

Année 2021/2022

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Barbara PICART**

Née le 26 avril 1989 à Fortaleza – BRESIL (99)

---

#### TITRE

**Explorer le vécu des médecins généralistes du Loiret de la crise COVID-19 de la période allant de janvier à juin 2020**

---

Présentée et soutenue publiquement le **09 novembre 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury: Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie adulte, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Laurent PLANTIER, Physiologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Gérard LORETTE, Dermatologie, PE, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Grégory BRAMI, Médecine Générale – Orléans

## TITRE

Explorer le vécu des médecins généralistes du Loiret de la crise COVID-19 de la période allant de janvier à juin 2020

## RESUME

**Introduction** : La crise de la COVID-19 est sans précédent puisqu'elle a poussé différents pays à prendre une décision unique : le confinement. Ce confinement a eu un impact à plusieurs niveaux mais notamment sur la pratique de la médecine générale. L'objectif de cette thèse est d'explorer le vécu des médecins généralistes du Loiret de la crise COVID-19, sur la période allant de janvier à juin 2020.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude qualitative s'inspirant de l'analyse interprétative phénoménologique. Des médecins généralistes exerçant dans le département du Loiret ont été interrogés à partir d'un échantillonnage homogène, à travers la réalisation d'entretiens individuels d'une durée moyenne d'une heure.

**Résultats** : Cette étude a mis en avant les différents temps de la prise de conscience, d'une part de l'existence du virus et d'autre part que les médecins peuvent autant se mettre en danger que devenir dangereux. Elle a pointé les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, la façon dont ils s'y sont adaptés à travers leur activité et la mise en place de dynamiques locales, ce qui a abouti au questionnement sur le métier de médecin généraliste à travers l'impact qu'a eu la crise COVID-19 sur leur perception de la profession et sur leur pratique. De nouveaux enjeux semblent se dessiner.

**Discussion** : La souffrance des médecins généralistes a été révélée dans cette étude mais une nouvelle manière d'exercer paraît s'imposer aux médecins interrogés, de nouveaux enjeux émergent et ils semblent se positionner comme un véritable acteur de santé dans le système de soin.

**Mots clés** : COVID-19, médecine générale, vécu, adaptation

TITLE :

Explore the experience of general practitioners in the Loiret (region of France) of the COVID-19 crises, over the period from January to June 2020

ABSTRACT:

**Introduction :** The COVID-19 crisis is unprecedented as it has led many countries to take a unique decision : containment. This containment has had an impact on several levels but notably on the practice of general medicine. The objective of this thesis is to explore the experience of general practitioners in the Loiret region of France of the COVID-19 crisis, over the period from January to June 2020.

**Method :** This is a qualitative study inspired by phenomenological interpretative analysis. General practitioners practicing in the Loiret region of France were interviewed on the basis of a homogeneous sampling, through individual interviews lasting an average of one hour.

**Results :** This study has highlighted the different stages of awareness, on the one hand of the existence of the virus and on the other hand that doctors can be as dangerous as they are dangerous. It pointed out the difficulties encountered by general practitioners, the way in which they adapted to them through their activity and the setting up of local dynamics. This led to the questioning of the profession of general practitioner through the impact that the COVID-19 crisis had on their perception of the profession and on their practice. New issues seem to be emerging.

**Discussion :** The suffering of general practitioners was revealed in this study, but a new way of practicing seems to be imposed on the doctors interviewed, new issues are emerging and they seem to be positioning themselves as a real health actor in the care system.

**Keywords :** COVID-19, general practice, experience, adaptation

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**  
**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**  
**Pr Henri MARRET**

**ASSESSEURS**  
Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie  
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale  
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue  
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**  
**Mme Fanny BOBLETER**

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**  
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**  
Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Jacques CHANDENIER  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Pascal DUMONT  
Pr Dominique GOGA  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Dominique PERROTIN  
Pr Roland QUENTIN

**PROFESSEURS HONORAIRES**  
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU  
– C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.  
CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA  
LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L.  
GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y.  
LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.  
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.  
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J.  
SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DUBOUXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
ELHAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive-réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs  
POTIER Alain ..... Médecine Générale  
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

MC CARTHY Catherine ..... Anglais

## **MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

AUDEMARD-VERGER Alexandra ..... Médecine interne  
BARBIER Louise ..... Chirurgie digestive  
BINET Aurélien ..... Chirurgie infantile  
BISSON Arnaud ..... Cardiologie (CHRO)  
BRUNAUT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CAILLE Agnès ..... Biostat., informatique médical et technologies de communication  
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo ..... Rhumatologie (au 01/10/2021)  
CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie  
DENIS Frédéric ..... Odontologie  
DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire  
ELKRIEF Laure ..... Hépatologie – gastroentérologie  
FAVRAIS Géraldine ..... Pédiatrie  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques  
GOUILLEUX Valérie ..... Immunologie  
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno .....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine .....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste .....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric .....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille .....	Médecine légale
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl .....	Bactériologie
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure .....	Génétique

## **MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AUGILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine .....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## **MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIES**

---

BARBEAU Ludivine .....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle .....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris .....	Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM – CNRS – INRAE**

---

BECKER Jérôme .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne .....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie .....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

## **CHARGE D'ENSEIGNEMENT**

---

### **Pour l'école d'orthophonie**

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier

### **Pour l'Ecole d'Orthoptie**

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa .....	Orthoptiste

### **Pour l'Ethique Médicale**

BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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



## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS, président du jury**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et d'avoir jugé ce travail. Soyez assuré de ma grande reconnaissance et de mon profond respect.

### **A Monsieur le Professeur Laurent PLANTIER**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie des membres de ce jury et de porter un regard critique sur ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

### **A Monsieur le Professeur Gérard LORETTE**

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail de thèse. Je vous suis reconnaissante de faire partie de ce jury. Recevez ici le témoignage de mon profond respect.

### **A Monsieur le Docteur Grégory BRAMI, direction de thèse**

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail. Je te suis vraiment reconnaissante de ta présence, ta bienveillance et ton soutien.

### **A Poupsi et Mimsh,**

Je vous remercie de m'avoir soutenue, supportée, aidée, accompagnée, conseillée... un peu tout, durant toutes ces années. Si je suis là aujourd'hui, c'est très sincèrement grâce à vous et je sais que ça n'a pas toujours été facile.

### **A Petit Prépet, Mentor Yvon, et Sudoku,**

Soutien et présence infaillibles, je vous remercie sincèrement pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je n'ai pas de mots. Vous m'êtes extrêmement important ! Mon petit Sudoku et ses vidéos trop rigolotes qui me faisaient trop rire pendant mes pauses.

### **A Tia Mônica**

Tia, merci pour tout : l'écoute, le soutien, la bienveillance, ta disponibilité, les fous rires et surtout les superbes musiques pour tenir !

### **A Super Ckaelmimi,**

Ami, confident, collègue, compagnon de sorties, et d'autres à venir. Ami inestimable, qui m'accompagne depuis un certain temps.

### **A Chlouuuuuiiii,**

Voilà voilà, tout est dit. Je parle le baleine, merci sincèrement pour tout, ton soutien sans faille quoiqu'il arrive.

### **A Super FJJ,**

Amitié partie d'un fou rire à la médecine scolaire et depuis inséparables, merci pour ton soutien et ta confiance en moi depuis le début. Merci pour tous les moments qu'on a partagé, tous les fous rires, toutes les bonnes bouteilles (pour être sûr de maîtriser nos cours : oui, oui, si légèrement chétor tu peux, c'est bon), et beaucoup d'autres choses. FJJ quoi !

**A Laurie,**

Mon alter égo, vraiment merci pour tes écoutes, ton soutien, ta confiance, et la crêperie alors que tu n'aimes pas les crêpes... Et, on avait dit qu'on allait finir par en rire.

**A Séverine,**

Magnifique rencontre, tu es vraiment une personne hors du commun, merci pour ton aide, pour ton soutien, ton écoute, ta bienveillance, tes conseils et ta méga disponibilité.

**A Marie,**

On se connaît depuis peu, mais je suis plus que ravie de te compter dans mes amis, tu es vraiment géniale. Je te remercie pour les messages d'encouragement, et les huîtres !

**A Valé, Chadidi, Ramzizi**

Supers compagnons les gars ! Je vous remercie pour tous les fous rires et les bons moments mais aussi les quelques désespoirs... Quoiqu'il arrive : le soleil se lève demain.

**A Xavier, Jérôme, Betty, Vincent, Arslan, François**

Très chers collègues, merci pour le soutien.

**A Laurence, Magali, Patricia, Monique**

Merci les filles pour votre soutien et votre écoute, « alors la thèse ? ».

## **ABREVIATION**

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CCS** : Centre de Crise Sanitaire

**CORRUSS** : Centre Opérationnel de Réception et Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales

**CPAM** : Caisse Primaire de l'Assurance Maladie

**CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

## **Table des matières**

INTRODUCTION .....	14
RAPPELS BIBLIOGRAPHIQUES .....	16
MATERIELS ET METHODES .....	19
1. Type d'étude.....	19
2. La population.....	19
3. Recueil des données.....	19
4. L'analyse des données.....	20
RESULTATS.....	21
1. Résultats quantitatifs .....	21
1.1. L'échantillon .....	21
1.2. Les entretiens .....	21
2. Résultats qualitatifs .....	21
2.1. Prise de conscience .....	22
2.1.1. De l'existence du virus.....	22
2.1.2. Se mettre en danger et devenir dangereux .....	23
2.2. Les difficultés rencontrées par les médecins interrogés.....	24
2.2.1. Le discours public .....	24
2.2.2. S'informer.....	25
2.2.3. Anxiété des patients générée par la presse .....	26
2.2.4. Se protéger.....	27
2.2.5. Continuer de soigner.....	27
2.2.6. Sentiment d'exclusion des médecins dans la gestion de la crise.....	29
2.3. Adaptation des médecins généralistes .....	31
2.3.1. Se protéger.....	31
2.3.1.1. Les moyens de se protéger.....	31
2.3.1.2. Des sens différents .....	32
2.3.2. Continuité des soins .....	33
2.3.2.1. En rassurant les patients par les mesures mises en place .....	33
2.3.2.2. En maintenant le contact .....	34
2.3.2.3. Par la mise en place de la téléconsultation.....	35
2.3.3. Au travers des dynamiques locales .....	36
2.3.3.1. Pour se protéger.....	36
2.3.3.2. Pour le partage d'expérience .....	37
2.4. Questionnement sur le métier de médecin généraliste .....	38
2.4.1. Perception du métier .....	38
2.4.2. Impact de la crise COVID-19.....	40
2.4.2.1. Sur la perception du métier .....	40
2.4.2.2. Sur la pratique .....	42

2.4.3. De nouveaux enjeux .....	43
2.4.4. A travers les applaudissements.....	45
DISCUSSION .....	47
1. Discussion des résultats.....	47
1.1. Le vécu pratique des médecins généralistes.....	47
1.1.1. La prise de conscience.....	47
1.1.2. Les difficultés et adaptations des soins primaires.....	48
1.1.3. Le sentiment d'exclusion des médecins généralistes dans la gestion de la crise et leur réactivité.....	49
1.2. Mal-être des médecins généralistes .....	49
1.2.1. Définition de la médecine générale .....	50
1.2.2. Des causes possibles à ce mal-être .....	50
1.2.3. Des éléments du syndrome d'épuisement professionnel.....	51
1.2.4. Nécessité d'une nouvelle collaboration .....	52
1.3. Perspectives pour la médecine générale .....	53
2. Forces de l'étude .....	54
3. Limites de l'étude .....	54
PERSPECTIVES.....	55
CONCLUSION .....	56
BIBLIOGRAPHIE .....	57
ANNEXE 1.....	60
ANNEXE 2.....	61
ANNEXE 3.....	62
ANNEXE 4.....	63

## **INTRODUCTION**

La crise du nouveau coronavirus est une crise sanitaire mondiale sans précédent ayant poussé de nombreux pays à prendre une décision unique jusque maintenant : la mise en place du confinement. Effectivement, lors de la dernière semaine de décembre 2020 et la première de janvier 2021, on compte 84 532 824 cas confirmés de la COVID-19 dont 15 857 298 compris dans l'Union Européenne, et 1 845 597 décès dont 376 891 en Union Européenne(1). Cette crise a eu des impacts majeurs(2) : sanitaire, économique, environnemental mais également dans les rapports internationaux. La virulence de la COVID-19 la rend singulière et la distingue des dernières épidémies même si celle de la grippe espagnole a été largement rappelée lors de cette période.

Les premiers cas avérés remontent à novembre 2019 mais ce n'est que fin décembre 2019 que la Chine évoque un nouveau virus qui serait apparu sur un marché de Wuhan. Le 15 janvier 2020 le séquençage du génome de ce nouveau virus est partagé avec la communauté scientifique(3) par un laboratoire, le SRAS-CoV-2. Finalement, l'Etat chinois décide de confiner sa population, d'abord la province de Wuhan puis le pays entier devant l'échappée de l'épidémie malgré le contrôle des autorités le 22 janvier 2020(3), au 31 janvier la Chine déclare 10 000 contaminés et 213 décès. C'est alors que l'OMS créé en 1948 déclare pour la cinquième fois l'urgence internationale. Le 11 février 2020, on dénombrait 46 997 cas confirmés dans le monde, dont seulement 447 cas en dehors de la Chine, avec un nombre de décès estimé à 1114(3). Le premier cluster en France a été identifié le 8 février 2020, et le premier décès est survenu le 14 février.

En Europe, c'est l'Italie qui prend la première la décision du confinement de sa population le 23 février 2020. Moquée dans un premier temps puis suivie dans un second, notamment par la France le 17 mars 2020 devant l'échappée de la pandémie, un nombre de cas croissant, les hôpitaux surchargés de patients nécessitant une surveillance ou une hospitalisation en unité de soins continus et les réanimations débordées.

Les médecins généralistes, de premier recours, ont alors dû s'adapter, dans un premier temps, à la lointaine menace du virus, puis à son approche fulgurante jusqu'à son arrivée en France et ses premières victimes. Cette adaptation a demandé de nombreuses ressources aux médecins généralistes, tant personnelles que professionnelles voire économiques. Ils ont dû, entre autres choses, faire face à une éventuelle réorganisation de leur temps de travail(4), à la désertification des salles d'attente, au manque de matériel de protection adéquat(5), aux questionnements des patients quand les informations étaient diverses et changeantes(5). Une étude de la DREES(6) portant sur l'exercice des médecins généralistes pendant le mois d'avril - en plein confinement - montre que malgré leur organisation pour le diagnostic et la surveillance des patients potentiellement atteints par la COVID-19, le motif principal des consultations n'était pas celui-ci. On note une baisse de 13 à 24% de leur temps de travail moyen (sur une base théorique de 54 heures hebdomadaires).

Cette thèse qualitative a pour but d'explorer le vécu des médecins généralistes du département du Loiret pendant le premier confinement. Nous avons choisi de déborder sur les dates de ce dernier, puisque nous allons de janvier à juin 2020 dans le but de prendre en compte les questionnements des patients mais également l'arrivée des premiers cas, le premier confinement et le déconfinement progressif mis en place, puisque ce n'est que courant juin que les réouvertures des écoles, bars et restaurants, casinos, cinémas et des visites en EHPAD ont été effectives.

## **RAPPELS BIBLIOGRAPHIQUES**

### **Mise en pratique de l'état d'urgence sanitaire**

Depuis la déclaration d'urgence mondiale par l'OMS, plusieurs pays ont dû mettre en place une stratégie de lutte contre le virus. En France, c'est le Centre Opérationnel de Réception et Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales(7) qui effectue ce travail de veille sanitaire ; il s'articule en trois niveaux. Le premier niveau dit « veille opérationnelle » mis en place en France le 2 janvier 2020(8) dont la mission est la gestion courante des alertes sanitaires. Le deuxième niveau appelé « CORUSS dédié », mis en place le 22 janvier(8), qui correspond à la formation d'une équipe dédiée à la gestion d'un événement particulier ayant un impact sanitaire significatif. Le troisième niveau « activation du Centre de Crise Sanitaire », adopté le 14 mars(8). Ce CCS a pour mission le pilotage des actions du secteur sanitaire, le suivi et la coordination de la gestion de crise en relation avec les Agences Régionales de Santé, le déploiement de moyens humains, l'organisation et le suivi du dispositif de santé(7). Une fois le Conseil de Crise Sanitaire activé, on décline trois différents stades d'intervention(9) (inspiré du guide de l'OMS concernant les pandémies grippales(10)). Le premier stade vise à freiner l'introduction du virus sur le territoire, une fois que celui-ci a franchi les frontières du pays. Le deuxième stade consiste à freiner la propagation du virus, lorsque ce dernier circule de manière active on parle de phase épidémique, c'est le franchissement du troisième stade, avec l'arrêt de la surveillance individuelle et la mise en place de mesures barrières plus restrictives. Il est important de noter qu'en période épidémique, la réalisation d'un test diagnostic pourtant habituellement nécessaire n'est plus requise.

### **Cadre légal du premier confinement**

La limitation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus COVID-19 est publiée dans le décret n°2020-260 du 16 mars 2020(11), puisqu'il interdit à toute personne de se déplacer en dehors de son domicile à l'exception des déplacements prévus par l'article 1 : « trajets entre le domicile et le ou les lieux d'exercice de l'activité professionnelle et déplacements professionnels insusceptibles d'être différés, déplacements pour effectuer des achats de fournitures nécessaires à l'activité professionnelles et des achats de première nécessité, déplacements pour motif de santé, déplacement pour motif familial impérieux, pour l'assistance des personnes vulnérables ou pour la garde d'enfant, déplacements brefs, à proximité du domicile liés à l'activité physique individuelle des personnes, à l'exclusion de toute pratique sportive collective, et aux besoins des animaux de compagnie ». Pour effectuer ces déplacements, un document écrit (« attestation de déplacement ») est obligatoire sous peine d'amende. C'est le confinement.

Les modalités du confinement en France sont définies dans deux principaux arrêtés. L'arrêté du 14 mars 2020(12) portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus COVID-19, composé de sept articles, précisant : la fermeture des établissements recevant du public, l'interdiction de rassemblement supérieur à 100 personnes, la fermeture des écoles, l'autorisation des pharmacies de renouveler les ordonnances de traitements chroniques (les stupéfiants ou les spécialités répondant au régime de délivrance des stupéfiants étaient alors exclus de cette dérogation exceptionnelle), et la délivrance gratuite de boîte de masques à



certaines professions de santé. L'arrêté du 23 mars 2020(13) précise les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaire pour faire face à l'épidémie COVID-19 dans le cadre d'urgence sanitaire, définit les dispositions générales, l'organisation des établissements de santé, la téléconsultation, les mesures concernant les moyens relevant du ministère des armées. Dans cet arrêté la dérogation exceptionnelle des pharmacies à délivrer un traitement chronique est détaillée puisque l'article 4 du chapitre 2 autorise les pharmacies à renouveler par période d'un mois une ordonnance arrivée à échéance, mais également le renouvellement d'ordonnance de psychotiques ou anxiolytiques à condition que le patient en bénéficie depuis plus de trois mois, il leur est également possible de renouveler les traitements de substitution aux opiacés si le patient en bénéficie depuis plus de trois mois, concernant les stupéfiants il est demandé un accord écrit par le prescripteur ; l'article 6 limite la délivrance de boîte de paracétamol sans ordonnance à deux si le patient présente de la fièvre ou des douleurs, sinon à une. La loi n°2020-290 publiée le 23 mars 2020 établit l'état d'urgence sanitaire.

## Les directives de la Direction Générale de la Santé

La Direction Générale de la Santé a alors publié de nombreux documents à l'attention des professionnels de santé établissant les grandes lignes de la prise en charge des patients suspects ou confirmés COVID-19 en ville comme au sein des structures de soins de première et seconde ligne. Dans son guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de COVID-19 du 16 mars 2020(14), les professionnels de santé en ville sont positionnés comme première ligne dans la prise en charge des personnes ne nécessitant pas une hospitalisation et dans le renforcement de la médicalisation des établissements médico-sociaux. Il est également demandé une organisation particulière des cabinets dans le but de réduire les consultations non urgentes et de mettre en place des plages spécifiques pour les patients suspects de la COVID-19. Le guide prévoit la promotion de centre de consultations dédié pour désengorger les urgences ainsi que la facilitation de l'orientation des patients. Les professionnels de santé de ville doivent également pouvoir isoler les personnes ayant un tableau évocateur de la COVID-19 (pas de test diagnostic individuel requis), tout en s'assurant de la compliance et la compréhension des gestes barrières par ces derniers.

## Démographie médicale

En 2021, le Loiret compte 981 médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre des médecins sans discrimination de leur mode d'exercice ou type d'activité pour un total de 141 457 en France(15). Le Loiret fait partie des départements les plus désertifiés sur le plan médical de la région puisqu'il ne compte que 110 médecins généralistes(16) pour 100 000 habitants au 1er janvier 2018, selon les indicateurs de l'INSEE.

## Les premières données chiffrées de l'ARS

Les premières données chiffrées fournies par l'ARS Centre-Val-de-Loire sur la situation de la COVID-19 dans la région datent du 9 mars 2020, il y avait alors 17 cas confirmés, dont sept dans le Loiret(17). A la date du confinement, le 16 mars 2020, il y avait 103 cas confirmés dont 34 dans le Loiret. Le Centre Hospitalier Régional d'Orléans était considéré comme une structure de soins de première ligne avec le Centre Hospitalier Universitaire de Tours.

# MATERIELS ET METHODES

## 1. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative s'inspirant de l'analyse interprétative phénoménologique. Cette approche permet de se centrer au mieux sur le vécu des médecins généralistes puisqu'elle leur permet d'exprimer plus librement leur ressenti. De surcroît, ce sujet s'étudie davantage par cette approche pour en révéler le maximum d'informations.

## 2. La population

Nous avons décidé de faire un échantillonnage homogène des médecins généralistes du Loiret en essayant de faire varier l'âge, le sexe, la zone d'installation (rurale, semi-rurale, urbaine), le type d'exercice (en groupe ou seul) et la pratique ou non d'une activité complémentaire à la médecine générale.

Le recrutement des médecins s'est fait à partir des Pages Jaunes et de GoogleMaps dans le but de couvrir au maximum le département du Loiret, les médecins ont ainsi été contactés dans un premier temps par téléphone dans le but de présenter le travail de recherche et de fixer un rendez-vous dont les modalités, présentiel ou téléphonique, étaient laissées au choix des participants. Vingt-quatre médecins ont été contactés. Lorsque ces derniers n'étaient pas joignables, les coordonnées de l'enquêtrice ont été transmises par la secrétaire aux médecins pour qu'ils puissent la rappeler. Par ailleurs, une fiche de présentation de la thèse (Annexe 1) a été envoyée aux médecins par mail. Il est à préciser qu'aucune relance n'a été réalisée.

## 3. Recueil des données

Nous avons procédé par entretiens individuels selon deux modalités : présentiel et téléphonique, de février 2021 à juin 2021. Lorsque ces derniers étaient en présentiel, le lieu de rendez-vous était le cabinet des médecins. Ils ont été enregistrés sur deux supports : un dictaphone OLYMPUS VN-540PC et un téléphone portable APPLE 12 Pro Max. Lorsqu'ils étaient réalisés en distanciel, le haut-parleur était mis pour permettre l'enregistrement à l'aide du dictaphone. Les entretiens ont ensuite été retranscrits et anonymisés sur Word, par la réécoute des enregistrements. Aucun des participants n'ayant émis le souhait de lire la retranscription de leur entretien, elles n'ont pas été modifiées a posteriori.

Lorsque les entretiens étaient en présentiel, la feuille de consentement (Annexe 3) et le recueil de données (Annexe 4) ont été remplis directement au début de l'entretien. Lorsqu'ils étaient réalisés par téléphone, ces documents ont été échangés par mail.

Lors des entretiens, nous avons suivi une trame (Annexe 2) pour s'assurer du bon traitement de tous les sujets, l'ordre des thèmes a pu être modifié selon les réponses du participant. Cette trame a été réalisée à partir des recherches bibliographiques mais également du premier entretien qui a été très riche en information.

Nous nous sommes, par ailleurs, arrêtés au bout de neuf entretiens individuels considérant que les données recueillies étaient suffisantes à l'analyse dans le cadre d'une étude phénoménologique interprétative.

#### 4. L'analyse des données

Chaque entretien a d'abord été analysé indépendamment sur le logiciel Word afin d'en dégager les thèmes et super thèmes. Puis, les analyses indépendantes ont été associées dans le but de trouver des liens entre chaque entretien et ceux-ci ont enfin été consignés dans un tableur Excel. La triangulation des données a été faite avec le directeur de thèse par la confrontation de nos analyses, et lors de groupes de travail.

# RESULTATS

## 1. Résultats quantitatifs

### 1.1. L'échantillon

Sur les 24 médecins contactés, neuf ont répondu. Tous les médecins interrogés étaient installés. Leurs caractéristiques sont représentées dans le tableau suivant.

**Tableau 1 : Résumé des caractéristiques des médecins interrogés.**

Médecins	Sexe	Année de naissance	Mode d'exercice	Activité complémentaire	Lieu d'exercice
1	Homme	1975	Cabinet de groupe	Non	Urbain
2	Femme	1977	Cabinet de groupe	Non	Semi-rural
3	Homme	1958	Cabinet de groupe	Non	Semi-rural
4	Femme	1969	Cabinet seul	MAS	Semi-rural et rural
5	Homme	1966	Cabinet seul	EHPAD, Régulation médicale en centre 15	Semi-rural
6	Homme	1973	Cabinet de groupe	Non	Urbain
7	Femme	1956	Cabinet de groupe	Accueil de jour	Urbain
8	Homme	1967	Cabinet seul	Non	Urbain
9	Homme	1962	Cabinet seul	Non	Urbain

### 1.2. Les entretiens

Sur les neuf entretiens, sept se sont réalisés en présentiel à leur cabinet, deux par téléphone. La durée moyenne des entretiens est d'une heure, avec des extrêmes allant de 32 minutes à 1 heure et 47 minutes.

## 2. Résultats qualitatifs

L'analyse des données a mis en avant plusieurs super thèmes :

- la prise de conscience : moment déterminant puisque la prise de conscience de l'existence du virus a amené à la réalité de la mise en danger en exerçant son métier et la notion de devenir dangereux ;
- les difficultés rencontrées par les médecins généralistes : à divers niveaux que ce soit dans le souci de continuité des soins, dans leur manque de moyen, dans la nécessité de s'informer, se mettre à jour et appliquer les directives des autorités, mais également l'attente d'une « vague » qui n'a pas eu lieu ;

- la façon dont ils se sont adaptés à ces difficultés : pour se protéger et continuer de soigner à travers des adaptations personnelles et de la mise en place de dynamiques locales ;
- un questionnement sur leur profession : tout d'abord en définissant la perception qu'ils ont de leur métier, mais également l'impact de la crise COVID-19 sur celle-ci et les nouveaux enjeux de la médecine générale.

Les extraits de verbatim seront indiqués en italique, entre guillemets suivis de M1 pour le premier entretien et ainsi de suite.

## 2.1. Prise de conscience

### 2.1.1. De l'existence du virus

La diffusion du virus décrite comme passant par la Chine, l'Italie, et la France a été un élément déterminant pour les médecins les faisant réaliser qu'ils allaient devoir affronter la crise COVID-19 mais surtout que ce virus allait entrer dans leur vie de manière constante et virulente, alors qu'avant ils ne se sentaient pas concernés.

*« pour nous quand on a commencé à réaliser c'est quand c'est arrivé en Italie » M1,  
« que le petit virus de rien du tout qui était juste réservé aux chinois euh, c'est passé quand même aux informations quand même de plus en plus fréquemment et ça s'est étendu comme une épidémie qu'on a peut-être un petit peu assimilée à la grippe au départ [inspiration] et qui par la suite est devenue de plus en plus, euh... je veux dire virulente et constante dans notre vie quoi » M3*

*« on voyait des cas qui arrivaient enfin de, de, de, de l'Est vers l'Ouest quoi et puis après, arrivés aux Etats-Unis et tout ça » M7*

*« les Italiens ça, ça m'avait marqué, sont, sont concernés euh... et on se dit que bon, un jour ou l'autre on va être concerné tout pareil quoi [...] pour moi le déclic c'est, c'est ce que les, les collègues italiens ont eu à affronter » M8*

*« c'était plutôt un étonnement quoi plus. Parce qu'ils se sentaient pas trop concernés, ça paraissait loin quand même » M6*

Le caractère mondial de la crise sanitaire a également été un élément important dans la prise de conscience d'un événement grave.

*« je pense que c'est plutôt ça que j'ai eu un petit peu de mal à réaliser quoi, c'est la pandémie quoi. Et puis à un moment je me suis dit bah c'est vraiment la pandémie quoi » M7*

Un cas grave dans sa patientèle a fait entrer le virus dans son quotidien dit une médecin alors qu'elle ne pensait pas qu'elle serait touchée par la description qu'elle fait de son lieu d'exercice.

*« en fait je me suis déplacée pour un patient que je connaissais bien et qui, euh... euh... ne pouvait plus tenir debout, voilà, je pensais pas du tout au COVID particulièrement, [...] j'ai appris très vite que ce patient désaturait dans le camion du SMUR et donc qu'il avait été intubé et qu'il était COVID + et là, et qu'il était en réanimation et donc ce patient est resté deux mois en réanimation, et là j'ai compris que il pouvait y avoir des cas graves et que c'était pas une grippe » M5*

*« je pensais que ça pouvait ne pas arriver ici tellement la région est euh si vous voulez cloisonnée quoi par rapport aux autres et puis euh, quand j'ai vu que ça commençait à circuler dans l'Eure et Loire, et un petit peu, voilà je me suis dit, voilà, là on va être bon quoi » M5*

La gravité des tableaux cliniques, des patients jeunes touchés, un nombre de morts croissant et l'accélération des mesures prises jusqu'au confinement total de la population a été un autre élément déterminant dans cette prise de conscience.

*« Ce que j'avais jamais vu, c'était des gens de 30 ans, sans antécédents, 93 de sat', une fréquence respi' à 30, une pulse à 120 euh... et.... En plus, on nous disait, mais non ils sont pas graves » M1*

*« au nombre de morts hein. Quand ça commence à augmenter, augmenter, je me base surtout là-dessus » M6*

*« et puis après je crois que ça a été vraiment vite, ça a été euh... oui après j'ai l'impression, oui ça doit être au mois de février que ça s'est, ça s'est vraiment accéléré et euh... et qu'on a pris conscience » M7*

*« Avant le confinement, cette maladie n'existe pas vraiment dans l'esprit des français, ça n'existe pas vraiment, c'est un truc qui se passe ailleurs, c'est assez bizarre, on comprend pas très bien, on est dans notre petit confort, on n'a pas vraiment de nom et euh... il y a des questionnements qui commencent à monter avec les inquiétudes, des rumeurs, des statistiques, des projections qui interviennent dans les médias et en fait euh, euh, euh... ça bouge vraiment on va dire, fin février, début mars, c'est-à-dire quand on commence à avoir des cas » M4*

Des éléments de vie personnelle ont également été révélateurs de la crise sanitaire : un décès dans famille, risquer de se retrouver bloqué dans un autre pays, risquer de s'exposer par le retour d'un membre de la famille de vacances.

*« Malheureusement j'ai été concerné de près puisque j'ai ma belle-mère qui est passée par là, et elle en est décédée, très rapidement » M4*

*« C'est que je suis parti au Maroc, euh... juste au moment où il y a eu un confinement [pause] total, et que je me suis, j'ai failli me retrouver bloqué là-bas, euhhhhhhhh.... Vu l'annonce qui a été faite pendant mon séjour en fait, tout allait être bloqué. Donc euh, c'est là où je me suis dit que là ça devient franchement peut-être plus important qu'on ne le craint, hein voilà. » M3*

*« D'ailleurs quand j'ai ma belle-mère qui est revenue de Singapour, avant que Singapour ne soit comme la Chine, une zone rouge, [sourire] j'avais déjà dit voilà, on faisait... voilà, de faire gaffe euh... je... j'avais déjà demandé qu'on fasse un peu attention quand elle venait à la maison, parce qu'elle est venue passer quelques jours, voire j'avais pas tellement envie qu'elle vienne loger chez nous en fait » M2*

### 2.1.2. Se mettre en danger et devenir dangereux

Cette prise de conscience de l'existence du virus de la COVID-19 et donc d'une menace sanitaire a remis en question la notion de toute puissance du médecin face à la maladie. En effet, les médecins ont réalisé à travers des décès de confrères qu'ils étaient exposés et pouvaient également mourir en exerçant leur métier

*« Le jour où j'ai réalisé la dangerosité a posteriori je dirais que c'est quand ils ont commencé à parler des médecins morts » M1*

*« Face à des patients qui étaient malades on s'est déjà dit que, mais euh voilà » M4*

*« Je compte pas mourir pour mon métier » M1*

*« C'était hyper stressant quoi » M1*

*« J'ai jamais eu conscience que je pouvais y être exposé. Donc c'est la première fois que je me suis senti exposé à un danger infectieux potentiellement mortel euh sans moyens de protections » M1*

*« Un moment, peut-être pendant pas longtemps, pendant quelques jours j'ai pu être inquiète, je me suis dit « oh mais je risque d'être malade » » M7*

*« Dans l'Est de la France qui a été sévèrement touché y a quand même plusieurs médecins généralistes qui sont morts [...] ça faisait peur quand même » M9*

*« Je me suis senti en danger bien sûr » M4*

D'autres se sont sentis en danger en se projetant sur les patients jeunes en réanimation ou sur des personnes de leur entourage sans antécédents particuliers qui ont pourtant été atteint gravement.

*« Et où j'ai vu les premiers scans. Euh des patients COVID. Et quand j'ai vu les scans, ça m'a horrifié, ouais ça m'a franchement angoissé. Parce que moi en plus il me manque un bout de poumon. J'ai un peu d'emphysème. Un peu de BPCO euh et là je me suis dit ah oui mais moi, si je me retrouve avec un scan pareil je m'en remets pas » M1*

*« Après j'ai réalisé que c'était pas si anodin que ça et que il était potentiellement mortel [...] même des jeunes allaient en réanimation quoi. Moi j'ai un... y a un flic notamment qui l'a chopé, un mec de 40 ans, zéro antécédent, et il a passé trois semaines à l'hosto sous oxygène. Et là... je me suis dit « ah oui c'est violent quand même ». » M1*

Le fait de ne pas connaître les modes de contamination représentait une menace invisible contre laquelle ils ne savaient pas se protéger, ou n'avaient pas de quoi se protéger.

*« Enfin là je me suis posée beaucoup de question sur le, la contamination, les modes de contamination possibles » M5*

*« Un peu impressionnant, enfin, pas très serein hein comme situation parce que, euh... se confiner c'est, mais on en était toujours au questionnement mais comment on, on se défend contre le virus, quelles sont les, les méthodes de protection validées scientifiquement, on nous en diffuse des infos, on en diffuse pas » M8*

Une crainte s'est alors révélée à eux : la notion de devenir dangereux tant pour leurs patients que pour leur entourage.

*« Si nous on l'a, bah de le donner aux autres. [...] de le transmettre ? Ah bah oui ! Bah ouais, je pense que c'est euh...plus ça, c'était plus ça, en tant que professionnel » M2*

*« Je ne concevais pas non plus de prendre le risque d'être un élément contaminant pour des gens » M1*

*« J'ai une douche dans mon cabinet, le soir je me prenais une douche avant de rentrer chez moi et tout ça. Et ma femme, elle était, elle, elle, elle était stressée pendant les trois premiers mois » M9*

## 2.2. Les difficultés rencontrées par les médecins interrogés

### 2.2.1. Le discours public

Les discours considérés discordants, sans unicité et sans cohérence, alors sources importantes d'information tant pour les médecins que pour les patients ont mis en difficulté les médecins généralistes car ils se sont révélés anxiogènes et perturbants.

*« Il y a les complotistes et les enfermeurs » M6*

*« Puis on patauge ouais dans les médias, on patauge entre tous les spécialistes là » M6*

*« Y en n'a pas deux qui disent la même chose. Et ça fait que ça, alors plus maintenant, pas trop là depuis quelques mois, mais 2020 2021 y en avaient pas deux qui disaient la même chose » M9*

*« Les seules informations que l'on pouvait avoir étaient celles transmises par les médias » M4*

*« Les informations on a à peu près les mêmes que la population générale, on a les mêmes infos » M2*

*« Querelle d'écoles extrêmement néfaste en ce moment, et euh... on aurait voulu justement, moi, j'aurais voulu que, voir se souder les rangs à ce sujet-là et c'est pas ce qu'on a eu. C'est pas ce qu'on a vu, ni dans les médias, ni dans les échanges qu'on aurait pu avoir d'un type confraternel » M4*

Le manque d'honnêteté du discours public a été ressenti par les patients qui n'ont plus eu confiance dans le système de santé. Certains médecins ont ressenti la nécessité de redonner confiance aux patients.

*« Le discours politique était pas très courageux quoi [...] personnellement ça me plairait plus que, que, que le, que les politiques disent euh, j'ai, je, je, oui on n'a pas anticipé, oui on a fait détruire les stocks de masque parce qu'on pensait que ça allait pas nous arriver parce qu'on avait demandé aux entreprises de s'occuper aussi de la protection individuelle des salariés euh... et puis dans un contexte d'économie on a pas trop estimé que c'était prioritaire. Moi je, j'aurais préféré qu'on me dise un truc comme ça, plutôt que dire non, mais en fin de compte ça sert à rien quoi » M7*



*« ça, je trouve que ça nuit à l'effort euh, à l'effort euh collectif quoi, à l'effort citoyen des trucs comme ça, parce que.... Parce que les gens euh, di', enfin leur confiance diminue hein, et en fait on a vraiment besoin que les gens aient confiance dans le système de santé parce que par exemple si on veut qu'ils se fassent vacciner bah il faut qu'ils aient confiance quoi » M7*

*« Y a un enjeu de, de, de vraiment... avancer dans la complexité quoi, de, de, de, de la dire, de, de la montrer, de l'expliquer parce que euh... bah parce que en fait en face le discours simpliste, populiste, complotiste, tout ça, il gagne à tous les coups si on explique pas la complexité » M7*

*« Il eut été plus intelligent me semble-t-il en terme de discours et de com' de dire bon, les amis c'est un virus aérien, la seule protection première qui vaille c'est le masque et bien porté, si en toute occasion, et c'est une contrainte chacun est d'accord là-dessus, nous qui le portons une douzaine d'heures par jour, on en sait quelque chose, vous le portez et si vous l'avez fait et que le gars d'en face l'a fait, etc etc euh... y a pas de raison si vous alliez bien d'être malade euh dans, dans, dans dix jours quoi. Donc, moi il me semble qu'on aurait pu procéder de la sorte. Et on aurait géré certainement autrement, hein. » M8*

La communication au travers des médias, dans ses contradictions, était pleine de certitudes dans une période où régnait l'incertitude.

*« ... qui connaît la vérité à l'avance ? Personne. Comment on peut faire peur aux gens en disant il va se passer ça, bah j'en sais rien » M9*

*« Les gens me demandaient vous en pensez quoi docteur de ce virus, je leur répondais, je sais pas je suis pas journaliste » M9*

*« Tout le monde, tout le monde a gobé tout ce qu'on nous a balancé comme information » M9*

### 2.2.2. S'informer

Certains médecins ont eu la sensation qu'on ne leur disait pas tout, comme s'il y avait une rétention volontaire d'information sur ce qui était important de savoir concernant le virus mais également les décisions prises.

*« pouvoirs publics qui sont informés d'un certain nombre de choses mais qu'ils refusent de communiquer » M4*

*« Vous êtes là pour nous dire la vérité ou vous êtes là pour nous manipuler quoi en fait » M4*

*« Ils ont une petite longueur d'avance sur nous, les gens qui travaillent avec le conseil scientifique, tout ça, bien sûr, ils comprennent, ils ont déjà intégré un certain nombre de données, ils savent un peu plus que nous » M7*

*« Désabusé c'est... là franchement avoir pris pour plus cons les médecins généralistes de France, fallait le faire là quand même » M9*

*« Nous nous sommes retrouvés en l'absence d'information avec l'idée que certaines personnes savaient des choses mais ne voulait pas nous les communiquer » M4*

Ils ont alors dû essayer de s'informer par leurs propres moyens en multipliant, pour certains, les sources d'informations. Cependant l'information, en tant que telle, y restait limitée.

*« Informations à la télé, mais sinon disons que euh, bon, on reçoit, on recevait, on reçoit les mails de la direction générale de la santé, bon après euh, moi je suis abonnée à Prescrire, voilà, il y a Le Généraliste aussi qui pouvait euh donner des infos là-dessus, moi j'avais deux revues. Voilà, mais bon, euh les informations étaient quand même relativement limitées » M5*

*« Les seules informations que l'on pouvait avoir étaient celles transmises par les médias » M4*

*« Les informations ne sont pas bien exposées, enfin, on a du mal un petit peu à faire le tri entre ce que nous disent les pouvoirs publics et ceux qui suivent, ceux qui interviennent encore dans la presse grand public » M4*

D'autant plus que leur distance avec le milieu universitaire leur a fait perdre les compétences et le temps pour savoir où aller chercher l'information de manière efficiente.

*« On ne dispose pas de la maîtrise des outils pour aller chercher l'information, notamment sur PubMed et on a plus les abonnements euh pour faire la bibliographie en direct, parce qu'en fait c'est ça, on voulait faire de la bibliographie en direct » M4*

Et lorsqu'ils recevaient des informations, beaucoup de médecins avaient la sensation d'être submergés par celles-ci qui étaient trop importantes, contradictoires et trop rapidement changeantes. Ce qui, au lieu de leur donner un cadre fixe pour leur pratique, les a mis en difficulté par la nécessité de se tenir au courant tous les jours voire plusieurs fois par jour.

*« Ca changeait du jour au lendemain suivant l'information, oui oui, informée, sur informée, désinformée, enfin mélangée quoi [...] Il fallait se tenir au courant c'est sûr » M2*

*« Trop même. Les DGS-urgent [...] il faudrait que quelqu'un explique à la DGS ce que ça veut dire urgent, parce que manifestement les DGS-urgent... [rires] [...] des tonnes de mails » M6*

*« Submergée plutôt par euh, par l'ensemble euh, surtout les directives administratives quoi. Sur le plan scientifique et médical, y a eu des trucs qui étaient pas faciles, [...] qu'en fait ça a été un espèce d'exercice intellectuel intense, et qui, qui là, finalement a pris un rythme de croisière mais qui est encore comme ça hein, et puis moi je pense que peut être je suis... j'ai une moins bonne plasticité cérébrale euh, du fait de mon âge et du coup je suis, je euh j'intègre pas le truc, mais enfin je vois, je suis pas la seule mais bon, j'intègre pas non [rire] le truc à toute vitesse quoi » M7*

*« Ce que je gère beaucoup moins bien actuellement, c'est plus la variabilité de ce qu'on doit réaliser. Euh... c'est-à-dire que j'aime bien moi les choses bien cadrées et bien fixes, et je trouve que tout change d'un jour à l'autre et d'une façon très désordonnée » M3*

*« La grosse pénibilité et qui est toujours actuelle, c'est, suivre, alors suivre la, les données scientifiques [...] ce qui a été plus difficile et qui est encore très difficile c'est de suivre euh les euh évolutions réglementaires [...] vraiment beaucoup, beaucoup, beaucoup d'informations euh... administratives à digérer de la part de, du ministère de la santé, du DGS-urgent ou de la part de la caisse quoi » M7*

*« Recevoir toutes les infos de la DGS, des mails en dix exemplaires tous les jours, enfin voilà, ça, c'est un peu cette période-là qui a commencé, c'est même pas que ça a commencé, c'était avec... la reprise de l'école. Voilà, entre les mails de l'école, de la DGS, tout est arrivé en même temps, tout le monde s'est affolé un peu en même temps » M2*

*« Je me suis senti concerné mais parfois un petit peu ballotté parce que je vous dis moi j'aime pas trop que ça change d'un jour à l'autre ce qui a été le cas pour beaucoup de critères et beaucoup de choses, hein » M3*

*« Nos autorités de tutelle soit elles étaient pas là ou alors c'était des injonctions de tout et son contraire » M8*

### 2.2.3. Anxiété des patients générée par la presse

L'anxiété et le stress causés aux patients par les médias a été une réelle difficulté pour les médecins.

*« Toute l'inquiétude générée par euh, par des, des, des informations euh totalement répétitives, en boucle euh sur les, voilà, sur le sujet, sur les... alors avec une époque où il y avait énormément d'incertitudes et du coup... y a, y a vraiment, enfin, ça, ça, y a eu un côté assez toxique j'ai trouvé quoi, la presse... » M7*

*« Ils savent pas communiquer. Donc ils génèrent du stress chez tout le monde en permanence » M9*

*« Chez les gens, on a réussi à créer une psychose. Et les médias sont extraordinaires là-dessus » M9*

*« Moins de pouvoirs aux médias [rires] je crois que déjà ça, ça nous soulagerait, ça nous retirerait j'dirais une grosse épine du pied [silence] parce que ces gens ils se rendent pas compte du mal qu'ils ont fait » M9*

*« Les gens écoutaient tous BFM, mais c'est... alors je crois que les anxieux sont, sont restés anxieux voilà, mais je me demande même si ça s'est pas aggravé » M9*

*« Et qu'on supprime les médias, franchement, qu'on arrête de donner ce pouvoir à ces, à ces gens qui racontent tout et n'importe quoi pour faire le buzz, et ça c'est, c'est au détriment de tout. C'est au détriment de tout parce que là... moi j'ai jamais vu de gens aussi stressés, jamais, jamais, jamais » M9*

Ils ont dû alors faire face à un refus de soin des patients par peur d'attraper le virus : que ce soit à travers le refus de réaliser un examen complémentaire ou par l'arrêt de leur suivi traduit par l'annulation des rendez-vous et la désertification des salles d'attente.

*« Ce qui me mettait en difficulté, euh, je dirais c'était euh...le stress des personnes, parce qu'à un moment donné les gens ont quand même commencé à avoir peur, avoir très peur et donc euh, ils voulaient plus, par, par exemple aller faire une radio par peur d'avoir le virus, ils voulaient plus à, ils voulaient plus du tout faire leurs examens » M5*

*« Qu'on s'est retrouvé tout d'un coup à 30% d'activité en moins par rapport à l'activité habituelle » M1*

*« Le confinement fait que très vite on a vu les, les, les, les demandes de consultation chuter. Alors, tout le monde avait un peu les pétoches hein entre guillemets » M8*

*« Les gens prenaient rendez-vous et puis après ils disaient, tu les rappelaï et mais vous êtes pas venus, oh bah non parce que avec la COVID finalement j'avais peur d'attraper quelque chose dans votre cabinet » M9*

*« En 24h j'ai eu 165 rendez-vous d'annulés » M9*

*« Les patients au début avaient tellement peur qu'ils ne venaient plus » M4*

*« J'ai l'impression que mon activité a baissé vers le mois d'avril surtout, hein. Euh... peut-être euh... de 20%, 20- 25% maximum » M3*

Les patients s'inquiétaient de savoir s'ils étaient à risque avant même d'être malades.

*« On a eu beaucoup beaucoup de questions des patients pour savoir s'ils étaient à risque ou pas. Pour savoir s'ils devaient s'isoler ou pas, pas une fois malade en fait mais avant, mais ça on a eu... mais quinze mille, enfin, dix messages tous les jours de patients, est-ce que je suis à risque ou pas » M2*

*« Une inquiétude qui était du genre, j'ai 62 ans, je suis hypertendu est-ce que c'est grave pour moi » M7*

Pour un médecin, ses patients pensaient tous avoir le COVID, même devant des symptômes peu évocateurs.

*« Les gens angoissés donc ils avaient tous la COVID, tous hein » M9*

#### 2.2.4. Se protéger

Le manque de matériel de protection a été une réelle difficulté pour un médecin.

*« On était en panne de gel hydroalcoolique, j'ai dû quand même, j'en ai commandé à ma pharmacienne, tu vois, je suis allé, je suis allé acheter les deux derniers bidons d'alcool de Bastide Médical [...] on était vraiment dépourvu, plus de gants, plus rien » M1*

*« J'ai essayé de me fournir en protection, dans un premier temps c'était grâce aux dons, tu pouvais pas en acheter, c'était introuvable » M1*

*« Je ne disposais pas du matériel nécessaire à ma protection personnelle et à la protection de mes proches vis-à-vis de ce pathogène » M1*

#### 2.2.5. Continuer de soigner

La COVID-19 était devenue une obsession pour certains, rendant la prise en charge des autres pathologies secondaire.

*« Comme elle était PCR négative, tout le monde s'en foutait, parce que c'est devenu une obnubilation cette maladie, à partir du moment où on pense que t'as ça, si dès qu'on arrive à prouver que tu l'as pas, ça intéresse plus les gens » M9*

*« On pense COVID pour tout maintenant » M9*

*« Le gars avait une pathologie mortelle mais il avait pas réalisé que ce qu'il avait c'était plus dangereux que le COVID » M1*

*« Les dégâts collatéraux sur euh les autres pathologies euh... euh, qui pouvaient peut-être pas être bien soignées, les retards de diagnostic et tout ça quoi » M7*

Un des médecins a ressenti la difficulté de faire le tri entre les patients présentant des symptômes des épidémies hivernales classiques et ceux présentant des symptômes évocateurs de la COVID-19.

*« Il allait me falloir faire un petit peu le tri des, des épidémies ou des pathologies saisonnières euh versus l'émergence du virus dont on entendait un peu parler quoi. Donc la problématique c'était d'essayer de, de faire un peu le tri, si tant est que ce soit, que c'était possible euh... et puis de suivre euh le patient euh, peut-être de façon un peu plus ciblée quand on avait des doutes » M8*

Ils se sont sentis abandonnés par les autorités.

*« On a été vraiment isolés comme pas possible hein, conseil de l'ordre, abonnés absents, ARS j'en parle même pas, c'est le vide intersidéral » M8*

*« Y a quelqu'un qui nous a appelé pour savoir si on avait besoin de machin ? » M9*

*« Personne s'est inquiété de savoir comment nous les généralistes on allait, personne. Et puis, euh... et puis on avait pas de masques » M9*

Mais également par d'autres confrères.

*« Ca a pas été cool. « Depuis quand ce sont les médecins généralistes qui décident qu'il faut, qu'il faut que ce soit le 15 » j'dis « mais il a 84 de saturation », « ah excuse moi j'avais pas bien entendu » mais au début le ton est monté tu vois. J'me suis dit merde. [...] Et j'ai dit, mais attends moi j'ai passé quand même du temps avec eux » M9*

Ils étaient présents à leur cabinet mais consultaient peu ce qui a engendré chez certains un sentiment d'inutilité.

*« Deuxième quinzaine de mars, quatre patients par jour, début avril cinq six patients par jour, les gens me disent vous êtes débordé, bah non [rires] justement comment vous dire, moi j'aimerais qu'y ait des gens qui m'appellent et qui viennent me voir, même s'ils sont pas malades, qu'on discute, j'voudrais bien hein des, tu passais ton temps à discuter par téléphone ou par Skype. » M9*

*« Restez dans votre coin et surtout ne consultez plus de malade, faut qu'ils restent chez eux, faut pas qu'ils viennent chez vous, ohhh bon, donc on était les pestiférés en gros quelque part » M9*

*« Se sentir inutile parce qu'en même temps c'est vrai que l'activité avait sacrément chuté » M1*

*« C'était un virus qui était surtout dangereux pour l'hôpital quoi enfin bon, je mesure un peu mes paroles mais quelque part c'était un peu ça quoi. C'était le système de santé qui était en danger, avec euh... les patients COVID à hospitaliser et à mettre en réa puis après à mettre en SSR et tout ça » M7*

*« Puis au final on s'est retrouvé à passer des heures et des heures au cabinet à voir personne [sourire] et attendre [rire] une vague qui n'est pas arrivée. Voilà. Cette première période c'était à peu près ça, donc en fait effectivement, un peu de stress, on se demandait ce qui allait nous arriver, tu voyais ce qui se passait dans l'Est, etc. donc on se prépare et puis en fait rien arrive » M2*

*« Les gens appellent pas, puisqu'il faut pas appeler les médecins, les gens appellent pas » M9*

*« Des plages horaires très disparates euh... Ce qui finalement dans un premier temps était un peu inédit et surprenant, bon comment va-t-on faire euh, euh... pour quand même assurer un suivi, notamment des chroniques » M8*

Continuer de soigner était également soigner, au sens large, les patients atteints de la COVID-19. Il leur était alors opposé le faible, voire l'absence, d'arsenal thérapeutique disponible ; ils ne pouvaient même pas tenter de mettre en place une prise en charge qui, par retour d'expérience

de confrères, leur semblait pertinente car ils recevaient des rappels à l'ordre de surtout ne rien faire ou encore à cause de l'arrivée tardive dans les recommandations.

« C'était les 4D comme on dit certains médecins hein, c'était les 4D [...] Domicile, Dodo, Doliprane, et Décès en cas... ou en cas où ça va pas bien » M9

« C'est vrai que concrètement au cabinet, même si on les voyait on n'avait pas beaucoup de choses à leur proposer d'autre hein... on n'avait rien à leur proposer, donc euh... donc euh... donc voilà. Ou de la surveillance effectivement, mais c'est vrai que voilà, on n'avait pas grand-chose d'autres à leur proposer » M2

« Tout se fait de façon empirique et le peu qu'on a envie de faire c'est-à-dire bah effectivement par bruit de couloir mettre les patients sous anticoagulants et sous antibiotiques bien même ça, on se fait dire par le conseil de l'ordre que c'est très vilain parce qu'on a pas la preuve de ce qu'on dit » M4

« Y a plein de choses qui sont arrivées un peu après, alors qu'on savait dès le départ que c'était des choses qui aurait dû être faites....un peu plus tôt quoi. » M2

« À part nous dire qu'il ne fallait rien faire, il y a eu personne pour nous dire voilà ce qui nous semble cohérent de tenter, personne ne s'en est inquiété » M4

## 2.2.6. Sentiment d'exclusion des médecins dans la gestion de la crise

Le sentiment de ne pas avoir eu de rôle dans la prise en charge des patients atteints de la COVID-19, au sens large, ressort de certains entretiens : dépister, tester, isoler, traiter, suivre.

« Tests fait en dépit du bon sens [...] si on avait pris la peine d'examiner les patients » M8

« Y a trois choses à faire dans les maladies infectieuses. C'est quoi? Diagnostiquer, isoler, traiter. Je te rappelle que premier semestre 2020, on avait pas de tests, isoler, qu'est-ce qu'on a fait jusqu'à présent pour isoler les gens?! Vous êtes positif, restez chez vous et mettez-vous à l'écart des autres, ça s'appelle pas un isolement [...] Et puis traiter, bah... on a bien vu ce que ça donnait, on n'a pas traité » M9

« Donc à ce moment-là si le patient devient ambulatoire pour vous, pourquoi ne pas s'appuyer sur les forces ambulatoires pour faire le suivi des patients » M4

« On faisait comme si, ça pouvait être ça, mais on pouvait pas les tester à ce moment-là » M2

« On aurait bien aimé savoir si les patients qu'on suspectait étaient vraiment... positifs » M7

« Ils sont partis du principe que nous ne servions à rien et que nous n'avions rien à faire à l'hôpital. De notre côté on ne pouvait même pas assurer les soins de proximité, donc euh, on nous a fait comprendre que désormais les médicaments seraient emp...euh, comment dire, seraient délivrés par les pharmaciens et que nous n'avions rien à faire, euh, en gros, nous ne servions plus à rien [...] en gros dès que l'épidémie a commencé à chauffer et là encore, on est sur le banc de touche » M4

Il a provoqué chez certains médecins le sentiment de ne plus pouvoir exercer leur métier en tant que cliniciens.

« Une frustration, comme je t'ai dit tout à l'heure, c'est la première fois qu'on nous interdit » M9

« Mais première fois quand même qu'on empêche des médecins de prescrire un médicament » M9

« Nous c'est resté dans votre coin... » M9

« Le sentiment d'être dépossédée complètement de mon travail, parce que euh on avait des directives, donc on avait plus du tout la possibilité de, finalement notre rôle en tant qu'évaluateur de, de, de, de, d'un problème de santé était très réduit à, par voilà il désature il désature pas, et puis, les, les, il y avait un problème, il y avait un vrai problème c'était qu'on était à la merci des employeurs, c'est-à-dire que les employeurs étaient là avec leur thermomètre et ils exigeait des patients qu'ils aillent chercher un arrêt de travail dès lors qu'ils avaient plus de 37 quelque soit la situation. Sans aucun esprit critique » M5

« Le fait d'interdire à un médecin de prescrire un antibiotique ou un anticoagulant euh sachant qu'on n'a pas la preuve qu'il marche mais qu'on n'a pas non plus la preuve qu'il ne marche pas, ce

*n'est pas une démarche scientifique, euh, et c'est en tout cas une démarche qui n'est surtout pas empathique » M4*

*« Ils nous ont privé de notre métier habituel, privé aussi de notre vocation habituelle, et euh, on s'est retrouvé complètement marginalisé » M4*

Pour deux médecins, ce sentiment d'exclusion peut être expliqué par la méconnaissance du métier par les politiques.

*« Politiquement, euh... si vous voulez, la médecine générale la place qu'elle a c'est euh... c'est euh... c'est euh... donc un... c'est, c'est un, comment dire, c'est un... c'est un SAS en fait, voyez, c'est un SAS qui permet de trier les gens qui vont à l'hôpital et qui permet de les récupérer après. Voilà. Donc c'est, c'est comme ça qu'est vécu, au niveau politique, c'est comme ça que, la représentation de la médecine générale c'est ça. Et... et c'est tout. Et rien d'autre en fait » M5*

*« On a certainement été par moment un peu négligé dans les équations parce que justement, parce que justement les gens du ministère savent pas [...] ça fait partie de la méconnaissance mutuelle » M7*

Les médecins ont eu la sensation de n'avoir été utilisés que comme exécutants.

*« On est euh capable de, de, de savoir euh beaucoup de choses quand on a un patient en face de nous quand même. Vous voyez et de... et de circonscrire une situation. [...] Et c'est ça qui, qui était très énervant, dans, dans cette période-là c'est que, on était des exécutants » M5*

*« Vous n'êtes bons qu'à faire des certificats, euh, il faut être très clair, c'est de la maltraitance, institutionnelle » M4*

*« Laisser le médecin euh faire son travail d'évaluateur de, d'évaluateur euh de situation euh de santé, vous voyez, faire son travail euh... de décider, en termes de décision, vous voyez : les arrêts, bon vous voyez la question des arrêts, c'était, c'était quand même un truc de fou les arrêts quoi. Vous voyez, de prescripteur, voilà qu'on ait laissé le médecin lib', travailler en fonction de ce qu'il a appris » M5*

Ils ont alors ressenti le fait de ne pas être écoutés sur ce qu'ils vivaient, et que leurs retours d'expérience n'étaient pas pris en considération.

*« Sous prétexte que, comme disait le SAMU on n'était pas dans un cluster la personne ne pouvait pas avoir la maladie, et donc à partir de là, la PCR n'était pas accessible et surtout la notion de transmission d'information, parce que, euh, on peut très bien euh exprimer le fait que euh on n'a pas les moyens de diagnostic mais qu'on a de fortes suspicions et que ça aurait pu être pris en charge par les épidémiologistes eh bien, moi j'ai vraiment eu le sentiment que l'information devait être étouffée d'une manière ou d'une autre. Donc, clairement, euh... les épidémiologistes avaient décidé de travailler sur leurs hypothèses, sur leur façon de voir les choses et n'avaient rien à faire des hypothèses des cliniciens » M4*

*« Ce qui n'était pas compréhensible c'est que les euh les bureaux parisiens ne veulent pas entendre parler de ce que les gens avaient à leur dire sur place [...] les épidémiologistes n'arrivaient pas à entendre parler de ce qui se passait ailleurs que chez eux » M4*

*« Le manque d'information et le manque de collaboration. C'est-à-dire que euh... le ministère ne sache pas tout dans une situation de crise comme celle-là c'est normal, mais que le ministère se refuse à recueillir des informations qu'on veut lui donner là c'est pas acceptable » M4*

*« On n'a pas été concerté nous, non » M9*

*« En termes d'info, comme toujours, aucun, aucun échange réel, aucun [rires] aucun partage de savoir et de connaissance » M8*

*« Les gens qui sont aux manettes et qui écrivent les textes, ont quand même toujours un peu la même distance avec le terrain qu'ils avaient avant le COVID c'est-à-dire, y a des trucs ils savent pas ce que c'est quoi » M7*

*« C'est rigolo parce que X temps plus tard, on dit ouais ouais, alors c'est facile de critiquer après etc..., bah non, moi c'est très simple j'ai gardé tous les mails que j'ai, j'ai envoyé euh que ce soit euh à l'ARS, que ce soit au, à la CPAM, que ce soit au conseil de l'ordre en disant mais vous nous dites ça mais ça m'étonne parce que moi c'est exactement le contraire que je vois c'est étonnant*

*que « tatata » bref, les choses argumentées voilà, rien, rien de rien, le néant complet. Dans les retours j'entends. Donc après c'est toujours facile de dire ah bah oui, mais euh voilà vous dites que des masques il en fallait, on était pas sûr, bah si on était sûr [rire] c'est juste que vous prétendiez le contraire, vous en aviez pas euh, ou vous vous penchiez même pas là-dessus, sur le terrain, pour savoir si c'était utile, comment on s'en servait, pourquoi on s'en servait, et tout et tout » M8*

*« Finalement, euh... on est pas vraiment épaulé dans ces moments-là par euh... nos autorités de tutelle en tout cas sûrement pas dans une approche de la problématique de façon concertée, c'est-à-dire les décideurs, ceux qui vont pouvoir lever les, les, les, euh les, les, les, les blocages pour je sais pas quoi, abonder dans, dans les fournitures de matériel etc..., et ceux du terrain, y a, y a, y a l'évidence une fois de plus aucun, aucun échange, aucune passerelle » M8*

*« On a l'impression que le ministère a une préoccupation c'est de tout gérer depuis l'hôpital pour avoir un contrôle total et absolu de la situation sans se soucier réellement de l'impact que pourrait avoir des initiatives de terrain » M4*

Les médecins généralistes interrogés se sont positionnés comme acteurs de terrain, en ce sens ils n'ont pas été utilisés comme élément à la gestion de la crise.

*« 90 000 médecins généralistes installés en libéral en France, euh... donc en fait normalement il y a 90 000 antennes de santé, 90 000 acteurs sur le territoire eh bien euh... ces acteurs ne sont pas utilisés » M4*

*« La prise de distance qui est prise maintenant par les pouvoirs publics, c'est-à-dire que maintenant dès qu'il y a un problème de santé, bon, on se tourne vers l'hôpital, on se tourne vers les professeurs, mais euh, nous n'avons plus lieu d'exister même en temps que clinicien, et euh, quand ils ont besoin de la médecine de ville, ils se tournent vers les pharmaciens, les kinés, les infirmières, enfin, les kinés, les infirmières, enfin, les pharmaciens, les infirmières » M4*

## 2.3. Adaptation des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont dû s'adapter aux difficultés rencontrées au travers de différents types d'initiatives personnelles et locales pour assurer leur protection et celle des patients ce qui a permis la continuité des soins et notamment par la mise en place de la téléconsultation.

### 2.3.1. Se protéger

#### 2.3.1.1. Les moyens de se protéger

Certains médecins se sont protégés dans un premier temps avec le reste de masques chirurgicaux qu'ils avaient avant d'avoir les dotations de l'Etat.

*« Pendant plusieurs semaines on a tourné qu'avec les restants de masques chirurgicaux qui nous restaient » M4*

*« On n'avait rien. On avait quelques masques chir' qui nous restaient, qui sentaient le moisi » M1*

D'autres avaient des stocks ou avaient commandé au bon moment des masques et du gel hydroalcoolique qu'ils ont pu utiliser pour se protéger.

*« J'ai commencé à faire des infiltrations ici j'avais acheté euh, une énorme caisse de masques, donc j'avais une réserve de masques FFP2 qui était considérable » M2*

*« On a eu quand même la chance d'avoir suffisamment de masques, moi j'ai jamais eu l'impression de manquer totalement de masque hein [...] ni de gel hydroalcoolique, on a quand même eu à peu près ce qui nous fallait » M3*

*« on s'est dit qu'il fallait peut-être qu'on regarde nos, nos, nos stocks de masques, et de FFP2, de gants [...] on a eu de la chance parce qu'au moment où on a commandé, c'était juste avant qu'il y en ait plus donc euh » M7*

*« Moi j'en avais parce que chaque année je me fais un petit stock » M8*

Les notions de distanciation, de limitation de l'examen clinique mais également un temps court de consultation ont aussi servi de modes de protection aux médecins interrogés.

« La question du contact avec les patients euh, euh, à partir du moment où il y a cette distance où la consultation ne dure pas une demi-heure m'a jamais inquiétée » M2

« éloignement corporel qui nous a servi mine de rien de barrière protectrice puisque le simple fait de voir un patient, de loin, de ne pas le déshabiller complètement, de pas trop s'approcher de lui, c'est déjà un fait, c'est déjà une modalité de, de, de pouvoir atténuer le risque de transmission hein » M4

« C'est sûr que quand j'avais un patient qui avait une rhino, avec une rhinorrhée, une petite toux, des symptômes bénins euh potentiellement COVID je ne déshabillais pas, je, je, je faisais moins de détails de l'examen clinique partant du constat double qu'il n'y avait pas de terrain morbide et qu'il n'avait pas de symptômes cliniques globaux inquiétants » M4

Le port d'une blouse est entré dans la pratique de certains médecins généralistes.

« On s'est mis à porter des blouses qu'on ne mettait pas. [rires] » M2

« Moi j'avais vraiment l'habitude de travailler en civil, j'ai dû acheter des pyjamas, des blouses.... Je me suis mis à bosser en pyjama de bloc » M1

Avant d'avoir le matériel de protection adapté, ils ont acheté des tenues non conventionnelles.

« J'avais quand même acheté euh... de mon côté, des espèces de masques à gaz de peinture » M1

Ils ont également renforcé la désinfection du cabinet.

« On a... euh... renforcé la désinfection en fait. Enfin, le cabinet est nettoyé tous les jours, enfin voilà, on a renforcé la désinfection, l'aération, ... les nettoyages de... tout ce qui pouvait être en contact, les portes euh... le midi la secrétaire elle passait un coup sur les poignées de portes, enfin voilà, on a renforcé tout » M2

Certains ont refusé de voir des patients qui avaient des symptômes pouvant évoquer la COVID-19 ou ont effectué un tri pour leur proposer une téléconsultation.

« On n'a pas accepté les gens qui avaient de la fièvre » M3

« On avait mis en place un système assez, assez énergique pour empêcher des gens suspects de venir ici, donc euh il y avait un interrogatoire, les secrétaires ont, ont eu des consignes pour interroger les gens, ça a été peut-être même un petit peu excessif [rires] chaque fois qu'il y avait une petite diarrhée, non vous venez pas » M7

« On a vraiment vachement, enfin développé au maximum le... le... la téléconsultation » M7

« En fait on fait quand même beaucoup les signes infectieux à distance et après on voit les gens si on voit que ça a rien à voir ou que [téléphone sonne] les PCR sont négatives » M7

### 2.3.1.2. Des sens différents

La notion de protection a pris tout son sens pour certains médecins car ne pas se protéger présente un danger mortel. De plus, cela évite une exposition considérée inutile. La protection devient un droit qui a pris la même importance que le devoir de soigner.

« En début de crise il y a beaucoup de confrères je pense qui ont négligé leur protection personnelle et qui en sont parfois morts » M3

« Mais j'ai pas envie non plus de m'exposer inutilement voilà donc, voilà » M3

« J'avoue que j'aurais manqué les mesures de bases de protection au départ, j'aurais pas été ravi parce que j'estime qu'on a des devoirs mais qu'on a aussi des droits » M3

« Cette espèce de machin, le confinement, je me suis dit bah ouais finalement on va tous mourir enfin ch'ai pas et puis finalement après euh... ça s'est un peu euh stabilisé, on avait l'impression qu'ici on prenait assez de précautions, on avait ce qu'il fallait pour se protéger » M7

« T'es pas soldat, t'es pas là pour mourir au combat, donc euh soit t'as des conditions d'exercice qui sont sécurisées, soit t'en as pas et dans ces cas t'as le droit de te mettre en retrait » M1



Pour certains médecins, se protéger c'est se rassurer pour leur propre sécurité mais également pour celles de leurs proches.

*« salle d'urgence qui donne sur l'extérieur donc du coup au pire on voyait les gens là-dedans avec, en s'habillant des pieds à la tête, donc ça c'était, c'était assez rassurant pour nous quoi, parce qu'on avait l'impression qu'on se mettait pas en danger, qu'on allait pas contaminer euh nos proches » M7*

Une fois qu'ils ont eu le matériel de protection qui leur semblait adapté, ils se sont sentis plus sereins.

*« À partir du moment où j'ai eu des FFP2 j'étais plus serein, pas complètement tranquille hein, mais plus serein » M1*

Comprendre le mode de contamination a été un moyen de donner du sens à la nécessité de se protéger.

*« C'est un virus aérien, vous mettez le masque, on nous dit voilà faut se laver les mains, d'accord, mais le... comme le HIV c'est le préservatif le COVID c'est le masque jusqu'à nouvel ordre jusqu'à preuve du contraire » M8*

*« D'être hyper carré sur, encore une fois c'est mon avis, mais sur le masque, en fait, le, le, le, les gels hydroalcooliques, oui » M8*

*« Parce qu'on a enfin compris que le, que le principe de base c'est se laver les mains » M9*

*« J'ai tout de suite respecté les mesures barrière par mesure de sécurité en me disant qu'on aurait mieux fait de les appliquer beaucoup plus tôt [rires] voilà. Et qu'on aurait dû le généraliser en fait à... des années auparavant à des symptômes grippaux ou gastro-entérites » M3*

## 2.3.2. Continuité des soins

### 2.3.2.1. En rassurant les patients par les mesures mises en place

Un médecin a même été jusqu'à reprendre le secrétariat pour pouvoir rassurer les patients directement.

*« j'ai pris le secrétariat donc en fait j'ai essayé de rassurer les gens en leur disant qu'en fait il fallait qu'ils viennent consulter quand même » M5*

Des temps de consultation différents ont été organisés pour séparer les cas suspects des cas non suspects.

*« je séparais les cas suspects et les cas non suspects, que je faisais, je recevais toutes les personnes suspectes le soir une fois que tout le monde était parti, et que, il y avait pas de mélange » M5*

*« répartir les patients euh... de façon un peu plus sécurisée pour éviter de se retrouver avec beaucoup de monde en salle d'attente » M8*

*« c'était plutôt un mode d'organisation qu'on a décidé de faire nous » M1*

*« on a essayé de faire en sorte euh que les patients euh, ne viennent enfin, que les patients atteints de symptômes évocateurs de syndrome infectieux ne viennent qu'en fin de consultations les matins et les après-midis » M4*

D'autres ont déprogrammé les rendez-vous considérés comme non urgents.

*« on a déprogrammé un maximum de rendez-vous chroniques, puisque du coup c'était vraiment personne ne pouvait sortir, on commençait à dire aux patients n'allez pas chez votre médecin, voilà, donc on a un maximum déprogrammé les chroniques, les non urgents » M2*

Un médecin a acheté de nouveaux sièges pour en faciliter la désinfection.

*« j'ai mis des sièges en plastique » M5*

La désinfection du cabinet et du matériel a été faite plus strictement.

*« ça permettait d'asperger mon cabinet après chaque passage de patient suspect » M4*

*« au départ euh je désinfectais, on a eu tous euh des petits pschitts désinfectants qu'on a encore dans nos cabinets, et moi au départ je désinfectais euh le divan euh les, les petits outils, les surfaces planes là comme ça, les sièges » M7*

La réorganisation de leur cabinet et de leur salle d'attente a été un autre moyen de rassurer les patients.

*« il y a deux salles d'attente au lieu d'une [...] mais euh il y a jamais... il y a deux personnes dans la salle d'attente quoi » M8*

*« on a réorganisé notre salle d'attente [...] d'un jour sur l'autre on changeait hein, un jour on avait mis ça comme ça et le lendemain on changeait les panneaux, donc euh... voilà, on s'adaptait tout le temps » M2*

*« passer le cabinet de A à Z euh le désinfecter, je l'ai jamais fait et je le fais toujours pas. Parce que euh... parce que, parce que, dans le mode de, de, de circulation des patients euh etc euh... bon euh... bon, je m'orientais vers d'autres euh, d'autres modes de, de, de protection » M8*

*« on a réduit le nombre de place dans la salle d'attente, euh, on a ventilé les pièces » M4*

D'autres ont créé une salle d'examen dédiée aux patients suspects.

*« salle d'urgence qui donne sur l'extérieur donc du coup au pire on voyait les gens là-dedans » M7*

### 2.3.2.2. En maintenant le contact

Les médecins ont laissé la possibilité aux patients de venir en consultation au cabinet.

*« ceux qu'avaient réellement besoin hormis des renouvellements de, d'ordonnance pouvaient quand même consulter » M8*

*« les patients me font confiance et quand je leur disais de venir bah ils venaient » M3*

Une médecin a d'ailleurs refusé la téléconsultation pour privilégier les venues au cabinet.

*« j'ai refusé la téléconsultation, euh, j'ai refusé ça euh, euh, euh....parce que je voulais garder un contact avec mes patients et que euh je, je me sentais pas capable d'évaluer des situations respiratoires euh à distance de toute façon. Bon c'est une patientèle âgée ici hein, moi j'ai très peu de patients jeunes, donc euh, je me sentais absolument pas capable d'évaluer des, des, des, des situations euh pulmonaires en téléconsult', donc j'avais absolument, voilà, moi j'ai refusé la téléconsultation et j'ai tout fait pour que mes patients viennent. J'ai eu aucun, aucun, aucune personne qui m'a dit je vais attraper le COVID chez vous dans votre cabinet, jamais » M5*

*« j'ai beaucoup apprécié que les personnes, que mes patients acceptent l'idée de venir au cabinet quand, voyez, quand ils avaient rendez-vous parce que je leur disais ils pouvaient venir et qu'ils devaient venir, voilà. Que ils étaient pas en danger, que je m'organisais pour eux, pour que ils euh soient pas mis en danger » M5*

Pour d'autres, la téléconsultation s'est avérée être un outil utile pour le suivi des patients suspects ou atteints de la COVID-19.

*« à rappeler les gens aussi quand j'avais une suspi', quand il y avait un COVID pour savoir si ça se gâtait pas, si ça dégénérait pas euh etc oui quand même il y avait ça » M5*

*« Je me suis organisé pour contacter, bah ce qu'on fait actuellement contacter les gens par téléconsultation » M3*

*« on faisait euh... tout le suivi là de la semaine, de les appeler chez eux » M6*

*« on a fait une rotation entre nous pour prendre le suivi téléphonique de visio de tous les patients suspects » M7*

*« à la fois rassurer et de dire aux gens euh... oui, vous avez, peut-être, c'est possible que vous ayez le COVID euh, donc je vais vous rappeler, on faisait le suivi là avec là les dates fatidiques sept dixième jour, et puis... et puis, d'expliquer en même temps à ces gens-là l'isolement » M7*

« bah quand euh y avait pas moyens bah euh on isolait les patients en disant il est fortement, là on raisonnait comme un clinicien, il est très très probable que vous fassiez ce fameux COVID, qu'on découvre avec vous » M8

« isoler les gens, de les appeler ou de les surveiller, ou bien vous m'appellez si, vous laissez un message à la secrétaire et puis on essayait aussi de pas embourber les urgences » M8

« les cas suspects on les a traité euh... en... téléconsultation » M7

« dès qu'il y a le moindre signe qui oriente vers un COVID possible, il est téléconsulté » M3

Mais également pour garder le contact avec les patients, notamment ceux considérés comme fragiles.

« on a commencé à faire un peu, un truc proactif de contacter les gens voilà, donc on a fait une requête sur un certain nombre de critères, d'âge surtout ou de pathologies [...] on a eu un rôle de contacter les gens pour savoir s'ils allaient bien, on a mis des secrétaires dessus, euh on a proposé à des gens de faire la téléconsultation euh à distance pour des renouvellements, pour des choses comme ça » M7

« le plus gros boulot, pour euh, pour nous hein, ça a été euh... d'une part tout ce travail relationnel à distance qui a quand même été très complexe, hein » M7

« en demande en tous cas de soin, et même le contact, le présentiel était un problème, c'est-à-dire que, j'ai essayé de faire de la téléconsultation qui en fait, euh... dans un premier temps on a eu l'impression que la situation avait créé le déclic qui permettait d'ouvrir toutes les portes de la téléconsultation qui était auparavant refusée par les patients » M4

« il y a infiniment moins de gens qu'on a pu voir cliniquement parlant mais moi euh, en tout cas je dois dire, j'ai pas perdu le fil ou le contact » M8

En étant présents au cabinet pour répondre aux patients.

« tes quatre malades par jour mais t'es quand même huit heures par jour à ton cabinet parce que, faut que tu répondes à tous les coups de fils, faut que tu répondes à tous les mails, faut que tu répondes à tout » M9

« anxiété, angoisse tout de suite donc des coups de téléphone pour, tous les jours, tous les jours, moi je rentrais le soir j'étais plus fatigué que si j'avais vu 30 malades » M9

« je savais que je pouvais, que j'étais là quoi et que euh s'il y avait un problème les gens savaient qu'ils pouvaient m'appeler » M5

« les patients appelaient et disaient bon, voilà j'ai ça, j'ai ça, est-ce vous pensez qu'il faut absolument qu'on se voit, est-ce que etc... euh, voilà, on a surtout fonctionné euh comme ça quoi » M8

« Les gens étaient... étaient assez irritables hein, assez irritables les gens hein, donc euh fallait y aller avec des pincettes moi je te dis je, je passais deux trois heures par jour au téléphone hein et pas forcément avec cinquante personnes hein, fallait choisir ses mots, fallait pas blesser les gens, fallait, pas facile hein » M9

### 2.3.2.3. Par la mise en place de la téléconsultation

La téléconsultation s'est révélée être un nouvel outil de communication avec les patients, parfois plus par obligation.

« les téléconsultations ont pu être nombreuses et on a pu créer un nouveau système de communication avec les patients » M4

« je dirais que la téléconsultation, par exemple, que j'étais obligé de réaliser pour un certain nombre de cas » M3

Pour certains, sa mise en place a été limitée : (i) patientèle parfois âgée et non équipée, (ii) l'image vidéo de mauvaise qualité ou encore (iii) la nécessité de s'équiper avec un matériel qui peut être couteux. Ils se sont alors adaptés en utilisant le téléphone ou d'autres moyens reconnus par la CPAM.

*« on a débuté ça comme on pouvait avec WhatsApp, maintenant je ne le fais même plus, on va être honnête, jusqu'au bout, je ne le fais plus en téléconsultation parce que je ne vois pas ce que ça apporte. Je suis en téléphone tout simple quand j'ai des fièvres [...] ça se gère par téléphone, ça se gère pas en voyant la tête des gens, en plus je dirais que l'image WhatsApp elle est pas terrible, à part s'équiper avec un matériel performant qui coute 1500 balles je vois pas ce que ça peut apporter » M3*

*« on a acheté trois téléphones portables sur lesquels on a installé WhatsApp et d'un autre côté, on a fait l'expérience du portail santé de la région, et du logiciel [...] qui est un truc absolument super pour faire la téléconsultation parce que l'image est de très très bonne qualité mais après faut avoir un petit peu euh le matériel quand même parce que moi dans mon bureau j'ai un problème pour installer le son, j'ai acheté une petite enceinte et tout, je me suis un peu plus équipée [...] ça marchait très très mal [...]. Mais on avait un peu d'équipement en caméra et tout ça, donc euh... pour euh le, le, la plateforme euh de téléconsultation de l'AR' enfin pilotée par l'ARS là, par le, je sais plus comme ça s'appelle le Gl...enfin je sais plus très bien, bref, ça, ça c'était bien mais de temps en temps ça marche pas on sait pas pourquoi, donc du coup entre le téléphone, WhatsApp et ça, ça va à peu près » M7*

*« je faisais de la téléconsultation sans le savoir. Bon, hormis le fait que j'avais pas de caméra, mais ce qui, très honnêtement, ne changeait strictement rien parce que les plus vulnérables à savoir les personnes âgées de toute façon ils sont pas équipés de, de, de [son téléphone sonne], de, de, de, de, de, d'ordinateur [deuxième sonnerie] et parfois même pas de smartphone, donc, donc, de whastapp c'était, c'était pas juste possible, donc voila, moi c'était principalement ça [troisième sonnerie] téléconsultation au téléphone, ce que X semaines ou mois après, je me rappelle plus, la CPAM, a, a, a insti', 'fin c'est pas le bon mot a institutionnalisé, enfin, a reconnu comme étant un moyen de... adéquat, et autorisé permis » M8*

*« donc j'ai continué sur Skype [...] ils acceptaient même par téléphone, alors par téléphone moi j'aime bien voir le visage des gens quand même. Quelqu'un qui a mal, quelqu'un qui machin, tu le vois un peu sur le visage » M9*

### 2.3.3. Au travers des dynamiques locales

#### 2.3.3.1. Pour se protéger

Ils se sont renseignés les uns auprès des autres pour savoir comment ils pouvaient se protéger.

*« un de nos collègues qui est arrivé avec euh une blouse de quand il était ch'é pas quoi, oh bah c'est vachement bien les blouses, donc on s'est tous mis en blouse » M7*

*« on s'est plutôt serrer les coudes entre confrères et consœurs en disant bah tiens, toi, t'as mis quoi en place comme euh système de protection, euh, euh, tu t'es ravitaillé comment euh, euh... euh, ah tu utilises des sur-chaussures, un bonnet, des blouses, non, moi non, enfin voilà, c'était un peu la débrouille locale » M8*

Plusieurs initiatives locales se sont mises en place notamment pour savoir où les médecins pouvaient se procurer du matériel de protection.

*« les infirmières m'ont filé euh le tuyau qu'on pouvait utiliser euh, qu'il y avait des combinaisons euh, enfin, que les magasins de peinture vendaient des combinaisons euh, euh, donc on pouvait quand même se fournir auprès d'elles puisqu'ils restaient mi-ouverts on va dire, donc par ce biais là on a échangé pour acheter quelques combinaisons de peinture euh parce que ça servait de protection faute de mieux quoi. Mais donc du coup, on en achetait, on s'en passait entre nous, euh, on se les revendait » M4*

Des dons se sont organisés également pour apporter du matériel de protection aux médecins.

*« initiatives locales, euh, les pharmaciens récupéraient les masques FFP2 donnés par le monde de l'industrie qui ne pouvaient pas s'en servir, euh... les, j'ai, les, les infirmières libérales avaient récupéré des, des protections de voiture de la part des concessionnaires automobiles [...] elles m'en ont fait passer » M4*

*« étonnamment rapidement, il y a des gens qui sont venus nous apporter des choses, donc ça euh c'était extrêmement appréciable » M1*

*« plein de gens qui ont fait euh, qui ont fait des trucs quoi, ça c'était, c'était sympa. Mais en particulier les gens qui ont fait les, les gels hydroalcooliques » M7*

*« l'usine qui est à côté d'ici qui fait du papier toilette, qui nous a fait des équip', qui nous a donné du tissus pour faire, du non tissé, pour faire des équipements de protection et du coup le club de couturière de Gien qui nous a cousu des trucs » M7*

*« après très vite, l'aide spontanée de patients qui, parce que soit bossant dans des labos de recherche dis bah tiens euh, on a des stocks de masques euh... le confinement est là on peut plus bosser, on..., est-ce qu'on peut vous le déposer ce soir euh en rentrant du boulot parce que demain je retourne pas travailler euh... des patients ingénieurs qui fabriquaient... des visières avec leur imprimante 3D » M8*

*« quelques ini', initiatives euh tout à fait louables de la part de communes ou autre euh... ou de, d'élus ou de futurs élus qui disaient tiens... de quoi avez-vous besoin docteur... on va, on va s'organiser pour vous en faire passer » M8*

*« Donc on manquait de tout, ça c'est clair et net mais euh, euh... bon, on s'est débrouillé avec ce qu'on avait ou par les réseaux » M8*

Les dons pouvaient venir d'autres médecins aussi.

*« donc j'avais des, des, des masques, et je suis allé en distribuer à deux trois médecins du coin que j'apprécie un peu plus que les autres » M9*

D'autres initiatives locales pour montrer leurs soutiens aux médecins se sont mises en place.

*« on a eu du couscous euh amené par l'association musulmane » M7*

*« des petits gestes de solidarité » M7*

### 2.3.3.2. Pour le partage d'expérience

Un groupe de discussion informel s'est créé à l'initiative d'un médecin ce qui a permis un échange d'informations important.

*« heureusement que euh, euh un urgentiste de Montargis a eu une bonne initiative pour que l'on puisse avoir les informations c'est ce qui nous a permis de tenir la tête hors de l'eau. Quelle était cette initiative ? Ça été créer tout simplement un forum sur WhatsApp de code de partage et d'échange d'information sur la question et ça a été un échange extrêmement fructueux et intéressant qui faisait circuler tantôt de la revue de la littérature parce qu'il y avait quelques vieux médecins retraités qui euh sont intervenus sur ce forum et qui étaient entre guillemets des rats de laboratoire et de bibliothèque qui sont arrivés à nous balancer des informations au fur et à mesure de leur arrivée, mais il y a eu aussi des échanges confraternels, des retours de terrains, des discussions de cas cliniques et ça s'est tourné aussi bien vers les médecins d'urgence que les médecins de ville, mais aussi euh des médecins plus éloignés. En fait c'était un forum qui était transfrontalier puisque c'était un forum francophone, et on s'est retrouvé avec des médecins d'Afrique du Nord ou d'Afrique Centrale qui revenaient aussi régulièrement sur la question. C'était assez surprenant de voir la vitesse d'information que nous avons pu obtenir par ce type de forum » M4*

*« Quand j'ai vu arriver quelques, quelques mois plus tard la validation de l'utilisation des héparines dans le COVID, je me suis dit que ce que je faisais depuis des mois était juste [...] Et ça, c'était des médecins de terrain » M4*

Un groupe fermé sur les réseaux sociaux rassemblant des médecins a été la source d'informations pour d'autres médecins.

*« je suis allé sur Le Divan des Médecins, à l'occasion de ce COVID-19, groupe que je ne fréquentais pas avant [...] et là, quand même, j'ai trouvé une bonne source d'informations » M1*

*« vous connaissez Le Divan des Médecins ? » M8*

Le travail collectif a permis également de rendre leur pratique plus facile.

« moi j'avais un logiciel de copains comme ça, c'est-à-dire c'est pas une grosse boîte énorme c'est une petite boîte de gens, de médecins, qui ont fait leur truc. Et donc ils ont très vite réagi, ouais, ils nous ont mis un espèce, ils ont... intégré le questionnaire au logiciel, et donc dès qu'on mettait quelqu'un suspicion, il y avait le questionnaire qui apparaissait et qui réapparaissait après, quelques jours après, c'était bien fait quoi » M6

« outil de collaboration interprofessionnelle sécurisé [...] on s'en servait énormément entre médecins et infirmières, et du coup tous les patients suivis en visio ou en consultation téléphonique ils ont été rentrés dans Globule, avec le questionnaire type de l'époque donc avec tous les symptômes et avec les consultations de suivi » M7

Ils ont su aussi trouver du réconfort dans les relations confraternelles.

« la raison aussi pour laquelle on s'est débrouillé, euh, de façon très solidaire avec euh [...] la trouille aussi qui régnait hein, avec les moyens du bord mais euh, en clair, pfiou, heureusement que, on se serrait les coudes » M8

« vraiment ça, ça a été super et en fait, entre nous, entre nous tous, c'est-à-dire euh surtout les médecins parce qu'on est toujours là, ici il y a un groupe de huit médecins, y a, on est 25 au total, y a deux podologues, y a deux infirmières azalée euh, huit médecins, puis le reste c'est des, c'est les infirmières. Mais surtout y a eu une grosse solidarité, donc ça c'était vraiment très très bien » M7

« j'ai l'impression d'avoir géré relativement bien à mon niveau [inspiration] euh... relativement bien avec l'aide de mes collègues » M3

« on a géré somme toute, bon... de façon assez efficace dans la mesure où on est quand même en groupe, on se concerte beaucoup, ce qui est important je pense, dans la gestion de la crise, des crises » M3

« ça permettait de se serrer les coudes ou de vérifier qu'on pouvait encore se serrer les coudes sur le terrain quand euh il y avait une menace importante » M8

« on avait, on avait un peu réorganisé l'activité où elle, elle s'était libérée des jours pour aller travailler dans des EHPAD qui étaient touchés, et nous on était là au cabinet, mais en fait on était là plus d'heures et euh pour moins de travail en fait, elle, elle était allée bosser dans les EHPAD, nous on était là, donc voilà, on a toujours travaillé en équipe de toute façon, donc euh... » M2

## 2.4. Questionnement sur le métier de médecin généraliste

La crise COVID-19 a amené les médecins généralistes à s'interroger sur la profession.

### 2.4.1. Perception du métier

Les médecins généralistes ont un sens clinique.

« On avait quand même euh un ressenti, vous voyez [...] on avait quand même euh au bout d'un moment, euh on flairait un peu le truc, surtout quand on interrogeait un peu sur l'entourage » M5

« nous on est médecin, on a du savoir, on a du recul sur quand même beaucoup de choses contrairement aux journalistes [...] on fait pas n'importe quoi sans réfléchir » M5

« si l'un des premiers buts d'un médecin est d'être empathique, c'est difficile pour un médecin de refuser un traitement à un patient même s'il en a pas la preuve absolue mais qui lui paraît objectivement le mieux placé pour proposer une solution avec bien sûr une analyse intelligente et posée du rapport bénéfice risque » M4

Ils s'interrogent et restent prudents dans leurs mots aux patients.

« je me suis beaucoup interrogée oui sur cette maladie, et euh... euh... [silence]. J'ai, je, je, je, je pense que je n'ai pas été euh quelqu'un de très rassuriste, vous voyez, je demandais, je disais aux

*gens de prendre beaucoup de précautions, au début hein, leurs courses dehors pendant quatre heures, etc etc. J'étais pas très rassurante en fait » M5*

*« les gens se sont rendus compte, vous voyez, on était pas tout puissant et qu'on pouvait euh justement euh... douter, s'interroger, euh, réfléchir avant de prendre une décision » M5*

*« Et quoi leur dire de juste ? De vraiment juste, sans être dans l'excès et sans être dans la minimisation » M5*

*« je dis je sais pas c'est un virus, pour l'instant euh c'est pas Ebola je leur disais » M9*

Mais le médecin doit savoir.

*« bah je sais pas ce que vous avez, comment vous savez pas, vous êtes docteur » M9*

Un autre médecin repositionne son métier dans le soin.

*« je suis là pour soigner des gens, je suis pas là pour faire des statistiques » M9*

*« moi je prends, c'est un quart d'heure minimum, je fais pas de consultation en cinq minutes » M9*

*« oui, mais moi mon, mon, mon rôle il est d'abord de soigner des malades » M9*

Pour certains, ils doivent montrer l'exemple aux patients.

*« ça va peut-être les inquiéter, donc il faut que je sois extrêmement vigilant moi dans ce que je leur donne comme signaux » M1*

*« que notre rôle là, il est plus de continuer à enseigner aux gens de respecter les gestes barrière de base » M3*

*« Et je me souviens que je disais aux gens je ne peux pas vous donner de masques donc j'en mets pas » M1*

Le médecin généraliste se présente également comme un moyen de relais de l'information aux patients.

*« nous ne pouvions pas nous faire le relais de ce qui se savait à l'époque » M4*

*« c'est souvent comme ça euh, dans l'exercice médical mais je trouve qu'on passe beaucoup de temps à remonter la confiance des gens dans le système quoi, quelque part » M7*

Pour que la prise en charge soit efficiente, certains médecins soulignent l'importance de la relation de confiance qui doit s'instaurer entre le médecin généraliste et le patient.

*« la question du euh... du lien, il y a pas de lien à l'hôpital, je veux dire les gens ils prennent ce qu'il y a, enfin là c'est un peu aussi pareil parce qu'ils ont pas beaucoup le choix remarquez, mais enfin, c'est quand même différent parce que les gens on les revoit, parce que ... parce que il faut que ça se passe bien sinon on peut pas travailler avec eux sur le long terme, voyez, donc euh, [inspiration] euh... et ça, tout ça on le sait pas quand on est l'hôpital. On est pas confronté à ça, on est pas confronté à...à...eh ben à cet enjeu relationnel en fait » M5*

*« si c'est pour m'entendre dire après ça qu'ils se sont sentis mal soignés, ça va trahir leur confiance et moi je ne veux pas que ça se passe comme ça » M4*

*« de la médecine générale particulièrement parce que c'est un métier où on est dans le lien, où on est dans, c'est un métier de lien social avant tout en fait. C'est pas effectivement un métier où on a de l'adrénaline tous les jours, c'est pas ça qui est recherché, ce qui est recherché c'est la confiance des gens » M5*

*« vie quotidienne, parce que c'est très important la vie quotidienne quand on est en face, en médecine générale, on aborde beaucoup la vie quotidienne, ce qu'ils mangent, comment ils dorment, euh... comment ils parlent à leurs enfants, à leur mari, euh... vous voyez, c'est très important ça, ça prend une grande place en fait... quand on fait vraiment de la médecine générale, voyez » M5*

Pour un autre médecin, être avec ses patients et prendre de leurs nouvelles, lorsque cela est nécessaire, fait partie du métier.

*« je suis plutôt moi avec les patients » M8*

*« je n'ai fait que continuer ce que je fais déjà toute l'année depuis euh pfiou une vingtaine d'année c'est-à-dire ne pas hésiter à prendre mon téléphone, prendre des nouvelles des uns des autres » M8*

Être médecin c'est être face à un patient.

*« Moi j'entends continuer à finir mon cursus de médecin je dirais avec des patients assis en face de moi, que je regarde dans les yeux dans la mesure du possible je veux dire quand je ne suis pas obligé de regarder l'ordinateur » M3*

C'est également un acteur de terrain dans le système de soin.

*« 90 000 médecins généralistes installés en libéral en France, euh... donc en fait normalement il y a 90 000 antennes de santé, 90 000 acteurs sur le territoire » M4*

*« on essayait aussi de pas embourber les urgences » M8*

*« je suis convaincu qu'il y a des patients qui ne sont pas allés à l'hôpital parce qu'on les a soignés en ville » M4*

Exercer le métier de médecin généraliste passe aussi par la nécessité de se donner un cadre de travail.

*« je suis dans une zone déficitaire, j'ai un, j'ai un cadre de travail qui est quand même assez rigoureux pour que je puisse tenir » M5*

*« je verrouille vachement mon système pour pas être débordé [...] c'est la hantise de tous les généralistes » M6*

Mais pour un médecin, être généraliste reste un métier ce n'est pas une vocation.

*« moi la médecine, c'est pas... c'est un métier, c'est pas une vocation, j'ai pas envie de mourir, je suis pas soldat, tu vois, je compte pas mourir pour mon métier » M1*

*« J'avais pas particulièrement envie d'être le petit soldat qui va mourir au combat » M1*

## 2.4.2. Impact de la crise COVID-19

### 2.4.2.1. Sur la perception du métier

La crise COVID-19 semble avoir donné un nouveau souffle à leur quotidien.

*« un petit peu moins assis sur un train train je dirais un petit peu plus [inspiration] plus classique, on considère peut être la consultation comme un peu plus variable » M3*

*« c'est assez marrant aussi quoi. Parce que ça nous a complètement changé de, de cadre, de fonctionnement de travail, de... de... moui, moi je trouve ça marrant ouais, cette manière, toute proportion gardée par rapport au... mais y a un petit côté de, de, de cette nouveauté qui est vachement, il y a une sorte de défi hein, de défi de tenir le coup dans la situation, de, de pas, de pas être justement euh paumé ou alors dans la.... Dans le, dans le, comment dire, dans le reproche perpétuel euh aux instances administratives pour leur dire qu'ils font mal et tout, y a une sorte de défi d'être face au truc et puis de montrer aux patients bon, c'est bon, on va pas non plus baisser les bras devant tout ça » M7*

*« c'est un évènement intéressant à vivre hein euh, je, je trouve que c'est intéressant sur le plan intellectuel, dans le sens où d'un coup ça fait réaliser que les attitudes qu'on avait hier sont pas valides, et d'un coup faut se remettre en question et je trouve ça vraiment très intéressant de voir à quelle vitesse on arrive à réaliser des choses, à prendre conscience, à, à faire des actes adaptés et puis à les vivre quoi » M7*

*« hiérarchiser les choses peut-être [...] redéfinir les priorités aussi quoi. Donc ça, oui. C'est-à-dire peut être se recentrer sur le, le, le, l'indispensable, ça a été le cas je pense inconsciemment chez les patients, de se dire bon, est-ce que c'est vraiment si grave que ça mon petit, mon petit ongle qui est abimé là, non, bon bah euh je vais me débrouiller tout seul quoi, ou avec la recette de ma*



*grand-mère, ça a peut-être quand même redéfini une, un niveau sur le curseur des, est-ce que ça mérite de consulter, est-ce que c'est grave, très grave, est-ce que ça peut attendre voilà. Et chez les patients et probablement chez moi aussi. » M8*

*« au début ils viennent et ils vous disent je veux aller là, enfin...on est presque pris pour un secrétariat voyez, là non, ils viennent et puis ils disent qu'est-ce que vous pensez de ça, voilà. Et voyez bon, j'ai, j'ai... euh... [silence] bon, mais, euh, c'est vrai que c'est un travail aussi de lutter contre les représentations » M5*

Elle a également, pour certains médecins, engendré une remise en question du sens de la profession et des craintes concernant leur avenir.

*« je me suis posé plein de questions, en fait, ça m'a fait plein de remise en question ce truc là, le COVID, m'a fait me remettre franchement en question sur mon activité, sur euh... sur euh... comment j'exerçais, sur euh...[inspiration] mon absence d'implication dans certain côté tu vois. Donc euh... petit défaut de formation continue, et puis euh... et surtout, est-ce que j'avais vraiment envie de continuer à le faire en fait, continuer comme ça. [inspiration, silence] » M1*

*« moi maintenant mon métier se résume à faire des ordonnances, mais quand tu sais que y a un projet de loi qui va passer visiblement où nos politiciens vont autoriser, c'est une patiente qui m'a parlé de ça, je co', j'ai pas vérifié la véracité des faits, vont autoriser les pharmaciens à pouvoir renouveler les traitements pour les maladies chroniques sans que les gens aillent voir le médecin, oh bah là, c'est encore plu', c'est formidable, c'est-à-dire que ton diabète tu prends ton médicament puis point final, tu surveilles rien d'autre. Tu vas plus voir l'ophtalmo, tu vas plus voir le cardiologue, tu vas plus voir le pédicure podologue, non, c'est pas la peine, tu fais pas une fonction rénale ça sert à rien, tu doses pas la micro albuminurie parce que ça sert à rien, tu vas simplement chez le pharmacien tous les trois mois et il te donne ton traitement, bah si c'est ça la médecine moi j'arrête tout de suite avant, mais alors tout de suite parce que j'sers plus à rien. Je sers plus à rien » M9*

*« Localement on nous parle d'équipe, on nous parle de truc fumeux, bon c'est à nous de nous débrouiller pour essayer d'en déduire quelque chose mais euh, bon, bon, ce que l'on peut exprimer n'est pas pris en compte, les difficultés qu'on a avec les hôpitaux sont toujours les mêmes qu'on a depuis euh dix ou 15 ans euh il n'y a pas de suivi. Euh, euh, donc euh, l'implication des médecins généralistes dans les soins quand c'est pour qu'un professeur se déplace pour nous dire euh envoyez nous des malades euh, parce que c'est vous qui les avez dépistés, mais après ça, quand on les envoie on en entend plus parler [...] on dit que le médecin généraliste est au centre du soin, mais en fait, il est le dernier à parler, il est juste là au début pour envoyer le malade vers une structure de soin, pour faire le 100% et le bon de transport [...] je ne suis plus là que pour faire les papiers » M4*

*« Alors il est plus qu'urgent que le ministère, alors je sais bien qu'il y a la crise COVID qui les bouscule, mais il va falloir vraiment à un moment donné qu'on se pose et qu'on nous dise clairement ce à quoi on peut vraiment servir » M4*

*« Donc il va y avoir à mon avis une emprise du politique, une emprise des ARS sur votre métier là » M9*

Et a fait prendre conscience des risques médico-légaux de la profession.

*« ça m'a fait me poser énormément de questions sur tous les risques médico-légaux qu'on prend dans notre travail » M1*

Certains se sont sentis utiles car présents sur le terrain.

*« être dans cette position de pouvoir travailler, bah c'était quand même vachement bien, parce que... moi j'avais, j'ai des, j'ai des gens de ma famille qui, qui ont pas, qui ont pas du tout travailler, c'était dur quoi, c'était... l'enfermement quoi, qui ont vécu l'enfermement quoi... » M7*

*« on sert à quelque chose et je dirais dans la tempête nous on est là. En fait, c'est plus ça, de me dire, sans fierté mal placée parce que là encore ... pf, on s'en fiche un peu, mais de me dire dans cette tourmente on fait parti des métiers au même titre que ... tous ceux qui ont permis que ça*

*tourne un minimum hein, les gens qui nous filent à bouffer, les gens qui nous ... on pourra dire nous on était là » M8*

Pour d'autres, la crise de la COVID-19 a montré la légitimité de la profession.

*« le collège de médecine générale qui a donné naissance à Coronaclic, prodigieux euh... ça a été vraiment euh... je trouve que c'est génial parce que ça montre ce que la médecine générale peut faire quoi, un truc d'excellente qualité » M7*

*« à ce titre on a le droit, oui, à ce titre on a le droit d'avoir une opinion, un avis, même si j'... tout le monde s'en fout, mais je pense qu'on est légitime » M8*

#### 2.4.2.2. Sur la pratique

Un médecin se questionne sur l'évolution de sa pratique pendant la crise COVID-19.

*« si c'était hors COVID je serais peut-être allé le voir, parce qu'il était agressif alcoolisé... Alors, je pense que non, j'y serais pas allé, parce que les gens agressifs au téléphone t'as pas envie d'aller les voir la nuit chez eux... Donc euh... non, mais tu te poses la question. Tu te demandes quand même » M1*

Les médecins se sont rendus compte des limites de la téléconsultation même si elle reste un outil qu'ils pourront continuer à utiliser.

*« la téléconsultation qui permet parfois de gagner du temps justement en temps clinique et en temps de déplacement du médecin euh, je peux en faire un peu de temps en temps mais c'est très laborieux à organiser. Il y a énormément, énormément de frein » M4*

*« on a appris un peu ce que c'était que la téléconsultation [...], on a bien perçu qu'il y avait des limites quand même à ce qu'on pouvait faire » M7*

*« la téléconsultation, t'es là avec ta bite et ton couteau » M9*

*« je dirais par là que je ne me mettrai à la téléconsultation de façon plus systématique, la téléconsultation reste pour moi un pisalée dans la mesure où ça ne peut pas régler les problèmes » M3*

*« je dirais que la téléconsultation, par exemple, que j'étais obligé de réaliser pour un certain nombre de cas, euh... bah euh... oui, je continuerai à le faire mais seulement dans les cas où j'y suis obligé » M3*

*« dans les moyens techniques de se dire bon, tiens, la fameuse téléconsult' dont je suis pas friand, c'est peut-être un truc que j'utiliserai à l'avenir ou dans l'année qui va venir ou... parce que sur certains, sur certains points indéniablement ça peut être euh, ça peut être intéressant » M8*

*« On le maintient là pour tous les cas suspects ou tous les cas positifs, qu'on, qu'on fait à distance. Euh... j'ai, je, j'ai, de temps en temps, enfin, si assez souvent quand même que je faisais jamais avant, assez souvent je fais de la, quand même, de la téléconsultation pour d'autres motifs » M7*

Pour un autre médecin la téléconsultation peut-être dangereuse puisqu'elle ne permet pas le temps de l'examen clinique.

*« j'dis mais ton médecin te renouvelle ton traitement sur Doctolib en téléconsultation, oui. Tu fais comment pour prendre la tension?! Bah il me dit je la prends pas. Ah ouais! Bon... Il me dit t'as pas l'air, non, je fonctionne pas comme ça mais euh pourquoi pas hein. Donc en fait elle voit quelqu'un toutes les cinq minutes en téléconsultation le mercredi là, elle en voit ch'é pas combien dans la journée, dans la matinée et puis elle en fait 40 dans la matinée, en cinq minutes ça va vite » M9*

Les mesures barrières continuent à être appliquées et semblent être entrées de manière pérenne dans la pratique de certains médecins.

*« mis à part le masque quoi. Le, le, le gel » M6*

*« maintenant, euh, maintenant je suis revenu, alors si il y a le masque FFP2, il y a la désinfection des locaux, ça bien sûr je suis plus insistant là-dessus, clairement, chose qu'on ne faisait pas avant » M4*

*« ce qui va changer c'est que je pense systématiquement quand il y aura une épidémie je porterai un masque. Parce que je... je me suis bien rendu compte que paradoxalement j'ai fait zéro pathologies infectieuses cette année. Zéro tu vois. En mettant mon petit masque à la con pour regarder les gorges, euh [inspiration] en mettant mon masque FFP2, en ayant une blouse, en faisant...encore plus... même si j'ai toujours fait attention à l'hygiène de mes mains, en faisant encore plus attention qu'avant, avant je le faisais systématiquement entre chaque patient, maintenant je le fais trois fois par patient [...] Là, là, là maintenant, j'en ai... je fais en sorte d'en avoir toujours .... Au moins trois mois pour ma famille et puis pour moi, pour moi pour un an d'exercice» M1*

*« dans la protection oui, maintenant.. euh... je désinfecte, je fais mes gestes, je dirais qui sont... devenus automatiques, c'est-à-dire que bon, je nettoie la table à chaque examen. Bon, il y a des choses que je faisais déjà qui sont : changer les draps d'examen à chaque patient ça, ça a continué bien évidemment, mais le nettoyage de la table d'examen et des mains surtout, euh... est systématique » M3*

*« dès que ça a été fini le confinement en juin on a commandé des blouses lavables, des sur blouses quoi. On en a commandé pour tout le monde » M7*

Pour un médecin, ses patients ont pris de nouvelles habitudes de communication.

*« qu'ils te demandaient des ordonnances par mail, et sans venir te voir, sans faire de téléconsultation sans rien, et ils ont pris l'habitude » M9*

Un médecin a rallongé le délai pour le renouvellement d'ordonnance.

*« j'ai rallongé les durées de traitement, tu vois, tous ceux que je voyais les trois mois j'ai mis à quatre mois. Pour pas les stresser, pour pas tout ça » M9*

Un médecin a modifié sa façon d'examiner et reçoit les patients suspects à part des autres.

*« les gorges je les examine plus vite, c'est-à-dire que oui je fais des, euh, j, le masque euh je leur demande de le baisser, j'ai toujours examiné les gorges mais je le fais assez vite maintenant, euh.... Dans ma manière de travailler, non, disons que les personnes suspectes je les prends toujours à part, euh après les autres. Euh... je ne reçois pas forcément les cas contacts, quand on me dit je suis cas contact j'ai pas de symptômes, bah j'examine pas, je reçois pas non plus forcément si on me demande rien. Euh... euh... je vais, je vais quand même beaucoup plus vite au test parce qu'il y a plus de cas » M5*

La pratique de la médecine générale a été valorisée par la mise en place de mesures financières.

*« Je trouve personnellement que, que les actes qui ont été créés pour la, pour les médecins généralistes sont quand même assez généreux quoi. L'acte de prévention, euh, l'acte de, de euh... je sais plus quoi, le C 1,74, enfin tous ces actes là euh c'est quand même bien payé quoi, les visites en EHPAD et tout euh... La possibilité de demander euh.... euh, une indemnisation si on avait travaillé moins, voilà, tout ça c'est quand même des trucs quand même qui ont été assez... enfin, on a senti que, enfin moi j'ai perçu comme ça, j'ai senti que il y avait une volonté de montrer que, il y avait une attention financière qui était portée aux gens du terrain, de la médecine générale, pour dire... bah voilà on compte sur vous quoi aussi, donc euh... et on sait que ça, ça, ça vous prend du temps, ça vous prend du temps dans la tête, ça vous prend du temps quand même avec les patients pour parler de truc que vous connaissez quand même pas si bien, donc voilà, on reconnaît ce temps là, en, financement » M7*

### 2.4.3. De nouveaux enjeux

Un médecin positionne la médecine générale comme véritable un acteur dans le système de santé parce qu'elle a réussi à prouver ses capacités d'organisation en groupe, qu'elle pourra décliner pour d'autres préoccupations de santé.

*« les soins primaires, la médecine ambulatoire, au contraire est au début d'une mutation absolument révolutionnaire dans l'exercice, et que ce serait bien que tout le monde en prenne*

conscience et marche dans ce sens là, que... euh... on fait partie de la solution par rapport au, au... au budget de la sécu et par rapport aux dépenses hospitalières » M7

« l'organisation des soins primaires à travers les maisons de santé et les CPTS ça a vraiment été un atout, par rapport à des gens tout seul dans leur coin » M7

« que le COVID a montré l'utilité de l'organisation des soins primaires quoi, que ce soit en maison de santé ou en, ou en, ou les CPTS, vraiment l'utilité énorme, que du coup on va pouvoir la décliner sur d'autres sujets de façon peut-être plus facile une fois qu'on aura montré c'te utilité là à nos tutelles » M7

« mes enjeux majeurs c'est euh de dire on fait euh, on fait de la prévention primaire oui, est-ce que c'est intéressant, est-ce que c'est valide euh, est-ce que c'est, qu'est ce que, enfin, on s'in', on s'insère dans un projet de santé sociale euh économique » M7

D'autres se demandent si ce qui a été appris lors de cette crise sera appliqué pour d'autres événements similaires.

« mon questionnement c'est est-ce que les réussites et les échecs de, de gestion euh... ça à tous les niveaux hein et moi le premier, est-ce que on pourra échanger suffisamment bien pour euh... être plus efficace euh la fois suivante quoi. La fois suivante » M8

Un médecin aimerait que la médecine générale soit prise en compte dans les échanges, une complémentarité entre professionnels et une vraie cohésion.

« c'est un gâchis de compétence et de, d'efficience surtout hein, on a, on a affaire à des décideurs qui sont des Ferrari intellectuelles et de ce point de vue là c'est, ça serait bien qu'on profite de cette euh, ouais de cette qualité là, mais qui sont complètement obtus euh.... à ce qu'il peut se passer à côté, ils sont, ils sont, ils sont embarqués dans leur truc [joue qui éclate] et euh.... et nulle autre façon de voir n'a de, n'a de, n'a d'intérêt ou de chose, donc ça c'est, ça c'est dommage mais ça, ça se confirme une fois de plus aussi, que quand ça craint on est dans un pays où... on nous dit ce qu'il en est, on décide que et, et... ceux du terrain qui ont au moins pour eux la, la, une certaine connaissance aussi différente mais complémentaire d'où mon point de vue, eh bah ça marche pas » M8

« plutôt que d'avoir un fonctionnement pyramidal essayer plutôt de, de, de faire confiance aux ... aux gens qui, qui, qui, voilà, aux gens de terrain, aux gens qui bossent quoi, voilà. Moi je pense que, l', l', l'efficacité améliorée elle passerait par ça. Par... le fait que chacun a son petit euh, sa petite contribution à apporter et que c'est, c'est vraiment infiniment dommage de se priver de ça quoi. Et que on l'a bien vu, quand nous on reçoit [prend une inspiration] on est inondé de mail de la DGS avec euh... le 28 c'est ça, le 30 annule et remplace, le 2 c'est finalement contre ordre, c'est, c'est... c'est, enfin c'est à hurler de rire, donc euh la plupart d'entre nous euh, enfin moi le premier en tout cas je les ouvre pas, ça sert à rien. Ça sert strictement à rien, donc euh... donc voilà, et malheureusement on est toujours confronté à ça, toujours, toujours. Donc si ça, ça pouvait « pchiouuuuuw » dégager, c'est-à-dire, on dégage tous les inutiles et ou ceux qui servent à rien, tous les... « pfiou », voilà, et on essaye de bosser la main dans la main avec des gens impliqués, des gens qui sont compétents dans leur domaine administratif voilà, nous on est archi nul, on y connaît rien euh en terme de, de, de santé publique euh... à notre niveau on est zéro mais il me semble que individuellement on peut participer au petit domino qui, l'un à côté de l'autre, va euh... rendre une euh... je dirais une politique sanitaire de masse plus efficiente, et ça c'est pas près d'arriver. [rires] » M8

« tu disperses pas tes forces, tu les réunis ! Là qu'est-ce qu'on a fait ? On a dispersé nos forces, on a laissé des gens travailler dans leur coin et sortir chacun leur petite idée, c'est pas...c'est pas, pour moi c'est pas viable. Pour moi c'est pas viable » M9

« pas un ministre de la santé, faudrait un ministère de la santé. Pas qu'y en ait un qui prenne des décisions, faudrait vraiment qu'y ait des concertations, conseil scientifique ouais, mais conseil scientifique il est tellement politisé maintenant que... Il est tellement politisé puis euh... y a des mauvaises langues qui disent que y en avait tellement qui avaient des conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique là dedans que, que bah d'ailleurs dans tous ceux qui passaient à BFM

*aussi visiblement. Ouais... quand on retirera le pognon des choses peut-être que ça se passera mieux, mais c'est pas gagné hein » M9*

Un autre exprime l'envie d'être considéré.

*« Parce que, parce qu'ils savent le faire les médecins quand même, généralistes aussi vous voyez. Et... voilà. Qu'on... mais pour ça il faudrait qu'il y ait des gens euh... des, des, des, comment dire des, des représentants de la médecine générale vous voyez dans... et c'est, c'est, c'est toujours des hospitaliers les ministres, c'est toujours des, vous voyez, c'est toujours des hospitaliers, la médecine c'est hospitalier, vous voyez, les gens connaissent que ça dans leur tête. » M5*

#### 2.4.4. A travers les applaudissements

Les applaudissements ont été perçus de façons différentes par les médecins interrogés.

Certains ont semblé être agacés par les applaudissements.

*« J'en ai strictement rien à faire des applaudissements. Je ne me suis pas du tout sentie concernée déjà, et euh... euh... j'ai jamais été sensible à, à ce genre de truc aux congratulations, et aux applau'.... Ou aux compliments, ou aux... ça ne m'intéresse pas, je m'en fou. Voyez, non, ça me gêne d'ailleurs en fait. [...] de toute façon j'étais même pas là pour les applaudissements moi à huit heures, puisque j'étais là » M5*

D'autres y ont vu une valorisation des soignants.

*« naïf et très gentil. Euh, c'est-à-dire que le fait d'applaudir pour moi ne change absolument rien au point de vue moral mais par contre, euh, j'ai trouvé intéressant que les gens se rapprochent des soignants [...] là tout d'un coup, les soignants et même les généralistes redevenaient des citoyens utiles, intéressants pour la société, tout d'un coup les gens redécouvraient l'intérêt d'avoir des soignants » M4*

*« on les applaudit pourquoi ? Pour leur abnégation ? Pour leur engagement ? [...] euh quand je vois l'abnégation avec laquelle elles ont travaillé, c'est-à-dire que globalement euh elles ont vraiment donné de leur temps quoi. Beaucoup, jusqu'à l'épuisement, on est d'accord. Donc si c'est applaudir pour ça, je dis oui » M9*

Pour d'autres, ils en étaient indifférents.

*« ça m'a ni heurté, ni... non, pas grand-chose à dire là-dessus, ça m'a ni interloqué, enfin, je trouve ça sympa mais bon ça s'arrête là, c'est... c'est... c'est. [souffle], non, je trouve ça... non, ça ne m'a rien apporté de particulier » M3*

*« nous ça nous permettait de savoir qu'il était 8h [rires] » M7*

Vus comme un effet de mode.

*« un sketch quoi, enfin bon, moi ça m'a pas ouais, ça m'a pas spécialement. Enfin, déjà je les entends pas de chez moi donc euh bon [...] il y avait 20 000 habitants, euh en 45 ou 44 euh dans cette ville où est passé Pétain en fait, sur les 20 000 il y avait 15 000 personnes qui sont venus acclamés Pétain et trois semaines après le débarquement etc euh, c'est De Gaulle qui passe, il y avait encore 15 000 personnes pour applaudir De Gaulle quoi, donc euh bon, je vois ça un peu comme ça, je me fais pas trop d'illusion c'est fun, donc ils vont applaudir, c'est rigolo. Mais bon... il y aurait un autre truc, ils vont applaudir aussi » M6*

*« je me dis c'est dans l'air du temps, c'est du spectacle. [rires] dans 15 jours on sera passé à autre chose donc bon... [rire], c'est ça, c'est anecdotique [...] des anonymes qui vont faire une chanson puis qui en ont... rien, enfin pas rien à faire, mais qui seront passé à autre chose dans un mois. Donc voilà. » M8*

Pour une autre médecin, ils ont été une façon de s'impliquer dans la crise pour la population.

*« moi je pense que les gens qui applaudissaient ils ont été euh... bah au moins ils pouvaient faire ça quoi, c'était un peu cette sensation que j'ai eu quoi » M7*

D'autres ne se sentaient pas légitimes.

*« je pense que les médecins qui travaillaient dans les hôpitaux méritaient certainement le... [rires] mais voilà, je me suis pas sentie légitime » M2*

*« je pense qu'on applaudissait surtout les gens à l'hôpital moi je me... [...] mais j'avais surtout l'impression que c'était pour les gens de l'hôpital, et de la réa et tout ça quoi, parce que y a des gens quand même qui ont vraiment euh beaucoup, beaucoup payé de leur personne hein euh... qui ont travaillé, et qui continuent hein donc euh... » M7*

Mais ils ont mis en évidence une autre réalité.

*« on se doutait bien que les remerciement des soignants ça n'allait pas durer longtemps, et que euh... [rires] voilà, on est pas dupe non plus » M2*

*« ça m'a fait doucement rigoler moi quand les applaudissements à 20h ça m'a, je sais très bien que les gens ils t'applaudissent pendant une semaine et puis après ils te crachent dessus au téléphone quoi » M1*

*« en tant que médecin de famille on connaît la nature humaine, on la pratique déjà depuis quelques années, [raclement de gorge] qui plus est on est dans une aire où on s'intéresse à la forme et pas au fond... » M8*

*« mais c'est français ça, on applaudit les gens puis après on va, on, on, on, on va leur cracher dessus hein » M9*

## DISCUSSION

Cette étude est originale car elle s'intéresse à une période qui n'a pas de précédent : le confinement de la population dans de nombreux pays avec toutes les répercussions possibles sur l'état de santé de la population et sur le pratique de la médecine. En effet, le département du Loiret dans la région Centre-Val-de-Loire n'a pas été une zone très touchée, au moins au début de la crise sanitaire, et ce malgré sa proximité avec la région parisienne. Cette situation a permis aux médecins d'avoir plus de temps pour se préparer à la menace d'une vague. De plus, à travers des entretiens longs, cette étude a permis aux médecins interrogés d'exprimer leur ressenti, mettant ainsi en lumière un malaise préexistant à la crise. Ceci a été permis par le choix de la méthode qualitative. Son originalité tient également sur la population étudiée : les médecins généralistes, considérés comme médecin de premier recours dans le système de soin en France dans un département caractérisé comme désert médical. Les différentes zones d'installation et les divers types d'exercice (en groupe ou seul) des médecins interrogés en font aussi une force.

### 1. Discussion des résultats

L'objectif de cette thèse était d'explorer le vécu des médecins généralistes de la crise COVID-19 en ne considérant que les premiers mois de l'année 2020. Le confinement total de la population a bouleversé le monde de la santé en France par son caractère inédit. Il a pu exacerber, ou simplement mettre en lumière, les difficultés rencontrées sur le terrain par les médecins généralistes mais également leur façon de s'y adapter. Les médecins généralistes ont su se positionner comme de véritables acteurs de santé. De plus, cette thèse a révélé un mal être général chez les médecins interrogés. Parmi les multiples causes évoquées on retrouve des éléments du syndrome d'épuisement professionnel.

#### 1.1. Le vécu pratique des médecins généralistes

##### 1.1.1. La prise de conscience

La prise de conscience de la réalité du virus a été un moment marquant puisque celui-ci ne prend sens qu'à partir de ce moment-là pour les médecins interrogés. Cette notion de proximité géographique de la pandémie et la progression du virus décrite par les médecins a été retrouvée notamment dans une étude suisse(18) et une étude belge(19).

Cette prise de conscience s'est accompagnée d'une autre : qu'ils puissent tant se mettre en danger que devenir dangereux pour leur entourage et pour leurs patients. Nous remarquons, par ailleurs, que l'entourage a été déterminant dans le niveau de prise de risque et, en ce sens, il a donné une valeur aux mesures de protection mises en place par les médecins.

Cette peur d'être contaminé et/ou de devenir contaminant est retrouvée dans de nombreuses études, dont notamment une thèse réalisée au Havre sur le ressenti des médecins généralistes de la crise COVID-19(20). Par ailleurs, une autre étude s'intéressant au retour d'expérience des médecins généralistes en région PACA(21) a montré que le risque d'être contaminé était perçu à plus de 80% chez les médecins interrogés, et la peur de contaminer était présente chez trois médecins sur dix.

### 1.1.2. Les difficultés et adaptations des soins primaires

Les difficultés des médecins interrogés sont retrouvées dans de nombreuses études. Elles mettent l'accent sur une information grand public délétère car cause d'anxiété majeure tant chez les médecins que chez les patients ayant conduit à la désertification des salles d'attentes. Cela s'est traduit par une baisse d'activité estimée, sur le plan national, entre 13 et 24% selon une étude de la DREES(6).

Dans notre étude, ainsi que dans d'autres(20,21), la communication faite par les autorités est décriée. Cela est surprenant puisqu'une autre enquête réalisée par la DREES(22) a montré que la moitié des médecins interrogés font confiance au ministère pour diffuser l'information, la majorité estimant que ces informations sont claires mais leur reprochent d'être trop changeantes. Une étude anglaise(23) conforte ce qui a été retrouvé dans les entretiens des médecins. Il en ressort, en effet, qu'il y avait beaucoup d'informations concernant la COVID-19 mais que celles-ci étaient trop génériques et ne correspondaient pas aux besoins des médecins généralistes. Par ailleurs, il est évoqué le temps considérable passé quotidiennement à lire les mails contenant des protocoles complexes.

Beaucoup de médecins de notre étude expriment qu'ils n'avaient pas de matériel de protection. Cependant, ils ne semblent pas en avoir manqué. En effet, ils ont su en commander au bon moment, faire des stocks, ou trouver de quoi se protéger à travers des collègues. Ce fonctionnement est retrouvé dans la littérature sous l'appellation « système D ». C'est ce qui a permis, sur le plan national, à 39% des médecins à se protéger de manière considérée non optimale(21) et six médecins sur dix à estimer ne pas pouvoir se protéger efficacement pendant les consultations(22).

La continuité des soins a été un souci pour les médecins de notre étude : par le manque de protection, la disparition des pathologies autres que la COVID-19 et l'arrivée massive de consultation pour troubles anxieux, stress et dépression. Effectivement, une enquête de la DRESS(6) a montré que les consultations pour le suivi de pathologie chronique, suivi pédiatrique et de grossesse ont chuté de 50% alors que les consultations pour stress, troubles anxieux et dépression ont fortement augmenté. Cela est concordant avec une étude s'intéressant aux comportements, attitude et impact de la COVID-19 sur la vie des français(24) qui a montré que sept français sur dix étaient stressés et un sur deux présentait des troubles du sommeil. Un autre article suisse(25) exprime l'inquiétude des professionnels concernant l'impact du confinement sur la santé lié à l'effondrement de l'activité des soins primaires : retards de prévention, retards de diagnostic, décompensations de pathologies chroniques ainsi qu'effets spécifiques du confinement sur la santé mentale des français.

Continuer de soigner a été une réelle préoccupation des médecins. Le déploiement massif et rapide de la téléconsultation (dans son sens large) leur a permis de répondre à cette inquiétude puisque tout s'est accéléré notamment par le décret du 9 mars 2020(26) en ce qu'il a simplifié et valorisé le remboursement de la téléconsultation pour le diagnostic et le suivi des patients suspects ou atteints de la COVID-19. Un rapport de l'assurance maladie a montré que de 40 000 actes de téléconsultations par mois, la France est passée à 4,5 millions au cours du mois d'avril 2020(27). La réorganisation de leur cabinet a été également un moyen de sécuriser le parcours des patients venant en consultation. La pratique de groupe(21) a aussi été un réel atout pour une proposition de prise en charge des patients ce que nous retrouvons dans notre étude. Les médecins que nous avons interrogés ont également éprouvé des difficultés pour mettre en place le suivi des cas suspects ou atteints de la COVID-19 mettant en avant la nécessité d'explicitations tant des dates de suivi, que de l'importance de l'isolement et du respect des gestes barrières. On retrouve ces mêmes difficultés dans un article belge(28) qui pointe l'action proactive de certains médecins généralistes pour prendre contact avec les patients considérés plus fragiles, ce que nous retrouvons également dans les actions mises en place par les médecins interrogés de notre étude.



### 1.1.3. Le sentiment d'exclusion des médecins généralistes dans la gestion de la crise et leur réactivité

Dans notre étude, le sentiment d'exclusion des médecins généralistes dans la gestion de la crise est très prégnant chez les médecins interrogés. Il s'agit d'un sentiment mondialement reconnu que nous retrouvons dans de nombreuses études(19,20,23,25,29,30).

Ce sentiment peut être justifié par l'organisation essentiellement hospitalière décidée par les autorités lors des premiers mois de la pandémie. Ce qui a entraîné le sentiment d'abandon des médecins généralistes. Effectivement, comme décrit dans un article du Groupe Francophone des Soins Primaires(25), l'accent a été mis dans un premier temps sur les structures hospitalières pour identifier les cas (via les ARS), les hospitaliser (sans passer par le médecin traitant) et les tester en passant directement par les urgences. Le rôle très secondaire des soins primaires était de repérer les cas potentiellement suspects à partir de signes cliniques évocateurs et des facteurs de risque (notamment le retour de certaines zones du monde), puis de joindre le SAMU. Ce rôle n'était possible que si les médecins de ville avaient de quoi se protéger et protéger les patients. Cependant beaucoup de médecin ont manqué de matériel de protection au début de la crise.

Nous retrouvons chez les médecins interrogés le sentiment de n'avoir participé à aucune étape de la gestion de la crise. Ce sentiment est d'ailleurs repris dans une étude belge(28) sur la résilience et la réactivité de la médecine générale durant la pandémie de la COVID-19. Elle souligne le rôle des soins primaires lors d'une épidémie : investigation et identification des cas en période pré-épidémique, gestion à distance et filtrage au stade épidémique puis monitoring pour la résurgence une fois l'épidémie passée. Ces rôles n'ont pas pu être effectués par les médecins généralistes car il y avait à la fois un manque de matériel de protection et de tests diagnostic en ambulatoire aux premiers moments de la crise sanitaire.

Pour répondre à ce sentiment d'abandon voire d'exclusion de la prise en charge des patients COVID, les médecins interrogés se sont organisés localement pour trouver des réponses, ce que nous retrouvons dans d'autres études. Le retour d'expérience de la crise COVID-19 concernant les médecins généralistes de la région PACA(21) souligne l'importance de réseaux sociaux comme réponse confraternelle et collective à la crise. L'essor des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé durant l'année 2020 révèle bien ce souci de dynamique locale pour le développement des relations interprofessionnelles. Une étude anglaise(23) révèle également que les soins primaires ont dû s'organiser seuls au travers de collaborations locales pour le partage de force sur le terrain mettant en avant l'investissement personnel des professionnels de santé. Les deux thèses réalisées sur le même sujet retrouvent également cette même notion(20,29).

Ainsi, comme nous le retrouvons dans notre étude, deux sentiments contradictoires ont été révélés par la crise sanitaire liée à la COVID-19 : la défaillance du système versus la mise en lumière de forces et dynamiques d'innovations intéressantes à développer pour la suite(30). Ces deux ressentis contraires témoignent d'une même réalité initiale : l'existence d'un mal-être chez les médecins généralistes.

## 1.2. Mal-être des médecins généralistes

Le mal-être général des médecins généralistes interrogés semble avoir pour cause notamment la non-reconnaissance du métier par les politiques, les patients et certains confrères, ce sentiment étant exacerbé par la crise sanitaire. Si la crise COVID-19 a pu donner un nouveau souffle à leur pratique, c'est probablement qu'ils s'en étaient détachés, nous amenant ainsi à nous questionner sur la réalité de ce mal être au travers la littérature.

### 1.2.1. Définition de la médecine générale

Pour commencer, nous avons cherché à définir la médecine générale. En effet, le premier sens que l'on donne à sa pratique vient avant tout de la définition qu'on en a.

Ainsi, la médecine générale dans la loi HPST de 2009(31) définit le médecin généraliste comme un médecin de premier recours et lui prévoit des missions qui sont plus proches de celles du médecin traitant que du médecin généraliste. Effectivement, être médecin généraliste ne se réduit pas à être médecin traitant, une étude(32) a montré que les médecins généralistes exercent des activités médicales hors cabinet représentées, entre autres, par l'exercice de médecin coordinateur en EHPAD ou dans des hôpitaux locaux, des vacations en crèche ou dans des services hospitaliers, des activités d'enseignement, de recherche ou de formation, la pratique de médecin pompier ou militaire, des activités syndicales, ordinales ou des unions de médecins libéraux, activité d'expertise, de régulation médicale, ou de médecine du sport. En complément de ces activités médicales hors cabinet il existe des activités dites « particulières » comme par exemple : l'échographie, l'homéopathie, l'acupuncture, la nutrition, l'hypnose... accessibles par la réalisation de formations complémentaires.

Dans notre étude, cette question est évoquée par les médecins, certains considérant à ce titre que les autorités ne connaissent pas leur métier et ce manque de définition claire peut en être, pour partie, la cause.

### 1.2.2. Des causes possibles à ce mal-être

Le mal-être des médecins généralistes interrogés a de nombreuses causes : le sentiment de ne pas être légitime, de ne pas être écouté et, parfois, la relation avec certains confrères hospitaliers. La figure du patient, quant à elle, est plutôt ambivalente et décrite tantôt adorable tantôt irrespectueuse.

Concernant la relation avec certains confrères hospitaliers, une étude sur la perception par le médecin traitant de l'information médicale entre ville et hôpital(33), montre que les médecins généralistes se positionnent comme des traducteurs et exécutants de consignes hospitalières et la majorité ne se sent pas associée au projet thérapeutique de leur patient hospitalisé. Ils soulignent alors qu'ils pourraient apporter une vision complémentaire liée à la connaissance du patient et de son entourage. Par ailleurs, la communication dans les comptes-rendus d'hospitalisation est trouvée insuffisamment exhaustive en plus des délais de réception considérés trop importants. Dans une autre étude qualitative évaluant le lien ville-hôpital(34), la question de la reconnaissance par les confrères hospitaliers est soulevée et la majorité des médecins généralistes interrogés exprime la sensation de ne pas être considérée par leurs confrères hospitaliers. Nous retrouvons cette notion chez quelques médecins de notre étude. Deux propositions d'explications ont été faites : la méconnaissance de la pratique des médecins généralistes et la différence dans le parcours de formation.

Effectivement, les choix de spécialités aux ECN 2021(35) montrent que la médecine générale reste en bas du classement avec un taux d'attractivité évalué à 0,759 (plus l'indicateur est proche de 1 moins la spécialité est attractive). Cependant, contrairement à d'autres années, tous les postes ont été pourvus avec un rang limite à 8798(36). Il est souvent cité en exemple, dans différents articles, la « classique » menace d'un professeur universitaire disant aux élèves les plus fainéants qu'ils finiront médecins généralistes dans la Creuse.

Pour ce qui est du manque de considération, une étude s'intéressant à l'image de la médecine générale véhiculée dans la presse grand public(37) a montré que la médecine générale était décrite comme une profession, certes respectable et appréciée, mais dont les compétences étaient remises en cause. Les médecins généralistes sont également qualifiés de vénaux, malhonnêtes voire incompetents. La recherche en médecine générale est, quant à elle, dite peu scientifique et lorsque la démographie médicale est évoquée, elle pointe la désaffection du

métier à travers les déserts médicaux. Comme explicité dans une autre étude(38), elle révèle deux crises chez le médecin généralistes : (i) une crise identitaire et (ii) une crise de régulation. La première renvoie au déclin du statut de la médecine générale, à l'écart croissant entre les représentations initiales et la réalité de l'exercice aboutissant au sentiment de non-reconnaissance de la complexité de la profession puisque celle-ci doit s'articuler entre les évolutions de la connaissance scientifique et les attentes de patients de plus en plus exigeants. La seconde renvoie, quant à elle, à la notion de hiérarchie verticale dans laquelle le médecin généraliste se positionnerait tout en bas. La médecine générale étant traitée de manière superficielle dans la presse et plutôt de façon négative, la diversité et la complexité de l'exercice sont alors sous-estimées.

Une autre étude s'étant intéressée à l'impact de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité(39) n'a pas montré de modification de l'estime des confrères envers les médecins généralistes. Elle met également en évidence que persiste un fossé entre les rémunérations des médecins généralistes et des spécialistes. Toutefois, le médecin généraliste a une place pivot dans le parcours de soins selon la loi HPST de 2009. Elle soulève également l'évolution de la relation médecin-patient, ce dernier prenant position, ayant accès à l'information médicale et à la recherche d'une prise en charge rapide.

Le patient dans notre étude est décrit comme ambivalent. En effet, il est aidant pour l'apport de matériel de protections et le soutien à son médecin mais également irrespectueux. Cette seconde notion apparaît de manière plus subtile puisqu'elle n'est évoquée que par la réalité des applaudissements. Dans un article consacré aux violences faites aux médecins(40), il est souligné la baisse significative de la reconnaissance et du respect envers le métier de médecin, les patients sont décrits comme des ayant-droits à qui les médecins se doivent de délivrer immédiatement ce dont ils estiment avoir besoin. Ils sont ainsi perçus comme des distributeurs d'ordonnances, de certificats et d'arrêts de travail. Dans un autre article anglais(41), la médecine est présentée comme un bien de consommation. Dans un article mettant en avant l'adaptation des conditions de travail exercées par les jeunes médecins généralistes(42), la dégradation de la relation médecin-patient prédomine dans les facteurs pouvant conduire à l'épuisement professionnel. Une thèse s'interrogeant sur les raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne donnent que rarement suite aux violences qui leur sont faites(43) a montré qu'une des raisons évoquée est notamment liée au fait que ces violences sont le reflet de l'évolution de la société. Elles feraient ainsi partie des risques du métier. Par ailleurs, l'empathie pourrait également expliquer la sous-déclaration de ces violences. Ce point pourrait tout à fait expliquer le fait que cette figure du patient exigeant ou violent ne soit que subtilement évoquée dans nos entretiens, alors que pourtant bien présent. Une des médecins interrogés explique que grâce à la confiance établie avec ses patients notamment pendant la crise de la COVID-19, elle a pu changer de statut : passant de secrétaire (courriers pour les spécialistes, ordonnances pour des examens...) à médecin traitant ayant une opinion.

### 1.2.3. Des éléments du syndrome d'épuisement professionnel

Selon le *Maslach Burnout Inventory*, le syndrome d'épuisement professionnel correspond à l'association de trois éléments : l'épuisement émotionnel (être vidé, fatigue chronique), la dépersonnalisation (prise de distance dans les relations professionnelles voire relations négatives envers les patients), et la réduction de l'accomplissement personnel (sentiment d'échec et de déclin des compétences).

Une étude réalisée en région PACA auprès des médecins de ville(44) a démontré que l'épuisement émotionnel était lié, de manière significative, à une charge de travail élevée, à la prise en charge de patients en fin de vie, aux attentes irréalistes des patients, aux difficultés de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle, à leurs compétences et connaissances remises en cause par les patients ainsi qu'à la baisse de la reconnaissance vis-à-vis du métier. La dépersonnalisation, quant à elle, était liée au fait d'être de sexe masculin, à l'existence de

contentieux judiciaires dans les 12 derniers mois, de considérer comme stressants les attentes irréalistes des patients et de s'inquiéter de leur plaintes et demandes et enfin, au fait que leurs connaissances et autorités soient régulièrement remises en cause par les patients. Enfin, la réduction de l'accomplissement personnel était retrouvée dans l'insatisfaction des relations avec les confrères. Un résultat similaire a été retrouvé dans un rapport sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux(45) puisque les causes évoquées par les médecins étaient : l'excès de paperasserie attribuée sans concertation, le manque de reconnaissance de l'action du médecin, la charge de travail importante, l'augmentation des contraintes collectives, la longueur des journées et l'exigence des patients (ne pas respecter les rendez-vous, « l'idée de patient roi »). Dans ce rapport, les médecins se sentant les plus menacés de syndrome d'épuisement professionnel sont ceux du secteur 1 et les généralistes, cela a pour conséquence la dégradation de l'accomplissement personnel et de la relation médecin-malade.

Une étude se questionnant sur la médecine générale à travers un débat de quatre médecins généralistes réalisée en 2010(46) pointait déjà la part importante des tâches administratives, les problématiques autour d'une patientèle vieillissante, les exigences accrues des patients, le manque de temps pour la formation continue, la nécessité d'améliorer le lien ville-hôpital et la problématique de la médiatisation importante.

Dans notre étude, certains éléments du syndrome d'épuisement professionnel sont mis en exergue chez les médecins généralistes interrogés notamment la non-reconnaissance du métier ou l'excès de paperasserie lorsqu'ils se positionnent comme exécutants ou qu'ils expriment le sentiment d'avoir été dépossédés de leur métier. La question de la relation avec certains confrères est également soulevée par certains médecins de notre étude. L'idée de « patient roi » et les exigences des patients sont évoquées lorsqu'un médecin dit qu'ils ne prennent pas la peine d'annuler leur rendez-vous ou lorsque ces derniers demandent des ordonnances par mail sans consulter. De plus, la question du contentieux judiciaire a été soulevée notamment par un des médecins qui a pris conscience de la véracité du risque médico-légal de sa profession. Le fait que ce ne soit que des éléments concorde avec les études citées puisque le syndrome d'épuisement professionnel n'a que rarement été retrouvé complet.

#### 1.2.4. Nécessité d'une nouvelle collaboration

Une étude réalisée auprès des médecins généralistes du Royaume-Uni et des Etats-Unis(47) a étudié leur insatisfaction considérée comme une problématique mondialement répandue. Celle-ci a tenté de pointer les différentes causes de ce problème, à savoir une rémunération insuffisante par rapport à la charge de travail, le changement dans les attentes et dans les relations avec le gouvernement et les patients (déclin du respect, perte de confiance, augmentation de la consommation de soins et attentes irréalistes des patients). Elle suggère que les relations entre médecins, autorités et population sont sous-tendues par un contrat implicite basé sur les notions de ce qui est fait et ce qui est attendu en retour. Ainsi, les attentes des médecins liées à leur représentation initiale du métier et leur réalité sont discordantes. Ce contrat implicite a changé, sans que les médecins en soient prévenus et sans être remplacé par une alternative attractive ce qui a abouti à ce mal-être des médecins généralistes. Une perspective proposée par les auteurs pour y remédier est de redéfinir ce contrat. Leur capacité à être autonome et à réguler leurs pratiques au travers des recommandations diverses n'est plus à prouver. En retour, les médecins attendraient d'être un outil dans le développement des recommandations pour que leur application sur le terrain soit réaliste. Ce nouveau contrat avec les autorités nécessiterait une reconnaissance et un respect mutuel comprenant à la fois la réalité de terrain des médecins ainsi que les enjeux et la légitimité de la politique. En ce qui concerne les patients, la question est plus difficile mais les auteurs proposent un travail conjoint entre système de santé, gouvernement et médecins de ville dans un dialogue avec la presse et le public sur les limites de la médecine, du système de santé et les dangers de la culture de la critique.

Dans une autre étude(48) explorant les relations entre le gouvernement, la population et la profession médicale, les auteurs soulignent l'aliénation entre décideurs et médecins puisque les premiers demandent de plus en plus aux derniers dans un souci d'économie alors que médecins estiment faire leur maximum avec ce qu'ils ont et nécessitent plus de moyens. Ils considèrent qu'une confiance mutuelle est nécessaire, ce qui peut paraître naïf, mais sans laquelle ce nouveau contrat ne peut se faire. Ils demandent également une meilleure communication, basée sur la compréhension honnête de la position de l'autre.

Cette demande de communication se retrouve dans nos entretiens. En effet, tous réclament d'être reconnus et considérés dans les prises de décision. Ils ont le sentiment de ne pas être écoutés et de devoir appliquer des décisions qui n'ont pas de sens dans leur pratique. Ils dénoncent un système hospitalo-centré. D'ailleurs une étude suisse soulève le fait que les réponses du gouvernement étaient perçues comme bureaucratiques et manquant d'opérationnalité locale(25).

### 1.3. Perspectives pour la médecine générale

Un des médecins interrogés dans notre étude a soulevé la question du mérite de consulter, la crise de la COVID-19 ayant permis à certains de recadrer leur activité vers ce qu'il considère être essentiel pour leur profession. Cette notion d'autorégulation des motifs de consultation est retrouvée dans une étude belge(19). Ceci renvoie à l'idée que les médecins généralistes ne soignent que des rhinopharyngites, occultant tous leurs autres rôles tels que, à titre non exhaustif, le suivi de pathologies chroniques, la prévention, le suivi pédiatrique, les troubles psychiatriques et leur rôle auprès des personnes âgées.

Les mesures d'hygiène, comme le port du masque et le lavage des mains, semblent être entrées de façon pérenne dans leur pratique. Beaucoup dans notre étude disent d'ailleurs qu'ils vont continuer à les appliquer, notamment dans les périodes épidémiques. Beaucoup d'études mettent en avant ce point.

Le développement de l'activité en groupe est un point important à soulever. Effectivement, le travail collectif a été considéré comme véritable atout dans la gestion de la crise par les médecins interrogés. Dans notre population d'étude cinq médecins sur neuf exercent en cabinet de groupe et cette notion de collectivité se retrouve dans d'autres études(21).

Les médecins de notre étude se positionnent, pour la plupart, comme des acteurs légitimes dans le système de santé. Certains en sont à considérer qu'à présent ils ont le droit à la parole parce qu'ils étaient sur le terrain et qu'ils ont su s'organiser seuls pour faire face à la crise sanitaire. Cet état de fait est retrouvé dans de nombreuses études, et notamment dans les deux thèses réalisées sur le même sujet en région PACA et au Havre. Toutefois, en pratique, pour une des médecins interrogés cette évolution peut passer par le développement sur le territoire des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dont l'objectif est le décroisement et la réorganisation des soins autour des patients(49). Ces CPTS s'inscrivent dans le projet « Ma santé 2022 »(50) qui présente dix avancées phares dont la lutte contre les déserts médicaux. A titre d'exemple, l'ARS Centre-Val-de-Loire travaille sur ce point et cherche à développer les maisons de santé pluridisciplinaires(51).

Malgré les différentes difficultés rencontrées par les médecins généralistes, la crise de la COVID-19 a réveillé en eux une volonté d'implication que ce soit dans leur positionnement et dans les décisions de santé.

## 2. Forces de l'étude

La force de cette étude est d'être une enquête de terrain, reflétant la réalité des médecins interrogés à travers leurs témoignages. Elle se positionne au plus proche de leur vécu, ce qui lui donne tout son sens.

De plus, les médecins interrogés, même si peu nombreux, sont représentatifs de la démographie médicale du Loiret puisque la moyenne d'âge est de 54 ans pour une moyenne d'âge estimée du département au 1<sup>er</sup> janvier 2018, selon un rapport du Conseil de l'Ordre, de 50,1 ans(52).

La méthode qualitative à travers ses questions ouvertes a permis aux médecins de s'exprimer librement sans être influencés par un questionnaire avec des axes préétablis.

L'intervalle de temps entre les entretiens et la période étudiée a permis aux médecins interrogés de répondre avec plus de réflexion sur leur pratique et les difficultés rencontrées sans pour autant avoir oublié ce qu'ils avaient vécu.

## 3. Limites de l'étude

La méthode qualitative est à la fois une force et une limite puisque l'interprétation des données par l'enquêtrice est assez libre. Ce biais a toutefois été limité par la triangulation des données. Par ailleurs, l'enquêtrice utilisait pour la première fois la technique de l'entretien individuel.

Une autre limite est que l'enquêtrice a vécu le même évènement que les médecins interrogés. Ceci a pu induire un biais de sujétion.

La distance avec la période analysée a pu modérer les propos des médecins amenant ainsi une sorte d'autocensure ou d'atténuation du vécu.

Le moment des entretiens, placés en fin de journée, en début d'après-midi, avec un créneau d'une heure, souvent avant la reprise de leurs consultations, a pu être un biais soit en raison de la fatigue de la journée soit en raison de la limite de temps imparti pour répondre qui contraignait les échanges.

Enfin, la population étudiée n'est pas tout à fait représentative de la démographie médicale du Loiret. Notamment la proportion de médecins généralistes femmes estimée à 44,8% dans le département du Loiret(52), alors que dans cette étude elles ne sont représentées qu'à 33%.

## **PERSPECTIVES**

Suite à cette étude il nous semble qu'il serait pertinent d'explorer le vécu des médecins généralistes dans une zone de forte prévalence de l'épidémie. Effectivement une des médecins interrogés a pointé la difficulté de l'attente d'une vague qui n'arrive pas laissant ainsi le temps de s'organiser et se réorganiser plusieurs fois.

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes sont, dans d'autres proportions, certainement les mêmes que les praticiens hospitaliers ou les spécialistes libéraux. Il serait donc intéressant de voir comment ceux-ci se sont organisés pour permettre une continuité des soins. La question des « dommages collatéraux » liés aux soins déprogrammés et aux retards diagnostics est largement mise en avant par les médecins de notre étude. On pourrait également s'interroger sur l'impact de la crise de la COVID-19 sur la perception et la pratique des autres spécialités n'ayant nécessairement pas été épargnées non plus.

Le nouveau souffle et les nouveaux enjeux de la profession induits par la crise sanitaire sont mis en avant dans de nombreux travaux. Il est alors intéressant de s'y pencher afin d'analyser cette nouvelle motivation : vrai essor ou flop ?

Par ailleurs, on pourrait également se questionner, dans une démarche qualité, sur l'impact concret dans le quotidien des médecins des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé puisque ces structures sont décrites comme une vraie révolution dans l'organisation et la collaboration interprofessionnelle. En effet, il serait également pertinent d'évaluer le retentissement de leurs actions sur les différents ressentis (sentiment d'exclusion, lien ville-hôpital, soutien des autorités...) évoqués au cours des entretiens réalisés.

## CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des médecins généralistes du Loiret de la crise COVID-19 sur la période allant de janvier à juin 2020.

Les différents entretiens menés ont mis en évidence plusieurs éléments. Tout d'abord une prise de conscience progressive de l'existence du virus et de sa dangerosité, nécessaire pour une gestion efficace de la crise. Celle-ci a été suivie de nombreuses difficultés décrites par les médecins (comme l'anxiété des patients générée par la presse, le souci de s'informer, de se protéger, de continuer de soigner...), mais surtout d'une capacité de résilience puisque tous ont su s'adapter pour répondre à ces difficultés. Enfin, le lien confraternel s'est révélé être un véritable soutien pour eux.

La crise de la COVID-19 n'est pas sans conséquences sur la population étudiée. Elle a, en effet, amené les médecins interrogés à se questionner sur leur métier, sur le sens qu'ils en ont et sur leurs pratiques. Ils se positionnent alors, ou l'espèrent, comme des acteurs de santé sur le terrain, dignes de confiance et méritant le respect des décideurs. Ils souhaitent, à ce titre, être considérés ainsi pour la suite : que ce soit dans une nouvelle organisation des soins primaires, qui leur semble indispensable, ou lors d'une prochaine crise sanitaire.

En espérant que la phrase d'un des médecins interrogés : « *on a sans doute appris des choses mais beaucoup de gens n'ont rien retenu* » M1 ne soit que le reflet de précédentes frustrations.



## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde [Internet]. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: /dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde
2. La pandémie de COVID-19 plonge l'économie planétaire dans sa pire récession depuis la Seconde Guerre mondiale [Internet]. World Bank. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii>
3. Sifuentes-Rodríguez E, Palacios-Reyes D. COVID-19: The outbreak caused by a new coronavirus. Bol Méd Hosp Infant México. 30 mars 2020;77(2):3854.
4. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/trois-medecins-generalistes-sur-quatre-ont-mis-en-place-la-teleconsultation>
5. Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/perception-des-risques-et-opinions-des-medecins-generalistes-pendant-le>
6. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/comment-les-medecins-generalistes-ont-ils-exerce-leur-activite>
7. DGS\_Année.M, DGS\_Année.M. La gestion des alertes et des crises sanitaires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/la-gestion-des-alertes-et-des-crises-sanitaires>
8. Info Coronavirus COVID-19 - Les actions du Gouvernement [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>
9. Comprendre les trois stades de la lutte contre une pandémie [Internet]. SSTRN. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.sstrn.fr/actualites/comprendre-trois-stades-lutte-contre-pandemie>
10. OMS | Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/WHO\\_CDS\\_CSR\\_GIP\\_2005\\_5/fr/](https://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5/fr/)
11. Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19. 2020-260 mars 16, 2020.
12. Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19.
13. Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.
14. Covid D. PREPARATION A LA PHASE ÉPIDÉMIQUE. :54.
15. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: [https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo\\_gen\\_tot.gen&s=2021&selcodgeo=45&view=map10](https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo_gen_tot.gen&s=2021&selcodgeo=45&view=map10)
16. Professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2018 | Insee [Internet]. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>

17. Bulletins Covid-19 - ARS Centre-Val de Loire - Google Drive [Internet]. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: <https://drive.google.com/drive/folders/1mFiVquHHHk417w0372YAfxHmHEGfboCA>
18. COVID-19, une approche polyphonique [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-691-2/covid-19-une-approche-polyphonique>
19. Minguet C. COVID-19 et médecine générale. :7.
20. Faucon F. Étude qualitative auprès des médecins généralistes du Havre: ressentis durant la crise sanitaire du Covid-19. 2019;84.
21. Synthese-impact-epidemie-soins-premier-recours.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: <http://orspaca.org/sites/default/files/publications/Synthese-impact-epidemie-soins-premier-recours.pdf>
22. Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/perception-des-risques-et-opinions-des-medecins-generalistes-0>
23. Thornton J. Covid-19: how coronavirus will change the face of general practice forever. BMJ. 30 mars 2020;368:m1279.
24. Etude " Covid-19 et confinement : comportements, attitudes et impact sur la vie des Français " [Internet]. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.codes05.org/actualites/covid-19/publications--etudes/etude--covid-19-et-confinement--comportements-attitudes-et-impact-sur-la-vie-des-francais->
25. La première vague de Covid-19 en France et les soins primaires [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-713/la-premiere-vague-de-covid-19-en-france-et-les-soins-primaires>
26. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au covid-19 - Légifrance [Internet]. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041704122>
27. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire>
28. JI B. Résilience et réactivité de la médecine générale durant la pandémie COVID-19. Rev Med Liege. :9.
29. Duez M, Mermier M. COVID-19 : rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches-du-Rhône. 2 déc 2020;34.
30. Senn N. Pandémie Covid-19 : stress- test pour les soins primaires ? :1.
31. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
32. Jean O, Leloup M, Vardon D, Fanello S. Activités médicales hors cabinet des médecins généralistes. Sante Publique (Bucur). 2009;Vol. 21(5):453-64.
33. Masson E. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? [Internet]. EM-Consulte. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/227331/information-medicale-de-lhopital-a-la-ville-que-pe>
34. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. undefined [Internet]. 2016 [cité 27 sept 2021]; Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/%C3%89valuation-qualitative-de-la-relation-ville-h%C3%B4pital-Lemaire/c87a2608ef9d54f993baf95a7c2575fc48f60cce>

35. Choix de spécialités : tops et flops des internes | Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/internat/choix-de-specialites-tops-et-flops-des-internes>
36. Statistiques ECN : Médecine générale [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/medecine-generale/>
37. Boukhezra N, Hedelius M. La médecine générale vue par la presse écrite grand public: la crise, rien que la crise ! [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
38. SOULIER (E.), SOULIER (E.), GRENIER (C.), LEWKOWICZ (M.). La crise du médecin généraliste : une approche cognitive de la profession. Crise Médecin Généraliste Une Approche Cogn Prof. 2006;
39. Virama-Latchoumy L, Chevillot D, Rousselot N, Ducos G, Gay B. Impact de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité sur la perception du système de santé français. Médecine. 1 févr 2019;15(2):85-90.
40. MACSF.fr. Les violences faites aux médecins - MACSF [Internet]. MACSF.fr. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.macsfr.fr/responsabilite-professionnelle/ethique-et-societe/violences-aux-medecins>
41. Magin P, Adams J, Joy E, Ireland M, Heaney S, Darab S. Violence in general practice Perceptions of cause and implications for safety. Can Fam Physician Médecin Fam Can. 1 oct 2008;54:1278-84.
42. Belsoeur C. Pour éviter le burn-out, les jeunes généralistes repensent leurs conditions de travail [Internet]. Slate.fr. 2019 [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/184425/sante-medecins-generalistes-jeune-generation-burn-out-conditions-travail>
43. Fournane Y. Pourquoi les médecins généralistes ne donnent-ils que rarement suite aux violences qui leurs [sic] sont faites? :125.
44. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Sante Publique (Bucur). 1 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.
45. Mouries DR. L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS LIBERAUX FRANCILIENS : TEMOIGNAGES, ANALYSES ET PERSPECTIVES. :59.
46. Lortholary C, Chiaverini P, Devaux B, François D. Être médecin généraliste aujourd'hui. Laennec. 2010;Tome 58(3):28-43.
47. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ. 6 avr 2002;324(7341):835-8.
48. Ham C, Alberti KGMM. The medical profession, the public, and the government. BMJ. 6 avr 2002;324(7341):838-42.
49. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
50. Ma santé 2022 : découloignement et réorganisation des soins [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decouloignement-et-reorganisation-des-soins>
51. Les actions pilotées par l'ARS Centre –Val de Loire [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-actions-pilotees-par-lars-centre-val-de-loire>
52. cnom\_atlas\_2018\_0.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)

# **ANNEXE 1**

## **LETTRE D'INFORMATION**

Chère consœur, Cher confrère,

Je suis Barbara Picart, interne en médecine générale, et réalise actuellement mon travail de thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine générale et vous m'êtes indispensables dans ma démarche.

Nous avons tous vécu différemment la période COVID-19 et mon travail a pour but d'explorer ce vécu sous ses différents aspects en me focalisant, d'une part, sur la période de janvier à juin 2020 et, d'autre part, auprès des médecins généralistes du département du Loiret. Ce travail s'effectue sous la direction du Dr Bami exerçant à Orléans.

En quoi consiste votre participation ?

Il s'agit d'entretiens individuels en présentiel ou par téléphone, selon votre convenance, enregistrés par dictaphone, de durée variable (d'une trentaine de minutes à plus, c'est vous qui le déterminerez). L'idée est d'exprimer votre ressenti de la période COVID-19 en opérant un focus sur la période de janvier à juin 2020, permettant d'englober l'arrivée du virus en France, le premier confinement puis le déconfinement progressif.

Où et quand ?

C'est à vous de me le dire, je m'adapte.

Mentions légales

Ces entretiens sont totalement anonymisés, je vous demanderai simplement de remplir un petit questionnaire d'informations complémentaires (où vos nom et prénoms n'apparaîtront pas) et une feuille de consentement.

Comment y participer ?

En n'hésitant à me joindre soit par mail : \*\*\* soit par téléphone au : \*\*\*, je me ferai un plaisir de répondre à d'éventuelles questions de votre part et de fixer un rendez-vous ensemble.

Si vous le désirez, je pourrais vous faire parvenir le travail final.

A très bientôt, je l'espère.

## **ANNEXE 2**

### **Trame d'entretien**

Tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien. Je vous interroge dans le cadre de ma thèse, dont l'objectif est d'explorer le vécu des médecins généralistes du Loiret lors de la crise COVID, de la période janvier à juin 2020. L'échange que nous aurons sera enregistré et retranscrit de manière fidèle pour l'analyse a posteriori mais sera totalement anonymisé. Je vais vous envoyer deux petits documents : l'un est la feuille de consentement, l'autre est une demande d'information assez succincte.

Pour commencer, je vais faire un petit rappel chronologique concernant la période étudiée :

- Fin décembre 2019, un nouveau virus en Chine,
  - Fin janvier la région de Wuhan est confinée, s'en suit la totalité du pays,
  - En suivant l'OMS déclare l'état d'urgence international,
  - Février : premier cluster en France, premier décès lié au COVID,
  - Fin février, confinement en Italie,
  - Puis la France suit le 16 mars 2020,
  - Dans le département, début mars on comptait 7 cas confirmés pour un total de 17 cas dans la région Centre.
- 
- 1) J'aimerais que vous me parliez des premiers mois de l'année 2020, les patients avaient beaucoup d'interrogation quant à l'arrivée du virus en France, comment l'avez-vous perçu dans votre patientèle ? Et est-ce que vous vous sentiez prêt pour affronter les mois à venir ?
  - 2) Qu'est-ce qui vous a fait réaliser que ce virus était potentiellement grave et que nous faisons face à une pandémie ?
  - 3) Comment votre activité a évolué ? (Organisation du cabinet, agenda, temps de consultation, demande de certificat d'isolement)
  - 4) Comment avez-vous géré le manque de matériel de protection ?
  - 5) Avez-vous ressenti de la peur ? pour vous, vos proches, vos patients – Quel était votre ressenti prédominant pendant cette période ?
  - 6) Quel était votre ressenti sur le niveau d'information que vous aviez ? Comment avez-vous vécu le niveau d'information que vous aviez ?
  - 7) Comment avez-vous ressenti le manque de test ? Comment avez-vous perçu le manque de test ?
  - 8) Comment a évolué la relation avec vos patients pendant le confinement ? Est-ce que la relation avec vos patients a été modifiée par le confinement ? Est-ce que ça a eu un impact sur la relation ? Comment ? Dans quel sens ?
  - 9) Comment a évolué votre façon de travailler après le premier confinement ? Cette période a-t-elle eu une incidence sur votre pratique ? ou sur votre façon d'examiner les patients ? Est-ce que votre façon de travailler a été modifiée ? (Téléconsultations, agenda plus souple...)
  - 10) Comment a évolué le rapport à votre métier de médecin ? Le rapport à votre métier de médecin a-t-il été modifié par cette période ?
  - 11) Comment avez-vous perçu les applaudissements pour les soignants ?
  - 12) En dehors du travail pendant lequel nous pouvions sortir, nous étions comme tout le monde confiné, comment l'avez-vous vécu ? Comment avez-vous vécu le confinement en dehors du travail ?
  - 13) Comment pourrait-on vous aider lors d'une crise prochaine sanitaire ? Comment pourrait être améliorée la gestion d'une prochaine crise sanitaire ?
  - 14) Voulez-vous ajouter d'autres choses ?

### **ANNEXE 3**

#### Formulaire de consentement :

Je soussigné(e).....déclare accepter librement et de façon éclairée de participer comme sujet à l'étude intitulée : Exploration du vécu des médecins généralistes de la crise de la COVID-19 pendant la période de janvier à juin 2020.

Directeurs de l'étude : Dr BRAMI

Investigateur principal : Barbara PICART

J'accepte l'enregistrement audio de cet entretien et la retranscription écrite intégrale. J'ai été informé(e) de la garantie de confidentialité et d'anonymat des propos recueillis et des données écrites. Je sais que ma participation à cette étude est volontaire et que je peux retirer mon consentement à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Je déclare avoir reçu toutes les informations nécessaires pour donner mon accord.

Dans l'hypothèse où je déciderais de ne plus participer à l'étude, je souhaite que les documents écrits et audio me concernant soient détruits.

OUI : ☐

NON : ☐

Fait à :

le :

Signatures :

Le Participant  
PICART

Barbara

## **ANNEXE 4**

### Questionnaire de recueil de données des médecins interrogés :

Sexe : H ☐ F ☐

Année de naissance : .....

Qualité d'exercice : Remplaçant ☐ Installé ☐

Mode d'exercice : Cabinet seul ☐ Cabinet de groupe ☐

Activité complémentaire : EHPAD ☐ Service de médecine à l'hôpital ☐ Autre : .....

Lieu d'exercice : Rural ☐ Semi-rural ☐ Urbain ☐

**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**



## PICART Barbara

65 pages – 1 tableau – 4 annexes

### Résumé :

**Introduction :** La crise de la COVID-19 est sans précédent puisqu'elle a poussé différents pays à prendre une décision unique : le confinement. Ce confinement a eu un impact à plusieurs niveaux mais notamment sur la pratique de la médecine générale. L'objectif de cette thèse est d'explorer le vécu des médecins généralistes du Loiret de la crise COVID-19, sur la période allant de janvier à juin 2020.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative s'inspirant de l'analyse interprétative phénoménologique. Des médecins généralistes exerçant dans le département du Loiret ont été interrogés à partir d'un échantillonnage homogène, à travers la réalisation d'entretiens individuels d'une durée moyenne d'une heure.

**Résultats :** Cette étude a mis en avant les différents temps de la prise de conscience, d'une part de l'existence du virus et d'autre part que les médecins peuvent autant se mettre en danger que devenir dangereux. Elle a pointé les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, la façon dont ils s'y sont adaptés à travers leur activité et la mise en place de dynamiques locales, ce qui a abouti au questionnement sur le métier de médecin généraliste à travers l'impact qu'a eu la crise COVID-19 sur leur perception de la profession et sur leur pratique. De nouveaux enjeux semblent se dessiner.

**Discussion :** La souffrance des médecins généralistes a été révélée dans cette étude mais une nouvelle manière d'exercer semble s'imposer aux médecins interrogés, de nouveaux enjeux émergent et ils semblent se positionner comme un véritable acteur de santé dans le système de soin.

**Mots clés :** Médecine Générale, COVID-10, vécu, adaptation

### Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Docteur Grégory BRAMI

Membres du Jury : Professeur Laurent PLANTIER  
Professeur Gérard LORETTE

Date de soutenance : 09 novembre 2021