

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Ressenti des internes de médecine générale en stage ambulatoire pendant
la première vague de pandémie à covid19, étude qualitative auprès des
étudiants en DES de Médecine Générale des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2022 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Laura RUOTTE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur :

Monsieur le Docteur Philippe PASCAL

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

- COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative Research
- DES : Diplôme d'Études Spécialisées
- DMG : Département de Médecine Générale
- FMC : Formation Médicale Continue
- ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes
- MSU : Maître de Stage Universitaire
- N1 : stage ambulatoire de Niveau 1
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TABLE DES MATIERES

I. RESUME	5
II. INTRODUCTION	6
1) L'interne de médecine générale	6
2) L'arrivée de la pandémie mondiale à covid19	8
3) Les internes face au covid	9
4) Question de recherche	10
5) Objectifs	10
III. MATERIELS ET METHODES	11
1) Choix de la méthode	11
2) Population étudiée	11
3) Recueil des données	11
4) Analyse des données	12
5) Recherches bibliographiques	13
IV. RESULTAT	13
1) La population étudiée	13
2) Déroulement du stage ambulatoire avant la pandémie	14
2.1) Le stage	14
2.2) La charge de travail	14
3) L'arrivée de la pandémie à covid19	15
3.1) Une préparation manquée et une arrivée brutale	15
3.2) La nécessité de se renseigner	16
4) Un début de gestion de crise compliquée	18
4.1) concernant le matériel médical	18
4.2) concernant les gestes barrières	19
4.3) concernant les directives gouvernementales	20
5) Découvrir l'infection à covid19	21
5.1) Ressenti des internes de médecine générale	21
5.1.1) par rapport à la situation/par rapport aux autres	21
5.1.2) sur le stage ambulatoire	23
5.1.3) sur la vie personnelle	25
5.2) Comprendre les patients	26

5.2.1) impact sur le ressenti des patients	26
5.2.2) impact sur les pathologies à prendre en charge	27
6) Conséquences de la pandémie	29
6.1) sur la formation des internes	29
6.2) sur la spécialité de médecine générale	32
6.3) sur la médecine en général	34
7) Vivre avec le covid	35
7.1) développement de nouvelles pratiques en médecine générale	35
7.2) Ressenti des internes après plusieurs vagues	38
V. DISCUSSION	40
1) Forces et limites de l'étude	40
1.1) Le choix du type d'étude	40
1.2) La population	40
1.3) Le recueil des données	41
1.4) L'analyse des données	41
2) Discussion des résultats	42
2.1) La santé mentale de l'étudiant en médecine	42
2.2) Pris au dépourvu	42
2.3) Vécu émotionnel des internes pendant la première vague	43
2.3.1) Face au virus	43
2.3.2) Face au confinement	44
2.4) Vécu en stage et impact sur la formation	44
2.5) La relation soignant-soigné	45
2.6) Des nouvelles pratiques en ambulatoire	46
2.7) Relation MSU-internes	46
3) Proposition d'un modèle explicatif	47
VI. CONCLUSION	47
VII. BIBLIOGRAPHIE	48
VIII. ANNEXES	55
1) ANNEXE 1 : Guide d'entretien initial	55
2) ANNEXE 2 : Guide d'entretien modifié	56

3) ANNEXE 3 : Grille COREQ	57
4) ANNEXE 4 : MODÉLISATION D'UN SCHÉMA EXPLICATIF	61
5) ANNEXE 5 : Exemple d'un entretien semi-dirigé	62

I. RESUME

Contexte : Le 11 mars 2020, l'OMS déclare comme pandémie l'infection à covid19. Les étudiants en médecine du monde entier ont dû faire face à l'arrivée brutale de ce nouveau virus respiratoire. Ayant déjà une santé mentale précaire, il est intéressant de recueillir le ressenti et d'évaluer l'impact de la pandémie sur les internes de médecine générale.

Objectif : Analyser le ressenti des internes de médecine générale des Hauts-de-France sur l'arrivée de la pandémie à covid19.

Méthode : Etude qualitative par théorisation ancrée menée par entretien semi-dirigé auprès de 10 internes de médecine générale en stage ambulatoire pendant la première vague de pandémie à covid19 en mars 2020. Les entretiens ont été retranscrits, codés via le logiciel de codage NVIVO® et réalisés jusqu'à suffisance des données.

Résultats : Le déni a été le premier sentiment face à l'arrivée brutale de la pandémie. Leurs inquiétudes concernaient surtout la crainte de transmettre le virus à leurs patients ou bien de ne pas savoir les soigner correctement notamment à cause du manque d'informations médicales validées. Devant la baisse de leur charge de travail en cabinet, tous ont pu prendre du temps pour soi et redécouvrir des activités oubliées. La qualité de leur formation médicale a été altérée par les enseignements par visioconférence et une pratique moins diversifiée d'autres pathologies. La téléconsultation a modifié les pratiques. L'entraide confraternelle a été appréciée.

Conclusion : Les internes en stage ambulatoire à l'arrivée de la pandémie à covid19 semblaient moins affaiblis mentalement que leurs collègues hospitaliers. Même s'il existe une lassitude liée à l'évolution de la situation sanitaire, ils seraient prêts à affronter une nouvelle crise.

II. INTRODUCTION

1) L'interne de médecine générale

« L'interne en médecine [...] est un praticien en formation spécialisée. L'interne consacre la totalité de son temps à sa formation médicale [...] en stage et hors stage. (1) Il exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève. (2)

Au début de son troisième cycle des études médicales, l'étudiant en médecine souhaitant se former à la médecine générale, devenant alors interne de par son statut, s'inscrit dans le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale. Ce DES dure 6 semestres et est divisé en 2 phases. Une première phase dite « socle » durant laquelle un semestre aux urgences générales et un semestre en cabinet de médecine générale dit niveau 1 (N1) auprès d'un Maître de Stage Universitaire (MSU) sont réalisés et une deuxième phase dite « d'approfondissement » qui correspond à une autonomisation progressive jusqu'à la fin du DES. Cette phase d'approfondissement contient alors 4 semestres de stages différents : un stage en médecine polyvalente, un stage en santé de l'enfant, un stage en santé de la femme et un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS). (3)

L'interne en médecine générale devra participer également à une formation théorique avec un enseignement hors stage de 2 demi-journées par semaine. La première demi-journée correspond à une demi-journée de formation universitaire sous la responsabilité du coordonnateur du DES de médecine générale; demi-journée se déroulant à la faculté de médecine à laquelle l'étudiant est rattaché. La seconde est une demi-journée de formation en autonomie afin que l'étudiant puisse travailler sur sa formation théorique ou bien sur ses travaux de thèse.

En effet, la thèse viendra compléter la validation du DES. Elle devra être soutenue dès le début de la phase d'approfondissement et ce jusque 6 ans après l'inscription en première année d'internat dans le cas des internes de médecine générale. (4)

A la faculté de médecine de Lille, seuls deux stages se réalisent en ambulatoire : le stage de niveau 1 et le stage de SASPAS. Ces deux stages se déroulent dans un cabinet de médecine générale de ville avec comme superviseur un MSU. Le stage N1 aidera l'interne à obtenir une autonomisation progressive. Le stage se déroule alors en 3 étapes successives : l'observation du MSU, la supervision directe et la supervision indirecte où il sera seul à intervenir auprès du patient. Le stage de SASPAS, comme son nom l'indique, se déroule en autonomie totale avec un moment de bilan avec le MSU à chaque fin de journée de stage.

Le Département de Médecine Générale (DMG) de Lille a renseigné 9 objectifs de stage à destination des internes en stage ambulatoire :

1 : développer, en l'argumentant, un processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires

2 : Savoir intervenir si nécessaire dans l'urgence ou dans les situations médicales non programmées ressenties comme des urgences

3 : Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en soins de premier recours

4 : Hiérarchiser et de gérer simultanément des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient

5 : Intégrer et d'articuler l'éducation pour la santé, la prévention, le dépistage, les soins, y compris palliatifs et de réadaptation

6 : Gérer le premier contact avec les patients. Adopter une approche centrée sur la personne et son entourage en tenant compte du contexte personnel du patient

7 : Gérer l'outil professionnel

8 : Coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé afin de fournir des soins efficaces et appropriés

9 : Actualiser et développer ses compétences de manière individuelle (5)

Chaque interne de médecine générale en stage ambulatoire est encadré par au moins deux MSU chez qui il se rend, au sein de leur cabinet de médecine générale, pendant les 6 mois de stage. L'interne prend alors la place du MSU et reçoit ses patients, les examine et prescrit la prise en charge adaptée. A chaque fin de journée, l'interne et le MSU échangeront au sujet des consultations passées afin d'évaluer la qualité de prise en charge de chaque patient par l'interne. Un maître de stage universitaire est, dans ce cas précis, un praticien en médecine générale qui apporte à l'étudiant une formation, un encadrement et une évaluation à ce dernier. (6)

2) L'arrivée de la pandémie mondiale à covid19

L'infection à COVID19 démarre initialement en décembre 2019 à Wuhan en Chine avec la description de plusieurs cas de pneumopathie grave d'étiologie inconnue. (7)

Le virus sarscov2 est un virus à ARN simple brin qui fait partie de la famille des coronavirus qui sont des virus pouvant infecter les animaux comme les êtres-humains. Il cause des symptômes tels que de la fièvre, une toux sèche, une dyspnée et si aggravation, une détresse respiratoire grave. D'autres symptômes plus rares sont également possibles ainsi que des complications d'organes nobles. (8)

Avec une transmission essentiellement respiratoire, l'infection s'est propagée rapidement dans le monde entier, et a été déclarée pandémie par l'OMS le 11 mars 2020. (9)

Devant un nombre de cas positif à la covid-19 à la croissance exponentielle et une mortalité importante, l'Etat Français a dû déclarer un premier confinement le 17 mars 2020. (10) De plus,

afin de limiter la propagation du virus, chaque citoyen s'est vu recommander l'application de gestes barrières. (11)

En effet, devant un nombre élevé de cas graves à covid19, de nombreux services de réanimation ont vu leurs capacités d'accueil saturées. A l'heure de l'écriture de ce manuscrit, le nombre de cas de contamination s'élève à 624 235 272 et le nombre de décès à 6 555 270. (12)

Les médecins français ont dû faire face à une crise majeure. La médecine hospitalière et surtout la médecine réanimatrice ont subis de nombreux changements. (13) Les internes en médecine ont eux aussi été en première ligne de ce « combat ».

Un combat qui a pu être difficile à relever et qui laissera des traces sur le système de santé français et ses médecins.

3) Les internes face au covid

L'interne en médecine doit être capable de nombreuses missions différentes sur le plan médico-clinique. Pour les internes de phase socle, il est mentionné que l'étudiant doit savoir « gérer son stress » et « connaître ses limites ». En sus, lors de la phase d'approfondissement, l'interne doit être capable :

- de s'assurer de la compréhension de l'information transmise et de transmettre des informations à ses collègues dans le cadre de la continuité des soins ;
- d'effectuer le tri, dans le cadre des compétences acquises en phase socle sur la gestion des urgences médicales, en cas d'afflux massif de malades ou de blessés ;
- de participer à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ; (14)

Pendant la première vague de pandémie à covid19, l'interne en médecine générale a donc dû mettre à profit ses connaissances et ses capacités afin de répondre aux besoins de la crise sanitaire.

Avec l'arrivée de la pandémie de covid19 dans le monde, l'InterSyndicale National des Internes (ISNI) a lancé un appel à la mobilisation générale à destination de tous les internes en médecine de France; afin que chacun, en fonction de sa situation (notamment année de recherche, grossesse...) puisse à sa façon participer à la crise sanitaire. (15)

De plus, le stage ambulatoire initialement prévu pour 6 mois a été prolongé d'un mois par arrêté ministériel, afin de ne pas perturber les soins au sein des hôpitaux français déjà en souffrance à cette période. (16)

Une première étude réalisée par l'ISNI pour décrypter l'impact psychologique de la crise sanitaire sur les internes, toutes spécialités confondues, révèle que presque un interne sur deux présente des symptômes d'anxiété. De plus, 18,4% des internes interrogés présentent des symptômes dépressifs et 29,8% souffrent de stress post-traumatique. (17)

Ces résultats sont d'autant plus inquiétants que la santé mentale des internes en médecine, en France, est déjà précaire. Tous les 18 jours, un interne en médecine met fin à ses jours. (18)

4) Question de recherche

Au moyen d'entretiens et d'une analyse qualitative de ces derniers, nous avons recueilli et analysé le ressenti des internes en médecine générale de Lille qui étaient en stage ambulatoire durant la première vague de l'infection à covid19.

5) Objectifs

-principal : Analyser le ressenti des internes de médecine générale des Hauts-de-France sur l'arrivée de la pandémie à covid19.

-secondaire : Comprendre quelles seront les conséquences sur leur pratique future.

III. MATERIELS ET METHODES

1) Choix de la méthode

Le but de cette étude était de recueillir le ressenti et l'expérience des internes de médecine générale en stage ambulatoire pendant la première vague d'infection à covid19. Il a été décidé de réaliser une analyse qualitative par théorisation ancrée à l'aide d'entretiens semi-dirigés. La méthode par théorisation ancrée permet de restituer fidèlement le vécu des personnes interrogées. (19)

2) Population étudiée

Les participants à l'étude étaient des internes de médecine générale de la faculté de Médecine de Lille qui étaient en stage ambulatoire (N1 ou SASPAS) durant la première vague de covid19, en mars 2020.

Les étudiants ont été contactés par le biais de réseaux sociaux ou par téléphone. Le recrutement s'est effectué par effet boule-de-neige à l'issue du premier entretien. Lors de la prise de contact, l'investigatrice décrivait brièvement le thème de la thèse ainsi que les objectifs. Lorsque les étudiants acceptaient de participer à l'étude, une date pour un entretien était convenu.

3) Recueil des données

Les entretiens se sont déroulés de la période de mars 2021 à avril 2022. Ils se sont déroulés jusqu'à obtention de suffisance des données, c'est-à-dire lorsque 2 entretiens consécutifs n'apportaient plus de données nouvelles.

La durée des entretiens allait entre onze minutes et vingt-quatre secondes et trente-huit minutes et trente secondes. La durée moyenne d'un entretien était de 24 minutes et 43 secondes.

Les entretiens avec les participants ont été réalisés par visioconférence grâce au logiciel ZOOM®, en raison de la pandémie de covid19. Les entretiens ont été enregistrés par l'intermédiaire du dictaphone d'Apple® sur iPhone® ainsi que par le logiciel ZOOM®.

Les entretiens se sont déroulés à l'aide d'un guide d'entretien (**ANNEXE 1**) élaboré au début de l'étude, contenant uniquement des questions ouvertes. Il a évolué au fur et à mesure des réponses et des entretiens (**ANNEXE 2**).

4) Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits sur ordinateur via le logiciel Pages® par l'investigatrice elle-même, en préservant l'anonymat des personnes interrogées. Un entretien retranscrit est appelé verbatim.

Le premier codage a permis d'obtenir des catégories issus des verbatims. Un codage axial puis sélectif a ensuite pu finaliser le travail (19). Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel NVIVO®.

Le nombre d'entretiens à réaliser n'était pas défini dès le début de l'étude. La réalisation des entretiens s'est arrêtée lorsque les participants à l'étude n'apportaient plus de nouvelles notions. Ce principe correspond à la suffisance des données. La suffisance a été obtenue lors du 8ème entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer l'arrêt de l'étude.

Afin de renforcer la validité interne de l'étude, une triangulation des données a eu lieu avec un interne de médecine générale de Lille, qui réalise également un travail de recherche qualitative. La triangulation des données consiste à ce que les deux chercheurs mettent en commun les codes obtenus sur au moins deux-tiers des verbatims et échangent à leur niveau.

5) Recherches bibliographiques

Afin de réaliser des recherches bibliographiques de qualité, les moteurs de recherches ayant été utilisés étaient Pubmed, Pepite, GoogleScholar, Sudoc.

Les mots MESH ayant été utilisés étaient [Médecine Générale], [Interne en médecine], [covid19], [ressenti], [émotions], [conséquences].

IV. RESULTAT

1) La population étudiée

Un tableau des caractéristiques des participants a été réalisé : ont été recueillis au début de chaque entretien, le genre, l'âge, le statut au moment du début de la crise sanitaire (N1 ou SASPAS) et le type de lieu où a eu lieu leur stage ambulatoire (rural, urbain). 5 hommes et 5 femmes ont été interviewés. 4 d'entre eux étaient en SASPAS lors de l'arrivée de la pandémie et 6 étaient en stage N1. La moyenne d'âge des participants lors des entretiens était de 27 ans.

	ÂGE	H/F	N1/SASPAS	TERRAIN DE STAGE	Durée entretien
Interne 1	27 ans	H	SASPAS	rural	20,04
Interne 2	26 ans	F	N1	Urbain	31,14
Interne 3	27 ans	H	N1	Rural	17,25
Interne 4	29 ans	H	SASPAS	Rural	11,24
Interne 5	26 ans	F	N1	Urbain	21,00
Interne 6	26 ans	F	N1	Semi-rural	27,53
Interne 7	29 ans	H	SASPAS	Urbain	33,49
Interne 8	28 ans	H	N1	Rural et urbain	38,30
Interne 9	27 ans	F	N1	Semi-rural et urbain	31,05
Interne 10	30 ans	F	SASPAS	Urbain	14,23

2) Déroulement du stage ambulatoire avant la pandémie

2.1) Le stage

Le stage ambulatoire avait commencé 4 mois avant l'arrivée de la pandémie. Pour un grand nombre d'entre eux, le début du semestre se déroulait sans encombre et était formateur.

18 : Ah bah moi, j'aimais vraiment beaucoup, j'étais, j'avais des bons maitres de stage, donc c'était, c'était cool! ... On débrieffait bien, on apprenait quand même pas mal de choses et surtout on avait un retour quoi qui était, qu'on a pas tout le temps dans les stages, on a pas tout le temps un retour sur ce qu'on fait, savoir si c'est bien si c'est pas bien!

19 : Et ouais mon N1, mon N1 s'est bien passé. Avec plus ou moins de stress mais, j'étais, j'ai eu la chance d'être bien entourée, de tomber vraiment sur deux maitres de stages, vraiment très compréhensifs et qui voilà.

Pour seulement un interne, le semestre avait mal débuté.

15 : j'suis vite, je me suis vite sentie mal dans le premier stage avec la maitre de stage avec qui j'étais, elle, ça s'est vraiment pas bien passée, dès le début, ça a été très compliqué niveau relationnel et niveau apprentissage parce que j'apprenais rien du tout.

2.2) La charge de travail

Concernant la charge de travail en début de semestre, certains internes la considéraient lourde.

15 : et moi c'était mes cours le jeudi et du coup c'était mon seul jour off, et donc en fait généralement, du coup ça me faisait une grosse semaine car j'avais pas vraiment de coupures par rapport à, parce que j'avais cours quoi.

17 : mais ça faisait quand même des bonnes semaines, enfin je suis pas prêt pour compter mon temps, je regarde pas trop ça mais on faisait plus que les demi-journées rapportées fin, au niveau temps réglementaire quoi!

A contrario, pour la plupart, la charge de travail était tout à fait correcte.

I4 : Au niveau charge de travail, pareil, c'était dans les normes j'allais dire. Ça allait de 8h/8h30 le matin à 19h au moins, sans compter les rétroactions. Euh j'avais quelques samedis matin à faire.

I8 : Ah bah la charge de travail c'était, c'était tout à fait correct, déjà c'était un stage où y'avait que 3 jours, y'avait que 3 jours donc ça déjà c'est quand même, ça laisse du temps à côté pour faire d'autres choses.

I9 : Alors j'me sentais pas débordée parce que j'travaillais pas seule.

3) L'arrivée de la pandémie à covid19

3.1) Une préparation manquée et une arrivée brutale

Depuis plusieurs semaines, des informations sur le virus circulaient, venant surtout de Chine.

I4 : on le voyait pas arriver quoi. J'me souviens qu'on expliquait, d'ici le temps qu'il arrive ici, on avait le temps, et puis finalement ça a été vite quand même.

I10 : Bah pas spécialement quoi! On l'avait évoqué qu'il y avait, qu'il se passait quelque chose en Chine mais c'est tout quoi!

Pour tous les internes interviewés, l'arrivée de l'infection à covid19 en France constituait une surprise.

I8 : Bah, faut être, bah j'pense qu'on a tous été un peu préparé pareil, ça a été, moi j'ai eu l'impression que ça a été un effet on/off, y'a eu l'allocution du président et puis le lendemain bah bam tout le monde est confiné.

I9 : En fait, c'est pas juste une grosse grippe et non, et clairement, clairement on l'a pas vu venir!

Et dès le début de la crise, le manque de préparation s'est fait ressentir.

I2 : Fin, c'était un peu compliqué, j'avais l'impression que c'était, tout le temps, on se posait, on se posait beaucoup de questions et on savait pas trop, euh, pas trop ce qu'on devait faire.

I7 : on était vraiment dans un contexte de, d'incertitude.

3.2) La nécessité de se renseigner

Pour faire face à cette incertitude, se renseigner sur le virus et sa prise en charge était nécessaire. Pourtant, au début, beaucoup d'étudiants ont dû faire face au manque d'information.

I1 : Ah, exactement, après c'est... Au début on pensait que c'était une « grippette » et puis ensuite...

I2 : c'est vrai qu'au début, on s'disait bah « ça va c'est une grippe » fin voila (rires).

I7 : Et je vais dire une crainte bah aussi liée, comme je disais une à l'instant, on avait une méconnaissance par rapport à ce virus.

Certains regrettaient le fait de s'être retrouvés perplexes face à une multitude d'informations parfois contradictoires.

I3 : on se débrouillait nous-mêmes sur ce qu'on lisait.

I5 : C'était surtout de la recherche un peu perso, regarder, se renseigner un peu, sur ce qu'il fallait faire.

I9 : Tandis qu'à ce moment-là, t'avais un peu l'impression d'être tout seul et tu devais chercher et y'avait pas mal d'infos un peu contradictoires et en soit c'était de la mise à jour tout le temps.

D'autres regrettent le fait d'avoir dû se renseigner et renseigner leurs patients grâce à des données médiatiques.

I4 : Après, ouais c'était mes principaux moyens d'informations ou bien l'actualité quoi.

I6 : mais après au début c'était un peu fou pour tout le monde, fin même maintenant, en tout cas encore, c'est un peu les infos qu'on a à la télé qu'on donne aux patients.

L'entraide entre confrère a été majoritairement soulignée.

I2 : Non, j'avoue que les informations je les apprenais surtout par mes médecins généralistes, ou après c'est vrai que, moi j'vis en coloc avec cinq autres internes donc on était tous concernés par le covid et j'avais un coloc qui était en réa.

I5 : et puis après justement avec les autres médecins de la maison médicale pour en discuter, on disait ce qu'on fait, comment s'organiser etcétera.

I6 : Euh après, j'avais mes maitres de stages qui m'envoyaient par mail les feuilles qu'ils recevaient eux de l'ARS et tout, et donc voilà, ils me disaient des trucs.

I9 : Pareil l'autre maitre de stage de ma co-interne était vachement au taquet là-dessus donc il, enfaite les premiers qui avaient les infos donnaient les infos aux autres.

Les sites internet gouvernementaux ont été majoritairement utilisés et remerciés.

I3 : sur les recommandations du département de médecine générale, du conseil de l'ordre.

I7 : Et ben je dirais qu'il y avait vraiment des, de l'échange sur les premiers retours d'expérience et j'trouve que non vraiment, les documents qu'on avait vis-à-vis de l'ARS et du Ministère de la Solidarité et de la Santé, bah t'avais vraiment des, des informations quand même qui étaient pertinentes et qui nous ont aidés fin donc j'trouvais qu'on était plutôt bien informés.

I8 : je lisais tous les jours les points sur la HAS sur le covid.

Enfin, un site dédié au virus de la covid19 « coronacliv » s'est montré informatif :

I10 : Euh bah principalement le site là « coronacliv » fin qui avait été fait pour. Principalement ça et puis ouais suivre l'actualité générale quoi! Mais c'était plus ouais le site dédié.

4) Un début de gestion de crise compliquée

4.1) concernant le matériel médical

Au début de la crise, il manquait des moyens de protections.

I3 : C'est vrai que le premier mois, on avait pas, on avait pas de masque, pas vraiment de mesure de protection.

I6 : Alors bah au début, c'était un petit peu étrange quand même, on avait pas beaucoup de masque pour tout le monde.

Il fallait essayer de s'en procurer par tous les moyens.

I1 : On s'est formés sur le tas, on s'est formés, la gestion du matériel, des masques, on essayait de trouver un peu des masques, on essayait de trouver des surblouses, des visières.

I6 : Là vraiment, on était au taquet, on essayait de trouver des masques mais par tout les moyens, fin même un de mes maitres de stage qui avait une connaissance en chine qui lui avait envoyé des masques, tellement c'était impossible de les trouver aussi.

Et lorsqu'il y en a eu, le matériel était rationné et souvent, les internes n'étaient pas prioritaires pour en bénéficier.

I6 : parce que eux ils avaient leurs dotations mais ils en avaient pas pour les internes, donc voilà!

I9 : on s'est retrouvés aussi sans masque, moi j'avais pas, j'avais pas d'attribution de masque notamment FFP2 en tant qu'interne.

I10 : après y'a eu, y'a eu la possibilité d'avoir des masques délivrés par les pharmaciens avec deux par jour par personne donc ça allait.

Quelques-uns ont trouvé la quantité de matériel suffisante.

I2 : Euuuhh, non on a pas eu de problème de matériel.

I5 : Donc on avait des masques, on en a eu assez vite des masques, mais après, on avait pas de FFP2 au début.

4.2) concernant les gestes barrières

Les gestes barrières ont été des mesures nécessaires dans la lutte contre l'infection à covid19.

Les internes ont constaté que les patients étaient respectueux de ces règles dans un premier temps.

I1 : Bah, moi, j'trouve que, la première partie de l'épidémie, le comportement des français, il a été exemplaire. Moi je, j'm'attendais pas à ce que ce soit autant respecté par tout le monde.

I5 : J'pense qu'au premier confinement ça a été, les gens, j'pense que les gens ont quand même pris au sérieux le truc et ils ont quand même, quand même respectés les gestes, mais comme j'te dis, en dehors des patients j'ai vu personne (rires).

Un interne a eu du mal à faire respecter les gestes barrières aux patients.

I3 : Donc y'en avait pas mal qui arrivait sans masque au niveau du cabinet, euh donc on avait une boîte de masque dédiée et même comme ça, on avait du mal avec certains patients à leur faire comprendre l'intérêt du port du masque puisque quand ils venaient avec une rhinopharyngite ou quand ils venaient avec autre chose au niveau du cabinet avant ils n'avaient pas de masque, donc ils ne comprenaient pas l'intérêt de porter un masque au niveau du covid.

D'autres individus, eux, étaient dans l'abus d'utilisation des « comportements-barrières » :

I2 : fin moi j'ai vu des gens faire, faire n'importe quoi, qui mettaient trois masques, trois masques les uns au dessus des autres. Y'a des gens qui mettaient des serviettes hygiéniques puis le masque (rires). Des gens qui, qui faisaient vraiment n'importe quoi.

Au fil du temps, les internes considéraient que les mesures barrières étaient de moins en moins respectées.

I18 : J'trouvais ça un peu, un peu extrême et après une fois qu'il y avait des masques qui étaient disponibles tout ça, bah les gestes barrières les gens les respectaient plus ou moins quoi!

I19 : Mais si ça me faisait doucement rire quand même, tu prends le train t'as la moitié qui ont le masque en dessous du nez, bon voilà, c'était pas optimal, c'était mieux que rien!

4.3) concernant les directives gouvernementales

La gestion de la crise par le gouvernement a été beaucoup trop médiatisée.

I1 : J'trouve que le fait que, j'pense que y'a des débats qui ne peuvent pas être menés sur les plateaux télé. J'pense que le débat des médecins doit se faire en privé. Il aurait dû se faire en privé et puis, rester en privé, et une seule personne qui émet une opinion commune mais, faire des débats comme ça à la télé pour dire tout et son contraire, ça, ça apportait beaucoup plus de flou et d'incompréhension par tout le monde que...

Avec un grand nombre d'indications parfois perçues comme contradictoires.

I1 : Après pour la gestion de la crise, bah j'pense qu'au niveau gestion de masques, on a pas été très bon.

I5 : enfin c'était vraiment au début, ils disaient le masque chirurgical, ça sert à rien. En gros, c'était pas hyper claire quoi.

I7 : Peut-être qu'après les couacs de communication, bah pareil, c'est pareil partout, c'est vis-à-vis des, des moyens de protections individuels que ce soit les masques que le SHA, fin les surblouses on en avait besoin, fin c'était vraiment plus par rapport à ça, fin on était pas très bien, très bien informés!

Et enfin la gestion de la vaccination, majoritairement réalisée dans le secteur hospitalier, a été regrettée.

I7 : Après le, peut-être le point négatif, c'est que j'trouve quand même que la médecine de ville a pas été assez, pas assez mobilisée, fin pas dans le sens où les praticiens ne voulaient pas se mobiliser, les personnels libéraux voulaient pas se, se mobiliser mais par exemple quand j'vois que la vaccination, ça a été fait qu'au niveau des centres hospitaliers, je trouve que ça c'est vraiment dommage parce que la médecine de ville, elle a vraiment un rôle dans l'éducation, la présomption, les praticiens connaissent beaucoup mieux les patients.

5) Découvrir l'infection à covid19

5.1) Ressenti des internes de médecine générale

5.1.1) par rapport à la situation/par rapport aux autres

Différents sentiments se sont mêlés. Premièrement, le déni de la situation qui les attendait.

I2 : Enfin j'ai l'impression que moi, personnellement j'étais totalement dans le déni, fin j'étais, j'étais complètement à côté de la plaque.

Deuxièmement, par rapport au contact quotidien avec le virus, la crainte de transmettre la maladie aux autres a été omniprésente.

I1 : On avait aussi peur de la transmission , enfin surtout le premier confinement, on a pas pu, à part, rentrer chez soi, personne voyait ses parents, personne voyait ses proches. On avait tellement peur de l'attraper, de manière asymptomatique et de le transmettre à nos proches.

I4 : Euh mais j'étais plus inquiet pour mes patients par contre. J'avais effectivement la crainte bah de les contaminer, de faire des erreurs de, en, des erreurs de nettoyage ou autre, etcétera.

Également, l'inquiétude de ne pas savoir prendre en charge le virus et les patients correctement.

I7 : c'était quand même, un, un nouveau virus, une nouvelle pathologie, moi ce qui me faisait vraiment le plus peur c'est que, de pas avoir les connaissances qui fallait par rapport à ça et pas réussir à soigner les gens par rapport à ça.

I9 : c'est le fait de patauger un peu et de pas savoir et d'être en face des patients à ne pas savoir, de voir les patients anxieux et qui te demande des infos mais en fait « j'en ai pas plus que toi ». Ça c'était dur à vivre!

Quelques internes se sont sentis exclus par le reste de la population.

I1 : En plus, vous étiez personnel soignant donc on était beaucoup plus à risque de l'avoir donc personne ne voulait vous voir.

I7 : on nous accusait que c'était nous qui transmettions le virus.

D'autant plus qu'ils ont mal vécu le fait de ne pas pouvoir voir leurs proches.

I8 : Euh, bah bah déjà j'ai pas vu ma copine pendant trois mois et demi, vu qu'elle habite en Belgique, on pouvait pas passer la frontière et on pouvait pas sortir! Ça c'était un peu complexe quoi pour nous deux!

I10 : Fin de pas voir ses proches, c'est ça qui est le plus dur! De se couper socialement des autres, j'pense. Et d'avoir ses libertés restreintes.

Toutefois, certains internes étaient sereins et en sécurité avec les gestes barrières, malgré l'agitation qui régnait autour du virus.

I2 : Ça moi je l'ai pas du tout ressenti et j'avoue que ça me faisait pas peur en fait le covid parce que je me disais euh j'suis jeune, j'suis en pleine santé, euh, je vis avec des personnes qui sont en pleine santé aussi, qui sont jeunes. Je vivais pas non plus avec mes parents ou mes grands-parents ou quoique ce soit.

17 : Après moi je, honnêtement j'ai pas peur de l'attraper, fin j'me posais pas, pas la question, fin on allait au travail et puis voilà, fin tous les jours on voit des virus ou des bactéries, on se posait pas de questions et je me disais le plus important c'est vraiment de soigner les gens.

Cette pandémie les a tout de même épuisés physiquement et moralement !

14 : j'ai quand même beaucoup travaillé, y'avait de la gestion surajoutée complexe aussi. Ouais j'resterai neutre, c'était fatiguant quand même.

19 : Donc j'pense que ça nous a, le covid pour ça, ça nous a bien, fin moralement ça nous a bien mis dedans quand même, c'était surtout très lourd enfaite! ... que en fait à la fin de la journée t'es épuisée, pareil même si t'avais vu beaucoup moins de patients, en fait la pression elle est là quand même quoi!

5.1.2) sur le stage ambulatoire

Le semestre de stage en ambulatoire a eu différents impacts pour les étudiants. Devant le manque de matériel pour se protéger contre le virus, un maître de stage a déconseillé à son interne de venir travailler.

14 : Euh, bah j'ai reçu un appel d'un de mes maitres de stage donc aux alentours de mars 2020 qui m'a expliqué que c'était mieux que je reste quelques semaines du coup à la maison.

De la même façon, certains internes allaient très peu en stage au cabinet devant le manque de patients.

15 : c'était au tout début, la première vague, y'avait vraiment peu de consultation. Y'avait des aprem où on avait 2 ou 3 patients, donc c'était beaucoup beaucoup plus léger.

18 : y'a même un de mes maitres de stages « ne vient pas, y'a qu'une personne en milieu d'après-midi, tu ne vas pas venir de ... juste pour voir une consultation ». Donc, donc y'avait des jours où je venais pas.

I10 : et puis quand ça s'est vraiment installé et que, ouais deux semaines après le confinement, l'activité elle a complètement changé, on avait quasiment, quasiment plus de patients quoi!

Une seule personne a vu sa charge de travail augmenter !

I13 : Alors, euh, sur ..., du coup ça a changé la charge de travail qui a fortement augmenté. C'était un médecin qui faisait pas de rendez-vous, donc c'était les patients qui venaient et la salle d'attente qui se remplissait au maximum.

La plupart des internes s'étaient inscrits sur des listes pour aller aider leurs confrères à l'hôpital mais aucun n'a eu de réponse positive. L'envie d'aider leurs confrères en ambulatoire était de toute façon plus importante.

I11 : C'était pas question d'aller à l'hôpital. J'préférais beaucoup plus m'en occuper en ville que, qu'à l'hôpital.

I13 : J'continuais à travailler trois jours par semaine, euh les maitres de stage au début m'avaient proposé de pas aller en stage avec le covid parce qu'ils voulaient pas que je sois atteint vu qu'on savait pas trop les risques encourus, euh et pour le coup ça ne me dérangeait pas de venir sur place.

Par rapport à la charge de travail qui était moindre, un sentiment de culpabilité est ressorti lors des entretiens vis à vis des confrères qui étaient surchargés de travail à l'hôpital.

I17 : t'avais envie de donner un coup de main mais à la fois tu sentais que tu pouvais pas et c'est vrai que c'était assez, assez culpabilisant en disant peut-être que je serais plus utile ailleurs et qu'en médecine de ville bah je me sens pas, peut-être pas si efficace que ça quoi.

I19 : C'était étrange, et puis en même temps, on se sentait coupable aussi parce que y'avait ceux aux urgences qui avaient quand même pas mal de taff et toi t'es là, t'as pas de boulot.

5.1.3) sur la vie personnelle

Concernant les changements apportés par la crise sanitaire sur la vie personnelle, tous les internes interrogés sont d'accord pour affirmer que leur vie a été totalement bouleversée, surtout concernant leurs activités pour décompresser.

I1 : Plus de sport, plus de sorties, plus de ciné, plus de resto. Ouais, ça a complètement changé notre vie.

I7 : Après négatif, forcément, personnel, je pense c'est pareil pour tout le monde, le fait de pas aller voir un verre avec des amis, le fait qu'au niveau social, t'as quand même des impacts.

Le manque de contact social a été le facteur le plus impactant.

I4 : Euh, bah un peu comme tout le monde hein, au niveau des contacts sociaux et tout ça, limité.

I10 : Fin de pas voir ses proches, c'est ça qui est le plus dur! De se couper socialement des autres, j'pense. Et d'avoir ses libertés restreintes.

La majorité ont pu redécouvrir des activités oubliées et prendre du temps pour eux.

I6 : Fin voilà trois jours et demi ça me laissait quand même pas mal de temps pour faire tout ce que je voulais chez moi pendant le confinement, donc ouais moi, j'avoue que j'ai bien aimé le confinement. J'sais pas si je suis la seule ou pas (rires). C'était une période cool de ma vie où j'ai eu le temps de me remettre à la broderie, de faire des trucs

I8 : c'est des choses qu'on prend pas le temps de faire et qui était quand même sympathique à faire et que j'avais jamais pris le temps de faire et là j'avais pas le choix, enfin c'est pas que j'avais pas le choix, c'est que j'avais l'occasion de le faire et de passer, d'aller au bout, j'essayais de le prendre du côté un peu positif, pour essayer de faire d'autres choses.

I9 : À la fois ça permet de souffler un peu dans le rythme.

5.2) Comprendre les patients

5.2.1) impact sur le ressenti des patients

La pandémie a bouleversé le quotidien des internes mais également celui de leur patients. Ils ont remarqué qu'ils ont pour la plupart ressenti de la peur à l'arrivée de la pandémie.

I9 : c'était super anxiogène et après t'en as d'autres qui venaient pour autre chose mais tu voyais ils osaient à peine s'asseoir, ils étaient, fin ça les terrorisait de venir chez le médecin quoi.

I10 : Ah bah les patients ils avaient peur! C'est pour ça qu'ils ne venaient plus je pense. Ouais j'pense que ça a quand même fait peur à la population au début.

Cette peur ressentie par les patients s'est transformée en angoisse grandissante au fur et à mesure des semaines.

I2 : c'était super anxiogène pour eux, fin on voyait qu'ils étaient, ouais qu'ils étaient vraiment pas bien et qu'ils en, qu'ils en souffraient quand même. Surtout sur le plan de l'anxiété!

I7 : on a quand même eu beaucoup de, de patients en fait qui venaient par rapport au virus, qui étaient vraiment très inquiets!

I9 : Donc ça aide, ça génère en plus des sources de stress, ouais tu voyais que ça a été super dur à vivre pour eux, pour ça!

Ces angoisses étaient majorées, selon l'avis de nombreux internes, par l'aspect médiatique important de l'infection à covid19.

I1 : Là, c'était, si vous loupiez, une soirée d'information sur le covid, le lendemain, vous étiez à l'ouest par rapport à vos patients. Ils étaient au courant, parce que, eux, ils regardent, eux, c'était chaînes d'infos toute la journée, vu que tout le monde était confiné en télétravail.

I8 : beaucoup de, aussi de surinformations j'ai l'impression! Y'a toujours des infos sur tout, j'imaginai bien que la personne elle décrochait pas de la télé et vu qu'il y avait toujours les

informations, le nombre de morts en boucle qui passait à la télé, chose comme ça qui était, j' pense plus délétère pour les personnes.

Les internes ont dû faire face à des patients alors, très demandeurs et ont dû les réassurer.

I1 : Euh, ensuite, euh, euh, bah on a, euh, on a été surtout sollicités par les patients, ils avaient énormément de, ils avaient énormément de questions, comme tout le monde, comme nos proches.

I7 : au contraire c'était normal de les réassurer mais voilà beaucoup de travail de réassurance, de faire un petit peu de pédagogie, d'éducation et de les réassurer par rapport aux bêtises malheureusement qu'ils pouvaient entendre sur les chaînes d'infos en boucle.

Ils ont aussi dû recadrer certains patients qui, pour beaucoup, ont abusé de la situation vis-à-vis des arrêts de travail à la demande.

I2 : c'était tous les patients qui appelaient pour les arrêts de travail etc... Et ça, c'était un peu la cata parce qu'on savait pas c'qu'on devait faire. Ça nous mettait un peu en conflit avec les patients parce que, tous les patients ils appelaient en mode « du coup j'ai une ALD, donc euh, vu que j'ai une ALD, j'peux avoir un arrêt de travail? »

I5 : Y'a eu le moment où ils avaient dis que les gens, ils pouvaient être en arrêt de travail du coup pour tout et pour rien, donc j'me rappelle que j'avais des gens qui venaient pour se mettre en arrêt.

I6 : Alors j'ai découvert que les gens étaient très feignants (rires). Que quand c'était l'arrêt de travail pour personnes à risques et ben forcément tout le monde était à risque!

5.2.2) impact sur les pathologies à prendre en charge

Outre réassurer les patients, les internes ont dû gérer diverses pathologies. Et la pandémie a eu un impact sur certaines maladies. La majorité s'est aperçue que le nombre de syndromes anxio-dépressifs ont augmenté ou bien que ces derniers se sont aggravés.

I1 : On a des patients qui étaient très stables, qui développent des syndromes anxio-dépressifs.

I9 : et les consult c'était aussi beaucoup psy et beaucoup de gens qui récompensaient au niveau psychologique.

La non-consultation a surtout déséquilibré grand nombre de pathologies chroniques.

I2 : après effectivement y'en a qui se sont laissés aller aussi et qui avec le covid sont plus du tout suivis mais ça c'est vrai que j'ai pas eu, j'ai pas eu des gros gros exemples de défaut de prise en charge à cause du covid et des gens qui, qui déséquilibraient des pathologies chroniques ou des choses comme ça, ça j'ai pas trop eu l'exemple. Mais je sais que ça a existé donc.

I7 : tu vois parfois des patients polypathologiques chroniques qui sont vraiment dans un état, mais c'est catastrophique quoi!

La prise de poids des patients et l'inquiétude sur le développement des enfants ont été mentionnés.

I1 : Euh, on a des patients qui étaient très sportifs, là, qui sont à bout qui commencent à prendre du poids

I7 : c'est vrai que pour eux ya des conséquences, au niveau je pense de leur, leur bien-être, leur développement, parce que c'est vrai qu'il voit beaucoup de personnes avec des masques, eux ils sont habitués de voir des gens avec des masques, mais faut pas que ça devienne une habitude, parce que y'aura un impact je pense au niveau relationnel, enfin développement de l'enfant tout ça!

Enfin, la crainte de passer à côté d'autres pathologies à force de se concentrer sur le covid a été évoqué.

I7 : même au niveau de ta pratique, des fois, tu, tu penses plus qu'au covid quoi! Il a de la fièvre, bah forcément c'est du covid quoi, alors qu'il y a plein d'autres pathologies infectieuses, et ça ça peut être dangereux, ça peut jouer des tours quoi!

6) Conséquences de la pandémie

6.1) sur la formation des internes

La pandémie a eu des conséquences négatives sur l'internat de médecine générale. Notamment, les enseignements à distance qui n'ont pas forcément été appréciés par les étudiants.

I8 : Mais ouais non c'est surtout j'pense sur les cours et puis le fait de pas être en présentiel, de pas avoir le contact avec un prof ou même avec les autres internes, c'est beaucoup plus compliqué, ouais de d'avoir des relations, parler de nos stages, ou de choses comme ça quoi.

I10 : Même les, les cours c'était en visio, fin j'suis désolée, faire un cours en visio, c'est pas très interactif, c'est compliqué, ça diminue la qualité de l'enseignement, fin... tout ça quoi!

Ils reconnaissent que la pandémie a peut-être diminué leur niveau de formation durant l'internat.

I2 : pardon mais ouais fin c'était, ouais j'ai l'impression qu'on a eu toute une partie de notre internat vachement centrée sur le covid et que bon on a aussi d'autre chose à apprendre.

I3 : Dans mon cursus, euh je pense que ça a un peu diminué ma formation parce qu'on est quand même pas mal formaté au niveau du covid, du coup dans, j'suis passé par la suite en pneumologie où j'ai quand même fais pas mal de covid, et j'ai fais moins de pneumologie générale, donc c'est vrai qu'au niveau du covid j'ai l'impression d'être bien formé, euh au niveau d'autres pathologies sur mes trois mois de pneumologie, j'ai l'impression d'avoir vu moins de

chose. Et euh même dans les autres stages, j'ai l'impression que pas mal de fois c'était plus centré sur le covid, et que on a négligé un peu le reste de la formation au niveau pratique.

I6 : Donc voilà c'est surtout ça c'est le fait de voir du covid et du coup quand on voit du covid on voit pas d'autres pathologies et du coup on perd du temps et de l'énergie sur un truc qu'on aurait pas eu avant et qu'ils nous aurait permis de nous approfondir un petit peu plus sur d'autres pathologies quoi!

I9 : Défavorablement! Notamment euh surtout sur un point c'est sur la pédiatrie c'est que j'ai, je suis passée en pédiatrie au moment où y'a eu le deuxième confinement et où les gestes barrières pour le coup étaient vraiment bien respectés, ce qui fait que j'ai quasiment pas eu de bronchiolite, quasiment pas eu de gastro, quasiment pas ... Donc c'était ça pour le coup j'trouve que ça a pénalisé ma, ma formation parce que j'ai pas vu assez!

I10 : peut-être une rupture avec les profs, le cursus de l'interne de médecine générale, tout ça quoi! Fin je, j'pense que ça a été mis de côté mais à juste titre parce que y'avait d'autres choses à faire et voilà, j'peux l'entendre, j'peux le comprendre mais c'est sûr que notre formation elle en a un peu pâti j'pense, quand même!

Il existe aussi des conséquences positives, ils ont pu découvrir une nouvelle pathologie et acquérir de nouveaux réflexes.

I7 : t'as quand même un point positif où on apprend mine de rien des choses, fin c'est, c'est une autre prise en charge, une autre chose, mais t'acquiert quand même des réflexes nouveaux quoi, c'est toujours bon à prendre.

I8 : bon j'ai eu des gardes qui étaient exclusivement covid, bon j'ai été en stage au CHU, j'avais pas énormément de gardes donc ça, c'était aussi bien de pouvoir voir un peu d'apprendre à gérer ça, c'est aussi intéressant.

Certains ont réalisé des actes qu'ils n'auraient pas forcément exécuté en dehors d'une pandémie.

I6 : je suis quand même moins angoissée de tout ce qui est, gérer les insuffisances respi quoi!

I7 : je devais mettre les patients sous oxygénothérapie à haut débit, ce qu'on appelle de l'optiflow et c'est vrai que si on m'avait dit ça 4 mois avant que j'allais mettre de l'optiflow, jamais je l'aurai cru!

Grâce à l'émergence de la téléconsultation, une interne a gagné en autonomie.

I6 : Euh, donc j'faisais des téléconsult après ce qui était pas mal c'est que du coup parfois j'avais l'impression d'être un peu plus en autonomie dans la téléconsult parce que du coup on voyait que ma tête et que je donnais, du coup c'est moi qui disait les médicaments, c'est moi qui faisait tout et du coup au final pour l'apprentissage et pour être bien après, voilà mon maître de stage il était sur le côté et parfois il disait rien et du coup je me disais ah bah oui je suis carrément capable de faire tout toute seule et du coup il était quand même là en supervision vraiment indirecte pour le coup, et le patient il ne voyait que moi et du coup ça je trouvais ça pas mal aussi.

Ils se sont rendus compte de l'importance de se mettre à jour sur les recommandations et donc de la formation continue.

I1 : Mais le soir, il fallait se mettre à jour, sur toutes les informations sur le covid, parce qu'alors là, si vous loupez une seule information, les patients, ils disaient « non, mais c'est pas possible, il est pas au courant ». Donc c'était formation continue, on se forme tout le temps.

I4 : A part peut-être suivi encore plus que d'habitude les recommandations et tout ça, avec l'évolution de tout ce qu'on a pu connaître.

Enfin, d'un point de vue pratique, ils se sont aperçus de la difficulté de gestion d'un cabinet de médecine générale, surtout en pleine crise sanitaire.

I3 : Plus au niveau de l'organisation du cabinet, c'était un aspect de la médecine générale que j'avais pas forcément avant de commencer, et que j'ai découvert au fur et à mesure.

6.2) sur la spécialité de médecine générale

Le médecin généraliste est le spécialiste du suivi des patients et a pour mission première, surtout, la prévention et l'éducation des patients à certaines pathologies. Durant la pandémie, ces principes se sont révélés essentiels pour prendre en charge au mieux les patients.

I5 : où je m'étais peut-être pas rendu compte, enfin on fait de l'éducation thérapeutique en médecine de ville, mais j'trouve que là on en fait encore plus quoi!

I9 : Alors la pédagogie ça c'est une grande partie de notre boulot mais là c'est tout le temps, tout le temps, tout le temps et ouais, c'est un peu, c'est un peu contraignant parce que t'as l'impression qu'avec ceux qui veulent pas tu te bats, avec ceux qui veulent tu te bats aussi parce que voilà y'a tous les gestes barrières, tous les trucs.

La vaccination en population générale est un des grands moyens de prévention en médecine et a également été mis en avant.

I6 : Euh, ouais, peut-être que, j'fais peut-être un peu plus attention à, attention à, maintenant avec la vaccination et out, maintenant je regarde bien toutes les vaccinations à jour pour tout le monde, je pense peut-être plus à ce qui est DTPolio à 25 ans et tout parce qu'on parle pas mal de vaccins.

I7 : quand j'vois que la vaccination, ça a été fait qu'au niveau des centres hospitaliers, je trouve que ça c'est vraiment dommage parce que la médecine de ville, elle a vraiment un rôle dans l'éducation, la présomption, les praticiens connaissent beaucoup mieux les patients.

Les étudiants trouvent que la médecine de ville a été laissé de côté pendant cette crise alors que le médecin généraliste est un repère essentiel pour les patients.

I1 : De nouveau aspects, non, mais on s'est bien rendu compte de l'importance de la médecine générale parce que, les patients c'est, euh, leur premier lien, c'est leur médecin généraliste,

celui envers qui ils viennent se renseigner, euh, c'est, on a eu beaucoup de, beaucoup de discussions quand même, avec les patients, et aussi sur le suivi de certains patients à risque.

I2 : on voyait bien que, après, après quand y'avait plus trop de covid et que les gens revenaient en consultation et bah y'avait quand même besoin de parler de tous ces petits problèmes et bah c'est notre rôle enfaite, même si c'est pas des consultations indispensables bah c'est vrai qu'après les patients arrivaient avec une liste super longue de tout ce qui s'étaient passés pendant super longtemps.

I7 : on nous a pas assez pris en compte alors que la médecine de ville avait tout à fait quelque chose à apporter par rapport à cette crise et je trouve qu'ils ont pas, pas été assez pris en compte.

Avec le port du masque et la téléconsultation, la relation médecin-patient a été altérée.

I6 : Après c'est vrai que faire que ça de la journée, bon y'a un petit coté qui est un peu frustrant par rapport à notre boulot qui est censé, fin voilà moi j'aime bien la médecine parce qu'il y a du relationnel, parce qu'on peut parler aux gens et tout, et là c'était un peu un coté un peu tristounet ... je voyais plus forcément de patients, donc j'avoue que le coté voir un peu des patients, ça m'a un petit peu manqué par rapport, par rapport à avant.

I7 : Après bah forcément, t'as pas le même rapport social, c'est... ça met quand même une période, tu vois vraiment, de voir le visage des gens pour parler, c'est vrai que c'est plus intéressant.

I8 : j'ai fait que 4 mois de consultations de médecine générale en, sans le masque et au début on voyait que ça changeait quand même pas mal quoi, pas mal la consultation. Donc ça, c'est vrai que pour voir le non-verbal c'est quand même plus compliqué!

Enfin, d'un point de vue anecdotique, un étudiant s'est rendu compte qu'avec la pandémie, certains motifs de consultations en médecine générale pouvaient être évités.

I2 : C'est vrai qu'on s'est quand même rendu compte que les patients (rires) ne venaient pas forcément pour des choses très, très, enfin d'un côté, enfin pendant le covid on avait bien vu qu'il y avait des consultations qui pouvaient être évitées (rires).

6.3) sur la médecine en général

La pandémie a permis aux étudiants de leur apprendre à être flexibles et de s'adapter à différentes situations.

I2 : Euhhh, bah j'pense que ça nous a appris à être un peu plus flexible. Fin j'sais pas de, d'un peu plus, de vivre un peu au jour le jour, fin c'est con mais un jour on nous dit de porter les masques, un jour on nous dit de plus porter de masques, un jour on nous dit de faire des vaccins.

I3 : on faisait un peu au jour le jour et chaque semaine ça changeait sur notre façon de prendre en charge la patientèle.

I10 : sur le plan médical, bah ça augmentait la capacité d'adaptabilité j'pense! Tu dois trouver une solution et une organisation à un problème donné, bon après c'est un consensus, c'est pas toi toute seule qui le fait, j'veux dire tu rentres dans une boucle avec tes pairs et tes collègues. Mais euh mais oui j'pense que c'est ça, c'est augmenter notre capacité d'adaptabilité et voilà faire face à un risque émergent au quotidien quoi!

Ils se sentent maintenant prêts à affronter de nouvelles crises sanitaires si elles apparaissent.

I1 : J'pense qu'il va falloir créer des services, des réserves de stock de, de masques ou je n'sais quoi. Créer des réseaux de surveillance pour qu'en cas de future épidémie, qu'on réagisse beaucoup plus rapidement et facilement et qu'on soit beaucoup mieux, beaucoup mieux armés et organisés j'pense.

*I8 : Y'aura des pandémies, y'en aura surement d'autres, et puis bah va falloir faire avec quoi!
Mais là le covid est-ce que ça, oui c'est sur que ça change aussi notre façon, ça a changé notre
façon d'exercer sur plein de choses quoi!*

*I10 : Après faut pas se leurrer, c'est sur que des virus émergents il va y en avoir de plus en plus
et c'était quelque chose que je m'étais déjà dit quoi! Que ça pouvait arriver.*

Un interne a appris qu'il fallait rester rationnel et qu'il ne fallait pas hésiter à dire aux patients ce qu'on ne sait pas.

*I1 : Faut rester, faut rester scientifique, cartésien et puis... Ce dont on est sûr on l'émet et puis
ce dont on ne sait pas, faut pas, faut pas hésiter à le dire au patient, on ne sait pas, on ne sait
pas, c'est tout, c'est nouveau.*

Les internes ont retenu que cette crise sanitaire a créé, dans le domaine médical, aussi bien des divisions que des élans de solidarité!

*I7 : après t'as quand même eu des élans de solidarité, de coopération entre les professionnels
de santé quoi, donc c'est vrai que ça c'était vraiment, un vrai plus quand même! ... mais c'est
vrai que t'as un esprit de solidarité avec les autres médecins, les équipes paramédicales aussi.*

*I8 : Et puis j'trouve que ça a divisé pas mal la population qui était déjà pas mal divisés et là ça
divise encore plus avec, bah avec des antivax, les complotistes fin tout ça, fin j'trouve que y'a
quand même vachement de, de divisions ouais!*

7) Vivre avec le covid

7.1) développement de nouvelles pratiques en médecine générale

L'arrivée de la pandémie a complètement modifié la médecine ambulatoire. Tout d'abord avec le port de matériels de protection qui perdure.

I2 : Donc voilà, et après ouais surtout sur l'hygiène, le port du masque et tout, j'me dis bah enfaite j'pense que le masque on va le porter toute la vie, fin j'en sais rien mais en tout cas dans, dans le milieu professionnel et j'suis pas sure que ce soit plus mal.

I6 : Donc on a mis des blouses par contre, euh j'sais pas si j'avais dis avant, alors qu'avant on le faisait pas.

I8 : même si j'pense qu'on aura plus, qu'on aura plus de consultations sans masque, j'pense, dans tous les cas y'aura toujours des masques maintenant.

I10 : J'pense que y'aura, y'aura le masque et y'aura, y'aura j'pense quand même une fixation sur des gestes, sur les gestes barrières et pas que pour le covid au final. Fin d'une manière générale, en période hivernale, j'pense qu'on va renforcer notre attitude vis-à-vis de ça, être rigoureux quoi!

Les étudiants ont aussi mis l'accent sur la désinfection du matériel, des locaux et sur l'hygiène en général.

I1 : On nettoyait les chaises, le bureau, le clavier, le, la table d'examen, on faisait, on respectait le protocole très strict. En salle d'attente, y'avait jamais plus de une personne, on les, on laissait la fenêtre ouverte, heureusement que c'était en mars/avril (rires).

I2 : Après, euh, par contre j'pense qu'effectivement le covid ça nous a appris que malgré tout l'hygiène c'était quand même important (rires).

I4 : Et puis aussi des visites à domicile du coup car j'avais ma voiture perso, j'avais tout ce qu'il fallait dans ma voiture pour désinfecter entre les passages et tout ça quoi.

I7 : et peut-être aussi plus de rigueur, par rapport aux gestes barrières fin, comme je te disais vraiment, moi je désinfectais à chaque fois la, le lit d'examen clinique tu vois, mais jamais les poignées de portes, plans de travail où tu poses ton stéthoscope, ton stéthoscope aussi je le reconnais, tu le désinfectes pas toujours et c'est pas bien! Enfin c'était pas bien! Là, vraiment maintenant on a une certaine rigueur par rapport à ça et les patients sont aussi, donc vraiment ouais plus de, plus de rigueur par rapport à ça!

Ils ont pu aider leur maitres de stages à réorganiser leur cabinet pour accueillir au mieux les patients.

I2 : c'est vrai que tout le monde est super serré dans la salle d'attente, euh, fin ça c'est, c'est quand même des gens qui viennent parce qu'ils sont malades donc c'est vrai que ça, j'pense qu'avoir une salle d'attente qu'est un peu aérée, qu'est un peu, un peu les chaises espacées au lieu d'être tout le monde collés, tout ça, si c'est possible de le faire c'est quand même des choses, des choses intéressantes.

I3 : on a dû limiter les gens au niveau de la salle d'attente et les faire attendre dehors au maximum car la salle d'attente est pas très grande donc. On pouvait accueillir trois personnes maximum si on voulait respecter le périmètre.

I4 : Du coup, au niveau des changements, bah finalement ils avaient divisés les locaux en deux parties : le sale et le propre.

I8 : Le cabinet avait été aménagé aussi, on avait discuté comment aménager le cabinet pour pas que les gens se croisent, des choses comme ça!

Un étudiant a appris de nouveaux réflexes de prise en charge et de suivi des patients.

I7 : on a vraiment une notion de suivi, je sais pas si c'est toujours le cas, en fait on avait fait un tableau Excel au sein de la maison de santé, où la patiente, enfin le patient consultait J1 et à J7 on devait le reconsulter par téléphone, tout ça et tout donc, plus une rigueur par rapport à la réévaluation des patients! Chose qu'on faisait peut-être pas avant pour d'autres pathologies quoi! ... la saturation on la prenait jamais avant, alors que maintenant je pense que c'est acquis dans les cabinets médicaux, tu vois beaucoup de médecins qui adressent les patients aux urgences, dès qu'il y a un épisode de saturation, moi j'avoue que ça m'a, ça me serait jamais venu à l'idée de prendre la saturation.

La pandémie a permis l'émergence de l'utilisation de la téléconsultation.

I1 : Euh, beaucoup de téléconsult aussi, pareil.

I6 : D'un côté comme je te disais pour les téléconsult et tout c'était pas mal puisque moi par exemple, là je me suis choppée le covid le 24 décembre de cette année et par exemple, j'allais bien, j'avais pas trop de symptôme donc j'ai fais des téléconsult de chez moi pendant 10 jours tu vois! Et je me dis si en N1 j'avais pas eu le covid, j'aurais jamais su gérer des téléconsult.

I10 : on développait beaucoup la téléconsultation!

7.2) Ressenti des internes après plusieurs vagues

Après plusieurs vagues de covid19, le premier sentiment qui revenait est la lassitude!

I1 : J'en ai marre.

I5 : Bah, là j'avoue que c'est un peu du ras-le-bol parce que t'es toujours un peu dans le stress ... Là c'est plus du ras-le-bol franchement, j'en ai marre quoi!

I7 : Non vraiment le covid, c'est vraiment plus vraiment un sentiment de lassitude et de ras-le-bol, c'est y'en a marre! Y'en a marre! (Rires).

Une lassitude mêlée à du fatalisme.

I3 : Bah c'est vrai que à force on a appris un peu à vivre avec donc euh, donc ça se passe plutôt bien ... Euh après t'façon dans tous les cas, on a plus qu'à attendre et voir au fur et à mesure comment ça se passe.

I8 : Bah, déjà du fatalisme on va dire un peu, j'sais pas, fin c'est comme ça et puis on a pas le choix.

I10 : Oui bah c'est un peu, c'est un peu lassant mais maintenant on fait avec et ça fait partie, ça fait partie bah du quotidien!

Certains essayent de se couper totalement de l'actualité car cela envahit leur quotidien.

I4 : Bah là je me coupe un peu de l'actualité car ça me prend un peu la tête. Euh du coup je regarde plus trop les fils d'actu. Pour faire simple, je lis uniquement les gros titres.

I5 : Et puis on parle que de ça tout le temps en fait, fin c'est tout le temps, on parle tout le temps de ça, les vaccinations.

La peur que la situation se répète est présente, d'autant plus avec les patients qui refusent de se faire vacciner.

I7 : Maintenant des patients qui sont toujours anti-vaccins et qui sont pas sympas quoi, qui sont hospitalisés, fin, c'est fatiguant de se dire que parfois on s'en sort pas, que on a aussi le sentiment parfois qu'on répète à chaque fois les mêmes erreurs et qu'à chaque fois on recommence la même histoire!

I10 : Donc ça, non après ce qui est énervant j'dirais à l'heure actuelle, y'a eu un moment là, après le, sur la dernière vague, prendre les gens, prendre en charge des gens non vaccinés ça c'est quelque chose qui est, psychologiquement énervant quoi j'dirais!

Beaucoup aspiraient quand même à retrouver la « vie d'avant » mais sans garantie sur l'avenir.

I1 : Après, c'est qu'on a toujours l'espoir de retrouver l'ancienne vie, après est-ce qu'on la retrouvera? Je sais pas.

I5 : on est pas tranquille quand même, tu peux pas trop prévoir de projet parce que tu te dis que, si jamais, des voyages finalement ça va être annulé.

I8 : Et j'ai pas l'impression que ça va aller en s'arrangeant quoi et là on dit que c'est la fin du covid mais on sait même pas spécialement quoi, fin on sait rien! On en sait rien! Là on a enlevé les masques, c'est super, mais est-ce qu'il va y avoir autre chose? Une autre vague? On ne sait pas quoi, je ne sais pas.

Par rapport à la relation avec les patients, la situation n'a pas évolué, les étudiants s'aperçoivent qu'ils sont anxieux, interrogatifs et pas forcément éduqués quant à l'infection à covid19.

15 : au niveau professionnel, t'as encore des patients qui débarquent quoi, bah typiquement aujourd'hui j'ai eu des patients, qui sont hyper malades, ils chauffent à 39, et puis ça leur est pas venu à l'esprit d'aller faire un test quoi! (Rires).

18 : certaines personnes sont encore très anxieuses là dessus hein, sur le covid et y'a des personnes qui vont me dire « bah là on retire les masques, j'trouve que c'est trop tôt » des choses comme ça ... Ouais, bah aussi faut, on est constamment interrogés sur des nouvelles, des nouvelles choses, des nouveaux vaccins, des choses comme ça et j'ai l'impression des fois que les gens sont plus au courant que moi sur la composition du vaccin des choses comme ça.

V. DISCUSSION

1) Forces et limites de l'étude

1.1) Le choix du type d'étude

Recueillir le vécu émotionnel des internes de médecine générale consiste à étudier des phénomènes sociaux et créer des hypothèses. (20) La méthode de la théorisation ancrée est l'approche méthodologique la plus adaptée à ce type d'étude. (21)

La grille COREQ est un outil qui répertorie les critères de bonne pratique en recherche qualitative, elle a été suivie afin d'essayer de fournir un travail de qualité. (22) **(ANNEXE 3)**

Mais il peut exister un biais d'investigation étant donné que l'investigatrice était novice et réalisait donc sa première étude de recherche qualitative.

1.2) La population

La population de cette étude a été recrutée par effet boule-de-neige. Mais deux participants étaient des connaissances de l'investigatrice, ce qui a pu engendrer un biais de désirabilité sociale : les réponses de ces deux participants ont pu être influencées afin de ne pas recevoir de jugement de l'investigatrice.

1.3) Le recueil des données

Les participants ont été interrogés via visioconférence en regard du contexte de pandémie. Pour la majorité des internes, c'était une première participation à un entretien de recherche qualitative et une appréhension était souvent notifiée en début d'entretien. En réalisant les entretiens en distanciel, les participants ont pu être plus à l'aise en répondant aux questions dans l'environnement de leur choix. De plus, la réalisation des entretiens en visioconférence n'imposait pas la contrainte du lieu de rendez-vous et donc moins de contrainte de temps.

Néanmoins, un inconvénient est à souligner : les soucis techniques des outils électroniques comme les coupures d'image et de son, qui ont été notifiés dans les verbatims.

Un biais de mémorisation est possible car les participants devaient faire appel à leur mémoire pour répondre aux entretiens. Mais devant un événement si inédit, ils n'ont pas fait preuve de beaucoup de difficultés pour répondre.

L'échantillon de participants étant restreint, ces données ne sont pas extrapolables à tous les internes de médecine générale de Lille, d'autant plus que, dans notre étude, seuls les internes en stage de cabinet de médecine générale (et non en stage hospitalier) ont été interrogés.

1.4) L'analyse des données

Les données ont été analysées par l'investigatrice elle-même en utilisant le logiciel de codage NVIVO®. L'analyse des données étant subjective, un biais d'interprétation peut exister. Afin d'essayer de contrecarrer ce biais, une triangulation des données a été réalisée. (21)

2) Discussion des résultats

2.1) La santé mentale de l'étudiant en médecine

Connaître le ressenti de l'étudiant sur son stage est essentiel, et ce, depuis ses premières expériences en tant qu'étudiant en médecine. Les premières impressions vont influencer sa façon de travailler et donc sa relation avec le patient. Le vécu émotionnel de l'étudiant va en partie dépendre de la façon dont son maître de stage lui enseigne les choses. Des échanges précoces entre étudiants et formateurs sont nécessaires et permettraient dès le début des stages de prévenir le mal-être au travail et en stage. (23)

Le vécu émotionnel des étudiants en médecine a été plusieurs fois étudié et c'est la souffrance qui ressort le plus souvent. Avant l'arrivée de la pandémie à covid19, plusieurs études se sont intéressées à la santé mentale des étudiants en médecine et le constat est alarmant : à travers le monde, près d'un étudiant en médecine sur deux est considéré comme en situation de burnout, avant même de débiter son internat; une situation qui touche, à parts égales, les étudiantes et les étudiants. (24)

En 2017, 66,2% des étudiants en médecine de France (de la première année de médecine au statut d'assistant et chef de clinique) souffraient d'anxiété. Les facteurs protecteurs d'anxiété retrouvés étaient entre autre : des ressources matérielles suffisantes, un soutien des pairs, et un temps d'échange suffisant. (25)

2.2) Pris au dépourvu

Les premiers cas de d'infection à covid19 ont été détectés en décembre 2019 en Chine. Les médias du monde entier évoquaient alors, depuis plusieurs semaines, une épidémie au développement effréné. Cependant, à l'annonce du confinement en France par le président de la République, Emmanuel Macron, la population a été surprise. (10) Le sentiment de déni était présent et ne permettait pas de mesurer la gravité de la situation. (26)

Se fournir en matériel de protection a été difficile au début. Lors de la première semaine de l'infection en France, du 14 au 21 mars 2020, 14% des médecins généralistes en France ne disposait d'aucun masque dans leur cabinet. (27)

Les soignants se sont mobilisés pour faire face à ce virus dont on ne connaissait presque rien. Renforcé au moyen des médias, un afflux massif d'informations est arrivé. Des informations validées scientifiquement ou non, désignées en anglais comme « fake-news » (fausses informations). Les soignants du monde entier ont dû alors faire face à une « infodémie » contraction des mots informations et épidémie. (28)

Afin de référencer les meilleures recommandations face à cette infection, le collège de la Médecine générale a mis en place un site dédié au médecin généraliste : Coronacliv. (29)

2.3)Vécu émotionnel des internes pendant la première vague

2.3.1)Face au virus

Dans notre étude, les internes n'ont pas ressenti d'anxiété face au virus. Mais plutôt de l'inquiétude centrée sur les conséquences du virus sur la santé des patients.

L'interne, même si encore en apprentissage, possède, contrairement au patient, un savoir qui le met dans la position asymétrique de la relation soignant-soigné. (30) Avec l'arrivée d'un virus où il a tout à apprendre, la crainte de ne pas savoir soigner les patients était majeure.

La crainte d'avoir et de transmettre le virus à d'autres était considérable. Une étude réalisée en Tunisie au sein d'un seul hôpital met en lumière que 70% des médecins ont pu craindre d'être contaminés par le covid19 et de transmettre le virus à un proche. (31) La peur de la transmission a été également ressentie par l'ensemble du personnel hospitalier. (32)

Une enquête australienne auprès de médecins généralistes retrouvent des résultats similaires à notre étude quant à l'inquiétude générée par l'infection à covid19. L'inquiétude était générée par le manque de recours aux protections matérielles, la détresse personnelle et la surcharge d'informations sur le virus. (33)

2.3.2) Face au confinement

Une fois rentré chez lui le soir, l'interne a du faire face au confinement et au manque d'interaction sociale. Dans notre étude, les internes ont bien vécu le confinement en s'imposant une nouvelle routine de vie. (34) Comme pour la population générale, ils ont pu prendre du temps pour eux, se reposer, redécouvrir des activités ou loisirs oubliés. (35)

2.4) Vécu en stage et impact sur la formation

Devant l'anxiété des patients de se faire contaminer par le covid19 (36), le nombre de consultations en médecine générale a fortement baissé. (37) Les internes de médecine générale en stage ambulatoire ont alors vu leur charge de travail décroître fortement.

De plus, avec le manque de matériel de protection au début de la pandémie, certains internes ont eu pour consigne de suspendre leur venue en stage. (38) Les étudiants ont alors eu l'impression que cela a impacté négativement leur formation clinique.

Avec la fermeture des facultés de médecine, les cours magistraux en présentiel ont été reportés et réalisés en visioconférence. Devant le manque d'interaction avec l'enseignant notamment, la majorité des étudiants ont estimé que les enseignements à distance n'étaient pas d'aussi bonne qualité. (39)

La tension dans les hôpitaux a également contribué à diminuer la qualité de supervision des internes par leur senior, de même que l'absence de réalisation de staff ou de réunion pluridisciplinaire. (40)

2.5) La relation soignant-soigné

Malgré une note d'information adressée à la population sur la nécessité de continuité des soins (41), la population générale s'est beaucoup moins rendue en consultation chez son médecin traitant pendant la première vague de covid19.

Comme on peut le voir dans notre étude, les internes ont surtout ressenti de la détresse chez leurs patients. La proportion de syndrome anxio-dépressif a fortement augmenté. 13,5% des personnes âgées de plus de 15 ans présentaient un syndrome dépressif à l'issue du premier confinement contre 10,9% en 2019. Les plus jeunes et les femmes ont été les plus touchés. (42)

La relation soignant-soigné durant la pandémie à covid19 a été altérée par le port du masque. Là où les soignants venaient surtout pour des consultations en lien avec leur santé mentale (43), rassurer le malade avec la communication faciale était essentiel auparavant. Le médecin a alors dû faire preuve d'ingéniosité pour diminuer la distance que le masque a créé entre le soignant et le soigné. (44)

2.6) Des nouvelles pratiques en ambulatoire

Auparavant, les pratiques d'hygiène essentielles n'étaient pas réalisées de manière systématique. (45)

Les médecins généralistes ont dû repenser l'organisation de leur cabinet de médecine générale. Il leur a été demandé, par exemple, de ré-agencer la salle d'attente afin de limiter les contacts entre patients, privilégier les consultations sur rendez-vous, mettre en place des distributeurs de solution hydro-alcooliques et la désinfection du matériel entre chaque patient (stéthoscope, tensiomètre). (46)

L'émergence de l'utilisation de la téléconsultation en cabinet de médecine générale a été majeure. Des recommandations d'indication pour le recours à la téléconsultation ont été émises par le Ministère des Solidarités et de la Santé. (47) Trois-quart des médecins généralistes en France ont mis en place une activité de téléconsultation depuis le début de la pandémie à covid19, contre 5% d'entre eux auparavant. (48)

2.7) Relation MSU-internes

De prime abord, la relation maître de stage - interne est asymétrique, notamment du point de vue de l'étudiant. En effet, le maître de stage représente le savoir et l'interne représente l'apprentissage dudit savoir. Mais au fil du temps et grâce à l'enseignement de la formation médicale continue, les intervenants ont des notions à s'apprendre mutuellement. Le maître de stage universitaire perçoit alors une valorisation de son exercice professionnel et un perfectionnement de ses connaissances. (49)

Pendant le début de la pandémie à covid19, cet enrichissement réciproque de connaissances a été mise encore plus en avant. Devant le manque d'information, chaque intervenant apportait les informations médicales dénichées de son côté et les partageait à ses confrères.

3) Proposition d'un modèle explicatif

Un schéma essayant de représenter les différents résultats de l'étude a été modélisé (**ANNEXE 4**).

Au centre, l'interne de médecine générale, entouré des différents éléments qui ont impacté son existence durant son stage ambulatoire au fur et à mesure de la progression de la pandémie : les patients, ses confrères, sa vie personnelle, le virus à covid19, sa formation et le médecin qu'il va devenir.

Entre chaque élément et l'interne (en noir) autour des lignes noires sont représentés les différents ressentis.

La flèche rouge en forme d'éclair représente les éléments qui ont pu influencer ces ressentis.

L'éclair de couleur verte représente la médiatisation de l'infection qui a eu un impact sur le comportement des patients.

La FMC (Formation Médicale Continue) en violet, exprime son importance pendant la formation en tant qu'étudiant et durant l'exercice du médecin généraliste.

VI. CONCLUSION

Avec l'arrivée de l'infection à covid19, s'intéresser au ressenti des étudiants en santé est devenu essentiel pour essayer d'améliorer leur bien-être au travail. Les étudiants et internes qui étaient dans des centres hospitaliers pendant la première vague ont fait face à une rude épreuve qui les a affaiblis physiquement et mentalement.

Concernant les internes en médecine générale, qui étaient en stage ambulatoire pendant cette première vague de pandémie, ils ont pu vivre cet événement différemment. Leurs inquiétudes

concernaient surtout les répercussions sur leurs patients, la crainte de leur transmettre le virus ou bien de ne pas savoir les soigner correctement à cause du manque d'informations médicales validées dans un premier temps.

Soutenus, aidant et aidés par leurs maîtres de stage en ambulatoire, ils ont pu acquérir de nouveaux réflexes. La qualité de leur formation théorique à leur futur métier a été altérée par les enseignements par visioconférence. Mais leur formation pratique a été valorisée par l'autonomie acquise grâce à la téléconsultation et l'auto-formation.

La relation MSU-internes a été valorisée par cette situation inédite, marquée par l'entraide confraternelle, il sera pertinent, à l'avenir, d'évaluer le ressenti général des MSU pendant la première vague de pandémie à covid19.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Article R6153-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000030305756/2017-07-22/
2. Sous-section 1 : Dispositions générales. (Articles R6153-1 à R6153-6) - Légifrance [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196816/2017-07-22/#LEGIARTI000022911375
3. Stages - Faculté de Médecine Henri Warembourg [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lille.fr/dmg/stages>
4. Article 60 - Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000042322014
5. objectifs_ambulatoires.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: http://www.cemg-lille.fr/fichiers/stages/objectifs_ambulatoires.pdf

6. Décret n° 2020-951 du 30 juillet 2020 relatif aux conditions de l'agrément des maîtres de stage des universités accueillant des étudiants de deuxième et de troisième cycle des études de médecine. 2020-951 juill 30, 2020.
7. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*. 20 févr 2020;382(8):727-33.
8. Yin Y, Wunderink RG. MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*. 2018;23(2):130-7.
9. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
10. elysee-module-15345-fr.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/front/pdf/elysee-module-15345-fr.pdf>
11. Arrêté du 15 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19.
12. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://covid19.who.int>
13. Guidet B. Réanimation et Covid. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. janv 2022;206(1):65-72.
14. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>
15. ISNI. COVID-19 : Appel à la mobilisation générale des internes [Internet]. ISNI. 2020 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://isni.fr/covid-19-appel-a-la-mobilisation-generale-des-internes/>

16. ISNI. COVID-19 : Dispositions relatives aux internes - instruction ministérielle [Internet]. ISNI. 2020 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://isni.fr/disposition-relatives-aux-internes-covid-19-instruction-ministerielle/>
17. ISNI. Vécu psychologique de l'épidémie COVID-19 [Internet]. ISNI. 2020 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://isni.fr/vecu-psychologique-de-lepidemie-covid/>
18. Communication. Tous les 18 jours, un interne en médecine se suicide [Internet]. ISNI. 2021 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://isni.fr/tous-les-18-jours-un-interne-en-medecine-se-suicide/>
19. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. 162 p. (Méthodes en sciences humaines; vol. 2e éd.).
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
21. Letrilliant L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II.. *exercer* 2009;88:106-12.
22. King J, Brosseau L, Guitard P, Laroche C, Barette JA, Cardinal D, et al. Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. *Physiother Can.* 2019;71(3):222-30.
23. Marseille J, Cunin M, Bayen S. Le vécu émotionnel des étudiants en médecine dans leurs premières expériences en stage : une modélisation. *exercer* 2020;161:106-13
24. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur psychiatr.* janv 2019;55:36-42.
25. ESMJM_Dossier_de_presse.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/ESMJM_Dossier_de_presse.pdf
26. Peyrat-Apicella D, Gautier S. COVID-19 : aux frontières de la folie. *Éthique & Santé.* sept 2020;17(3):160-7.

27. Communiqué-20200415.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2020/03/Communiqué-20200415.pdf>
28. Gardère E. De l'infodémie à l'infopandémie, l'OMS face aux (des) informations virales. LCN. 30 déc 2021;17(3-4):199-204.
29. 200326_Communique_CNGE_Enquete_nationale_Covid_19_vsite.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/200326_Communique_CNGE_Enquete_nationale_Covid_19_vsite.pdf
30. Mantz JM, Wattel F, Barois A, Banzet P, Dubousset J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 déc 2006;190(9):1999-2011.
31. Daghfous H, Ben Mansour A, Zaafouri A, Malek M, Ben Saad S, Tritar F. Infection COVID-19 et enjeux éthiques. Revue des Maladies Respiratoires Actualités. janv 2022;14(1):137.
32. Duracinsky M. VÉCU ET GESTION DE LA CRISE SANITAIRE LIÉE À LA COVID-19 : LE POINT DE VUE DU PERSONNEL HOSPITALIER DE NUIT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS DURANT LA PREMIÈRE VAGUE ÉPIDÉMIQUE (ENQUÊTE AP-HP ALADDIN, 15 JUIN-15 SEPTEMBRE 2020) / MANAGEMENT OF THE COVID-19 HEALTH CRISIS: PERCEPTIONS AND EXPERIENCE OF NIGHT-SHIFT HEALTHCARE WORKERS DURING THE FIRST WAVE OF THE PANDEMIC IN PARIS PUBLIC HOSPITALS (THE AP-HP ALADDIN SURVEY). :8.
33. General practitioners' knowledge, preparedness, and experiences of managing COVID-19 in Australia | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2468045121000043?token=A2DEA456DC986C118449F474C92809C70818DA68A80F26F6E4637B91D84AC3E16ED9F404B203A225099E167071E7E573&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221017195530>

34. Vulser H, Maatoug R, Rotgé JY, de Lépinau J, Nguyen AH, Edel Y, et al. COVID-19 – Comment vivre un confinement pour épidémie ? La Presse Médicale Formation. juin 2020;1(2):129-31.
35. St-Pierre PME. La pratique libre comme mode de participation privilégiée au loisir en temps de COVID-19. :6.
36. CoviPrev : résultats détaillés des vagues 1 à 15 (23 mars - 23 septembre 2020) [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie/coviprev-resultats-detailles-des-vagues-1-a-15-23-mars-23-septembre-2020>
37. Martin Monziols, Hélène Chaput, Pierre Verger, Dimitri Scronias (ORS Provence-Alpes-Côte d’Azur) et Bruno Ventelou (AMSE) (2020, octobre). Après le confinement, les médecins généralistes ne reviennent que progressivement à une activité normale. Études et résultats, 1160.
38. 200316_Communique_CNGE_Epidemie_etudiants_et_MSU_vsité_1.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/200316_Communique_CNGE_Epidemie_etudiants_et_MSU_vsité_1.pdf
39. Brown A, Kassam A, Paget M, Blades K, Mercia M, Kahcra R. Exploring the global impact of the COVID-19 pandemic on medical education: an international cross-sectional study of medical learners. Can Med Ed J [Internet]. 5 mars 2021 [cité 17 oct 2022]; Disponible sur: <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/cmej/article/view/71149>
40. Beshyah SA, Ibrahim WH, Hajjaji IM, Mami FB, Arekat M, Abdelmannan DK. Impact of the COVID-19 Pandemic on Clinical Practice, Medical Education, and Research: An International Survey Impact de la pandémie de COVID-19 sur la pratique clinique, la formation médicale et la recherche: une enquête internationale. LA TUNISIE MEDICALE. 2020;98:9.
41. Ministère des Solidarités et de la santé, Santé Publique France, L’Assurance Maladie. 2020. Disponible sur: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj51->

[yBlen6AhVG9IUKHchbDaQQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F250720%2F2594874%3Fversion%3D5&usg=AOvVaw2gBTdEVAXJmfYrCDI1lvld](https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/250720/2594874?version=3D5&usg=AOvVaw2gBTdEVAXJmfYrCDI1lvld)

42. Jean-Baptiste Hazo et Vianney Costemalle (DREES), en collaboration avec Josiane Warszawski et Nathalie Bajos coresponsables scientifiques, Xavier de Lamballerie, Laurence Meyer, Alexandra Rouquette, Florence Jusot, Ariane Pailhé, Alexis Spire, Claude Martin, Muriel Barlet, Philippe Raynaud, Aude Leduc, Patrick Sillard, François Beck, Nicolas Paliot, Nathalie Lydié, Delphine Rahib (équipe EpiCov) (2021, mars). Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans Résultats issus de la 1re vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019. Études et résultats, 1185.

43. Maxime Bergeat, Hélène Chaput (DREES), Pierre Verger, Dimitri Scronias (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), en collaboration avec Romain Lutaud (département universitaire de médecine générale, Aix-Marseille Université), Muriel Barlet, Elisabeth Fery-Lemonnier (DREES), Bruno Ventelou (AMSE), Jean-François Buyck, Marie-Astrid Metten (ORS Pays de la Loire), Thomas Hérault (URML Pays de la Loire), Florence Zemour (URPS-MLProvence-Alpes-Côte d'Azur) (2021, mars). Confinement de novembre-décembre 2020 : une hausse des demandes de soins liés à la santé mentale. Études et résultats, 1186.

44. Calvignac C. Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ? Sciences humaines [Internet]. 2020 [cité 17 oct 2022]; Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02904432>

45. Noblet-Roulin L. Impact de l'épidémie de COVID-19 sur les pratiques d'hygiène en médecine générale. :85.

46. Haute Autorité de Santé.20spa198_covid19_mesures__prevention_transmission_sars-cov2_pec_patients_milieu_soins_mel.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/>

[2020-11/20spa198_covid19_mesures_prevention_transmission_sars-cov2_pec_patients_milieu_soins_mel.pdf](#)

47. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_teleconsultation-fiche-medecin.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000091b3fa840bfa1f7ecbb8cb764ec0dda97a32ebc44f8f900c1a2dedd038fc6b208348d7dfd1430008dbab39c7edf78e82a8d995a57d25b0295bdabfdbf7ef6388212f669a72691d54e1a647155588bed7cc1dbe0a6d2e47f

48. Martin Monziols, Hélène Chaput (DREES), Pierre Verger, Dimitri Scronias (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur) et Bruno Ventelou (AMSE) (2020, octobre). Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. Études et résultats, 1162.

49. Vivot EM. La maîtrise de stage en médecine générale: un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste? Mesure qualitative par `` focus group '' de l'impact du stagiaire sur l'exercice professionnel et la qualité de vie du médecin généraliste. :500.

VIII. ANNEXES

1) ANNEXE 1 : Guide d'entretien initial

L'interne en général : Les caractéristiques : pour l'échantillon

@Sexe - tranche d'âge : <25 - 25-30 - >30

@Internat - semestre - N1 ou SASPAS

@Remplacement ou non

@Milieu rural, urbain ou rurbain?

Thèmes des questions :

1) Le choix de la spécialité de médecine générale
pourquoi avoir choisi cette spécialité à l'ECN?

2) Choix du stage ambulatoire, attentes vis-à-vis de celui ci
-sur quels critères, avez-vous choisi ce stage ambulatoire?
-Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de ce stage?

3) Avant l'arrivée de la pandémie COVID-19
-Comment se déroulait votre stage ambulatoire les mois précédents la crise sanitaire?
-Comment avez-vous réagi face à l'arrivée précipitée de l'infection à COVID19?

4)La pandémie COVID-19 en cabinet de médecine générale
-Vous sentiez-vous préparé à cette crise?
-Qu'est ce qui a changé pour vous?

5)Le vécu en tant qu'interne
Qu'avez-vous ressenti en tant que professionnel de santé?
Qu'avez-vous ressenti par rapport à vos patients?

6)Le vécu en tant que citoyen
Qu'avez-vous ressenti en tant que citoyen?

7) La 2ème vague d'infection à COVID-19
-Quels sentiments ressentez-vous face à la 2ème vague qui se précipite maintenant?

2) ANNEXE 2 : Guide d'entretien modifié

L'interne en général : Les caractéristiques : pour l'échantillon

@Sexe - âge

@Internat - semestre - N1 ou SASPAS

@Milieu rural, urbain ou rurbain?

Thèmes des questions :

1) Avant l'arrivée de la pandémie COVID-19

-Comment se déroulait votre stage ambulatoire les mois précédents la crise sanitaire?-

Comment avez-vous réagi face à l'arrivée précipitée de l'infection à COVID19?

2)La pandémie COVID-19 en cabinet de médecine générale

-Vous sentiez-vous préparé à cette crise?

-*Qu'est ce qui a changé pour vous?*

3)Le vécu en tant qu'interne

Qu'avez-vous ressenti en tant que professionnel de santé?

Qu'avez-vous ressenti par rapport à vos patients?

4)Le vécu en tant que citoyen

Qu'avez-vous ressenti en tant que citoyen?

5) Les vagues successives d'infection à covid19

-Quels sentiments ressentez-vous devant cette pandémie qui perdure depuis un an maintenant?

-Avez-vous découvert de nouvelles pratiques?

3) ANNEXE 3 : Grille COREQ

Numéro	Item	Guide questions/ description	Réponse
	Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion		
	Caractéristiques personnelles		
1.	1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Ruotte Laura
2.	2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en DES de médecine générale
3.	3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine
4.	4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5.	5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Aucune
	Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Pour 2 participants (connaissances)
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Interne en médecine générale puis remplaçante en médecine générale
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Interne en médecine générale puis remplaçante en médecine générale
	Domaine 2 : Conception de l'étude		
	Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse qualitative et théorisation ancrée

Sélection des participants			
10.	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Par effet boule-de-neige
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mail, téléphone et réseaux-sociaux
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucune
Contexte			
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au domicile de l'enquêtrice
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Interne en DES de médecine générale ayant été en stage ambulatoire lors de la première vague d'infection à covid19
Recueil des données			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien avec questions ouvertes, testé avec le directeur de thèse
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non entretien spontané
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement visuel et audio

20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui par un journal de bord
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Moyenne de 24 minutes et 43 secondes
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint lorsque 2 entretiens n'apportaient plus de notion nouvelle
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
	Domaine 3 : Analyse et résultats		
	Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Thèmes déterminés à partir des données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	NVivo®
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
	Rédaction		

29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats?	Oui, chaque citation est précédée par « I » faisant référence à l'interne et son numéro en fonction de l'ordre chronologique de réalisation de l'interview
30.	Cohérence des données et des résultats	Y a t-il une cohérence entre les données présentées et les résultats?	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

4) ANNEXE 4 : MODÉLISATION D'UN SCHÉMA EXPLICATIF

5) ANNEXE 5 : Exemple d'un entretien semi-dirigé

CH (Chercheur) : Merci ... de bien vouloir participer à ma thèse. Pour commencer est-ce que tu peux te présenter?

I7 (Interne n°7) : Du coup je m'appelle, j'ai 29 ans, voilà j'ai terminé mon internat de médecine générale en fin octobre début novembre 2020 et du coup j'exerce au sein d'un service de médecine interne-maladies infectieuses, fin depuis 1 an en tant que praticien remplaçant et je soutiens ma thèse en février 2022. Donc voilà bientôt bientôt thésé!

CH : Super! Et du coup tu peux me dire où est-ce que tu as fais ton stage de SASPAS?

I7 : Du coup mon stage de SASPAS je l'avais fait, c'était la période du coup de novembre 2019 à mai 2020 comme ça avait été prolongé au niveau du semestre et du coup c'était deux praticiens qui exerçaient sur, sur ... Est-ce que tu veux que je cite ou ça doit être anonyme?

CH : Non non ne cite pas mais c'était pour savoir aussi c'était quel milieu de stage, mais du coup sur Lille, j'imagine que c'était urbain.

I7 : C'était sur Lille en milieu urbain, fin y'en a un c'était plus du côté de la porte de Douai par rapport à la station de métro, c'était dans ce secteur là et l'autre praticienne fin c'était vraiment au niveau de, au niveau de ...

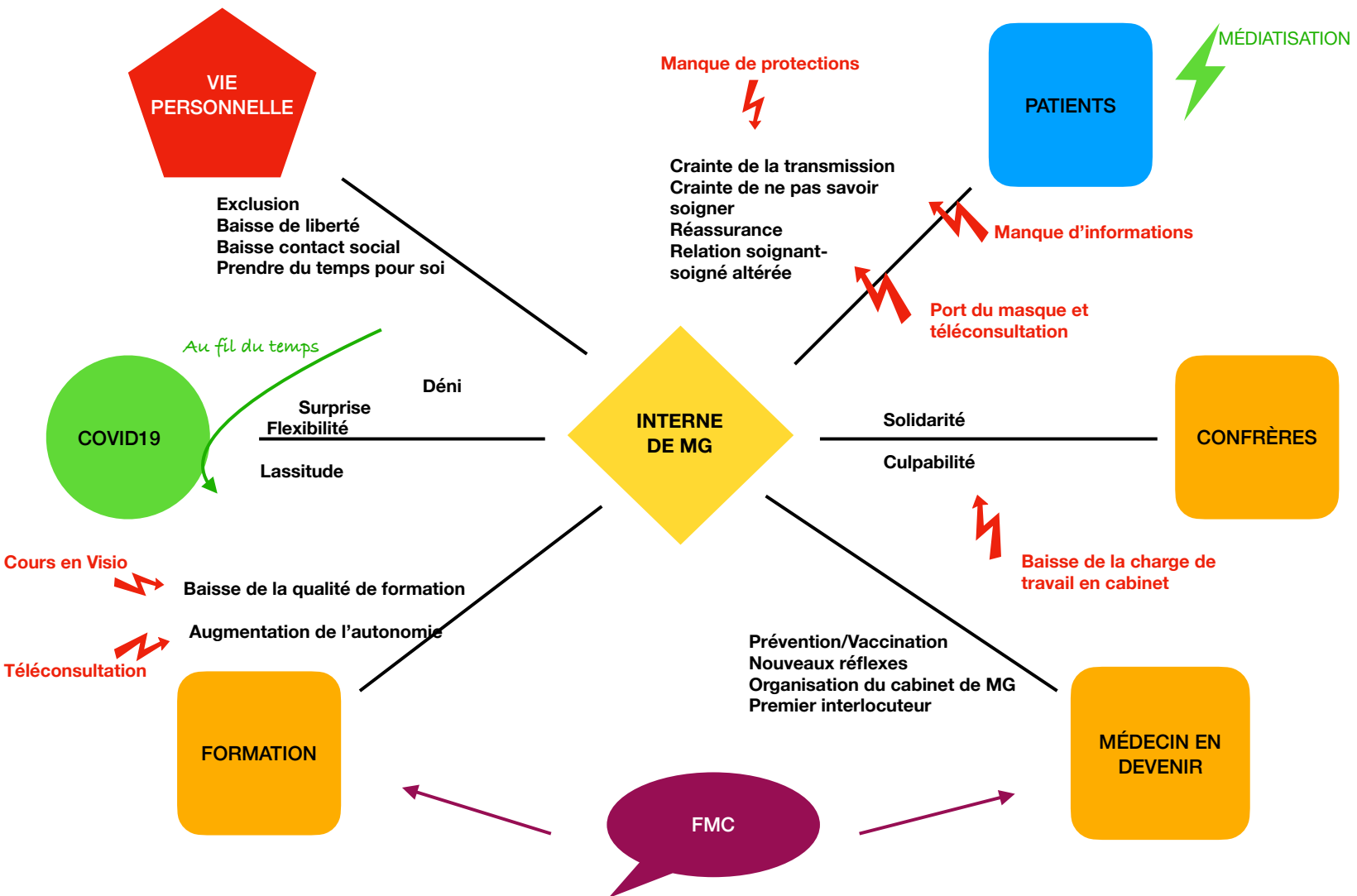
CH : D'accord! Très bien et donc est-ce que tu peux me raconter comment se passait ton stage avant l'arrivée du covid?

I7 : Bah avant l'arrivée du covid, euh, c'était un peu particulier parce que c'était en fait des quartiers qui étaient très, qui étaient quand même défavorisés par rapport à d'autres quartiers, fin de Et c'est vrai que c'était une patientèle qui était pas toujours évidente enfin y'en avait beaucoup qui avait la couverture médicale universelle enfaite, c'est très bien pour le principe, enfin j'ai aucune position par rapport à ça mais c'est vrai que c'est des patients qui arrivaient en consultation et c'était bah « je veux ça, ça et ça comme examens ou ça et ça comme médicaments » donc c'est vrai que c'était pas toujours évident mais pour moi c'était l'avantage, on apprenait à dire non au patient et expliquer un petit peu pourquoi. Mais c'est vrai que c'était pas toujours évident de faire de la pédagogie et après y'avait également beaucoup de patients, euh fin avec une addiction, une toxicomanie, enfin beaucoup de patients avec par exemple des traitements substitutifs fin par méthadone ou autre quoi et c'est vrai que c'est une patientèle qui était pas vraiment évidente et c'est vrai que c'était, j'me sentais pas toujours à l'aise et c'est vrai que des fois ça me faisait même limite un peu, un peu peur et après c'est vrai que c'est une période où c'était une praticienne qui était vraiment très, fin très exigeante, qui tu sentais que c'était un peu sa patientèle, un petit peu ses bébés et du coup tu te sentais pas non plus libre, et du coup tu devais aussi facilement l'appeler, c'est vrai que je me sentais pas, j'avais pas l'autonomie que j'estimais que je devais avoir et c'est vrai que ça me faisait poser beaucoup de questions et c'était un peu, un peu limite à te faire douter de toi quoi, donc c'est vrai que c'était, c'était vraiment une période stressante enfaite, voilà! Mais après j'ai quand même bien aimé, c'est vrai que c'était quand même très intéressant, qu'on voyait quand même plein de choses donc voilà, y'avait vraiment du, du plus et du contre quoi mais voilà c'était quand même une période stressante avant quand même!

CH : Et du coup au niveau de ta charge de travail, c'était comment?

I7 : La charge de travail, c'est vrai que c'était quand même des bonnes, euh, des bonnes journées enfin, je sais que je travaillais le lundi, mardi, jeudi et vendredi. Donc le lundi, fin c'était

des journées classiques, fin ça commençait à 8h/8h30 et enfant c'était consultations libres en fin de, de journée donc c'est vrai que je pouvais terminer parfois entre 20h et 21h. Et après le temps de faire la comptabilité, ça faisait des grosses journées. Le lendemain, le mardi en fait on avait une réunion, en fait un des cabinets c'était une maison de santé pluriprofessionnelle, ce qui fait que le matin en fait, tu avais une réunion de concertation avec les différents



professionnels de santé donc c'était très intéressant parce que tu pouvais exposer un petit peu

les cas où tu te posais des questions et c'était vraiment un travail d'équipe, c'était très intéressant mais après le souci c'est que c'était à 7h30 le matin, donc quand tu rentrais chez toi entre 21h et 22h le lundi soir et que le matin tu recommences à 7h30, ça piquait honnêtement donc voilà et après pareil c'était à nouveau des bonnes journées, fin jusqu'au moins 19h quoi, le mercredi c'était la journée de pause. Après jeudi matin, on avait pas, enfin pas de stage, c'était des consultations l'après-midi pareil jusque 20h et le vendredi c'était un petit peu plus cool, fin c'était 8h-midi et après c'était une plage de consultations c'est moi qui décidais si je mettais ou pas des rendez-vous l'après-midi, mais ça faisait quand même des bonnes semaines, enfin je suis pas prêt pour compter mon temps, je regarde pas trop ça mais on faisait plus que les demies-journées rapportées fin, au niveau temps réglementaire quoi!

CH : Ouais, c'est sûr! Et du coup quand la pandémie est arrivée, qu'est-ce qui a changé en stage pour toi?

I7 : Qu'est ce qui a changé? Ben y'a eu plusieurs facteurs, euh, déjà on était vraiment dans un contexte de, d'incertitude où je veux dire c'était quand même, un, un nouveau virus, une nouvelle pathologie, moi ce qui me faisait vraiment le plus peur c'est que, de pas avoir les connaissances qui fallait par rapport à ça et pas réussir à soigner les gens par rapport à ça. On avait aussi un contexte qui était vraiment très anxieux, où c'était vraiment quelque chose, fin d'inédit, quand tu voyais que du jour au lendemain on était confinés, fin moi jamais j'aurais cru qu'on aurait pu faire un truc comme ça en France et t'avais aussi bah tous les médias qui étaient en boucle où c'était assez anxieux, fin je regardais pas tant que ça quoi mais j'avais peur aussi en fait que le système de, de soins, système de santé arrive vraiment à saturation et d'arriver avec des patients, je sais pas qui sont vraiment en grande difficulté respiratoire, devant ton cabinet où forcément, tu te dis « là il faut que j'appelle le 15 » et de se dire « ben ça répond pas ou quoi », qu'est-ce que je fais? Je peux pas l'envoyer tout seul aux urgences non plus, donc y'avait un petit peu une crainte par rapport à ça. Et je vais dire une crainte bah aussi liée, comme je disais une à l'instant, on avait une méconnaissance par rapport à ce virus, bah passer tout simplement à côté de quelque chose quoi, si c'était, franchement c'était quand même un tableau clinique qui était assez, fin pour pas dire de gros mot, mais assez bâtarde quand même, fin j'sais qu'une fois, y'avait une dame face à moi, elle était essoufflée tu vois, mais ça m'avait un peu, fin remis en question quoi, et je lui demandais plusieurs fois « mais vous êtes toujours essoufflée comme ça madame? », elle dit « oui oui je suis toujours essoufflée comme ça », et c'est tout, je me suis pas plus posé de question, j'en avais quand même parler à la praticienne en fin de journée, elle m'a dit « non non t'inquiète pas, elle est toujours essoufflée comme ça mais t'as bien fais quand même de lui demander » et paf le lendemain matin, je reprends la consultation et je vois un message de la praticienne comme quoi elle était hospitalisée en réanimation quoi, comme quoi, et tu te dis « mince, je suis passé à côté de quelque chose ». C'est vachement, fin vachement perturbant donc, ouais y'avait vraiment le contexte d'incertitude par rapport aux connaissances, par rapport aussi à se dire, bah écoutez ce qui va se passer dans le futur, on savait pas comment ça allait évoluer, on était sur des périodes de confinement 15 jours ça allait être régulé et après à chaque fois c'était renouveler et rallonger les périodes de confinement et d'incertitude. Et après au niveau de ma pratique enfaite, et ben c'était complètement l'opposé, je m'attendais à ce qu'il y ait un raz-de-marée et c'était vraiment désertique, fin au niveau des médecines de ville, fin les gens ne consultaient plus, fin tout ce qui était patients avec des pathologies chroniques ne venaient plus parce qu'il y avait vraiment une crainte du virus. Donc c'est vrai que c'était vraiment des journées qui étaient très calmes. Et c'était assez paradoxal, fin moi ça, limite ça m'arrangeait parce que j'avais parfois du mal avec les patients du cabinet donc j'étais pas plus malheureux de rentrer plus tôt chez moi, même si intérieurement, ça me culpabilisait car je voyais que dans les hôpitaux, c'était quand même la crise tout ça, et tu te dis peut-être que je serais plus utile là-bas mais voilà, je m'étais mis sur des listes par rapport à l'hôpital C*** qui proposait en fait des, des plannings tout ça pour donner un coup de main, mais en fait quand t'étais en stage en

SASPAS, t'avais pas le droit en fait de te détacher de ton lieu de stage, on t'obligeait de rester sur ton lieu de stage et c'est vrai que tu pouvais pas y aller juste une journée dans ces services pour donner un coup de main. Donc fin à la fois, t'avais envie de donner un coup de main mais à la fois tu sentais que tu pouvais pas et c'est vrai que c'était assez, assez culpabilisant en disant peut-être que je serais plus utile ailleurs et qu'en médecine de ville bah je me sens pas, peut-être pas si efficace que ça quoi, et à côté de ça bah tu voyais tous les applaudissements, tous les élans de solidarité envers les soignants et je me sentais pas du tout visé et je me disais « je suis un traître en fait quoi » (rires). Donc voilà mais c'est vrai qu'après on a quand même eu beaucoup de, de patients en fait qui venaient par rapport au virus, qui étaient vraiment très inquiet, y'avait beaucoup de travail fin de réassurance comme surveiller qu'il n'y avait pas d'anomalie au niveau examen clinique, constantes, y'avait beaucoup de, de réassurance surtout bah parce que c'était une patientèle quand même qui était défavorisée, qui avait peut-être pas les connaissances médicales, c'était pas du tout de leur, de leur faute, au contraire c'était normal de les réassurer mais voilà beaucoup de travail de réassurance, de faire un petit peu de pédagogie, d'éducation et de les réassurer par rapport aux bêtises malheureusement qu'ils pouvaient entendre sur les chaînes d'infos en boucle. Y'en a qui regardaient ça toute la journée ne étant confinés dans un petit appartement de 30 mètres-carrés sans pouvoir aller dehors, fin au bout d'un moment les gens ils pétaient un câble et ça je comprends, fin c'est... Donc voilà assez paradoxal, oasis c'était vraiment une période, vraiment très calme j'trouve, fin très, très étrange quoi fin!

CH : Et comment tu l'as vécu toi personnellement sur ta vie personnelle et pas professionnelle?

I7 : Ah sur ma vie personnelle, moi j'ai pas, j'ai pas mal vécu fin, déjà j'étais bien, fin bien dans ma peau, je veux dire j'étais pas, on était pas pas impacté, je veux dire on continuait notre vie, tous les matins on allait au travail du coup tu sortais un petit peu quand même, après tu pouvais encore aller faire tes courses, bon y'a juste les week-end où tu pouvais rien faire quoi mais c'était, sur ma vie personnelle non y'a pas eu tant de, d'impact que ça, je l'ai pas mal vécu. Après bon c'était plus les conséquences du confinement, fin pas voir ta famille, pas voir tes amis, c'était toujours des choses en zoom, mais c'était vrai quoi que c'était, j'ai pas, ressenti plus d'impact que ça quoi fin! Le matin, y'avait moins de monde dans les transports en communs, j'y allais en vélo parce qu'il y avait personne dans les rues quoi! Vie personnelle non, je ne l'ai pas mal vécu fin, non, non!

CH : D'accord et j'ai oublié de te demander par quels moyens tu t'es informé sur le virus?

I7 : A l'époque y'avait, euh, je saurais plus te dire le nom du site exact, mais j pense qu'il y avait « coronaclic » ou quelque chose comme ça, faudrait que je regarde et je pourrais te dire mais y'avait un site où vraiment c'était spécifique par rapport au coronavirus, fin qui expliquait ce que c'était comme virus, les symptômes qu'il y avait et après bah forcément on se mettait au courant avec les dernières recommandations, conduite à tenir, on lisait les informations de l'Agence Régionale de la Santé et du Ministère de la Solidarité et de la Santé, c'était juste par rapport à ça que je m'informais. Et après j'ai une praticienne qui était quand même très regardante sur ça donc à un moment elle m'envoyait des protocoles tout ça, fin!

CH : D'accord et t'en as pensé quoi justement de la façon dont les médecins ont été informés?

I7 : Bah j'trouve qu'ils étaient plutôt bien informés quand même parce qu'on avait souvent des, fin des mises à jour par rapport aux connaissances, y'avait quand même un échange entre mes différents praticiens sur ce qu'ils trouvaient, fi y'avait vraiment un, un échange fin, par exemple

t'avais l'exemple de l'anosmie l'agueusie fin c'était vraiment caractéristique quoi et c'est vrai que tous les praticiens, se disaient « bah M**** il y a beaucoup de patients qui viennent avec ça comme symptôme, y'a peut-être un lien avec l'infection sars-cov2 ». Et ben je dirais qu'il y avait vraiment des, de l'échange sur les premiers retours d'expérience et j'trouve que non vraiment, les documents qu'on avait vis-à-vis de l'ARS et du Ministère de la Solidarité et de la Santé, bah t'avais vraiment des, des informations quand même qui étaient pertinentes et qui nous ont aidés fin donc j'trouvais qu'on était plutôt bien informés. Peut-être qu'après les couacs de communication, bah pareil, c'est pareil partout, c'est vis-à-vis des, des moyens de protections individuels que ce soit les masques que le SHA, fin les surblouses on en avait besoin, fin c'était vraiment plus par rapport à ça, fin on était pas très bien, très bien informés!

CH : Au sein de ton cabinet, y'avait des gros changements?

I7 : Oui y'avait des gros changements, euh, en faite y'avait à chaque fois des plannings, fin des plages de consultations qui étaient sans rendez-vous et enfaite on est passés à tout sur rendez-vous donc ça bah c'était génial parce que tu savais à quelle heure tu terminais quoi! Mais après du coup, oui y'a eu vraiment que des consultations sur rendez-vous et puis après bah si, au niveau organisation du cabinet, fin je vais dire, y'avait vraiment une organisation de la salle d'attente, comme maintenant, c'est resté comme ça, mais t'avais un espace entre les gens, vraiment pour que les gens se croisent le moins possible et tout était sur, sur rendez-vous quoi donc ouais y'a vraiment eu une adaptation par rapport à ça! Après pareil c'était porter ton masque en permanence même si il nous a plus quitté après et puis se laver toujours les mains, aussi toujours mettre du désinfectant, chose qu'on faisait déjà avant mais peut-être pas autant fin pour être honnête! C'est vrai que parfois on mettait pas un coup de désinfectant sur toutes les surfaces entre chaque patient donc c'était vraiment sur la table d'examen à minima! Là on faisait à chaque fois sur les chaises, le bureau, fin c'était plus de précaution, fin de mesure de précaution par rapport aux transmissions via les gouttelettes tout ça fin ouais!

CH : Et toi, à aucun moment tu n'es pas allé en stage? T'as toujours continué à aller en stage?

I7 : Ouais j'y suis toujours allé, ouais j'ai pas eu d'arrêt, non du tout, non du tout!

CH : Très bien! Et quel ont été tes sentiments juste par rapport à tes proches?

I7 : Dans quel sens?

CH : Est-ce? Enfin quand le covid est arrivé qu'est-ce que t'as pensé par rapport à tes proches?

I7 : Par rapport à mes proches, bah c'est vrai que c'était un contexte qui était inquiétant, on savait pas trop ce qui allait nous arriver! Fin je veux dire quand tu regardais coronavirus à la télé, c'était forcément le passage en réanimation et intubation quoi! Bah mes proches, peur qu'ils l'attrapent, j'pensais par exemple à ma grand-mère qui est quand même une dame qui a 85 ans, qui fait de l'hypertension, qui a déjà fait un, un AIT, qui est aussi asthmatique, fin qui est très fragile au niveau bronchique et tu te disais « si ma grand-mère l'attrape, ça va être très difficile quoi », donc à un moment c'était bah, tu leur disais de faire le plus attention possible et oui bien sûr il y avait toujours une crainte qu'ils l'attrapent quoi, ça c'était sur quoi! Après moi je, honnêtement j'ai pas peur de l'attraper, fin j'me posais pas, pas la question, fin on allait au travail et puis voilà, fin tous les jours on voit des virus ou des bactéries, on se posait pas de questions et je me disais le plus important c'est vraiment de soigner les gens, de les aider, moi non je me suis jamais dis je peux peut-être l'attraper, fin je suis quand même exposé mais je suis pas à risque, fin ça ça m'a jamais porté à l'esprit. Fin non j'avais quand même plus peur

pour mes proches quoi fin, qui voyaient des gens et qu'ils l'attrapent! J'avais peur aussi que, que ce soit vraiment une grosse épidémie, qui apportent beaucoup de décès et qu'on perdent aussi, fin je sais pas, des monuments, des personnes de la culture, fin j'sais pas des chanteurs, des écrivains célèbres, des choses comme ç tu vois, c'était une petite crainte par rapport à ça aussi! Non plus de criante quand même pour mes proches quoi c'est sûr mais c'était pas non plus surdimensionné fin, ça m'empêchait pas de dormir non plus fin!

CH : D'acc! Et du coup qu'est-ce que t'éprouves maintenant, face à cette pandémie qui perdure là depuis bientôt 2 ans?

I7 : Beaucoup de lassitude honnêtement parce que, bah comme je suis dans un service de maladies infectieuses, forcément c'est un service avec des lits patients avec le sars-cov2 quoi, donc c'est vrai que, quand j'ai commencé du coup, c'était la deuxième vague et après bah on en a eu plusieurs quoi et c'est vrai que là j'ai vraiment vu une prise en charge qui était différente de celle de ville et ce qui est normal parce que c'était quand même plus du ressort du soins, du soins continus quand même où je devais mettre les patients sous oxygénothérapie à haut débit, ce qu'on appelle de l'optiflow et c'est vrai que si on m'avait dit ça 4 mois avant que j'allais mettre de l'optiflow, jamais je l'aurai cru! C'est vrai que non c'était beaucoup plus anxiogène, fin tu vois des patients vraiment c'était surtout la vague qui a eu lieu au mois de mars et février. J'habite à Dunkerque donc, Dunkerque c'était vraiment un gros cluster et c'est vrai que ça arrivait de partout, fin tous les gens décompensaient en même, t'avais la réanimation qui était pleine, il fallait faire des transferts sur Lille, fin c'était vraiment un truc de malade quand même, c'était très anxiogène de voir les gens qui vraiment se décompensaient très très vite! Et après aussi le côté, bah tu voyais des personnes qui avaient plus de 80 ans et pourtant elles étaient encore autonomes, indépendantes, elles n'avaient pas d'aides au domicile, elles faisaient encore leur vie, et tu savais très bien qu'elles n'iraient pas en réanimation parce que malheureusement il n'y avait pas de place quoi! Tu les voyais se dégrader et mourir fin, ça c'était, ça c'était vraiment le plus dur j'trouve! Donc ouais y'avait vraiment plus ouais 2ème et 3ème vague où bah du coup c'était une autre situation pour moi, une autre prise en charge, beaucoup plus anxiogène! Ça faisait vraiment peur! Et après la maintenant, c'est vraiment, de la lassitude, fin y'en a marre quoi! T'as le sentiment quand même qu'on s'en sort pas, que fin, toujours covid, covid, covid, fin, je veux dire quand tu vois tes amis, quand tu vois tes proches, on parle plus que du virus quoi! C'est, y'a une contagion du virus, fin à tous les niveaux de ta vie quoi, et c'est une lassitude et après, bah c'est fatiguant à chaque fois tous les débats qu'il y a autour, je sais pas les nouveaux variants, avant t'avais les vaccins avec la réticence aux vaccins, les couacs avec les vaccins, t'avais des cas de thromboses, des cas de myocardite quoi! Maintenant des patients qui sont toujours anti-vaccins et qui sont pas sympas quoi, qui sont hospitalisés, fin, c'est fatiguant de se dire que parfois on s'en sort pas, que on a aussi le sentiment parfois qu'on répète à chaque fois les mêmes erreurs et qu'à chaque fois on recommence la même histoire! C'est, non vraiment une lassitude, ce serait bien de, passer à autre chose, même déjà pour notre pratique de voir autre chose, parce que c'est vrai qu'à côté de ça, y'a d'autres pathologies qui ne sont pas prise en compte! Tu vois des blocs opératoires par exemple pour des patients qui sont atteints de cancers ou d'autres pathologies en soit qui sont pas graves mais si ça perdure, ça peut s'aggraver et ça je veux dire ça fait vraiment retard de prise en charge, tu vois parfois des patients polypathologiques chroniques qui sont vraiment dans un état, mais c'est catastrophique quoi! Et c'est vrai que ça c'est un peu, un peu fatiguant, même au niveau de ta pratique, des fois, tu, tu penses plus qu'au covid quoi! Il a de la fièvre, bah forcément c'est du covid quoi, alors qu'il y a plein d'autres pathologies infectieuses, et ça ça peut être dangereux, ça peut jouer des tours quoi! Non vraiment le covid, c'est vraiment plus vraiment un sentiment de lassitude et de ras-le-bol, c'est y'en a marre! Y'en a marre! (Rires).

CH : Et est-ce que tu trouves que ton cursus justement a pu être impacté par le covid? Fin au niveau des apprentissages?

I7 : Moi non parce que vraiment j'étais à la fin de mon internat donc, c'est vrai que la première vague du coup on était à la fin de, de mon 5ème semestre! Après je vais dire l'été j'étais allé en court-séjour gériatrique sur ..., du coup c'était l'été donc y'avait plus de virus, fin limite ça n'existait plus et après ça a recommencé un petit peu vers la fin de mon internat, donc moi honnêtement je vais pas dire qu'il y a eu un impact par rapport à mon cursus, fin moralement, c'est parce que j'étais un vieil interne tu vois mais c'est sûr que pour les autres internes, je pense qu'il y a un impact hein! Je vois très bien les internes qu'on a dans le service, y'en a pendant la première vague, ils étaient aux urgences mais du coup c'était un peu plus calme les urgences, fin sur ..., ils ont pas eu tant d'activité que ça, après bah sur l'été, ils étaient par exemple chez les stages praticiens, donc ça va, ils ont re-eu leur activité normale, après l'activité l'été c'est quand même plus calme en ville! Après bah pareil c'était à nouveau coronavirus! Donc voilà et y'en a qui ont fait des stages en pédiatrie, pédiatrique c'était hyper calme, y'avait pas de coronavirus chez les petits, y'avait aussi moins de, pathologies fin comme des bronchioles, des gastro-entérites parce que les gestes barrières, ça a quand même été efficace ! Ouais j'pense que vraiment pour les jeunes internes, y'a vraiment un impact quoi parce que ils font beaucoup de covid hein quand même! C'est, j'pense que là l'activité en ville quand même, tu dois avoir beaucoup de symptômes bah c'est des rhumes et tu te dis qu'un test PCR, tu penses à covid en premier, fin c'est, et j'pense que tu dois encore rassurer beaucoup de personnes aussi, les aiguiller par rapport au protocole, les tests on les refait au bout de combien de jours et tout ça, fin ça doit, pour moi je ne suis pas dedans mais j'pense que oui, fin vraiment les internes actuellement, t'as vraiment un impact sur leur cursus hein! J'pense, ils ont pas la même, pas la même expérience, pas la même pratique par rapport à ce qu'ils auraient du avoir en temps normal si on avait pas eu cette, cette pandémie quoi! Même les internes, tout ce qui est anesthésie-réanimation, t'as dû l'entendre, mais c'est vrai que eux, ils font plus que du covid quoi, fin... et y'en a qui vont même plus en réa, parce ce qu'ils disent « on voit que du covid, donc on va pas apprendre ce qu'on devrait avoir normalement en réanimation ». Tous les autres patients qui font des gros, fin des gros syndromes, des grosses pathologies, des grosses pathologies aiguës, donc non vraiment y'a un impact pour la formation. Moi je l'ai pas eu, moi j'ai pas à me plaindre tu vois, mais c'est vrai que les nouveaux internes, je comprends que ça doit être pénible, fin...

CH : Ouais c'est sûr! Et est-ce que tu peux m'expliquer, est-ce que le covid t'as apporté des choses négatives et des choses positives?

I7 : Euh, bah choses positives quand même, personnel, bah, choses positives au niveau professionnel, c'est vrai que ben c'était quand même une situation inédite quoi, donc on a quand même pu tester des, comment s'adapter face à ça et comment se, quand même faut y aller quoi, faut se remettre en question, faut aller de l'avant, faut s'accrocher, même si c'est difficile, bah il faut quand même, quand même y aller. Et puis bah tu testes tes capacités d'adaptation, après t'as quand même eu des élans de solidarité, de coopération entre les professionnels de santé quoi, donc c'est vrai que ça c'était vraiment, un vrai plus quand même! Après le, peut-être le point négatif, c'est que j'trouve quand même que la médecine de ville a pas été assez, pas assez mobilisée, fin pas dans le sens où les praticiens ne voulaient pas se mobiliser, les personnels libéraux voulaient pas se, se mobiliser mais par exemple quand j'vois que la vaccination, ça a été fait qu'au niveau des centres hospitaliers, je trouve que ça c'est vraiment dommage parce que la médecine de ville, elle a vraiment un rôle dans l'éducation, la présomption, les praticiens connaissent beaucoup mieux les patients que les praticiens hospitaliers parce que forcément en milieu hospitalier c'est que de l'aigu alors qu'après t'as vraiment une prise en charge chronique. Et ça j'trouve que c'est dommage, on nous a pas assez pris en compte alors que la médecine de ville avait tout à fait quelque chose à apporter par rapport à cette crise et je trouve qu'ils ont pas, pas été assez pris en compte. Donc ça je dirais que c'est un petit peu le point, le point négatif. Après bah le point négatif, on en parlait à

l'instant, bah c'est vrai que c'est toujours covid, covid donc c'est vrai qu'il y a une certaine lassitude, tu ne vois pas les autres pathologies. Après bah le point négatif, peut-être plus au début, peut-être moins maintenant, mais les gens étaient quand même moins regardant par rapport à leur santé. Parce que y'avait quand même une crainte d'aller voir un médecin donc forcément y'a eu des conséquences au niveau de leur prise en charge. Euh, bah après en positif, après c'est vrai que, là je le vois plus par rapport à mon expérience hospitalière, mais c'est vrai que t'as un esprit de solidarité avec les autres médecins, les équipes paramédicales aussi, et c'est vrai que ça, ça porte et ça renforce des liens et après t'as quand même un point positif où on apprend mine de rien des choses, fin c'est, c'est une autre prise en charge, une autre chose, mais t'acquiert quand même des réflexes nouveaux quoi, c'est toujours bon à prendre, et après d'un point de vue personnel, non c'est, ça renforce des liens avec des proches mais c'est déjà des très bons amis donc c'est resté comme c'était quoi! Après négatif, forcément, personnel, je pense c'est pareil pour tout le monde, le fait de pas aller voir un verre avec des amis, le fait qu'au niveau social, t'as quand même des impacts, fin je me souviens, pendant un moment t'avais tout le monde de la culture qui était fermé, et c'est vrai que pas aller à un concert, pas aller à un spectacle, ça me manquait! Après bah forcément, t'as pas le même rapport social, c'est... ça met quand même une période, tu vois vraiment, de voir le visage des gens pour parler, c'est vrai que c'est plus intéressant et après bah tu penses aussi beaucoup aux petits, aux enfants pour eux c'est pas rigolo! Tu vois par exemple, ma soeur elle a des neveux et nièces, et ben elle leur dit depuis qu'ils sont petits, ils ont jamais eu de spectacle de fin d'année, donc c'est vrai que pour eux y'a des conséquences, au niveau je pense de leur, leur bien-être, leur développement, parce que c'est vrai qu'ils voient beaucoup de personnes avec des masques, eux ils sont habitués de voir des gens avec des masques, mais faut pas que ça devienne une habitude, parce que y'aura un impact je pense au niveau relationnel, enfin développement de l'enfant tout ça! Donc, je dirais peut-être que c'est plus le point négatif par rapport au niveau personnel, pas par rapport à moi mais rapport aux personnels des gens, leurs vies entre guillemets, leur développement personnel, fins des enfants surtout! Voilà! Et après, personnel, un peu quand même, des coups de poings dans le dos, fin on était applaudis, fin j'étais pas forcément pour les applaudissements des soignants, aux premières vagues quoi, mais je veux dire qu'après tu vois que les suivantes, on nous accusait que c'était nous qui transmettions le virus, après y'a vraiment eu un, un élan contre le clan médical par rapport aux vaccins, fin tu te dis « ça suffit fin! ».

CH : C'est compliqué oui!

I7 : Un peu d'égoïsme en fait, où tu voyais quand même qu'il y avait tout un élan de solidarité où par exemple tu vois les caissières, elles étaient aussi applaudies, y'avait vraiment des, des gestes de sympathie envers elle, alors que maintenant c'est revenu comme avant tu vois! Les caissières elles ont pas eu de prime, alors qu'elles méritaient tout à fait d'avoir une prime, elles aussi elles étaient en première ligne! Ouais c'est, un peu la bêtise humaine quand même quoi! Y'a toujours un petit élan de solidarité, mais après ça, ça s'estompe vite hein! Par rapport à cette crise sanitaire ouais, c'est ça aussi quoi!

CH : D'accord! J'ai une dernière question, ça va pas forcément s'appliquer à toi, est-ce que à la fin de ton stage de SASPAS, t'as découvert de nouveaux aspects de la médecine générale? J'allais dire que t'appliqueras au futur, mais si tu fais de l'hospitalier pas forcément mais...

I7 : Euh, bah y'avait vraiment un renforcement du lien quand même, le médecin généraliste c'est quand même le premier contact pour un patient en ville ou un patient lambda. Vraiment le premier contact avec le corps médical, et tu ressentais vraiment bah qu'il y avait le, le mouvement « j'ai un souci, j'ai une question à ma santé, par rapport à ce qu'il se passe, bah j'en parle à mon médecin traitant et mon médecin traitant, c'est vraiment, le, un petit peu le

réfèrent par rapport à mon suivi médical et par rapport aussi à ce qu'il se passe au niveau médical ». C'est vrai que, au niveau information, t'entendais tout et n'importe quoi et les patients étaient vraiment perdus, et c'est vrai qu'il y avait vraiment une valeur refuge envers le médecin traitant, par rapport à ce qu'il se passait, ça permettait aussi parfois de recadrer un peu les gens, en disant « arrêtez d'écouter toutes les bêtises qu'on peut entendre dans les journaux, qu'on peut entendre à la télévision », de vraiment se référer à la valeur médicale qui est quand même une valeur sûre, fin sans me laisser des fleurs mais vraiment une valeur de référence au niveau médical et vraiment un gage de confiance quand même! Donc j'trouve que ça a vraiment renforcé cette aspect là et puis beh tu te rends comptes aussi que pour certaines personnes, des personnes qui sont isolées, bah tu prends vraiment conscience que y'avait que le médecin, fin l'équipe paramédicale d'une maison santé, c'était leur, leur seul contact, et leur seul aidant par rapport à ce qu'il se passait quoi! Donc non vraiment la valeur de refuge médical, la valeur de référence médicale par rapport à ça et puis bah après un petit peu je pense au niveau technique, c'est vrai que moi là, la saturation on la prenait jamais avant, alors que maintenant je pense que c'est acquis dans les cabinets médicaux, tu vois beaucoup de médecins qui adressent les patients aux urgences, dès qu'il y a un épisode de saturation, moi j'avoue que ça m'a, ça me serait jamais venu à l'idée de prendre la saturation. T'es peut-être un peu plus protocolaire dans ton examen où vraiment tu regardes les signes un petit peu drapeaux rouges, fréquence respiratoire supérieure à 25 : danger, saturation inférieur à 94% : attention. Donc peut-être un peu plus de rigueur par rapport à ça et peut-être aussi plus de rigueur, par rapport aux gestes barrières fin, comme je te disais vraiment, moi je désinfectais à chaque fois la, le lit d'examen clinique tu vois, mais jamais les poignées de portes, plans de travail où tu poses ton stéthoscope, ton stéthoscope aussi je le reconnais, tu le désinfectes pas toujours et c'est pas bien! Enfin c'était pas bien! Là, vraiment maintenant on a une certaine rigueur par rapport à ça et les patients sont aussi, donc vraiment ouais plus de, plus de rigueur par rapport à ça! Et après ouais ce que j'ai peut-être pas dit tout à l'heure, on a vraiment une notion de suivi, je sais pas si c'est toujours le cas, enfaite on avait fait un tableau Excel au sein de la maison de santé, où la patiente, enfin le patient consultait J1 et à J7 on devait le reconsulter par téléphone, tout ça et tout donc, plus une rigueur par rapport à la réévaluation des patients! Chose qu'on faisait peut-être pas avant pour d'autres pathologies quoi! Après c'est compliqué pour tous les patients, fin c'est toujours la même question de temps, disponibilités! C'est vrai que c'est pas évident, peut-être qu'on a été un peu trop focalisés, trop attentionnés par rapport au covid, et c'est vrai que peut-être que ça on pourrait le faire pour d'autres, d'autres pathologies! C'est vrai que des fois tu vois des patients qui ont une BPCO, qui font une décompensation, y'a des médecins qui le font déjà, qui rappellent pour voir comment ça va mais peut-être qu'on devrait le faire plus systématiquement pour réévaluer un petit peu! Fin peut-être avoir plus de réflexes par rapport au suivi. Après la consultation, voir un petit peu ce que ça donne quoi! J pense que ouais ça a apporté ça au niveau de la pratique!

CH : Très bien! As-tu quelque chose à ajouter?

I7 : Non!

CH : Je te remercie!

AUTEURE : Nom : Ruotte

Prénom : Laura

Date de soutenance : 16 novembre 2022

Titre de la thèse : Ressenti des internes de médecine générale en stage ambulatoire pendant la première vague de pandémie à covid19, étude qualitative auprès des étudiants de DES de médecine générale des Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : [Médecine Générale], [Interne en médecine], [covid19], [ressenti], [émotions], [conséquences].

Résumé :

Contexte : Le 11 mars 2020, l'OMS déclare comme pandémie l'infection à covid19. Les étudiants en médecine du monde entier ont dû faire face à l'arrivée brutale de ce nouveau virus respiratoire. Ayant déjà une santé mentale précaire, il est intéressant de recueillir le ressenti et d'évaluer l'impact de la pandémie sur les internes de médecine générale.

Objectif : Analyser le ressenti des internes de médecine générale des Hauts-de-France sur l'arrivée de la pandémie à covid19.

Méthode : Etude qualitative par théorisation ancrée menée par entretien semi-dirigé auprès de 10 internes de médecine générale en stage ambulatoire pendant la première vague de pandémie à covid19 en mars 2020. Les entretiens ont été retranscrits, codés via le logiciel de codage NVIVO® et réalisés jusqu'à suffisance des données.

Résultats : Le déni a été le premier sentiment face à l'arrivée brutale de la pandémie. Leurs inquiétudes concernaient surtout la crainte de transmettre le virus à leurs patients ou bien de ne pas savoir les soigner correctement notamment à cause du manque d'informations médicales validées. Devant la baisse de leur charge de travail en cabinet, tous ont pu prendre du temps pour soi et redécouvrir des activités oubliées. La qualité de leur formation médicale a été altérée par les enseignements par visioconférence et une pratique moins diversifiée d'autres pathologies. La téléconsultation a modifié les pratiques. L'entraide confraternelle a été appréciée.

Conclusion : Les internes en stage ambulatoire à l'arrivée de la pandémie à covid19 semblaient moins affaiblis mentalement que leurs collègues hospitaliers. Même s'il existe une lassitude liée à l'évolution de la situation sanitaire, ils seraient prêts à affronter une nouvelle crise.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur :

Monsieur le Docteur Philippe PASCAL

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN