- (52)** Hirsch E, La Tribune. Serait-il éthique de prioriser en réanimation les malades Covid-19 vaccinés ? [Internet]. 10 janv 2022. Disponible sur : <https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/serait-il-ethique-de-prioriser-en-reanimation-les-malades-covid-19-vaccines-899390.html>
- (53)** Grimaldi A, Le Journal du Dimanche. Les non vaccinés doivent-ils assumer leur libre choix de ne pas être réanimés ? [Internet]. 2 janv 2022. Disponible sur : <https://www.lejdd.fr/Societe/Sante/tribune-et-si-les-non-vaccines-assumaient-aussi-leur-libre-choix-de-ne-pas-etre-reanimés-4085300>

- (54)** Le Monde. La solution de ne pas admettre en réanimation les personnes ayant fait le choix de ne pas se vacciner n'est pas envisageable [Internet]. 21 déc 2021. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/12/21/la-solution-de-ne-pas-admettre-en-reanimation-les-personnes-ayant-fait-le-choix-de-ne-pas-se-vacciner-n-est-pas-envisageable_6106859_3232.html
- (55)** Masse R, Le Devoir. Ethique et vaccination obligatoire [Internet]. 12 janv 2022. Disponible sur : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/659715/idees-ethique-et-vaccination-obligatoire>
- (56)** Santé mentale. Conflits de valeurs au travail : qui est concerné et quels liens avec la santé ? [Internet]. Mai 2021. Disponible sur : <https://www.santementale.fr/2021/05/conflits-de-valeurs-au-travail-qui-est-concerne-et-quels-liens-avec-la-sante/>
- (57)** Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. Mai 2019. Report No.: 1114. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans>
- (58)** Haute Autorité de Santé. Argumentaire, réponse à la saisine du 30 octobre 2014 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale. Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les séniors de 55 ans et plus [Internet]. Déc 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/argumentaire_art_53_depression_sujets_ages_vf_2015-02-16_15-33-53_53.pdf
- (59)** Mutualité Française. La santé mentale en France, Observatoire - Place de la Santé [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/sante-mentale-la-mutualite-francaise-presente-son-observatoire-et-10-propositions/>
- (60)** Creese B, Khan Z, Henley W, O'Dwyer S, Corbett A, Vasconcelos Da Silva M, et al. Loneliness, physical activity, and mental health during COVID-19: a longitudinal analysis of depression and anxiety in adults over the age of 50 between 2015 and 2020. In: International Psychogeriatrics. Cambridge University Press; 33(5); 2021. p. 505–14
- (61)** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les demandes de soins liés à la santé mentale restent plus fréquentes au printemps 2021 [Internet]. Oct 2021. Report No.: 1209. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-demandes-de-soins-lies-la-sante-mentale-restent-plus>

- (62)** Petits Frères des Pauvres. Isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire [Internet]. Mars 2021. Report No.: 5. Disponible sur : https://www.petitsfreresdespauvres.fr/media/1726/download/2021_rapportPFP_HD-min.pdf?v=1&inline=1
- (63)** Fitbit staff. The impact of coronavirus on physical activity all over the world [Internet]. Mars 2020. Disponible sur : <https://blog.fitbit.com/covid-19-global-activity>
- (64)** Joiris R, Lapierre Q. Étude de l'impact du confinement et des mesures de distanciation sociale en lien avec l'épidémie de Covid-19 sur l'autonomie, la locomotion, la nutrition, la psychologie, la mortalité et les comorbidités des résidents d'EHPAD de Haute-Savoie [Internet]. UGA UFRM - Université Grenoble Alpes - UFR Médecine; 2021. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03547143>
- (65)** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 [Internet]. Sept 2020. Report No.: 1162. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/trois-medecins-generalistes-sur-quatre-ont-mis-en-place-la>
- (66)** Ruhnke GW et al. Ethical decision making and patient autonomy. A comparison of physicians and patients in Japan and the United States, *Chest*, n° 118; 2000. p. 1172-1182.
- (67)** Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs. Paris : Le Livre de Poche; 1993. Trad. Victor Delbos à partir de l'édition de 1792.
- (68)** Kant E. Doctrine de la vertu. Auguste Durand; 1855. 184 p.
- (69)** Feuerbach L. Pour une réforme de la philosophie, trad. Y. Constantinidès, Paris, Mille et Une Nuits, « Petite collection » (rééd. 2009) ; 2004.
- (70)** Donne J. No man is an island. In: Devotions upon Emergent Occasions. 1624.
- (71)** Constantinidès Y. Limites du principe d'autonomie. In: Traité de bioéthique [Internet]. Toulouse: Érès; 2010. p. 158-73. (Espace éthique - Poche). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-de-bioethique-1--9782749213057-p-158.htm>
- (72)** Hefez S. Covid-19 : la France est « dans une vague psychiatrique », alerte le docteur Serge Hefez [Internet]. 2021. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/confinement/covid-19-la-france-est-dans-une-vague-psychiatrique-alerte-le-docteur-serge-hefez_4278443.html

- (73)** Procentese F, Esposito C, Gonzalez Leon F, et al. Psychological Lockdown Experiences: Downtime or an Unexpected Time for Being? *Frontiers in Psychology* [Internet]. 8 avr 2021. Disponible sur : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.577089>
- (74)** Remond R. Âge et politique.1991, op.cit., p. 5
- (75)** Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? In : *Gerontologie et société*. Vol 34 N°138(3). France : Fondation Nationale de Gérontologie ; 6 oct 2011. p.127-42. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2011-3-page-127.htm>
- (76)** Caria A., Roelandt J.-L., Bellamy V., Vandeborre A. Santé mentale en population générale : images et réalités : Présentation de la méthodologie d'enquête. In : *L'Encéphale*. vol. 36, n° 3 (suppl. 1). Elsevier ; 2010. p. 1-6
- (77)** Giordana J-Y. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Actes du congrès de psychiatrie et de neurologie en langue française. Paris : Masson ; juin 2010. 264 p.
- (78)** Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. 2001 ; 172p. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42391/WHO_2001_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (79)** Yalaoui M. Représentations de la psychiatrie chez les médecins généralistes de l'Oise et collaboration avec les psychiatres [Thèse d'état de doctorat]. [Amiens, France] Université de Picardie Jules Verne; 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02496626/document>
- (80)** Sebbane D. Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : jugés de près mais préjugés... In : *L'information psychiatrique*. vol 91(5). John Libbey Eurotext ; 2015. p.417-26
- (81)** Cottin F. La pandémie présente toutes les composantes du traumatisme [Internet]. 2021. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/04/15/la-pandemie-presente-toutes-les-composantes-du-traumatisme_6076929_3244.html
- (82)** Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- (83)** IPSOS. Global Attitudes on a Covid-19 Vaccine [Internet]. World Economic Forum. Juin 2020. p. 5. Disponible sur : https://www3.weforum.org/docs/WEF_survey_vaccine_confidence_2020.pdf

- (84)** Bristielle A. Vaccins : la piqure de défiance [Internet]. Fondation Jean-Jaurès. Nov 2020. p.17. Disponible sur : <https://www.jean-jaures.org/publication/vaccins-la-piqure-de-defiance/>
- (85)** Dehouve D. Le non-vacciné correspond à ce que l'anthropologie désigne comme un bouc émissaire [Internet]. 1 déc 2021. Disponible sur : <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/le-non-vaccine-correspond-a-ce-que-l-anthropologie-designe-comme-un-bouc-emissaire-20211201>
- (86)** Casanova R. Le bouc émissaire en institution : l'inévitable phénomène ?, Colloque « Violences ? État des lieux des discours et des pratiques », Palais des Congrès, Arles, 28-30 oct 2009
- (87)** El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (Covid-19) : quels risques pour leur santé mentale ? In: L'Encéphale. vol 46(3, Supplément). Juin 2020; p. 73-80
- (88)** Petrino R, Riesgo, Luis G, Yilmaz B. Burnout in emergency medicine professionals after 2 years of the Covid-19 pandemic: a threat to the healthcare system? In : European Journal of Emergency Medicine. vol 29 (4). 27 mai 2022 ; p. 279-84
- (89)** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19 [Internet]. Mai 2020. Report No. : 1151. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/perception-des-risques-et-opinions-des-medecins-generalistes-0>
- (90)** L'Express. Le Pérou rend hommage aux 6% de ses médecins morts du Covid-19 [Internet]. 10 déc 2021. Disponible sur : https://www.lexpress.fr/actualites/1/monde/le-perou-rend-hommage-aux-6-de-ses-medecins-morts-du-covid-19_2164105.html
- (91)** Lefève C. La philosophie du soin [Internet]. La Matière et l'esprit, n° 4 : « Médecine et philosophie » (dir. D. Lecourt), Université de Mons-Hainaut. Avr 2006 ; p. 25-34 Disponible sur : <http://www.sphere.univ-paris-diderot.fr/IMG/pdf/256CelineLefeveLaphilosophiedusoin.pdf>
- (92)** Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale [Internet]. Paris : Flammarion; 2013. 384 p. (Champs Classiques). Disponible sur : <https://www.cairn.info/introduction-a-l-etude-de-la-medecine-experimental--9782081307582.htm>
- (93)** Piveteau D. Soigner ou Prendre soin ? la place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. In : Laennec Santé Médecine Ethique. vol 57(2); Centre Laennec. 2009 ; p.19-30

- (94)** Huguier M. Libération. La crise hospitalière, une question de pouvoir. 6 avr 2020. Disponible sur : https://www.liberation.fr/debats/2020/04/06/la-crise-hospitaliere-une-question-de-pouvoir_1784336/
- (95)** Lilas P. Mediapart. « Harcèlement moral » et « maltraitance » au CHU de Poitiers : des sanctions historiques [Internet]. 14 juill 2022. Disponible sur : <https://www.mediapart.fr/journal/france/140722/harcelement-moral-et-maltraitance-au-chu-de-poitiers-des-sanctions-historiques>
- (96)** Orwell G. La Ferme des animaux. Londres : Secker and Warburg; 1945. 92 p.
- (97)** Gerard-Varet JF. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Janv 2021. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
- (98)** Doctolib. Comment travaillent les médecins généralistes ? [Internet]. Avr 2017 ; 7p. Disponible sur : https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf
- (99)** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. Avr 2006. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
- (100)** Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 1 oct 2017; 7(10):e017902
- (101)** Jeannot G. Pourquoi la psychiatrie attire moins les étudiants en médecine [Internet]. 2022. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/psycho-bien-etre/sante-mentale/temoignages-pourquoi-la-psychiatrie-attire-moins-les-etudiants-en-medecine_5000574.html
- (102)** Medshake. Statistiques ECN 2020 par spécialités [Internet]. Disponible sur : <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2020/specialites/>
- (103)** New England Journal of Medicine. International Physician Compensation Report 2019 [Internet]. Mai 2019. Disponible sur : <https://resources.nejmcareercenter.org/article/medscape-physician-compensation-report-2019-earnings-up-but-satisfaction-with-compensation-is-a-mixed-bag/#:~:text=Across%20all%20physicians%2C%20the%20average,the%20%24195%2C000%20average%20in%202015.>

- (104)** Action Praticiens Hôpital. Décloisonnement et corporatisme [Internet]. 25 janv 2022. Disponible sur : <https://aph-france.fr/Decloisonnement-et-corporatisme.html>
- (105)** Adenis-Lamarre Y. Le généraliste est mort, vive les infirmier/ères IPA [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.legeneraliste.fr/archives/le-generaliste-est-mort-vive-les-infirmiereres-ipa>
- (106)** Rencontre Ministre de la Santé et Présidents des Conférences hospitalières [Internet]. Paris ; 14 juin 2021. Disponible sur : <https://www.santementale.fr/medias/2021/03/veran-muller-alerte-psy-1.pdf>
- (107)** Canguilhem G. Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique. Université de Strasbourg. 1943 ; p.154
- (108)** Conseil National de l'Ordre des Médecins. Commission Jeunes Médecins. Etude sur l'installation des jeunes médecins [Internet]. Avr 2019. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/enquete-determinants-linstallation#:~:text=L'%C3%A9tude%20r%C3%A9v%C3%A8le%20une%20v%C3%A9ritable,%2C%20quand%2062%25%20sont%20salari%C3%A9s.>
- (109)** Conseil National de l'Ordre des Médecins. Résultats 2021 de l'Observatoire de la sécurité des médecins [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/resultats-2021-lobservatoire-securite-medecins>
- (110)** Union Régionale des Professionnels de Santé, médecins libéraux, Ile-de-France. Rendez-vous médicaux non honorés : état des lieux et solutions [Internet]. Juin 2015. Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/etude/rendez-medicaux-non-honores-demandes-de-soins-non-programmes-etat-lieux-solutions/>
- (111)** Odoxa. Les rendez-vous non honorés par les patients constituent un fléau pour les médecins [Internet]. Avr 2019. Disponible sur : <http://www.odoxa.fr/sondage/rendez-non-honores-patients-constituent-fleau-medecins/>
- (112)** Dompnier B, Universalis. Désirabilité sociale [Internet].2022. Disponible sur : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/desirabilite-sociale/>
- (113)** Giezendanner FD, support PDF. Enquêtes : Principaux biais dans la formulation des questions [Internet]. 22 nov 2012. Disponible sur : <http://icietla-ge.ch/voir/spip.php?article169>

- (114)** Leroux A. L'échelle de dépression de Hamilton : état des lieux auprès de médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse d'état de doctorat]. [Rouen, France] : Faculté de médecine et pharmacie de Rouen; 2017. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-1599531/document>
- (115)** Ben Hamida S, Perrin A. Utilisation de l'échelle de Hamilton dans la prise en charge de la dépression en soins primaires dans le Maine Et Loire, la Sarthe et la Mayenne [Thèse d'état de doctorat]. [Angers, France] : Faculté d'Angers; 2019. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20137766/2019MCEM10072/fichier/10072F.pdf>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire d'entretien semi-dirigé

Phrase d'introduction : dans le cadre de notre thèse, je vous rencontre pour essayer de comprendre l'impact de la crise sanitaire sur vos pratiques professionnelles dans le dépistage de la dépression auprès des personnes âgées de plus de 65 ans.

Caractéristiques socio-démographiques du médecin questionné :

- Sexe
 - Âge
 - Secteur socio-démographique (rural ou urbain)
 - Orientation d'activité (mixte, pédiatrie, gériatrie)
 - Activité seul ou en groupe
 - Suivi de patients en EHPAD ; nombre (moins de 5, entre 5 et 20, plus de 20)
 - Intérêt et sensibilité pour la psychiatrie
 - Formations en psychiatrie (semestre d'internat, diplôme universitaire, formations DPC, congrès, conférences)
- 1 D'après vous, quelles sont les principales spécificités de la dépression chez les personnes âgées par rapport au reste de la population ?
 - 2 Avant la pandémie Covid-19, que faisiez-vous en pratique pour essayer de dépister un état dépressif chez vos patients âgés ?
 - Pouvez-vous me citer des choses positives dans votre pratique ?
 - Pouvez-vous me citer des choses limitantes dans votre pratique ?
 - 3 Est-ce que la crise sanitaire a modifié vos pratiques concernant la dépression de la personne âgée ?
 - 4 Avez-vous été amené à mettre à jour vos connaissances sur la dépression de la personne âgée du fait des confinements ?

- 5 Depuis la crise sanitaire, avez-vous mis en place de nouveaux outils pour dépister les troubles de vos patients âgés ?
- 6 Avez-vous l'impression que vos patients âgés vous expriment des plaintes plus souvent qu'avant le début de la crise sanitaire ?
- 7 Diriez-vous que votre vigilance et votre écoute face à ces plaintes ont changé depuis le début de la crise ? Si oui, de quelle façon ?
- 8 Depuis l'arrivée du pass sanitaire, avez-vous constaté des changements dans les plaintes exprimées par vos patients ? Votre attention a-t-elle changé ?
- 9 Quels besoins nouveaux avez-vous identifié pour améliorer vos pratiques ?
10. Depuis la pandémie Covid-19, selon vous, en tant que médecin, qu'est ce qui a changé auprès de vos résidents en EHPAD dans la qualité des soins ?
11. Qu'est ce qui a changé dans le fonctionnement des soignants ? Avez-vous perçu des modifications des pratiques professionnelles ? Pouvez-vous donner des exemples ?
12. En termes de balance bénéfice-risque par rapport au risque sanitaire annoncé, pensez-vous que les efforts demandés aux résidents et à leurs proches sont proportionnés par rapport à ceux qui sont demandés au reste de la population ?
13. Quels impacts a eu sur vous la charge de travail liée à la crise sanitaire (sur la façon d'exercer) ?
14. A distance du premier confinement, que pensez-vous des mesures prises par le gouvernement, et notamment de tout ce qui été demandé aux médecins généralistes depuis le début de la crise ?
15. Voyez-vous d'autres observations ou remarques à apporter à ce questionnaire ?

ANNEXE 2 : CODAGE DU VERBATIM

Caractéristiques socio-démographiques	M01	Sexe : féminin Âge : 29 ans Secteur socio-démographique : rural Orientation d'activité : gynécologie et pédiatrie Activité : en groupe de médecins Suivi de patients en EHPAD : entre 5 et 20 Intérêt et sensibilité pour la psychiatrie : « oui quand même » Formations en psychiatrie : non
	M02	Sexe : féminin Âge : 62 ans Secteur socio-démographique : semi-rural Orientation d'activité : mixte Activité : en groupe de médecins Suivi de patients en EHPAD : entre 5 et 20 Intérêt ou sensibilité pour la psychiatrie : oui Formations en psychiatrie : trois semestres d'internat en service de psychiatrie
	M03	Sexe : masculin Âge : 64 ans Secteur socio-démographique : semi-rural Orientation d'activité : mixte (beaucoup de gériatrie) Activité : en groupe de médecins Suivi de patients en EHPAD : entre 5 et 20 Intérêt ou sensibilité pour la psychiatrie : non Formations en psychiatrie : cursus classique
	M04	Sexe : masculin Âge : 59 ans Secteur socio-démographique : rural

	<p>Orientation d'activité : mixte</p> <p>Activité : groupe de médecins</p> <p>Suivi de patients en EHPAD : entre 5 et 20</p> <p>Intérêt ou sensibilité pour la psychiatrie : oui</p> <p>Formations en psychiatrie : formation en hypnose et thérapie cognitivo-comportementale</p>
M05	<p>Sexe : féminin</p> <p>Âge : 27 ans</p> <p>Secteur socio-démographique : rural</p> <p>Orientation d'activité : mixte</p> <p>Activité : en groupe de médecins</p> <p>Suivi de patients en EHPAD : entre 5 et 20</p> <p>Intérêt ou sensibilité pour la psychiatrie : oui</p> <p>Formations en psychiatrie : non</p>
M06	<p>Sexe : féminin</p> <p>Âge : 27 ans</p> <p>Secteur socio-démographique : urbain</p> <p>Orientation d'activité : pédiatrie</p> <p>Activité : groupe de médecins</p> <p>Suivi de patients en EHPAD : moins de 5</p> <p>Intérêt ou sensibilité pour la psychiatrie : moyen « si oui ou non c'est plutôt oui »</p> <p>Formations en psychiatrie : non</p>
M07	<p>Sexe : masculin</p> <p>Âge : 28 ans</p> <p>Secteur socio-démographique : semi-rural</p> <p>Orientation d'activité : mixte</p> <p>Activité : en groupe de médecins ou activité seul en fonction du remplacement</p> <p>Suivi de patients en EHPAD : moins de 5 patients</p>

		<p>Intérêt ou sensibilité pour la psychiatrie : oui « j'ai un grand intérêt pour la psychiatrie [...] je prends toujours le temps nécessaire quand il y a besoin »</p> <p>Formations en psychiatrie : essentiellement basé sur la formation ECN et le passage en externat en hôpital de jour psychiatrique</p>
	M08	<p>Sexe : masculin</p> <p>Âge : 66 ans</p> <p>Secteur socio-démographique : semi-urbain</p> <p>Orientation d'activité : mixte, médecine du sport</p> <p>Activité : seul</p> <p>Suivi de patients en EHPAD : une vingtaine</p> <p>Intérêt et sensibilité pour la psychiatrie : « pas énormément, mais on est très sollicités donc j'essaie de bien m'en occuper. »</p> <p>Formations en psychiatrie : non</p> <p>Remarque : « Il va y avoir un petit biais pour moi. Comme j'arrête mon activité dans quelques mois, j'ai demandé à mes patients de trouver un médecin traitant et donc j'ai donc eu une baisse nette d'activité depuis quelques mois au niveau de ma patientèle. »</p>
	M09	<p>Sexe : féminin</p> <p>Âge : 47 ans</p> <p>Secteur socio-démographique : semi-urbain</p> <p>Orientation d'activité : orientation pédiatrique</p> <p>Activité : en MSP avec 5 autres médecins généralistes</p> <p>Suivi de patients en EHPAD : entre 5 et 10</p> <p>Intérêt et sensibilité pour la psychiatrie : oui</p> <p>Formations en psychiatrie : oui</p> <p>« J'ai une formation en TCC que je n'ai jamais mis en pratique de façon formelle mais qui me sert au quotidien dans mes consultations ; actuellement je suis une formation de méditation en pleine conscience appliquée au cabinet. J'aimerais bien faire une formation d'hypnose. Je</p>

	<p>lis beaucoup également. Pendant dix ans, j'ai fait partie d'un groupe Balint, et quand ça s'est terminé, j'ai poursuivi de façon individuelle ; je voyais un psychanalyste et je lui parlais des patients qui me mettaient mal à l'aise, des comportements que je n'arrivais pas à comprendre et où je bloquais ; ça s'appelle la supervision individuelle. Il avait pris tout le côté gériatrie et moi tout le côté pédiatrie et gynéco, ce qui ne me dérangeait pas du tout car je ne suis pas très gériatrie à vrai dire. »</p>
M10	<p>Sexe : féminin Âge : 37 ans Secteur socio-démographique : rural Orientation d'activité : mixte Activité : MSP avec 5 autres médecins et des paramédicaux Suivi de patients en EHPAD ; nombre : 10 Intérêt et sensibilité pour la psychiatrie : oui « Oui. J'ai surtout un attrait pour la gériatrie. La dépression de la personne âgée m'intéresse. Surtout l'intrication avec les démences. » Formations en psychiatrie : non</p>
M11	<p>Sexe : féminin Âge : 45 ans Secteur socio-démographique : semi-urbain Orientation d'activité : gynéco-pédiatrique Activité : en groupe dans une MSP Suivi de patients en EHPAD : moins de 5 patients Intérêt ou sensibilité pour la psychiatrie : oui Formations en psychiatrie : semestre d'internat chez un médecin pratiquant la TCC puis formation diplômante sur trois ans par la suite « Quand j'étais interne, j'étais passé en stage chez un médecin qui faisait beaucoup de TCC, et j'avais adoré. C'était vraiment quelque chose de très concret donc j'ai fait une formation de trois ans à Bordeaux et j'ai eu mon diplôme. Au début, je l'utilisais pas mal, je</p>

	<p>recevais notamment des patients envoyés par d'autres collègues quand j'étais dans mon ancien cabinet. Actuellement, j'en fait surtout chez mes patients mais je ne prends pas de patient autre du cabinet parce que c'est extrêmement chronophage et je pense que cela prend trop de temps dans une pratique de médecine générale. J'utilise maintenant des petites techniques que j'ai apprises mais je me suis un peu éloigné de mon idée au début de faire les prises en charge dans leur intégralité. Je faisais des choses assez simples, comme les TOC ou les phobies, parce que je n'ai pas beaucoup d'expérience ni de temps. La dépression, je sais comment la prendre en charge en TCC mais c'est plus long et c'est plus compliqué. »</p>
M12	<p>Sexe : féminin Âge : 42 ans Secteur socio-démographique : rural Orientation d'activité : mixte Activité : cabinet de deux médecins, au sein d'une MSP pluri-sites Suivi de patients en EHPAD : 25 Intérêt et sensibilité pour la psychiatrie : oui Formations en psychiatrie : « J'ai juste fait une formation cette année pour le DPC. C'était sur la dépression de l'adolescent. Parfois face à des patients, on est un peu démuni. Cette année j'ai eu beaucoup d'ados en dépression. »</p>
M13	<p>Sexe : masculin Âge : 33 ans Secteur socio-démographique : urbain Orientation d'activité : mixte Activité : MSP avec cinq autres médecins généralistes Suivi de patients en EHPAD : une vingtaine Intérêt et sensibilité pour la psychiatrie : « La psychiatrie c'est quelque chose qui m'intéresse pas mal, j'ai baigné dedans depuis que je suis tout petit parce que mes deux parents sont psychiatres. »</p>

		Formations en psychiatrie : « Pas forcément spécifiquement mais je fais partie des groupes qualité APIMED et on a régulièrement des thématiques autour de la santé mentale. Le mois dernier justement on avait une formation autour de la prescription des antidépresseurs avec un psychiatre de l'hôpital. »
	M14	Sexe : masculin Âge : 62 ans Secteur socio-démographique : rural Orientation d'activité : beaucoup de patients âgés Activité : seul Suivi de patients en EHPAD : quarante Intérêt et sensibilité pour la psychiatrie : oui Formations en psychiatrie : aucune

Question 1 : D'après vous, quelles sont les principales spécificités de la dépression chez les personnes âgées par rapport au reste de la population ?	M01	« Je dirais l'anhédonie, la tristesse de l'humeur, les troubles du sommeil, la perte d'appétit. Je pense que ce sont les principaux symptômes. »
	M02	« [...] la fatigue, le sommeil, l'appétit, le ralentissement moteur, les troubles de la marche. »
	M03	« [...] les troubles du comportement, les plaintes somatiques, la tristesse. » « Il y a plus de risque de passage à l'acte. Quand ils sont décidés. »
	M04	« [...] l'anhédonie, le repli sur soi, les troubles du sommeil. » « Ils se confient moins sur leurs troubles d'humeur que les plus jeunes. »
	M05	« Cela peut se présenter sous forme d'une fragilité ou d'une confusion »

	<p>« Cela peut être un peu atypique avec des symptômes qu'on peut avoir tendance à banaliser chez les personnes âgées. »</p> <p>« Ah il est un peu somnolent, il est un peu irritable, les douleurs d'arthrose sont plus retentissantes ; alors qu'en fait ça peut être de la dépression sous-jacente. »</p>
M06	<p>« Cela peut passer un peu inaperçu parce que souvent ce sont des personnes qui sont assez isolées et en retrait. [...] Donc on ne voit pas forcément qu'elles se retirent des relations sociales parce que ce sont leurs conditions de vie. »</p> <p>« Cela peut prendre un aspect que l'on n'attend pas [...] plutôt sur un versant de colère ou d'irritabilité que de tristesse [...] parfois confondu avec un tableau de démence puisque cela peut faire des troubles de la mémoire et de l'attention. »</p> <p>« J'ai l'impression que ça se mélange avec d'autres tableaux cliniques plus facilement chez la personne âgée par rapport à la personne adulte plus jeune. »</p> <p>« Et en plus on les dépiste moins parce qu'on se dit que la personne âgée c'est normal qu'elle soit triste dans ces conditions où elle est vieille et ne peut plus faire grand-chose. »</p>
M07	<p>« Plus de somatisation, c'est-à-dire que la plainte est plus à interprétée dans le comportement de la personne âgée. »</p> <p>« Cela peut s'exprimer notamment par l'isolement, l'appétit, les sorties. »</p> <p>« Cela se cache derrière des plaintes multiples, des maux de ventre, de l'insomnie, des plaintes ostéoarticulaires. »</p>

	<p>« Le syndrome dépressif est souvent moins évident à débusquer. »</p> <p>« Dans la répercussion, cela mène plus rapidement à un état de dépendance, ne plus sortir pour faire les courses, des situations d'incurie. »</p> <p>« Ils sont plus exposés à la solitude et il y a moins de personnes qui peuvent contrôler leur bien-être. »</p> <p>« La précocité du dépistage est essentiel. »</p>
M08	<p>« J'ai vu des gens avec des syndromes de glissement, des pertes d'appétit aussi mais ça c'est un peu la même chose que chez les autres. »</p> <p>« Le repli sur soi, les troubles du comportement, la personne âgée qui se replie sur elle-même, surtout en EHPAD. »</p> <p>« J'ai certains patients qui ont des troubles cognitifs associés »</p>
M09	<p>« Avec mes patients, on se connaît bien, donc quelqu'un qui n'a pas un comportement normal ou qui fait des sous-entendus, je le perçois. »</p> <p>« Quelqu'un qui ne fait plus ses activités, qui n'a plus goût à rien, qui a un certain comportement en consultation. »</p> <p>« Je pense également aux patients qui consultent beaucoup pour des plaintes somatiques, notamment douloureuses, qui ne passent pas. »</p> <p>« Il y a aussi la perte de poids, la perte d'appétit, l'anhédonie. »</p>

	M10	<p>« C'est plus insidieux et cela peut prendre la forme d'un ralentissement, d'asthénie, de manque d'énergie qui se confondent plus avec le somatique. »</p> <p>« On peut avoir du retard dans le diagnostic parce qu'on pense d'abord somatique. »</p>
	M11	<p>« J'ai comme idée que cela peut être un peu plus fruste. »</p> <p>« J'y pense toujours devant des débuts de troubles cognitifs ou des troubles anxieux un peu inhabituels. »</p>
	M12	<p>« La plus importante c'est vraiment la tristesse brutale, ils décrochent très rapidement car ils ont beaucoup moins de choses sur lesquelles s'accrocher, surtout en EHPAD. Les gens actifs arrivent quand même à s'accrocher à des choses comme le travail, la famille, etc. »</p> <p>« On peut avoir des états de déprime presque aiguë d'une semaine à l'autre. »</p> <p>« On arrive et on constate un visage qui a complètement changé, de la tristesse, des pleurs, et plus d'envie. »</p>
	M13	<p>« C'est parfois moins parlant et il y a des symptômes un peu plus atypiques, pas forcément la triade ralentissement, baisse de moral et troubles anxieux. »</p> <p>« Il faut parfois évoquer cette hypothèse diagnostique devant des présentations cliniques un peu plus atypiques. »</p>
	M14	<p>« J'ai comme idée que les symptômes peuvent être plus atypiques. »</p>

		<p>« J’y pense devant les douleurs chroniques, ou chez les patients qui se plaignent sans arrêt et reviennent chaque semaine pour un autre symptôme. »</p> <p>« J’ai appris qu’ils se suicidaient plus, et donc je n’hésite pas à parler de ces questions-là. »</p> <p>« C’est parfois difficile quand il y a des troubles cognitifs, surtout que ça peut être des symptômes de dépression. »</p>
--	--	---

<p>Question 2A :</p> <p>Avant la pandémie Covid-19, que faisiez-vous en pratique pour essayer de dépister un état dépressif chez vos patients âgés ?</p> <p>Pouvez-vous me citer des choses positives dans votre pratique ?</p>	M01	« Je leur demande tout le temps s’ils dorment bien, s’ils sont entourés, s’ils ont une activité en dehors de leur domicile. »
	M02	« J’essaie de savoir s’ils s’alimentent correctement, s’il y a eu des chutes à domicile, si l’alimentation est correcte. »
	M03	« J’utilise les échelles d’évaluation de la dépression même si je ne le fais pas systématiquement.
	M04	« Je m’appuie sur l’avis de l’entourage, s’il y a un changement de comportement. »
		<p>« Dans l’interrogatoire de la consultation, je demande : est-ce que vous sortez ? Est-ce que vous voyez du monde ? Je questionne sur la qualité de l’alimentation et du sommeil. »</p> <p>« Chez les anciens, j’insiste beaucoup sur la vie relationnelle, parce que beaucoup ont leurs habitudes qu’il ne faut surtout pas changer. »</p>

	<p>« Questionnement systématique, comment est-ce que vous vivez ? Est-ce que vous voyez votre famille ? Comment vous sortez et que faites-vous ? »</p>
M05	<p>« Je suis attentive au ralentissement chez la personne âgée, à l'abattement. »</p> <p>« J'interroge facilement : est ce qu'il y a un problème de moral ? »</p> <p>« Je recherche une différence avec l'état antérieur, par exemple les gens à l'EHPAD ou la famille qui nous rapporte que d'habitude il n'est pas fatigué comme ça. »</p>
M06	<p>« J'ai des créneaux de 30 minutes avec les patients donc ça permet de prendre le temps de discuter avec eux. »</p> <p>« Je vois les personnes âgées essentiellement en visite donc je suis dans leur milieu de vie, ils sont donc plus à l'aise. »</p> <p>« Je pose systématiquement la question : est-ce que vous êtes triste ? »</p> <p>« Au cabinet on suit beaucoup de familles, et donc ce sont parfois les enfants qui vont nous alerter sur un trouble de l'humeur ressenti chez les parents. »</p>
M07	<p>« Je pose des questions simples, ouvertes dans un premier temps, en demandant comment ça va ou s'il y a des choses particulières à aborder. »</p> <p>« Ensuite j'interroge de façon plus ciblée : est-ce que vous avez bon appétit ? Est-ce que vous prenez le temps de faire des choses que vous aimez faire ? »</p> <p>« C'est plutôt régulier même si ce n'est pas systématique. »</p>

	<p>« Je suis peut-être un peu influencé par le fait que ma propre grand-mère ait fait une dépression en institution donc je pose les questions un peu plus facilement. »</p>
M08	<p>« Au niveau de mon cabinet, ce n'était pas une pathologie à laquelle j'étais souvent confronté. »</p> <p>« Quand je soupçonne quelque chose, très vite je fais un dépistage. J'utilise l'échelle Hamilton, mais qui est très chronophage. »</p> <p>« En EHPAD, avant la Covid, on travaillait en équipe avec une psychologue. Elle faisait les échelles. On pouvait s'appuyer sur les CMP. »</p>
M09	<p>« Cela fait partie d'un temps de la consultation de connaître l'état psychologique des patients que je suis régulièrement. »</p> <p>« J'aime bien connaître la famille, par exemple si je suis un ado qui ne va pas bien, et je sais que ses parents sont en instance de divorce. »</p> <p>« J'essaie d'être à l'écoute, et je fais attention à l'attitude que j'ai par rapport aux gens. J'ai un naturel assez pêchu. Ils savent qu'ils peuvent être libres. Je mets une relation de confiance de sorte que je reste très abordable pour les gens. Donc normalement ils parlent. »</p> <p>« Ils savent qu'il n'y a pas de tabou. Ils connaissent mes convictions. Eux peuvent en avoir d'autres, on discute, mais il n'y aura jamais de jugement. »</p>
M10	<p>« J'utilise beaucoup mon IDE Asalée qui fait toutes les échelles. »</p> <p>« J'utilise l'échelle Hamilton assez facilement quand j'ai une plainte récurrente type asthénie ou sur des signes non verbaux qui persistent. »</p>

	<p>Cela peut être intéressant chez les patients qui restent toujours très évasifs. »</p> <p>« Je déclenche très facilement des tests cognitifs avec des échelles de dépistage auprès de mon IDE Asalée dès que j'ai des plaintes fonctionnelles ou mnésiques. »</p> <p>« Mais souvent le Hamilton, je le fais dans ma tête. »</p> <p>« Parfois je me sers des consultations APA ou MDPH. Ce sont souvent des consultations de discussion sur leur vie pragmatique et psychologique. »</p> <p>« Il faudrait qu'on invente un motif de consultation dédiée Mode de vie et psychologie pour les plus de 75 ans ou les patients en affection de longue durée. »</p>
M11	<p>« On a la chance de travailler avec l'infirmière Asalée qui fait passer les tests mémoire, mais qui évalue aussi tout le versant anxiété, dépression »</p> <p>« Je pense que je libère assez la parole donc ils se sentent peut-être plus à l'aise pour parler. »</p> <p>« Je m'intéresse aux gens et je leur parle de plein de choses, notamment les personnes âgées. Je m'intéresse à leur vie, à ce qu'ils font comme activités, ce qu'ils aiment, je demande des nouvelles de leur famille. »</p>
M12	<p>« J'essaie de poser des questions, même le test Hamilton on l'utilise pas mal à cette période-là, pour ceux qui peuvent parce qu'il y a aussi des gens avec des troubles cognitifs alors là ça marche moins bien. »</p> <p>« Je vérifie toujours si vraiment on est dans la dépression ou si ce sont juste des états anxio-dépressifs réactionnels et passagers. »</p>

		<p>« Je laisse parler les gens, je les laisse s'échapper un petit peu. »</p> <p>« L'idée c'est de donner l'espoir, d'essayer de les raccrocher encore à quelque chose. »</p> <p>« C'est difficile d'habiter seul dans une pièce et d'être toujours avec ses pensées ; quelqu'un qui vient de dehors et qui leur dit "Non écoutez, ça va bien se passer, je comprends c'est de la tristesse, mais aucun souci vous allez vous en remettre." »</p> <p>« Dans les EHPAD, parfois j'essaie de toucher les patients, de les rassurer, de les prendre un petit peu dans les bras. »</p>
	M13	<p>« J'essaie de pas mal tirer les ficelles, souvent je leur demande comment ils sont au niveau du moral, surtout ces derniers mois. »</p> <p>« Je ne suis pas très fan des grilles. »</p> <p>« J'essaie d'avoir une approche centrée sur le patient, j'essaie d'aborder le sommeil, l'appétit, les activités, la socialisation, les relations familiales, professionnelles ou scolaires »</p> <p>« Le fait de poser la question sur comment ils vont et sur le moral, cela leur ouvre la possibilité, s'ils le souhaitent, de pouvoir partager. On se rend compte qu'en posant la question, il y a quand même beaucoup de gens qui ont besoin de parler. »</p>
	M14	<p>« Malgré les contraintes, j'accorde systématiquement un temps même une minute pour discuter du moral. »</p> <p>« Je crois que le premier temps c'est l'écoute. Et j'essaie de maintenir un espace de parole libre. »</p>

		<p>« La position du médecin est importante. Le fait d'être ouvert, d'oser aborder tous les sujets comme la mort. »</p> <p>« Quand c'est possible, j'essaie d'impliquer la famille, de connaître le lieu de vie. »</p>
--	--	---

<p>Question 2B :</p> <p>Avant la pandémie Covid-19, que faisiez-vous en pratique pour essayer de dépister un état dépressif chez vos patients âgés ?</p> <p>Pouvez-vous me citer des choses limitantes dans votre pratique ?</p>	M01	<p>« S'ils n'ont pas envie de se livrer c'est difficile, même si on a l'impression que ça ne va pas bien, on n'arrivera pas à aller plus loin avec eux. »</p> <p>« Le manque d'outils par rapport au manque de formation. Mise à part la formation en faculté je n'ai pas d'autre formation. »</p>
	M02	<p>« Ils ne l'abordent pas spontanément. »</p> <p>« L'entourage familial quand on est en visite chez les gens et qu'il y a le conjoint ou la fille à côté ce n'est pas toujours évident. »</p> <p>« Quand ils n'ont plus toutes leurs capacités cognitives, c'est un facteur limitant. »</p>
	M03	<p>« Quand ils ont des troubles cognitifs, l'interrogatoire peut être compliqué. »</p>
	M04	<p>« Essayer de prendre le temps mais c'est difficile et le plus limitant je trouve. »</p> <p>« Je trouve aussi que c'est plus difficile, si tu ne vas pas vraiment chercher l'information ils ne te disent rien. »</p>
	M05	<p>« Il y a des gens qui se braquent mais moi je n'ai pas de tabou et ça ne m'empêche pas de poser la question. »</p>

	<p>« La communication, puisqu'il y a peu d'échange sur ce sujet avec eux. »</p> <p>« S'il y a des troubles cognitifs, ça rend compliqué le dépistage. »</p> <p>« Le temps bien sûr. »</p>
M06	<p>« Ce qui est limitant pour moi c'est l'absence de formation dans le domaine de la psychiatrie. Et surtout dans le cadre du traitement et de la psychothérapie de soutien plus que le dépistage. »</p> <p>« J'ai moins de personnes âgées donc on est peut-être moins performant parce qu'on pratique moins. »</p>
M07	<p>« C'est plutôt lors des renouvellements que je dépiste car pendant les consultations d'urgence je n'ai pas le temps. »</p> <p>« La polypathologie, quand la consultation est trop dense ça ne laisse plus le temps et on remet ça à une autre fois. [...] La limite est dans le temps. »</p> <p>« Le répondant du patient, c'est-à-dire quand il tourne court et ne souhaite pas aller plus loin dans la discussion. »</p>
M08	<p>« Parfois j'extrais quelques questions des grilles car je n'ai pas le temps. Je me demande si cela est valable ou s'il y a des grilles qui sont moins chronophages. »</p>
M09	<p>« Le manque de temps. Si je ne le détecte pas tout de suite ou que je le vois en fin de consultation, je vais un peu jouer mon côté "tout va bien, allez les fêtes arrivent, vous verrez vos enfants ça ira mieux." »</p>
M10	<p>« Le manque de temps. C'est chronophage, et on a des consultations où il faut déjà faire le renouvellement d'ordonnance, gérer la plainte</p>

	<p>douloureuse qui est fréquente, et après s'il te reste deux minutes chrono, tu peux aborder les côtés affectifs et psychologiques de tes patients. »</p> <p>« Sur le dépistage je trouve que ça va. Mais sur la prise en charge, on fait de la popote. On n'a pas de recommandation. Quand on interroge les psychiatres, cela dépend à qui tu demandes, on a l'impression que chacun a sa recette. »</p> <p>« Sur le versant non-médicamenteux, le gros frein c'est l'accès aux psychiatres. Nous sur notre secteur, c'est la catastrophe. On a des psychologues, mais l'aspect financier peut être compliqué. »</p>
M11	<p>« On peut plus facilement passer à côté parce qu'ils sont souvent plus dans la plainte, et c'est vrai qu'on a souvent tendance à dire que c'est normal : ils sont seuls, etc. »</p> <p>« Cela fait un peu moins de deux ans que je suis là, donc je commence juste à bien connaître certains patients. Quand tu ne connais pas bien les gens et pas bien leur histoire de vie, tu peux moins dépister précocement les petits changements d'humeur ou les petites choses qui ne vont pas. »</p> <p>« Quand tu arrives dans un nouvel endroit et que tu as beaucoup de nouveaux patients, tu as déjà tout le dossier médical à refaire, les courriers. »</p> <p>« Je n'ai pas fait de formation spécifique sur la personne âgée, je ne suis jamais passé dans un service de psychiatrie. Quand on ne fait pas beaucoup les choses, on ne se sent pas très à l'aise. Quand il faut des traitements, je demande conseil parce que je ne me sens pas très légitime : mettre la mauvaise molécule, avoir des effets secondaires, encore plus aggraver les choses. »</p>
M12	<p>« Le manque de temps, parce que dans ce cas la psychothérapie c'est le meilleur traitement, si tu prends le temps avec ton patient, sûr et certain</p>

	<p>que la guérison elle commence déjà. Ça commence là ; les mots qui sont bien posés. »</p>
M13	<p>« Je n'aime pas utiliser les grilles car je trouve cela trop robotisant, pas naturel. Je préfère aborder les questions au fil de l'eau, quitte à en oublier une ce n'est pas grave, et plutôt rebondir sur ce que me disent les gens et essayer de partir de ce qu'ils disent. »</p> <p>« Le temps, même si j'ai des créneaux de vingt minutes c'est vrai que parfois on sent qu'il y a des gens qui auraient besoin de parler un peu plus et ce n'est pas forcément intelligent de les faire revenir parce que c'est à ce moment-là qu'ils ont besoin de parler et pas une semaine plus tard. »</p> <p>« Je suis installé depuis trois ans donc je connais quelques noms de psychologues mais je n'ai pas encore beaucoup de retours sur leurs pratiques. »</p> <p>« Les CMP sont débordés, les psychiatres en ville sont en voie de disparition. C'est vrai qu'on est un peu limités à ce niveau-là. »</p> <p>« A la maison de santé ce serait bien d'avoir une psychologue salariée à qui on pourrait envoyer les patients, parce que les gens ont besoin de parler. Une psychiatre travaillait chez nous mais elle est partie s'installer à Saint-Hilaire-de-Riez. Elle était très bien, on se voyait le midi, on échangeait sur quelques patients. »</p>
M14	<p>« La présentation clinique atypique fait que la dépression est très sous-diagnostiquée, et probablement y compris par moi-même. »</p> <p>« Le temps en plus que souvent on ne peut pas prendre dans la consultation de la personne âgée qui est très chronophage, d'autant plus quand les capacités d'élaboration sont faibles, qu'on est dans la</p>

		<p>polypathologie avec beaucoup de choses intriquées, que les aspects sociaux sont à prendre en compte. »</p> <p>« Je me rend compte que je n’ose pas assez, parfois j’ai l’impression que je ne suis pas bien formé et donc pas très légitime pour débiter des traitements. »</p>
--	--	--

<p>Question 3 :</p> <p>Est-ce que la crise sanitaire à modifié vos pratiques concernant la dépression de la personne âgée ?</p>	M01	<p>« De par l’isolement, les confinements ont accéléré le processus de dépression chez les personnes âgées. »</p> <p>« Souvent pour les personnes qui sont isolées, on sera plus attentif par rapport à des personnes bien entourées. »</p> <p>« Je pense que je revois plus facilement les patients. »</p> <p>« Je les invite à les revoir dans un délai d’une semaine s’il y a un trouble du moral perçu. »</p> <p>« Je m’appuie plus sur l’entourage. Si besoin je les vois accompagnés, s’ils ont un conjoint ou une épouse. »</p>
	M02	<p>« Oui, dans le sens où on n’a pas pu aller dans les EHPAD pendant plusieurs mois. Donc c’était compliqué de les suivre et de voir comment ils allaient. »</p> <p>« Ils ne voulaient pas trop nous voir, ils ont été très réticents à se déplacer. »</p> <p>« Plus d’attention sur la thématique de l’isolement, à savoir comment leurs interactions s’organisent durant cette période sanitaire. »</p>
	M03	<p>« Non je n’ai pas perçu de modification significative. »</p>

	M04	<p>« Peut-être dans le fait d'être plus à l'écoute de tout ça. »</p> <p>« Mais par contre pas du tout dans ma pratique de prescription, parce que je prescris peu chez les personnes âgées. »</p> <p>« J'ai aussi tendance à aller piocher un peu plus loin qu'auparavant. »</p>
	M05	<p>« Non, je ne crois pas. [...] mais j'en parle encore plus facilement et la crise me donne une excuse pour en parler. »</p> <p>« Après j'ai une expérience pré-crise sanitaire qui est très courte. »</p>
	M06	<p>« Au début oui parce qu'on ne faisait plus de visite à domicile et on demandait aux patients de plus de 65 ans de ne plus venir au cabinet et on faisait par téléconsultation. »</p> <p>« Mais aujourd'hui ce n'est plus le cas, le fonctionnement est comme avant. Par contre peut-être qu'on ne limite pas nos déplacements pour voir les patients mais que les gens ont plus peur de venir nous voir. Ils ont gardé une réticence à venir au cabinet de peur de tomber malade. »</p>
	M07	<p>« Globalement j'ai l'impression que je reste quand même sur mes standards de base et que ça n'a pas augmenté ou diminué mon questionnement. »</p>
	M08	<p>« Je fais toujours la même chose. »</p>
	M09	<p>« Non. Je fais exactement la même chose qu'avant. »</p>
	M10	<p>« Elle l'a modifié par vague. Au début on n'était pas très occupés. Et après on a plus du tout eu le temps, et on ne faisait plus que de l'urgence. »</p> <p>« Mais je dépiste toujours la dépression de la même façon. »</p>

	M11	<p>« J'ai peut-être pensé à poser plus facilement la question de l'isolement au moment du confinement. »</p> <p>« L'année dernière, quand ils étaient vraiment très seuls, je posais systématiquement la question de comment ça allait, comment ils vivaient le stress du virus, des médias, s'ils arrivaient à avoir des contacts avec leur proches, s'ils téléphonaient, s'ils avaient des tablettes, etc. »</p>
	M12	<p>« Non je ne fais plus la même chose. Je crois que je ne suis plus la même. »</p> <p>« Avant, on était moins dans ces pathologies, les patients voyaient toujours les psys, consultaient dans les CMP. On était là pour coordonner, faire les prescriptions, ajuster les traitements, soutenir ponctuellement s'il y avait de la détresse, on prenait la place de la psy si cela était nécessaire. Maintenant on est dedans parce qu'il n'y a plus aucun psy et qu'il y a plus de souffrance psychologique. »</p> <p>« Parfois on a des patients qui viennent juste pour un renouvellement, tu te dis "oh ça va être vite là", et en fait pas trop vite quand même. »</p> <p>« On a changé nos façons de faire puisqu'on est obligés de faire de plus en plus de soutenance dans tous les sens, de donner l'espoir, la confiance, de guider davantage les patients qui sont parfois perdus, avec la vaccination par exemple. »</p>
	M13	<p>« Je suis peut-être un peu plus vigilant sur certains patients, notamment les retraités qui avaient des grosses activités associatives, des agendas de ministre. Le fait que tout s'arrête, cela a été quand même très compliqué, je me suis aperçu d'une grosse majoration des troubles anxieux et dépressifs chez ces personnes-là. »</p>

		« Est-ce que j'ai modifié mes pratiques je ne sais pas, j'ai peut-être été un peu plus vigilant, j'ai peut-être prescrit davantage d'antidépresseurs, j'ai orienté davantage vers les psychologues qu'auparavant. »
	M14	« J'y ai toujours été attentif, pour les raisons qui font la gravité de cette pathologie. Le Covid a systématisé encore plus ma vigilance et mes questions à chaque consultation. » « Mais je n'ai rien changé à ma manière de dépister. »

Question 4 : Avez-vous été amené à mettre à jour vos connaissances sur la dépression de la personne âgée du fait des confinements ?	M01	« Non, je n'ai pas pris le temps de me former. »
	M02	« Non. » « La seule chose que je peux dire là-dessus, puisqu'on a fait une formation, c'est sur la déprescription en général des traitements. »
	M03	« Non. »
	M04	« Non pas spécifiquement, mais indirectement oui au travers de lectures d'articles. »
	M05	« Non. »
	M06	« Non pas du fait des confinements. »
	M07	« Non. »
	M08	« Non. »
	M09	« Non. »

	M10	« Non. »
	M11	« Non, je n'ai pas fait de formation ni mis à jour mes connaissances. »
	M12	« Non. »
	M13	« Il y a un mois, on a eu une formation sur la prescription des antidépresseurs, et ce n'est pas un truc pour lequel je me sens en difficulté en tout cas. Ce n'est pas un truc qui m'angoisse. » « Il y a aussi la possibilité de demander conseil à des collègues, de ne pas être isolé, si on a un doute on en discute le midi, on en discute en groupe de pairs. »
	M14	« Non. On en aurait toujours besoin. Tout comme un tas d'autres sujets. Le nerf de la guerre, c'est le temps. » « Ils ont essayé d'améliorer la formation continue, mais cela devrait être totalement intégré à l'exercice de notre métier. »

Question 5 : Depuis la crise sanitaire, avez-vous mis en place de nouveaux outils pour dépister les troubles de vos patients âgés ?	M01	« Non, par manque de temps. » « Je m'appuie sur mes liens avec les CMP ou les autres structures. »
	M02	« Non pas de nouveaux outils, parce que je n'en ai pas eu le besoin » « Et puis je déplore le manque de temps qu'on a pour les gens âgés et notamment en visite. »
	M03	« Non. »
	M04	« Non, pas encore. »

	« Mais il y a un projet pour faire des fiches sur les risques de dépendance et le dépistage en général qui seront disponibles sur l'ordi. Mais pour le moment je n'ai pas eu le temps. »
M05	« Non pas de nouveaux outils. [...] Parce que ce n'est pas un sujet avec lequel je me sentais en difficulté. »
M06	« Non, pas de nouveaux outils, parce que je n'ai pas remarqué qu'il y avait un besoin. »
M07	« Non. »
M08	« Non. J'utilise toujours la grille Hamilton, elle est correctement rémunérée avec une cotation spécifique puisqu'elle est chronophage. »
M09	« Non. »
M10	« Non. »
M11	« Je n'utilise pas d'outil particulier pour le dépistage de la dépression, je dirais que c'est plus un ressenti. C'est plus la façon dont je travaille tous les jours. Mais je n'ai pas plus utilisé d'outils qu'avant. »
M12	« J'utilise la même chose et j'utilise beaucoup la patience. »
M13	« Depuis la crise Covid je dépiste toujours de la même façon, je n'ai pas mis en place de choses particulières, enfin pour les personnes âgées en tout cas. Je ne sais pas si c'est bien. »
M14	« Non, aucun. Pas plus qu'avant. Je n'utilise pas les grilles de dépistage mais je connais les questions et je m'en inspire. »

Question 6 : Avez-vous l'impression que vos patients âgés vous expriment des plaintes plus souvent qu'avant le début de la crise sanitaire ?	M01	« Oui plus de plaintes sur des symptômes ostéoarticulaires, d'asthénie et d'insomnie. »
	M02	« Oui, par rapport à l'absence de leur famille et leurs petits-enfants. Surtout en lien avec une raison familiale dans l'ensemble. » « Et le fait de ne plus pouvoir sortir et de ne plus avoir de vie sociale pour la tranche d'âge la plus jeune. Ça, ils s'en plaignent énormément. »
	M03	« Oui. »
	M04	« Très nettement, tu as des gens qui ne te parlaient jamais de ça avant, qui te disent que c'est un peu compliqué, qu'ils sont malheureux. » « Les mélancoliques ou les dépressifs chroniques, ça n'a pas changé grand-chose, ils sont simplement un peu plus plaignants que d'habitude. Par contre ce sont les gens qui ne l'étaient pas et qui n'en exprimaient jamais. » « Une plainte qui revient souvent concerne les petits enfants. » « Avant ils n'en parlaient pas forcément puisque ça roulait au niveau des échanges avec la famille. »
	M05	« Oui. A cause de l'isolement majoré et de la baisse d'activités de quartier, entre amis ou en famille. » « Mais peut-être pas forcément qu'ils l'abordent plus mais c'est moi qui dépiste plus. » « Dès qu'on pose la question du moral ils fondent en larmes pour certains. »

	M06	<p>« Clairement, tous ceux qui sont en résidence sénior ils sont au bout de leur vie. »</p> <p>« Le confinement ça a été horrible, il n’y avait plus aucune activité de groupe ; ils ne sortent plus de leurs chambres et se plaignent beaucoup. »</p> <p>« Comme leur médecin c’est le loisir du jour, ils nous appellent pour plus de choses. »</p>
	M07	<p>« C’est peut-être plus évident en dehors des EHPAD. »</p> <p>« Au cabinet, j’ai l’impression d’avoir vu de plus en plus de patients avec des tensions internes, des diabètes déséquilibrés en lien avec le stress de la crise. »</p> <p>« Donc indirectement oui, les manifestations anxio-dépressives apparaissent mais par un billet détourné. »</p> <p>« Les patients qui viennent au cabinet ne viennent pas forcément pour parler de leurs troubles anxio-dépressifs. »</p>
	M08	<p>« Oui, je m’en suis rendu compte, même si on voyait moins les patients au cabinet. »</p> <p>« Cela a touché surtout dans ma patientèle une population féminine, confrontée aux problématiques dans les écoles ou exerçant un travail lié à l’enfance. »</p> <p>« Depuis la Covid-19, j’ai aussi plus de gens qui appellent la régulation du 15 parce qu’ils ne sont pas bien. »</p>

	M09	« Oui. Surtout le fait de ne plus voir les petits-enfants, que les enfants mettent un frein pour les regroupements familiaux avec les petits-enfants. [...] et d'avoir de la méfiance. »
	M10	« Beaucoup de psychosomatisme, mais surtout beaucoup d'anxiété. » « Ils imaginent le pire sur tous les petits symptômes, il y a une dramatisation. »
	M11	« Il y en a certains oui ; il y a quelques personnes âgées actuellement qui ont des multi-plaintes, avec des douleurs chroniques, des troubles du sommeil. Je n'avais pas forcément relié ça avec le Covid. C'est vrai que j'aurais peut-être dû faire le lien. » « Les gens sont inquiets. »
	M12	« Oui, au moins 30 % en plus. »
	M13	« J'ai vraiment perçu une recrudescence des troubles anxieux chez les jeunes retraités et les personnes âgées qui se sont retrouvées isolées, beaucoup de majoration des troubles du sommeil. [...] pas mal de plaintes somatiques aussi, des douleurs chroniques avec des bilans complémentaires négatifs. »
	M14	« Oui, mais pas tellement sur le Covid. Enfin ça dépend de la personnalité, il y en a qui n'étaient pas du tout inquiets. Ce qui m'a frappé c'est surtout l'angoisse de se retrouver seul et privé de ses petits-enfants. » « Le manque de la famille, ça a été dramatique. J'ai vu certains patients glisser et c'était difficile de les retenir à quelque chose. »

		« Cela n'a peut-être rien à voir mais j'ai eu plus de souci à équilibrer les pathologies chroniques pendant cette période. Le diabète surtout. C'est sûr qu'avec les confinements les gens étaient moins actifs. »
--	--	--

Question 7 : Diriez-vous que votre vigilance et votre écoute face à ces plaintes ont changé depuis le début de la crise ? Si oui, de quelle façon ?	M01	« Oui, on est plus alertes. Plus à l'écoute pour eux spécifiquement. » « Je pense que comme on a tous été isolés, on est peut-être plus à l'écoute parce qu'on l'a tous vécu. On a été sensibilisés à l'impact que peut avoir l'isolement. »
	M02	« Oui. Poser peut-être plus les questions liées à la solitude et tout ce que cela pouvait entraîner chez des personnes qui ne pouvaient plus sortir de chez elles pour aller faire les courses, etc. » « Se renseigner sur comment ils s'organisaient, être plus attentif sur la façon dont ils vivaient. Ce sont des aspects pour lesquels j'avais moins d'attention avant. »
	M03	« Oui peut-être un peu. » « J'essaie d'être plus à l'écoute du fait qu'ils soient plus en difficulté à cause de la pandémie, pour les activités en famille ou entre amis, les activités associatives ou sportives, comment ils s'organisent. »
	M04	« Oui, plus dans l'interrogatoire, vraiment aller chercher dans les questions. » « Après on reste dans l'écoute bienveillante. C'est plus de l'accompagnement mais on ne peut pas arranger ni faire grand-chose réellement. »

	<p>M05 « Oui plus qu'avant parce qu'on en entend tellement parler, même si j'y étais déjà bien sensibilisé. »</p> <p>« Et comme on a plus conscience que les troubles dépressifs sont plus fréquents qu'avant, maintenant je suis plus systématique. »</p> <p>« Quand on creuse il y a beaucoup de syndromes dépressifs sous-jacents même quand le motif de consultation n'est pas là. »</p>
	<p>M06 « Oui, en sachant tout ça, effectivement je vais les voir plus facilement parce que je sais qu'ils sont tristes et seuls donc j'y vais ne serait-ce que pour la compagnie quand j'ai le temps. »</p>
	<p>M07 « La vigilance oui dans sa globalité. »</p> <p>« J'adapte mes questions et demande s'ils ont pu voir leurs petits-enfants, s'ils ont pu passer les fêtes entourés de leurs proches [...] globalement autour des événements qui regroupent la famille. Je le fais plus souvent qu'au début de mon activité. »</p>
	<p>M08 « J'ai envie de dire quand même oui. »</p>
	<p>M09 « Pas vraiment. »</p>
	<p>M10 « Elle a pris un sacré coup dans l'aile. »</p> <p>« On commence à en avoir un peu marre de recevoir toutes les plaintes. On en arrive à avoir envie d'un renouvellement de traitement simple sans autre plainte. »</p> <p>« Je trouve que j'ai moins d'écoute. J'essaie de faire des formations pour me booster. Mais en fait tu t'épuises rapidement. »</p>

	M11	« Je pense que je l'ai toujours été, cela n'a pas changé grand-chose. »
	M12	« Avant j'étais plus rassurée, parce qu'on avait des patients psys suivis presque tous les mois, ils pouvaient toujours appeler et avoir de l'aide. Maintenant cela s'est tellement répandu, on en voit partout même à des âges très jeunes. »
	M13	« J'essaie d'être à l'écoute et en même temps on est limités dans le temps. » « J'essaie d'être un peu plus vigilant quand même. » « On est nous-mêmes en souffrance, on en a tous un peu marre de la situation donc ce sont aussi des discussions qu'on peut avoir avec les patients, comment est-ce que globalement on vit cette période. »
	M14	« Je suis forcément plus vigilant. Mais là j'arrive à un stade où la fatigue prend parfois le dessus. » « Je dois parfois lutter pour écouter les plaintes et être dans l'empathie. »

Question 8 : Depuis l'arrivée de la vaccination et du pass sanitaire, avez-vous constaté des changements dans les plaintes	M01	« Oui avec la vaccination, c'est la reprise d'une vie sociale et d'une vie familiale, parce que beaucoup s'empêchaient de voir leurs petits-enfants quand ils n'étaient pas vaccinés ; donc la reprise du lien social. »
	M02	« Ils sont rassurés quand toute leur famille et amis ont un pass sanitaire. » « Les très anciens restent très angoissés, ils ont peu changé leurs habitudes ; ils restent calfeutrés avec leurs habitudes, ne sortent plus beaucoup. »

<p>exprimées par vos patients ?</p>		<p>« Les 65-75 ans ont repris leurs activités et ne font plus assez attention. »</p> <p>« Non mon attention n'a pas changé. »</p>
<p>Votre attention a-t-elle changé ?</p>	<p>M03</p>	<p>« Ils râlent plutôt sur les modalités sanitaires en lien avec le pass sanitaire, la vaccination et le bordel médiatique. »</p> <p>« Pour les gens en EHPAD le pass sanitaire ne change pas grand-chose puisqu'ils ne sortent pas vraiment. Il n'y a pas moins de symptômes dépressifs. »</p> <p>« Non, mon attention n'a pas changé. »</p>
	<p>M04</p>	<p>« Très peu, parce que le pass sanitaire ça ne les concerne pas beaucoup dans le sens où ils ne sortent pas beaucoup de toute façon. »</p> <p>« Non, mon attention n'a pas changé. »</p>
	<p>M05</p>	<p>« Non, pas trop chez les personnes âgées mais plutôt chez les jeunes actifs. »</p> <p>« Pas de changement dans mon attention. »</p>
	<p>M06</p>	<p>« J'ai été en arrêt à ce moment-là donc je n'ai que peu de recul pour répondre. »</p> <p>« La différence c'est que les patients râlaient pour savoir comment, qui, où se faire vacciner. »</p> <p>« Pas de changement pour mon attention. »</p>
	<p>M07</p>	<p>« J'ai quand même pas mal de retours positifs où ils se disaient rassurés et enclin à faire davantage d'activités (là je parle surtout des patients non dépendants). »</p>

		<p>« Ils étaient légèrement plus optimistes envers l'avenir sanitaire et sortaient de leur isolement grâce au pass sanitaire. »</p> <p>« Pas de changement dans mon attention. »</p>
	M08	<p>« Globalement le retentissement sur les patients a été plutôt positif. La reprise de l'école, du travail. »</p> <p>« Les résidents en EHPAD ont pu retrouver leurs familles. »</p> <p>« Par contre cela a été parfois compliqué avec les gens qui ne voulaient pas se faire vacciner. »</p> <p>« Ma vigilance sur ces questions n'a pas changé. »</p>
	M09	<p>« J'ai changé un peu ma manière de faire depuis la crise, mais surtout depuis qu'il y a le vaccin. J'étais plus dans l'idée qu'on attende le vaccin et que les choses changeraient après. »</p> <p>« Avant, j'étais très empathique vis-à-vis des personnes qui voyaient se rompre leurs liens sociaux. Maintenant qu'il y a le vaccin, moi ça m'agace un peu. Par exemple ceux qui refusent de se faire vacciner, et qui pour autant voudraient voir leurs petits-enfants. Il y a aussi ceux qui sont vaccinés, mais qui refusent les fêtes de famille. »</p> <p>« J'ai changé mon discours depuis la vaccination, j'explique pourquoi c'est bien, pourquoi il faut le faire. Et je ne comprends pas ceux qui ne le font pas. »</p>
	M10	<p>« C'est plutôt positif. »</p> <p>« Il y a eu une confiance envers l'équipe de soin. Certains voulaient juste notre accord. »</p>

	<p>« J'ai trouvé que les plages de vaccination, c'était assez sympa. Même si c'était que cinq minutes, ça renforçait le lien avec les patients de les voir dans un autre contexte. »</p> <p>« J'ai trouvé cela très positif, surtout au niveau du service rendu. On sentait que les gens étaient contents de leurs soignants. Cela fait du bien. »</p>
M11	<p>« La vaccination a pas mal soulagé les personnes âgées, je n'en ai quasiment aucune qui a refusé de se faire vacciner. J'ai l'impression qu'il y a moins d'anxiété qu'au début par rapport à ça. »</p> <p>« Pour la 3^{ème} dose de mes patients très âgés, je me suis arrangé, je vais les vacciner à domicile parce que je trouve que c'est plus simple, ça me permet à l'occasion de voir comment elles vont et parler un peu justement du Covid. »</p>
M12	<p>« Oui ils sont beaucoup plus rassurés et plus détendus. Un effet ultra positif, ils ont moins peur. »</p> <p>« Ils savent que même s'ils attrapent le Covid, ils ne vont pas aller à l'hôpital. Ils voient qu'ils sont quand même moins touchés pour la plupart et qu'il y a moins de formes graves. »</p> <p>« Ils font toujours attention, mais il y en a encore quelques-uns qui sont très extrémistes sur les restrictions. »</p> <p>« On voit bien sur les chiffres, les biologies, que le diabète comme l'hypertension artérielle ça va mieux. »</p>
M13	<p>« L'arrivée de la vaccination a permis pendant quelques mois de retrouver un semblant de vie à peu près normale mais le problème c'est que cela a été temporaire. »</p>

		<p>« Ce n'est pas pendant le confinement que j'ai remarqué des troubles anxieux, c'est plutôt après, quand tout a été rouvert. »</p> <p>« La vaccination a un peu diminué les angoisses de certains mais avec les nouvelles vagues et les nouveaux variants, plus le fait qu'il fallait de nouveau porter le masque, on a l'impression qu'il y a une certaine lassitude des gens et ça se répercute sur le moral. »</p>
	M14	<p>« Globalement l'effet a été positif, sur la famille, la solitude, sur les angoisses de mort aussi. »</p> <p>« J'ai quelques patients qui étaient inquiets du vaccin. Avec tout ce qu'on entend à la télé. »</p> <p>« Moi je n'ai rien changé, même si je suis peut-être un peu plus détendu. »</p> <p>« J'avoue que sur les derniers récalcitrants qui refusent le vaccin, j'ai un peu lâché l'affaire. »</p>

<p>Question 9 :</p> <p>Quels besoins nouveaux avez-vous identifiés pour améliorer vos pratiques ?</p>	M01	<p>« Plus de repérage, d'outils pour mettre des mots et un diagnostic sur les symptômes des patients. »</p> <p>« Essayer de les orienter au maximum, leur proposer le plus d'aide possible. »</p> <p>« Les revoir facilement si on n'a pas eu le temps d'aborder le versant psychologique. »</p>
	M02	<p>« Peut-être la collaboration avec la famille, parce qu'on a la chance souvent de les connaître. »</p>

	<p>« C'est vrai que ça m'est arrivé de contacter des patients que je ne voyais plus souvent en consultation pour savoir comment ça se passait pour eux, leurs parents. »</p> <p>« Je pose plus de questions sur le côté solitude, humeur, tristesse ; plus que je ne le faisais avant. »</p>
M03	« Il faudrait que je revoie l'utilisation des questionnaires. »
M04	« Essentiellement dans le repérage des plaintes anxio-dépressives chez les gens âgés. »
M05	« Être plus systématique et ne pas hésiter à en parler et demander. »
M06	« Ben non du coup, je n'ai pas identifié de besoin ; juste besoin de me former de façon globale. »
M07	<p>« Pour les patients en résidence ou en EHPAD, il serait intéressant que les personnels soignants fassent remonter plus facilement des symptômes qui bout à bout pourront amener à suspecter cette dépression. »</p> <p>« Dans la même idée, à domicile on peut s'appuyer sur l'entourage. »</p> <p>« Avoir le réflexe de poser des questions en fonction de l'opportunité qui se présente. Je ne pense pas que ce soit forcément un questionnaire standardisé la bonne option parce que la santé mentale ce n'est pas quelque chose que l'on peut catégoriser dans une case. »</p>
M08	« J'en parle avec beaucoup de collègues. C'est très chronophage. »
M09	« C'est surtout le temps. Que ce soit pour les personnes âgées ou pour les autres. Il y a la dépression avec le Covid, mais il y a plein d'autres facteurs qui peuvent entraîner des dépressions, quel que soit l'âge. On le

	<p>sait mais on n'a pas le temps de les explorer. On occulte, on ferme un peu les yeux. On attend parfois que ce soit plus sévère. »</p>
M10	<p>« Avoir un meilleur réseau, développer les filières de gériatrie, travailler en équipe pluriprofessionnelle, par exemple travailler avec les kinés, les IDE. Pour moi c'est l'avenir. »</p> <p>« On a besoin de plus de temps. »</p> <p>« On a besoin d'une valorisation, que ce soit à l'acte ou au forfait médecin traitant, pour qu'on ait un temps dédié pour nos personnes âgées. »</p> <p>« J'attends la cotation "Consultation complexe de la personne âgée". J'aimerais qu'on ait une consultation dédiée qui nous encouragerait à dégager un temps plus important pour nos patients. »</p> <p>« Plutôt que de vouloir absolument nous salarier, nous proposer des salariés qui nous aideraient. Je pense à la délégation de tâches, par exemple avec les IPA. Moi je n'ai pas fait neuf ans d'études pour faire des vaccins et traiter des angines, je l'ai fait pour faire des consultations complexes, mais je ne peux pas le faire pour 25€. »</p>
M11	<p>« Pas vraiment. »</p>
M12	<p>« Des confrères en plus, des confrères dans tous les sens, sachant qu'ici à Montaigu, même le service d'urgence est fermé, c'est très chaud. »</p>
M13	<p>« Du réseau, de la connaissance du réseau. Je suis installé depuis 3 ans donc je n'ai pas encore une connaissance fine des uns et des autres. [...] une prise en charge par la sécurité sociale des consultations psychologiques [...] une majoration des moyens pour les CMP. »</p> <p>« Je pense que c'est important d'avoir des temps d'échange de type télé-expertise. Je pense que la télé-expertise dans la santé mentale ça pourrait</p>

		<p>être intéressant, des rendez-vous téléphoniques entre les psychologues ou les psychiatres et les médecins généralistes, et qui pourraient être valorisés financièrement. Par exemple sur l'EHPAD où j'interviens, il y a une psychologue qui passe régulièrement et elle met un petit mot dans le logiciel, et je trouve ça hyper intéressant. Alors je m'astreins aussi à mettre des mots quand je vais voir un patient. »</p>
	M14	<p>« On a besoin d'être valorisé. On nous en demande toujours plus. On n'a jamais eu autant besoin des médecins généralistes. Et pourtant on a l'impression de devenir le parent pauvre de la médecine. »</p> <p>« On a besoin de plus de moyens. On assiste à une paupérisation de la médecine, parce qu'on ne nous donne plus les moyens de bien faire notre travail. Des moyens humains, financiers, mais aussi une meilleure reconnaissance des partenaires de l'état et des patients. »</p> <p>« Je crois que la jeune génération apprécie le travail en équipe. J'espère que d'ici dix ans on retrouvera une densité médicale qui permette cela. »</p> <p>« J'aurais aimé une formation continue qui soit systématique et pleinement intégrée tout au long de la carrière ».</p> <p>« C'est vrai que c'est difficile cette période avec les déserts médicaux, et la jeune génération qui ne veut plus bosser comme nous, même si je les comprends. »</p>

<p>Question 10 :</p> <p>Depuis la pandémie Covid-19, selon vous, en</p>	M01	<p>« Moins de qualité de soins car moins de contact et de temps par résident. »</p> <p>« Les résidents étaient isolés dans leurs chambres, et il n'y avait plus les repas en commun. Il n'y avait plus d'activité. Déjà qu'en EHPAD ils sont</p>
---	-----	--

tant que médecin, qu'est ce qui a changé auprès de vos résidents en EHPAD dans la qualité des soins ?		isolés de leur famille, là ils sont aussi isolés du lien social qu'ils pouvaient avoir avec les autres résidents. »
	M02	<p>« Dès qu'on a pu les revoir régulièrement je ne trouve pas que cela ait changé grand-chose. »</p> <p>« A part que les EHPAD sont bouclés ; ça a complexifié notre accès à l'EHPAD. »</p> <p>« Beaucoup de tests et de vigilance sur le dépistage du Covid-19. »</p> <p>« Une fois qu'on arrive auprès des gens, ils sont plutôt contents de nous voir parce qu'ils ne voyaient pas grand monde. Un bon accueil. »</p>
	M03	<p>« C'est un peu plus compliqué de les montrer à des spécialistes et de faire des examens complémentaires. »</p> <p>« Un peu plus compliqué de les voir. »</p> <p>« Dès qu'il y a le moindre problème d'origine potentiellement infectieuse, ils sont isolés. »</p>
	M04	« Mises à part les mesures sanitaires et de précautions. [...] Je n'ai pas l'impression. »
	M05	<p>« Pour les résidents il y a plus d'isolement, pas d'activité de groupe, les visites pour les proches sont rendues plus compliquées donc ils viennent moins souvent. »</p> <p>« Même quand certaines activités reprennent c'est avec des mesures qui parfois mettent trop de distance. »</p>
	M06	« Au début le grand changement c'est qu'on allait plus les voir. »

	« J'ai l'impression que dans les structures de soins, les paramédicaux favorisent la prise en charge à domicile pour limiter le déplacement des personnes âgées. »
M07	« Le temps alloué par résident était limité. Ce qui a majoré l'isolement et donc l'apparition de syndromes dépressifs. C'est presque inévitable dans les structures seniors. »
M08	« Au tout début, la difficulté c'était l'isolement de ces personnes. Les gens ne pouvant plus se déplacer, on sait bien l'importance de l'activité, même si elle est limitée. » « Il y aurait eu besoin de la part du personnel de passer un peu plus de temps avec les résidents, or le ratio des soignants ne le permettait pas. » « C'est un problème beaucoup plus global mais le Covid en a rajouté une couche. » « Je n'ai pas vu une amélioration mais en tout cas pas non plus une dégradation des soins. Globalement les soins ont été à peu près de la même qualité. »
M09	« Depuis la crise, non. Depuis plusieurs années, oui. Je ne suis pas sûr que le Covid ait arrangé les choses. » « Cela va être sur le manque de personnel. Les filles, elles sont à droite, à gauche. Hier soir, j'étais dans un EHPAD à 17h30, les résidents étaient déjà dans la salle à manger en train d'attendre leur dîner. »
M10	« Il y a eu de la perte de personnel, entre les non-vaccinés, les Covid positifs. Cela s'est fait par vague. »

	<p>« Il y a eu une dégradation dans les soins, on le voyait bien, par exemple en prescrivant des applications de crème, il fallait en trouver une à mettre une fois et pas deux fois par jour. »</p>
M11	<p>« Il ne devait plus y avoir de moments conviviaux. Au niveau des soins, cela devait être limité au minimum et avec le masque donc je pense que cela a eu des impacts. »</p> <p>« Nous les médecins étions un peu les seuls à avoir le droit de voir nos patients. »</p>
M12	<p>« Je te parle uniquement de ce que je vois, après tous les EHPAD ne sont pas les mêmes, ni l'équipe, ni la gestion. Nous ce qu'on a ici c'est très bien. »</p> <p>« L'isolement, c'était pas du tout facile. »</p> <p>« C'est sûr que l'année dernière ils étaient plus inquiets. »</p> <p>« Au niveau relationnel c'est mieux depuis la vaccination. Les résidents sont plus protégés. »</p>
M13	<p>« Le port du masque c'est catastrophique, j'avais demandé qu'on ait des masques inclusifs pour que les personnes âgées puissent lire sur les lèvres notamment pour les soignants paramédicaux ; c'est un vrai problème, ils sont tous sourds. Déjà qu'avant le Covid c'était compliqué pour pouvoir échanger, il faut se mettre bien face à eux, pas en contre-jour pour qu'ils puissent bien comprendre ce qu'on dit, parce que ça peut être source d'agressivité, l'incompréhension mais alors là avec le masque c'est très compliqué. »</p>

	M14	<p>« Le Covid est venu marquer un coup à des établissements qui étaient déjà fragilisés, où le côté financier a réduit de plus en plus le personnel. On se demande s'ils n'ont pas oublié le sens même de leur mission. »</p> <p>« Ce qui m'a frappé, c'est que la marche et l'activité physique ont été réduites à presque rien. »</p> <p>« Entre le personnel malade, les cas contact, et ceux en arrêt, on a l'impression qu'il n'y avait plus personne à l'EHPAD. Et ça s'est ressenti au niveau des soins. »</p>
--	-----	---

<p>Question 11 :</p> <p>Qu'est ce qui a changé dans le fonctionnement des soignants ?</p> <p>Avez-vous perçu des modifications des pratiques professionnelles ?</p> <p>Pouvez-vous donner des exemples ?</p>	M01	<p>« Il y a eu une majoration de la souffrance au travail pour les personnels qui ont été soumis à une surcharge de travail via les protocoles sanitaires. »</p>
	M02	<p>« Les protections et la mise à distance par masque, désinfection des mains, blouse. »</p> <p>« J'essayais de tous les voir le même jour pour ne pas multiplier les allers-retours en foyer logement. »</p> <p>« On a plus travaillé avec les IDE par mail, ce qu'on faisait très peu avant. [...] toujours pour éviter les allers-retours. »</p> <p>« Les familles nous ont pas mal contacté aussi, puisque très inquiètes, et eux ne pouvant pas aller les voir, sur le plan famille c'était compliqué. »</p>
	M03	<p>« C'est difficile de dire, pour nous il n'y a rien qui a changé. Mais nous on ne suit pas les soins dispensés dans les EHPAD, ce sont les IDE. »</p> <p>« Je ne pense pas que ça ait changé tellement. »</p> <p>« Elles prennent plus de précaution vis-à-vis du Covid. »</p>

	<p>M04 « Au début ce qui m'avait surpris c'est qu'il y a des soignants qui me disaient que certains médecins ne venaient plus. Je peux le comprendre, mais ce n'est juste pas possible. C'est notre boulot et on ne va pas laisser les gens dans l'EHPAD se débrouiller tout seul. »</p> <p>« En Vendée en tout cas il y avait des fiches "soins palliatifs" qui étaient sortie [...] de plus en plus de prescriptions automatisées pour une gestion autonome. »</p>
	<p>M05 « L'épuisement global des soignants, là où il y avait déjà un épuisement important en pré-Covid. »</p> <p>« Les sous-effectifs se majorent et donc les soins sont de moindre qualité. »</p> <p>« Les IDE sont moins à l'écoute. »</p>
	<p>M06 « Je ne parle pas tellement aux soignants des structures. Un peu aux IDE mais je n'ai pas pu détecter de changements dans le fonctionnement. »</p>
	<p>M07 « Le problème c'est que les personnels soignants sont tellement occupés que les interactions que l'on peut avoir avec eux sont trop brèves. »</p> <p>« Avec en plus des soignants eux-mêmes malades, cela accentue la carence de personnel. »</p> <p>« On était dans un cercle vicieux atroce. »</p> <p>« Il y a eu des restrictions drastiques qui ont verrouillé les patients en EHPAD. »</p> <p>« La pandémie a été un catalyseur de la dégradation du système de santé. Elle a mis en évidence les difficultés de ce secteur. »</p>

	<p>« Cette pandémie a pointé du doigt les faiblesses existantes de notre système de santé. Ça a lâché là où c'était déjà très friable. »</p> <p>« Je n'ai pas l'impression que les moyens ont été mis en place pour optimiser la chose. »</p>
M08	<p>« Elles se plaignaient régulièrement de ne pas avoir de temps à consacrer aux patients. »</p> <p>« J'ai eu beaucoup plus de troubles musculosquelettiques. J'ai reçu des soignants pour des problèmes d'épaule, de dos. J'ai senti une certaine augmentation. »</p>
M09	<p>« Le Covid a dû majorer l'anxiété parce que le personnel est un peu flippé par rapport à ça. On leur met la pression. »</p> <p>« Autant la première année, ils ont arrêté de vivre, parce qu'ils ne voulaient pas transmettre le virus à leurs résidents. Maintenant qu'ils sont vaccinés, ils sont un peu moins vigilants, mais comme nous au cabinet. Avant quand on voyait quelqu'un qui avait de la fièvre, on se mettait toute la tenue de cosmonaute. On est tous pareil. »</p> <p>« Quand tu vois les filles, elles sont speed. Elles passent peu de temps avec les gens, et ce n'est pas une critique vis-à-vis d'elles, loin de là. Parce qu'il y a un manque de temps. »</p> <p>« Probablement qu'avec le Covid, elles sont moins proches physiquement, dans la toilette ; ça réduit encore plus le temps d'échange. »</p> <p>« Cela ne fait qu'augmenter un mal-être qui existait déjà. »</p>

	<p>M10 « Le travail masqué. Le port du masque, surtout pour le non verbal dans la communication avec les personnes âgées démentes. Cela a détérioré les relations avec les patients. »</p> <p>« Pendant le premier confinement, on était tous en cosmonautes. Donc forcément dans le lien, c'était compliqué. »</p>
	<p>M11 « Il y a eu énormément de tensions, il fallait s'habiller en cosmonaute pour aller voir les patients. Cela a dû stresser les équipes soignantes. »</p> <p>« On entend tous qu'il y a des sous-effectifs et beaucoup de souffrance chez les soignants en maison de retraite. »</p>
	<p>M12 « Les équipes sont plutôt des équipes très vaillantes. »</p>
	<p>M13 « Ils ont un petit peu moins de temps [...] plus de pression avec le nouveau protocole sanitaire, il y a quand même des choses un peu chiantes. »</p> <p>« Dans les EHPAD, pendant un temps c'étaient des prisons, on ne pouvait pas rentrer comme ça donc je pense qu'il y avait des contraintes organisationnelles et que c'était donc moins de temps disponible pour les résidents. »</p>
	<p>M14 « Au début, il y avait une vraie angoisse autour du virus, de contaminer les autres ou d'être contaminé. »</p> <p>« Je crois que la crise a montré comme les soignants se sont impliqués. Et dans les EHPAD, ça se voit qu'ils aiment leur métier. »</p> <p>« Certains ont eu du mal à faire le gendarme. »</p> <p>« Ce que j'ai senti c'est l'épuisement des soignantes de ne plus pouvoir faire leur travail correctement. Surtout quand on travaille avec</p>

		l'humain ; quand on n'a pas le temps, on a l'impression d'être dans la maltraitance. »
--	--	--

Question 12 : En termes de balance bénéfice-risque par rapport au risque sanitaire annoncé, pensez-vous que les efforts demandés aux résidents et à leurs proches sont proportionnés par rapport à ceux qui sont demandés au reste de la population ?	M01	<p>« Sachant que dans les EHPAD se sont des personnes très vulnérables et que la mortalité a été quand même assez importante, je pense que c'était nécessaire d'avoir des mesures assez drastiques. »</p> <p>« Mais peut-être pas sur la durée. Sachant surtout qu'ils avaient limité les visites. »</p> <p>« Et aussi leur permettre de vivre tous ensemble et pas chacun isolé de son côté. On aurait pu limiter les syndromes dépressifs. »</p>
	M02	<p>« Ils sont supérieurs par rapport à la population générale. »</p> <p>« J'ai un patient qui va faire manger sa maman tous les jours et il se fait deux tests PCR par semaine. »</p>
	M03	<p>« Par moments c'est disproportionné. »</p> <p>« Mais ça va dépendre aussi des EHPAD ; certains sont vraiment très stricts et d'autres plus souples. »</p> <p>« Je trouve que ça a été dur envers les résidents. J'ai une patiente qui lorsqu'elle est arrivée a été confinée huit jours dans sa chambre, ce qui n'a pas arrangé les choses. »</p>
	M04	<p>« Oui je pense qu'il fallait vraiment les protéger. »</p> <p>« Nous on a vu sur des clusters en EHPAD ça dégomrait dur derrière. »</p> <p>« Mais de là à limiter les visites, c'était vraiment très dur pour eux. »</p>

	M05	<p>« Je pense que ça dépend des établissements, mais que clairement dans les établissements où les visites sont presque impossibles, je trouve ça disproportionné »</p> <p>« Les gens sont souvent en fin de vie et la plupart d'entre eux préfèrent prendre le risque même si ça veut dire succomber au Covid que de rester tout seul. »</p>
	M06	<p>« Non, je trouve que les privés comme ça de contact, c'est inadapté. »</p> <p>« Les protéger d'un virus certes, mais il faut que la vie vaille la peine d'être vécue. Et clairement pour certaines personnes ça n'était plus le cas. »</p> <p>« On leur a demandé beaucoup plus. »</p>
	M07	<p>« On a appris au fur et à mesure de la crise, avec un principe de précaution. »</p> <p>« Progressivement une ouverture des vannes et notamment aux personnes vaccinées pour revoir leurs proches. »</p> <p>« Par contre c'est indispensable qu'il persiste un lien avec l'extérieur. Je pense que le bénéfice est beaucoup plus important en prenant le petit risque de contamination avec les proches vaccinés, en les faisant venir ; dans le but de limiter les conséquences sur le psychisme. »</p> <p>« Après avec ce qui se passe en dehors des EHPAD on retrouve une réglementation qui tend vers des restrictions similaires. »</p> <p>« En effet, je trouve ça proportionné. »</p>

	M08	« La période du confinement a été très difficile pour les résidents et leurs familles. Au début, on leur en a demandé plus. Mais médicalement pour moi c'était justifié. »
	M09	<p>« Oui je pense. Au tout début, on a tous été contraints de faire des efforts. J'ai eu l'impression qu'à partir de la vaccination, on a demandé à peu près les mêmes efforts. »</p> <p>« J'ai une patientèle assez orientée pédiatrie, et je pense qu'on fait beaucoup plus souffrir les enfants que les personnes âgées en EHPAD. Les enfants en pâtiront plus que les personnes âgées. »</p>
	M10	<p>« A posteriori, je dirais qu'on a sans doute été trop loin, mais sur le moment on n'en savait rien. On a joué la carte de la sécurité. »</p> <p>« Peut-être qu'on aurait pu plus laisser le choix aux malades, plutôt que faire un système global. Mais dans une collectivité, c'est compliqué de faire du cas par cas. »</p> <p>« Ce qui était délicat, c'est qu'on a imposé les choses. »</p> <p>« Dans mon EHPAD, pendant le premier confinement c'était très fermé. Même nous pour y aller, c'était compliqué. »</p> <p>« Sur le moment ça faisait sens car on était très exposés au Covid, et on n'avait pas envie d'être responsable d'un cluster, surtout avant la vaccination. »</p>
	M11	<p>« La période du confinement strict a été horrible ; cela a un peu traumatisé tout le monde. »</p> <p>« Est-ce que c'était vraiment bien d'isoler complètement les personnes âgées, qu'elles ne puissent plus voir leur famille au risque d'attraper la maladie. Peut-être qu'on aurait dû plus laisser le choix aux personnes »</p>

	<p>âgées. Mises à part celles qui sont démentes, elles ont aussi le droit de décider. »</p> <p>« Ma mère était très fataliste et se disait "si mes enfants je ne les vois pas pendant un an ça va être terrible". Elle me disait "moi je préfère prendre le risque de mourir d'une maladie que mourir de chagrin parce que je ne vois pas ma famille". Peut-être que là aussi on se dit rapport bénéfice-risque, il y a des gens qu'on aurait dû plus écouter. »</p>
M12	<p>« Les résidents obéissent parce que c'est pour leur bien, ils acceptent, ça c'est bien. »</p> <p>« Au foyer, ils sont obligés de respecter. »</p>
M13	<p>« Je fais partie de ceux qui sont assez scandalisés de ce qui s'est passé dans les EHPAD. »</p> <p>« Je l'ai vécu personnellement avec mon grand-père de 96 ans qui était dans un EHPAD à Cordemais où il y avait des restrictions très importantes, très longtemps on ne pouvait pas aller le voir, on a fini par pouvoir le voir derrière une vitre pendant trente minutes sur rendez-vous ; il nous voyait à peine, il posait la main sur la vitre. C'était horrible. Après on a pu le voir mais on n'avait pas le droit de lui offrir des chocolats pour son anniversaire. Il a fallu que le paquet reste en quarantaine pendant 24 heures, c'était affolant. »</p> <p>« Lui il n'en avait strictement rien à faire du Covid, il voulait mourir, ce qu'il voulait simplement c'est voir ses proches et sa famille donc je ne comprends pas tellement qu'on ait mis sous cloche les résidents des EHPAD, ça pose un vrai souci éthique et philosophique. »</p>

		<p>« On est sur des patients à qui on a privé le droit de voir leur famille pendant des mois, tout ça pour quelques mois d'espérance de vie en plus. »</p> <p>« D'ailleurs mon grand-père est décédé six mois plus tard à la suite d'une fracture du col du fémur, probablement sur des troubles de la marche. Je ne sais pas si c'est lié à la crise Covid, s'il n'était pas resté isolé, est-ce qu'il ne serait pas décédé, mais il y a quand même eu une recrudescence des chutes chez des gens qui se sont complètement déconditionnés à l'effort et qui ont beaucoup décliné sur le plan cognitif, qui n'étaient plus sollicités par leur famille. »</p> <p>« Je suis assez scandalisé, notamment dans certains EHPAD je pense que l'on n'était plus dans l'humain mais dans la dictature sanitaire. »</p> <p>« Je pouvais comparer par rapport à ce qu'il se passait dans les EHPAD à La-Roche-Sur-Yon, et je suis d'autant plus en colère parce que je voyais que c'était possible de faire différemment et avec un petit peu de souplesse. »</p> <p>« Dans les EHPAD, les proches ont un grand rôle aidant auprès des familles. Il y a un petit monsieur qui accompagnait sa femme, il allait tous les midis lui donner à manger, s'il n'allait pas lui donner à manger tous les jours, les aides-soignantes n'avaient pas forcément le temps de le faire. Les proches ont un rôle d'aidant très important. Donc je pense vraiment que nous sommes allés beaucoup trop loin.</p>
	M14	<p>« Le problème, ce ne sont pas les mesures drastiques, c'est qu'ils n'ont pas eu le choix, qu'ils n'ont pas été écoutés. Et après coup, ça pose beaucoup de questions. »</p>

		« Je me demande les dégâts collatéraux qu'on a pu engendrer. Sur les syndromes de glissement, ou les chutes par exemple, et ce qu'on a pu bafouer de leur dignité. »
--	--	--

Question 13 : Quels impacts a eu sur vous la charge de travail liée à la crise sanitaire (sur la façon d'exercer) ?	M01	« Dans le cadre de mon exercice en salariat je n'ai pas senti de majoration de charge de travail. Si ce n'est peut-être un surplus de charge administrative. »
	M02	<p>« Moi ce qui m'a le plus choqué c'est quand il n'y a plus eu du tout de travail, quand on est passé du jour au lendemain à des salles d'attente vides. On s'est dit mais à quoi on sert d'habitude le reste du temps. Il n'y avait plus de malade. »</p> <p>« La surcharge de travail, oui et non ça s'est fait. »</p> <p>« Grosse réorganisation du cabinet, de notre fonctionnement, ça a pris du temps. »</p> <p>« Une surcharge de travail dans l'accès à l'EHPAD puisqu'il fallait montrer patte blanche. »</p> <p>« Le stress des gens et le nôtre à gérer, avec des mises en place, ce n'est pas comme à l'hôpital où tu arrives et tout est fait. Le gel que tu n'arrives pas à avoir pour cause de rupture, installer de nouvelles pratiques, etc. »</p> <p>« Il y a eu un impact sur le nombre d'heures et la quantité de travail, après sur la façon d'exercer ça ne m'a pas atteint plus que ça. »</p> <p>« Là où on a eu très peur c'est au début face à l'incertitude dans la connaissance et la compréhension du Covid ; après non. »</p>

	M03	<p>« Plus compliqué pour l'organisation autour de la vaccination par exemple. »</p> <p>« Au départ les gens venaient moins consulter et ensuite il y a eu plus de travail. »</p> <p>« Pas d'impact sur ma façon d'exercer. »</p> <p>« Personnellement j'ai eu un impact aussi parce que je me suis confiné comme j'étais à risque. »</p>
	M04	<p>« Oui quand même, parce qu'il a fallu réorganiser le cabinet, réorganiser nos consultations. Il y a quand même eu du travail en plus. »</p> <p>« Après on prend le rythme, mais surtout dans le nettoyage. Au début du Covid, on nettoyait tout après chaque consultation et on y passait beaucoup de temps. Ce qui est moins le cas actuellement. »</p> <p>« Je n'ai jamais été inquiet en examinant les gens mais je pense qu'il y a des collègues qui l'ont été. »</p> <p>« On sent bien qu'on n'avait pas tous la même approche parmi tous ceux qui travaillent dans les deux centres. »</p>
	M05	<p>« En tant que remplaçante pas vraiment puisque je choisis quand je travaille. »</p> <p>« Par contre c'est une période qui a demandé un investissement émotionnel plus important envers les patients. »</p> <p>« Une attention émotionnelle supérieure qu'on n'a pas sur du somatique pur. »</p>

	M06	<p>« Devoir gérer beaucoup plus de choses par téléphone ou en téléconsultation. »</p> <p>Il y a eu beaucoup d'administratif, de paperasse. Donc ça augmente beaucoup notre temps de travail hors consultation, donc c'est du bénévolat. »</p> <p>« Beaucoup plus de dématérialisation par e-mail et par fax. »</p>
	M07	<p>« Ça fonctionne par vague, avec un impact qui est faible par moments et d'autres où on le ressent énormément par le biais d'appels, de questionnements et en plus les infections saisonnières qui rendent le tri difficile. »</p> <p>« Il y a une charge de travail importante en quantité même si pas forcément évidente sur le plan qualitatif. »</p> <p>« Et donc par mécanique ça gratte le temps pour d'autres patients alors qu'ils nécessiteraient une attention particulière. »</p>
	M08	<p>« Oui par moments. J'ai réussi à équilibrer avec des périodes de récupération, et ça m'a permis de bien gérer les périodes avec énormément de travail. »</p> <p>« Il y a eu des périodes difficiles compensées par des périodes de récupération. »</p>
	M09	<p>« Des impacts oui, car moins de temps personnel, donc moins de temps avec ma famille et mes enfants, mais pas spécialement plus de fatigue. »</p> <p>« Rapidement, on avait mis en place une cellule Covid, on voyait tous les gens avec de la fièvre. C'était très contraignant, car on faisait cela en plus sur notre temps libre. Mes journées étant pleines, je ne voulais pas</p>

	<p>prendre sur mon temps de consultation, car cela n'aurait fait que reporter les problèmes. Je trouvais cela un peu dur de faire plein de choses sur le temps libre. »</p> <p>« Je vais peut-être être un peu sévère, mais je pense que ce qu'on a mis en place, d'autres auraient pu le faire sans problème, cela aurait pu être tout aussi bien sans avoir la griffe du médecin généraliste. »</p> <p>« Ce n'est pas dérangeant en tant que tel, c'était sympa, ça changeait de l'activité habituelle, mais je trouve que c'est beaucoup d'énergie pour finalement pas grand-chose, que ce soit le déploiement des tests antigéniques dans les cabinets ou la vaccination qui a été anecdotique par rapport aux grands centres. »</p> <p>« Ce qui me gêne le plus, c'est que je ne suis pas sûr que l'énergie et le temps déployés aient été très bénéfiques. »</p>
M10	<p>« On a pris cher. »</p> <p>« On est devenus les rois de la lingette entre chaque patient. »</p> <p>« On a vécu le confinement en équipe donc c'était plutôt sympa. »</p> <p>« Au départ on se sentait très engagé pour combattre cette nouvelle maladie. Après il y a eu la vaccination. Il fallait qu'on s'engage dans les centres. Le libéral a eu beaucoup d'importance pendant cette phase. Et on a bien bossé, il faut le dire. Maintenant arrive un peu la période de fatigue. »</p> <p>« Ce serait bien au moins qu'on retrouve nos libertés personnelles pour pouvoir assurer en professionnel. »</p>

	<p>M11 « Il y a eu la période de confinement strict où on n'a pas eu de surcharge de travail et à partir de l'été oui. »</p> <p>« Moi J'étais installé avec un collègue d'une soixantaine d'années, qui était à risque et a décidé de ne plus du tout consulter. Il ne faisait que des visio pendant trois mois. Donc j'ai récupéré pas mal de ses patients qui devaient être vus car il y a beaucoup de choses qui ne peuvent pas se gérer en visio. »</p> <p>« C'étaient des demi-journées de moins de récupération, après il y a eu les vaccinations où on a enchaîné tout de suite en janvier sur les centres de vaccination. J'y allais en moyenne une matinée tous les 15 jours. Maintenant, on continue à faire les vaccinations, cela a augmenté de façon significative le temps de travail. »</p> <p>« Psychologiquement, ça ne m'a pas énormément atteinte parce que je me disais que c'est pour le bien collectif. Je trouve que les vaccins ce n'est presque pas du travail. Ce n'est pas quelque chose qui me pèse parce que j'ai l'impression de vraiment faire une bonne action et d'essayer de protéger les gens et de lutter contre la maladie.</p> <p>« Psychologiquement, même si j'ai travaillé plus, cela ne m'a pas particulièrement atteinte, mise à part un peu de fatigue physique. Je n'ai pas eu l'impression que j'étais en burn out. Cela reste raisonnable ».</p> <p>« Tu entends partout que les services d'urgence c'est l'horreur, que le personnel des EHPAD est en train de péter les plombs, qu'ils font des heures supplémentaires sans être payés. En libéral, peut-être que tu travailles plus, mais tu gagnes plus. Nous on fait un peu ce qu'on veut ; tu ne veux pas bosser, tu ne veux pas participer à la permanence des soins, tu ne veux pas vacciner, tu n'es pas obligé. »</p> <p>« Je trouve que c'est un bon rythme qui me permet de servir à quelque chose. Je pense que c'est utile ».</p>
--	--

	« Il ne faut peut-être pas que ça dure pendant dix ans mais ça ne me pèse pas tant que ça. »
M12	<p>« Un impact financier important, car on travaille plus et on paie plus d'impôts aussi, il ne faut pas oublier ça. On travaille comme des fous. »</p> <p>« Je rentre le soir et je ne vois pas ma fille. »</p> <p>« Cela nous a touché, on est plus fragiles. »</p> <p>« On n'est jamais tranquille. Encore et encore et encore ... »</p> <p>« C'est la première fois de ma vie que j'ai eu une colique néphrétique. »</p> <p>« En dix ans que je suis là, je n'ai jamais eu une journée off. Une semaine sur deux, je travaille six jours sur sept. »</p>
M13	<p>« On est pas mal à être un peu sur les rotules. »</p> <p>« Ce n'est pas totalement en termes de temps c'est plus en termes de surcharge mentale, c'est-à-dire trop de trucs à gérer en même temps, le cabinet, les protocoles sanitaires, les patients qui sont inquiets, les vaccins, les tests antigéniques. On a quand même mis en place un centre de tests avec un préfabriqué sur le parking de la maison de santé, les centres Covid, le centre de vaccination à gérer, la régulation de jour, le centre de soins. »</p> <p>« On se retrouve avec une accumulation qui prend de la charge mentale et même si on aime beaucoup notre métier et qu'on est très investis, je pense que c'est beaucoup. Je pense que comme mes collègues on est tous un peu fatigués et on a besoin de souffler. »</p>

	M14	<p>« Franchement, beaucoup sont fatigués, mais je crois que le pire c'est d'avoir l'impression de pédaler dans le vide, parce qu'on pourra travailler encore plus, on n'arrivera jamais à régler tous les problèmes. »</p> <p>« J'ai l'impression d'avoir la tête plus remplie quand je rentre le soir chez moi. Je me sens plus anxieux. On a tellement de choses à gérer au cabinet. On fait des journées de 10h mais c'est comme si c'était le double. »</p> <p>« Même sur ma santé, je sais que je me fatigue beaucoup. »</p>
--	-----	---

Question 14 : A distance du premier confinement, que pensez-vous des mesures prises par le gouvernement, et notamment de tout ce qui été demandé aux médecins généralistes depuis le début de la crise ?	M01	Non recueillis
	M02	Non recueillis
	M03	Non recueillis
	M04	<p>« Ce qui a été vraiment compliqué pour nous médecins, c'était d'avoir une bonne corrélation entre les données médicales qui étaient imparfaites et des décisions politiques qui étaient forcément très compliquées et qui le deviennent encore plus d'ailleurs. »</p> <p>« Accorder les deux c'est quelques chose de vraiment pas simple. »</p>
	M05	<p>« Je ne suis pas une pro de la santé publique mais j'ai l'impression que ça a été adapté. [...] même si la communication on peut toujours en reparler. »</p> <p>« Quand la sonnette d'alarme a été tirée, les mesures ont été prises. »</p>
	M06	« Le confinement pour moi est intervenu trop tardivement. »

		<p>« L'histoire du port du masque c'était insupportable, parce qu'on se retrouvait avec des patients qui demandaient une prescription de masque et on leur disait que ça n'est pas recommandé dans la population générale bien qu'on savait que tout le monde devait avoir des masques. J'ai trouvé ça idiot. »</p> <p>« Globalement, il y a eu un retard de prise de décision. On attend toujours que ça soit la catastrophe avant d'acter les décisions. Et du coup c'est mal vécu par la population car non anticipé et les hôpitaux sont toujours sous tension. »</p> <p>« Au total j'aurai préféré qu'on nous confine moins longtemps mais plus tôt. »</p>
	M07	<p>« Ce qui est intéressant maintenant c'est qu'on peut comparer avec d'autres pays. Et on voit que personne n'a trouvé la solution. Ce qui peut nous faire relativiser sur les mesures prises. »</p> <p>« La réaction initiale à la première vague était la bonne. Même si c'était brutal, c'était nécessaire. Je ne suis pas convaincue qu'une approche différente aurait été meilleure. »</p> <p>« Peut-être je regrette que la communication autour du vaccin n'a pas été vendue initialement comme ça aurait dû être, et on a donc perdu pas mal de temps. »</p>
	M08	<p>« On faisait partie d'une des professions qui ont travaillé pendant cette période, sur le terrain. »</p> <p>« Au début, c'était plutôt le manque de travail. Rapidement les choses sont revenues comme avant, et on s'est rapidement retrouvés surchargés. »</p>

	<p>« Après est arrivée la vaccination, avec son lot de travail supplémentaire et d'interrogations. C'était surtout l'organisation qui était difficile. Certains collègues ne voulaient plus s'en occuper dans les cabinets car c'était trop compliqué à gérer. »</p> <p>« Il y a eu des difficultés organisationnelles. »</p>
M09	<p>« Moi je fais ce qu'on me demande. J'ai de quoi occuper mes journées. Si je ne suis pas au centre de l'action, je m'en fou un peu. »</p> <p>« A partir du moment où les gens ont l'impression d'être bien suivis et d'avoir des réponses à leurs questions. »</p>
M10	<p>« C'est difficile d'avoir un avis tranché. Je pense surtout qu'il y a eu des erreurs et des manquements de communication de la part du gouvernement, et que certains confrères très médiatisés ont porté préjudice à notre profession. »</p> <p>« Les mesures contradictoire prises sur le masque par exemple, et la désinformation globale qui sévit dans notre société. »</p>
M11	<p>« On n'était pas assez préparés. »</p> <p>« Ils ne le font jamais méchamment, ils pensent que c'est pour le bien des gens. Donc je ne sais pas ce que j'aurais fait à leur place. »</p> <p>« Dans tous les cas, même s'ils n'avaient pas confiné, ils auraient eu des réflexions parce qu'il y aurait eu plus de morts mais après est-ce qu'il vaut mieux mourir d'une infection ou d'une dépression ça c'est difficile de le dire »</p>
M12	<p>« Je pense qu'elles ont été efficaces car on a quand même bien géré les choses ensemble. On n'a pas eu de Covid en EHPAD. »</p>

		« Tout le monde a fait ce qu'il fallait. Chacun a accompli son rôle. »
	M13	<p>« Au lieu de porter une campagne de vaccination de proximité dans les cabinets médicaux aux cours de rendez-vous au fil de l'eau et de permettre une organisation de proximité, on refait des grands centres de vaccination qui nous coûtent un fric fou et qui continuent de nous coûter un fric fou. »</p> <p>« Mon regret est de ne pas avoir pu convaincre les autorités que c'était beaucoup plus pertinent et plus efficace de faire les vaccinations en proximité dans les cabinets médicaux actuels. »</p> <p>« J'ai eu l'impression que cette crise a été l'occasion pour les autorités de faire à nouveau du doc bashing. On a un peu laissé entendre aux pouvoirs publics que les médecins généralistes ne s'impliquaient pas. »</p>
	M14	<p>« On a voulu empêcher les décès. Et on a mis tout en place pour le faire. »</p> <p>« Ce qui est dommage c'est la médiatisation de beaucoup de confrères, tous les avis divergents, même du gouvernement, qui ont perdu et angoissé beaucoup de gens. »</p>

Question 15 : Voyez-vous d'autres observations ou remarques à apporter à ce questionnaire ?	M01	« Non. »
	M02	<p>« C'est le côté de dissocier les personnes âgées, je ne m'étais pas posé la question comme ça. Y a-t-il une vraie différence par rapport au reste de la population ? »</p> <p>« La question que l'on pourrait se poser c'est la notion d'être passé à côté de symptômes ou de maladies parce que les patients ne venaient plus nous voir. »</p>

	M03	« On dit qu'il y avait beaucoup de jeunes mais je n'ai pas trop vu ça. Chez nous à la campagne les gens ont tout de même pu sortir, ce n'était pas comme les gens confinés en ville. Peut-être donc moins d'effet et moins de syndrome dépressif en rural. »
	M04	<p>« Je pense que c'est une bonne idée ce questionnaire, dans nos consultations c'est surtout avec les personnes âgées que c'était vraiment compliqué. »</p> <p>« Même les gens avec des troubles cognitifs ont mal vécu cette crise. »</p> <p>« Mais c'étaient surtout aussi les personnes âgées de la première tranche (65-75ans) pour qui ça a été douloureux et il y a des gens qui ont vraiment eu peur et se sont enfermés, coupés de tout volontairement. »</p> <p>« Peut-être plus de grands-mères que de grands-pères en grande souffrance de ne pas voir les petits enfants. »</p>
	M05	« Non. »
	M06	« Non. »
	M07	<p>« Peut-être une ouverture sur la façon de gérer ces différentes dépressions qui s'inscrivent dans un contexte inédit. »</p> <p>« Je pense que ce n'est pas évident d'arriver à dégager du temps dans cette période actuelle pour l'écoute des personnes âgées. »</p> <p>« Il y a une ambivalence, il faut le faire et poser les questions mais nous n'avons pas le temps. »</p>
	M08	« Non. »

	M09	<p>« Je ne vois pas pourquoi encore maintenant, on en fait tout un pataques de ce Covid, puisque la majorité des gens sont vaccinés. »</p> <p>« Comme je fais beaucoup de pédiatrie, moi mon discours c'est que je trouve dégueulasse qu'on punisse les petits, et que les petits n'aillent pas à l'école, qu'on ferme les classes. Je suis un peu à fond là-dedans. »</p> <p>« Pourquoi cela retombe autant sur les enfants, la fermeture des écoles, les adultes qui ont des masques, moi cela me choque. Ce sont des choses que j'ai du mal à gérer personnellement. »</p>
	M10	« Non. »
	M11	« Non. »
	M12	« Non. »
	M13	« Non. »
	M14	« Non. »

**Vu, la Présidente du Jury,
SAUVAGET Anne, PU-PH**

**Vu, la Directrice de Thèse,
CHOLET Jennyfer, PH**

**Vu, le Doyen de la Faculté,
JOLLIET Pascale, PU-PH**

PANDÉMIE COVID-19 : SANTÉ MENTALE DES PERSONNES AGÉES ET ENJEUX

Impacts sur les pratiques de dépistage de la dépression du sujet âgé en Pays de la Loire, considérations éthiques et identité professionnelle des médecins généralistes

RÉSUMÉ

L'arrivée en France d'un nouveau virus en janvier 2020 marque le début d'une pandémie inédite qui amène le gouvernement à décider d'un confinement généralisé de la population puis d'une succession de mesures politiques et sanitaires largement controversées. La Covid-19 impacte tout particulièrement la population âgée qui représente plus de 90 % des décès, mais les effets collatéraux sont nombreux, notamment sur la santé mentale. La dépression est la maladie psychiatrique la plus fréquente chez les patients âgés. Celle-ci constitue un enjeu majeur de santé publique, et les médecins généralistes, par leur lien privilégié avec les patients et leur fonction sentinelle, ont un rôle important à jouer. Or 60 à 70 % des états dépressifs des personnes âgées sont négligés, méconnus ou mal traités. L'objectif principal de cette étude a été d'analyser les impacts de la pandémie Covid-19 sur les pratiques de dépistage de la dépression du sujet âgé en soins primaires. Plusieurs objectifs secondaires ont été déterminés : questionner l'impact sur les médecins et leur façon d'exercer, explorer les enjeux éthiques de la crise, notamment dans les EHPAD et concernant la vaccination, et porter finalement une réflexion sur l'identité professionnelle des médecins généralistes. Pour ce faire, une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été conduite auprès de quatorze médecins généralistes exerçant en Pays de la Loire, par deux investigateurs. Les résultats obtenus ont démontré que les médecins généralistes sont beaucoup plus sensibilisés suite à la pandémie, bien qu'ils n'aient pas modifié fondamentalement leur manière de dépister la dépression. Ils en connaissent bien les symptômes, sont plus à l'écoute, plus systématiques, s'appuient davantage sur les autres professionnels, l'entourage et le milieu de vie. Par ailleurs, la crise a révélé un engagement massif des professionnels soignants et une grande capacité d'adaptation, au prix d'une souffrance psychique et d'un épuisement professionnel qui se sont aggravés. Elle a démontré une identité commune faite de valeurs et de besoins nombreux pour la médecine générale contemporaine. Des études quantitatives de longue durée seront nécessaires pour déterminer avec précision les impacts à long terme de cette pandémie.

MOTS-CLES

Dépression – Covid-19 – Personnes âgées – Ethique – Santé mentale – Vaccination – Médecins généralistes – Épuisement professionnel – EHPAD – Identité professionnelle