



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Ressenti des Médecins Généralistes Maitres de Stage Universitaire au  
décours de la première vague de pandémie à COVID-19**

Présentée et soutenue publiquement le 7 Novembre 2023 à 18:00  
au Pôle Formation  
par **Elie MAZOCKY**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame la Professeur Sophie FANTONI**

**Assesseurs :**

**Madame la Docteur Hélène BRACQUART**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Professeur Marc BAYEN**

---



**Liste des abréviations :**

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative Research

DGS : Direction Générale de la Santé

DMG : Département de Médecine Générale

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

EBM : Evidence Based Medecine

EPI : Elements de Protection Individuelle

MSU : Maitre de Stage Universitaire

N1 : Stage ambulatoire de Niveau 1

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. RESUME</b>                                    | <b>8</b>  |
| <b>II. INTRODUCTION</b>                             | <b>9</b>  |
| <b>III. MATERIEL ET METHODE</b>                     | <b>12</b> |
| 1. Choix de l'étude                                 | 12        |
| 2. Population étudiée                               | 12        |
| 3. Recueil des données                              | 13        |
| 4. Analyse des données                              | 13        |
| 5. Ethique et Conflit d'intérêt                     | 14        |
| 6. Validité scientifique                            | 14        |
| <b>IV. RESULTATS</b>                                | <b>15</b> |
| 1. Population étudiée                               | 15        |
| 2. Bouleversement des débuts de pandémie            | 15        |
| 2.1 Une arrivée brutale et un saut dans l'inconnu   | 15        |
| 2.2 Le manque de matériel                           | 17        |
| 2.3 Diminution d'activité                           | 18        |
| 3. Des angoisses spécifiques                        | 20        |
| 3.1 La peur de ne pas savoir                        | 20        |
| 3.2 Responsabilité de contamination                 | 21        |
| 4. Quel soutien extérieur face à la pandémie ?      | 22        |
| 4.1 Sources d'information                           | 22        |
| 4.2 Multiplicité des informations et contradictions | 23        |
| 5. Etre MSU pendant la pandémie                     | 24        |
| 5.1 Protéger les internes                           | 24        |
| 5.2 Une relation égalitaire et interdépendante      | 26        |
| 6. Quel impact sur les patients ?                   | 27        |
| 6.1 Protéger les patients                           | 27        |
| 6.2 Informer et éduquer                             | 28        |
| 6.3 Altération de la relation                       | 29        |
| 6.4 Retard diagnostique                             | 31        |
| 7. Du positif à retenir                             | 32        |
| 7.1 Entraide professionnelle et solidarité          | 32        |
| 7.2 Une expérience unique                           | 32        |

|  |           |
|--|-----------|
| 8. Changements de pratiques                              | 33        |
| 8.1 Adaptations au cabinet                               | 33        |
| 8.1.1 Renforcement des mesures d'hygiène                 | 33        |
| 8.1.2 Adaptation des locaux                              | 35        |
| 8.2 Adaptation des consultations                         | 36        |
| 8.2.1 Arrêt des consultations libres                     | 36        |
| 8.2.2 Téléconsultation                                   | 36        |
| <b>V. DISCUSSION</b>                                     | <b>38</b> |
| 1. Forces et limites de l'étude :                        | 38        |
| 1.1. Choix du type d'étude                               | 38        |
| 1.2. Population  | 38        |
| 1.3. Recueil des données                                 | 38        |
| 1.4. Analyse des données                                 | 39        |
| 2. Discussion des résultats                              | 39        |
| 2.1 Ressenti du début de crise                           | 39        |
| 2.1.1. Changement de rythme                              | 40        |
| 2.1.2. Santé mentale et COVID                            | 40        |
| 2.1.3. Manque de matériel                                | 43        |
| 2.2. Relation Internes-MSU pendant le COVID              | 44        |
| 2.3. Relation Médecin-Patient durant la première vague   | 44        |
| 2.4. Adaptation des pratiques                            | 47        |
| 3. Proposition d'un modèle explicatif                    | 48        |
| <b>VI. CONCLUSION</b>                                    | <b>51</b> |
| <b>VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>                  | <b>53</b> |
| <b>VIII. ANNEXES</b>                                     | <b>58</b> |
| ANNEXE 1 : Lettre d'information envoyée aux participants | 58        |
| ANNEXE 2 : Guide d'entretien modifiable                  | 59        |
| ANNEXE 3 : Grille COREQ                                  | 60        |
| ANNEXE 4 : Exemple d'un entretien semi dirigé            | 64        |

## **I. RESUME**

**Contexte** : En Janvier 2020, une nouvelle souche de coronavirus, nommée Sars-CoV2 est isolée chez des patients présentant un tableau de pneumopathie sévère. Le 11 Mars 2020, l'épidémie de Sars-CoV2 est requalifiée en pandémie par l'OMS. Les médecins généralistes sont fortement impactés par la pandémie dans leur pratique quotidienne et l'accueil de leurs étudiants.

**Objectif** : Recueillir et analyser le ressenti des MSU du Nord Pas de Calais à l'arrivée de la pandémie de COVID en France et étudier l'impact sur la relation MSU-Etudiant

**Méthode** : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée, réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de 9 Médecins Généralistes MSU exerçant dans le Nord Pas de Calais au cours de la première vague de COVID. Le recrutement se fait par effet boule de neige entre Avril 2021 et Février 2023. Les entretiens sont réalisés jusqu'à saturation des données puis analysés et codés grâce au logiciel NVIVO®.

**Résultats** : L'arrivée de la pandémie est brutale et l'activité au sein des cabinets de médecine générale diminue fortement. Confrontés à manque de matériels, les médecins généralistes adaptent leur cabinet, renforcent les mesures d'hygiène et adoptent de nouvelles pratiques pour continuer à assurer les soins de leurs patients. Malgré le soutien dans cette démarche par les sociétés savantes, les médecins doivent faire face à l'inconnu d'une pathologie émergente et à la difficulté de gérer des informations changeantes. Si l'impact sur la relation avec leurs étudiants est négligeable, la relation médecin malade pâtit de la pandémie, avec pour conséquence un retard diagnostique à l'issue de la première vague. Malgré ces difficultés, les médecins soulignent l'élan d'entraide et de solidarité créé face à une expérience médicale et scientifique unique et originale.

**Conclusion** : La pandémie de COVID 19 touche ainsi fortement le système de santé sous tension dont les médecins généralistes sont les premiers effecteurs. Le vécu rapporté est globalement négatif, avec un impact important sur la santé mentale des praticiens et la relation médecin-malade, malgré la continuité des soins et l'émergence de pratique visant à faciliter les interactions.

## **II. INTRODUCTION**

Connus depuis les années 1960, les coronavirus, de la famille des coronaviridae, forment une famille de virus à simple brin d'ARN, possédant le plus grand génome connu pour un virus à ARN<sup>(1)</sup>. Les particules virales possèdent à leur surface des projections protéiques, qui leur confèrent le forme caractéristique en forme de couronne sous microscopie électronique, à l'origine de leur nom.

Ils forment un groupe d'agents pathogènes responsables de zoonoses notamment chez les mammifères (bovins, félins, canidés, ...) induisant dans la majorité des cas de tableaux entériques.

(2)(3)

Chez l'Homme, le premier coronavirus humain a été isolé au cours d'un cas de rhino-pharyngite saisonnière. <sup>(1)</sup> Aujourd'hui, 6 sérotypes de coronavirus sont connus pour infecter l'Homme. Si la majorité d'entre eux sont responsables de symptômes pseudo grippaux et intestinaux sans gravité, ils ont au cours des dernières décennies étaient responsables de plusieurs phénomènes épidémiques.

Fin 2002, plusieurs cas de détresse respiratoires aiguës sont rapportés dans la province de Guangdong en Chine, puis en Asie du Sud Est et au Canada. <sup>(4)</sup>

Les études épidémiologiques montrent un lien de transmission en rapport avec un professionnel de santé de la province de Guangdong contaminé par un nouveau variant de coronavirus nommé à compter de mars 2003 Sars-CoV. Entre 2002 et 2003, il infectera environ 8000 personnes avec un taux de mortalité de 10%. <sup>(1)</sup>

De même, en 2013, dans le bassin moyen oriental, un nouveau variant de coronavirus est isolé dans les sécrétions bronchiques d'un homme de 60 ans, saoudien, présentant un tableau de détresse respiratoire aiguë terminale associée à une insuffisance rénale aiguë, semblable au tableau clinique décrit en 2003. <sup>(5)</sup> Ce nouveau variant, nommé ensuite MERS-CoV est responsable de l'épidémie qui sévit depuis 2012 au Moyen Orient et en République de Corée, avec selon les séries, un taux de mortalité de 36%. <sup>(1)</sup>

Plus récemment, en décembre 2019, la ville de Wuhan, dans la province chinoise de Hubei devient l'épicentre d'une épidémie de pneumopathie de cause inconnue. <sup>(6)</sup>

En janvier 2020, les scientifiques isolent une nouvelle souche de coronavirus, nommée Sars-CoV2. Les coronavirus ayant pour réservoir habituel plusieurs mammifères dont les chauves souris, l'épidémie est initialement liée au marché aux poissons et animaux exotiques de Wuhan. (7) (8) La transmission interhumaine est cependant rapidement mise en évidence après étude de cluster familiaux et professionnels. (9)

Le SarsCov2 induit, selon une métaanalyse de février 2020, un tableau fébrile dans 90% des cas, associée à une toux (75% des cas), une dyspnée (50% des cas), une myalgie (44% des cas). Environ un tiers des patients évoluent vers une détresse respiratoire aigue, avec un taux de mortalité estimé initialement à 2%. (10)

Dès Janvier 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé alerte sur l'existence d'un foyer épidémique de pneumopathie à SarsCoV2 dans la province de Hubei. (11) Le 14 Janvier 2020, les autorités sanitaires thaïlandaises et l'OMS confirme la présence en Thaïlande d'un malade atteint de COVID-19, premier cas déclaré en dehors de Chine. (12) Fin Janvier 2020, l'OMS répertorie environ 8000 contaminations, réparties entre la Chine et 18 pays des 5 continents. Devant la flambée épidémique et la sévérité clinique des patients, l'épidémie de COVID-19 est requalifiée en pandémie le 11 Mars 2020. (13)

Cette pandémie met à mal les systèmes de santé de nombreux pays, révélant les faiblesse de préparation de gestion de crises épidémiques. Des mesures fortes d'isolement sont nécessaires pour contrôler la flambée épidémique. (14) L'augmentation du nombre de contamination et l'afflux constant de patient pousse la HAS, en mars 2020, à recommander la prise en charge des patients COVID en ambulatoire en France. Les praticiens en soins primaires, et notamment les médecins généralistes, sont donc désormais en première ligne. (15)

La WONCA définit en 2002 la Médecine Générale comme une discipline scientifique spécifique et orientée vers les soins primaires. (16) Elle place le médecin généraliste comme point pivot du système de soins, avec un rôle de coordination vers les autres acteurs de santé. Le médecin spécialiste en Médecine Générale devient des lors habituellement le premier contact avec le système de santé, assurant des soins globaux ouverts (contexte familial, social et culturel) et dans la durée auprès des patients, gérant à la fois l'aigu et le chronique. Il assure en outre la promotion et l'éducation à la santé. (16)

En 2015, le Pr DRUAIS s'appuie sur cette définition pour présenter son rapport sur la place de la médecine générale au sein du système de santé français. (17) Il y met en exergue le rôle d'acteur en

soins primaires du médecin généraliste, permettant d'envisager un accès égalitaire aux soins pour la population. Il reprend alors cette citation du Dr GIET « soigner le plus grand nombre pour des affections moins complexes avec un plateau technique et des frais réduits », en adéquation avec le carré de White.

Ce rôle global est repris dans l'article L.4130-1 du Code de la Santé Publique. <sup>(18)</sup>

Outre son activité de soins, le médecin englobe également un rôle de formation, déjà inscrit dans le serment d'Hippocrate au IV<sup>e</sup> siècle av. JC.

Le rôle de formation pratique, notamment au sein des cabinets de médecine générale devient alors complémentaire du rôle d'enseignement facultaire, permettant de former les futurs professionnels de soins primaires en adéquation avec les compétences du médecin généraliste, la définition européenne de la médecine générale et le Code de la Santé Publique. <sup>(16)(18)</sup>

Cette formation pratique en ambulatoire prend la forme de deux semestres réalisés en cabinets au cours du D.E.S de Médecine Générale.

L'arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales et l'article 17 de l'Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine encadrent le rôle de Maître de Stage Universitaire en Médecine Générale (MSU). <sup>(19)(20)</sup> L'agrément de MSU est délivré par l'ARS si le candidat satisfait aux conditions de délivrance.

Le MSU s'engage par la suite à suivre la Charte des MSU <sup>(21)</sup>, éditée par le Collège National des Enseignants Généralistes, rappelant les obligations déontologiques et pédagogiques du MSU.

Il se forme dès lors un binôme professionnel au cabinet, entre l'Interne de Médecine Générale et de le MSU, assurant la prise en charge en soins primaires des patients.

Le but de ce travail de thèse est de recueillir le vécu émotionnel des MSU de Médecine Générale du Nord-Pas-De-Calais au décours de la première vague de la pandémie de COVID-19 en France.

L'objectif secondaire de ce travail consiste à étudier les modifications de pratiques des MSU et l'impact de la pandémie sur la relation MSU- Interne.

### **III. MATERIEL ET METHODE**

#### **1. Choix de l'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative, menée selon la méthode inspirée de la théorisation ancrée à partir d'entretiens semi dirigés.

Le recours à une étude qualitative est ici justifié par l'étude d'une expérience personnelle, exprimée par des valeurs non numériques.

Développée dans les années 1960 par Glaser et Strauss, la théorisation ancrée vise à produire un modèle explicatif à partir d'un phénomène social touchant une population donnée, permettant d'apporter une information répondant à la question de recherche.

#### **2. Population étudiée**

L'étude a été menée sur la base du volontariat auprès des Médecins Généralistes Maitres de stage du Nord Pas de Calais.

Pour être inclus dans l'échantillon de l'étude, le médecin doit :

- être MSU en janvier 2020
- Être en activité entre janvier 2020 et la fin du recueil des données
- Exercer dans le Nord Pas de Calais

Afin d'obtenir un échantillon reflétant une diversité d'expérience selon la méthode de l'échantillonnage raisonné, l'âge, la durée d'exercice, le milieu d'exercice, ainsi que les pratiques annexes ont été pris en compte.

L'ensemble des caractéristiques des participants est disponible dans le tableau de concordance.

Les MSU ont été contactés par mail ou par téléphone pour brièvement décrire le travail de recherche et conclure des dates d'entretiens. Une note d'information, reprise en annexe (ANNEXE 1) était jointe au mail.

Neuf participants ont accepté de participer à notre étude.

### 3. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué au cours d'entretiens semi dirigés, réalisés en visioconférence via le logiciel ZOOM ® ou en présentiel, selon la préférence de l'interviewé.

Les entretiens ont été menés selon un guide d'entretien composé de cinq questions ouvertes. Il n'a pas été testé avant le début du recueil des données et a pu évoluer au cours des entretiens. Sa version principale est reprise en annexe (ANNEXE 2). Il a permis aux praticiens de s'exprimer librement sur le sujet proposé. Si besoin, des questions de relance ou de précisions plus fermées permettaient de recentrer le sujet.

Les entretiens ont tous été enregistrés sur dictaphone via un smartphone, permettant par la suite une retranscription manuelle ad intégrum des entretiens, adjointe de quelques notes d'attitude non verbale, via le logiciel de traitement de texte PAGES ®.

Les données issues des entretiens ont été entièrement anonymisées. Les praticiens ont été par la suite désignés par la lettre P adjointe d'un chiffre croissant selon la date d'entrée dans l'étude.

Le recueil des données s'est poursuivi jusqu'à saturation des données, soit lorsqu'aucune nouvelle notion n'émergeait au cours de deux entretiens successifs. Neuf entretiens ont été nécessaires pour atteindre la saturation des données.

### 4. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée, afin d'établir un modèle explicatif à un phénomène ou à un évènement.

Le logiciel NVIVO ® dans sa dernière version a été utilisé pour coder et interpréter les données. Un premier étiquetage ouvert, ou micro analyse, a été effectué, ligne par ligne. Le codage axial a ensuite permis de catégoriser les propriétés principales de l'étude, et de modéliser une théorie du phénomène étudié.

Une triangulation des données a été réalisée avec une autre interne de la faculté de médecine de Lille , ayant elle même effectué un travail de recherche qualitatif. Afin de renforcer la validité

interne de l'étude, il y a donc eu un double codage et pour au moins deux tiers des données issues des entretiens.

### 5. Ethique et Conflit d'intérêt

Le chercheur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt au moment de la réalisation de l'étude. La participation à l'étude s'est faite sur la base du volontariat, aucun intervenant n'a été rémunéré au cours de ce travail de recherche.

La Commission Nationale de l'Information et des Libertés, via son représentant auprès de la faculté Henri Warembourg, a donné un avis favorable à la réalisation de cette étude. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2021-76 au registre des traitements de l'Université de Lille. A l'issue de la soutenance, l'ensemble des données recueillies et analysées sera détruit.

### 6. Validité scientifique

Afin de fournir un travail le plus qualitatif possible, fiable et reproductible, la grille COREQ, reprise en annexe (ANNEXE 3) a été utilisée pour la rédaction de ce travail.

## IV. RESULTATS

### 1. Population étudiée

Tableau des caractéristiques des participants

|    | Tranches d'âge | Lieu d'exercice | Durée d'exercice | Pratiques supplémentaires         | Etudiants au cabinet | Sexe  |
|----|----------------|-----------------|------------------|-----------------------------------|----------------------|-------|
| P1 | 50-60          | Semi rural      | 30 ans           | Dyslexie                          | N1-Saspas            | Homme |
| P2 | 30-40          | Urbain          | 7 ans            | /                                 | N1-Saspas            | Homme |
| P3 | 50-60          | Rural           | 23 ans           | Expert fonction publique          | N1                   | Homme |
| P4 | 40-50          | Urbain          | 15 ans           | Gynéco, pédiatrie                 | N1-Saspas            | Femme |
| P5 | 40-50          | Urbain          | 15 ans           | /                                 | N1                   | Homme |
| P6 | 50-60          | Rural           | 22 ans           | Chargé d'enseignement facultative | Externe - N1-Saspas  | Homme |
| P7 | 50-60          | Urbain          | 26 ans           | Addicto-gestion de l'anxiété      | N1-Saspas            | Femme |
| P8 | 50-60          | Semi rural      | 18 ans           | Soins palliatifs                  | SASPAS et externes   | Femme |
| P9 | 40-50          | Semi rural      | 14 ans           | /                                 | SASPAS               | Homme |

Le recueil des données s'est déroulé d'Avril 2021 à Février 2023 auprès de Médecins Généralistes MSU du Nord Pas de Calais. Sur les 29 médecins contactés par mail et téléphone, 10 ont accepté de participer à l'étude, 18 n'ont pas répondu et 1 a refusé par manque d'intérêt pour le sujet. Sur les 10 médecins ayant accepté de participer, 1 n'a pas été retenu pour un entretien puisqu'il n'était pas encore MSU à l'arrivée de la première vague de COVID en France.

Le tableau de concordance ci dessus reprend les caractéristiques des médecins ayant accepté de participer à l'étude.

Le panel de répondants est constitué de 5 hommes et 3 femmes. La durée moyenne d'exercice des participants est de 18,8 ans au moment de l'étude.

### 2. Bouleversement des débuts de pandémie

#### 2.1 Une arrivée brutale et un saut dans l'inconnu

Les premiers cas de pneumopathie à SarsCoV2 touche la ville de Wuhan en Chine en décembre 2019. Dès Janvier 2020, les premiers cas français sont recensés, concentrés principalement en Alsace et autour de la ville de Beauvais.

Bien qu'attendue aux vus de l'évolution de l'épidémie, cette arrivée du COVID en France est vécue comme brutale par plusieurs des MSU.

*P1 : « Quand les premiers cas sont arrivés, ils sont arrivés rapidement dans le Nord, dans les villages limitrophes. [...] Ce qui était loin est devenu d'un seul coup très proche... »*

*P2 : « C'est vrai que les premiers cas, bah, tout c'est chamboulé du jour au lendemain quasiment. »*

Cette arrivée brutale des premiers cas de COVID pousse l'ensemble des praticiens, et donc les médecins généralistes, à prendre en charge une maladie émergente, sans formation préalable.

La gestion de cette notion d'« inconnu » se cristallise alors autour de plusieurs problématiques :

- Poser le diagnostic de COVID

*P3 : « Au début, c'était un peu tâtonnant... Est ce que ça va être une grippette, un petit machin.... [...] Comment est ce qu'on voit ça ? »*

*P6 : « Au début, on avait pas de test. Et l'épidémie a commencé en même temps que la grippe, donc finalement quoi de plus typique qu'un type qui tousse, qui a de la fièvre et des courbatures, qui a le nez qui coule ? Donc on ne savait pas trop où on allait à l'époque !... »*

*P8 : « on savait pas trop où on allait, hein... ça ressemblait à un syndrome grippal mais ça tombait un peu comme des mouches »*

- L'évaluation et l'évolution des formes cliniques

*P1 : « Au début, on savait pas tellement si c'était risqué ou pas. [...] On disait bien que les personnes âgées étaient plus à risque, mais on en était pas sûrs.*

*P7 : « on ne savait pas trop où on allait, ce qui allait se passer, les formes graves chez certaines personnes alors qu'elles auraient pas du en faire. [...] On a essayé de créer une grille de signes qui pouvaient nous orienter assez rapidement »*

- Les caractéristiques intrinsèques du virus

*P6 : « C'est vrai qu'au début, on savait même pas combien de temps le virus pouvait rester les surfaces. Ou s'il restait... »*

La prise de conscience est assez unanime chez les praticiens, face à l'ensemble de ces problématiques, avec des possibilités d'adaptation et de réponse assez limitée dans les tous premiers temps de l'épidémie.

*P7 : « On se rendait bien compte que c'était quelque chose qu'on connaissait pas, et qu'on découvrait un peu au fur et à mesure. On avait conscience que c'était peut-être quelque chose qui nous échappait et qu'on faisait un peu comme on pouvait. »*

## 2.2 Le manque de matériel

Dès les premiers temps de l'épidémie, des mesures barrières et d'hygiène sont mises en place par l'ensemble des répondants afin de lutter contre les contaminations sur leur lieu de travail.

Cependant, devant une demande accrue et subite, de nombreux praticiens déclarent avoir eu des difficultés d'approvisionnement concernant le matériel de protection individuelle.

*P1 : « On était quand même très pauvre en moyen de protection. »*

*P3 : « Au départ, on avait pas grand chose. On disait de porter des masques, mais on en avait pas vraiment, on se débrouillait, on avait réussi à choper des FFP2 à droite à gauche »*

*P4 : « J'avais du gel, mais en fait, j'en avais un, et mes associés en avaient pas donc autant te dire que voilà... [...] J'ai un de mes associés qui étaient allé chez Leroy Merlin, il nous avait acheté des combinaisons tout en un que tu prends pour faire de la peinture.»*

Beaucoup soulignent l'utilisation de stocks (notamment de masques) périmés issus des précédentes épidémies (épidémie de SRAS et épidémie de grippe H1N1) pour lesquelles ils avaient eu la possibilité de constituer des réserves.

*P4 : « Les masques, j'avais les restes de la grippe H1N1 ! (Rires). Donc qui étaient plus que périmés, mais au départ, ça a fait le taff ! »*

*P9 : « On est allé chercher les blouses, qu'on a eu du mal à avoir pq tout le monde se ruait dessus, euh des masques, qu'on a aussi eu du mal à avoir. On a ressorti les masques, les vieilles boîtes de masques qu'on avait, notamment les derniers stocks de la grippe H1N1 de 2009 »*

Seul un médecin parmi le panel interviewé estime avoir été équipé de manière suffisante pour faire face dès l'arrivée du COVID, grâce à une préparation et une anticipation satisfaisante.

*P7 : « On a pas eu du tout à se plaindre de matériels, parce qu'en braves petits écoliers, on avait fait des stocks... (Rires). Ça me semblait faire un peu partie du panel du médecin »*

### 2.3 Diminution d'activité

L'ensemble des répondants rapporte une baisse d'activité brutale en cabinet de médecine libérale à l'arrivée de l'épidémie en France.

P9 : « C'est vrai que d'un seul coup, c'est devenu hyper calme en terme d'activité »

P5 : « De toute façon, nos patients venaient plus trop nous voir, on avait plus grand chose d'autre à faire. »

Les raisons évoquées de cette diminution d'activité sont multiples :

- Mesure de confinement limitant les déplacements des patients

P3 : « Les gens ne voulaient plus bouger de chez eux, pq ils étaient confinés et ne pouvaient venir en gros que si il y avait une pathologie qui était suffisamment grave. [...] On ne voyait que des les gens pour lesquels on ne pouvait pas faire autrement. »

- Diminution des infections et des soins aigus

P6 : « Autant on a pas eu beaucoup d'infectieux à la première vague »

- Volonté propre des patients de ne pas consulter, principalement par peur de la maladie au cabinet et du risque de contamination.

P1 : « Il ne fallait pas voir les patients, et les gens avaient peur de venir... »

P6 : « Ils étaient enfermés chez eux, en ce disant, 'y a un truc qui va arriver, il faut qu'on voit personne !... » »

L'activité s'est donc recentrée sur les patients chroniques et les suivis déjà débutés. L'ensemble des répondants avec une activité de pédiatrie assure ainsi ne pas avoir connu de retard de vaccination ou de suivi pédiatrique.

*P4 : « On a bien dit à tout le monde que le suivi pédiatrique, y avait aucun soucis, suivi gynéco pareil. Honnêtement j'ai pas vu de retard là dessus. [...] Les gens appelaient et demandaient si on était là pour ça, ce qui fait que mes grossesses et mes patients jeunes, les vaccinations, les bilans pédiatriques, je les ai suivis.*

*P9 : « De toute façon, je voyais les chroniques équilibrés tous les 3 mois, j'ai continué pendant la crise. »*

### 3. Des angoisses spécifiques

#### 3.1 La peur de ne pas savoir

La spécialité de Médecine Générale, comme les autres, base sa pratique dans la mesure du possible sur l'Evidence Based Medecine, c'est-à-dire l'utilisation des données les plus actuelles possibles issues de la littérature pour la prise en charge du patient. Du fait même de l'émergence de cette pathologie nouvelle, les praticiens font face dans les premiers temps à des prises en charge sans recommandations établies.

Certains MSU déclarent ainsi avoir été en difficulté face au manque de connaissance concernant la maladie et avoir développé une certaine peur concernant leur compétence à prendre en charge les patients atteints de COVID au début de l'épidémie.

*P1 : « sur les peurs, aussi un petit peu les peurs du type "il faut hospitaliser ? à quel moment? comment ? Faut il les garder chez eux ou pas ?" »*

*P2 : « maintenant que j'y repense, un patient qui était à la limite entre une prise en charge hospitalière et une prise en charge ambulatoire, donc lui était un peu plus stressant que les autres, parce que pour lui on a mis en place une surveillance un peu plus régulière, on l'a vu plusieurs fois, son épouse également... »*

### 3.2 Responsabilité de contamination

Les participants n'émettent pas d'inquiétude concernant leur santé propre ou les risques qu'ils encourent à titre personnel. Ils estiment en effet que ce risque fait partie de la profession de Médecin Généraliste.

*P1 : « La peur de mourrir pour moi, il faut bien que ça arrive un jour, donc c'était pas vraiment une problématique et ça a jamais été une grande peur ! (Rires) »*

*P9 : « Je me suis dit dès le début que ça faisait partie du métier, c'est mon risque ! »*

A contrario, ils évoquent unanimement la peur de contaminer d'autres personnes, que ce soit les patients consultant au cabinet ou bien l'entourage familial.

*P1 : « Mes patients, c'était plutôt la peur de leur refiler. La peur d'être responsable de peut être le refiler quelques chose. Et c'est une peur que j'ai encore aujourd'hui. Je vivrais assez mal le fait de me dire que je leur ai refilé. »*

*P4 : « Très longtemps, ça m'a fait peur de contaminer qui que ce soit. A la limite moi, bah c'est tout, c'est comme ça, mais j'avais peur de contaminer mon entourage. Dès que je rentrais chez moi, mes enfants avaient pas le droit de m'approcher. [...] Ma mère qui vivaient seule, je me mettais dans son jardin, peu importe la température, je me tenais à distance, je pouvais pas, c'était pas possible... »*

Comme la population générale, ils vivent les mesures d'isolement avec pour conséquence une réduction de la vie sociale et de ce risque de contamination, avec les adaptations nécessaires à la vie familiale.

*P3 : « On était plus impressionné par cette ambiance de confinement, avec la démerde pour aller faire du sort, pour pouvoir bouger, pour pouvoir aller boire un coup l'apéro quand même chez les copains, ... »*

*P6 : « J'ai prévenu femme et enfants que je risquais de prendre mes repas seul, que je risquais de dormir dans la chambre d'ami, ... »*

*P4 : « Et en même temps, de toute façon, mes enfants, une fois que j'avais pris ma douche, bah fallait leur faire des câlins, parce que sinon, ça aurait été trop stressant pour eux, donc y a des barrières qu'on laisse tomber... »*

#### 4. Quel soutien extérieur face à la pandémie ?

##### 4.1 Sources d'information

Pour faire face à l'afflux de patient suspects ou atteints de COVID, les praticiens en Médecine Générale reçoivent le soutien de plusieurs instances scientifiques.

L'ensemble des répondants évoquent ainsi la Direction Générale de la Santé (DGS), et l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Hauts-de-France.

*P5 : « J'ai toujours bien suivi les DGS Urgents, que je lisais presque tous les jours. Et je trouve qu'on a eu une aide énorme de l'URPS. »*

*P4 : « J'ai encore sur ma boîte mail une zone d'archive « COVID », donc j'intégrais tous les mails de la DGS, de l'URPS et tout ce qui doit se terminer en S d'ailleurs... J'y ai mis toutes les infos. L'URPS nous a pas mal aidé. Ils ont fait des fiches résumées, c'était vraiment pas mal, qu'on a intégré dans le logiciel métier, on avait plus qu'à cliquer dessus. »*

Elles sont remerciées par l'ensemble des répondants pour le support et la régularité de diffusion des fiches d'information et des recommandations.

P5 : « Ils ont fait un travail énorme de recouplement d'informations les plus scientifiquement éprouvées ou les plus administrativement ou légalement officielles, ce qui nous a permis de nous mettre à jour. Ça demandait une lecture régulière mais voilà quoi, y avait les informations. »

P2 : « J'ai trouvé que c'était plutôt pas mal fait. Euh... Je trouve qu'on avait quand même des informations qui étaient quotidiennes et bien foutues. Et l'info que nous on recevait, je pense qu'elle était assez claire, on pouvait se baser dessus pour travailler.

P7 : « Je pense qu'on a été bien accompagné quand même. J'ai pas eu le sentiment d'être laissé à l'abandon. »

#### 4.2 Multiplicité des informations et contradictions

Cependant la majorité des répondants souligne la trop forte abondance d'informations transmises aux praticiens. Elles sont jugées trop nombreuses et trop contradictoires pour être utilisées facilement. Ils regrettent notamment le caractère pluri-quotidien des communications.

P4 : « J'ai pas géré... (Rires). C'était l'horreur, on recevait 50 pages tous les jours... à chaque fois ils nous disaient "faites attention à..." et là, t'avais tout un listing de pathologies, dont des pathologies dont je n'avais jamais entendu parler !... Donc là, t'es encore plus en difficulté... »

P6 : « On recevait 10-15-20 mails par jour, chacun contre disant le précédant, c'était une machine à laver... [...] Scientifiquement parlant, ça n'allait pas ! L'information que je donnais au patient A était différente de celle que je donnais au patient B, différente de celles que je donnais au patient C... Et la même journée, je donnais 3-5 informations différentes pour la même question ! Et ça m'a vraiment saoulé pour le coup ! [...] Un mail en fin de journée qui collige un peu toutes les infos, oui ! Et tu arrêtes la spontanéité et l'overdose de mail...»

Cette multiplicité des informations, et le caractère conflictuel de celles-ci, peut même être source de stress chez certains des répondants.

P4 : « Et en même temps, c'était hyper anxiogène. J'ai une consoeur, pas du cabinet, qui a fait un burn out de lecture. Elle lisait tout le temps, tout le temps tout le temps tout ce qui était en lien avec la COVID, mais de 6h du mat à 22h le soir. Et je comprends franchement, y avait trop d'information. »

P6 : « A un moment, il y a eu trop de communication, ça a tué la communication quelque part... ça a ajouté une inquiétude inutile, parce que les piliers sur lesquels on a nous l'habitude de nous référer, les sociétés savantes, ... bah, elles pédalaient dans la semoule... »

De nombreux MSU nuancent cependant la critique en reconnaissant le caractère exceptionnel de la situation à laquelle ces instances ont dû faire face.

P7 : « On a été noyé un peu sous pleins d'informations qui semblaient contradictoires à un moment ou à un autre. Mais d'un autre côté, c'est facile de critiquer à postériori. »

P1 : « Je suis ravi de ne pas avoir été ni Ministre ni Directeur Général de la Santé... (Rires)  
Je pense qu'ils se sont retrouvés face à des situations très problématiques. »

Face à ces difficultés, les praticiens conservent un esprit critique et scientifique. Ils recentrent alors la recherche d'informations sur la littérature scientifique et l'EBM, ainsi que sur les expériences des pays voisins, également touchés par la pandémie.

P7 : « Après à nous aussi d'aller chercher un peu partout les infos, dans les revues, et essayer de savoir un peu ce qui se passait. A la fois dans des revues françaises, mais aussi aller voir à l'étranger ce qui se passait, quitte à faire traduire les articles par mes enfants, qui parlent mieux anglais que moi ! (Rires) »

## 5. Etre MSU pendant la pandémie

### 5.1 Protéger les internes

Dans le cadre de leur rôle de MSU, la préoccupation première des répondants est la protection de leurs internes.

Que l'interne en médecine ait ou non des comorbidités à risque, les MSU mettent en oeuvre des mesures allant de l'adaptation des consultations jusqu'au départ transitoire du cabinet afin de ne pas exposer inutilement l'interne au risque de contamination.

*P1 : « Je considérais à tort ou à raison que c'était peut être mieux que ce soit moi qui sois en première ligne que eux. Eux, c'est l'avenir de demain. J'ai demandé à mes internes de ne plus venir pour ne pas prendre de risques inutile. »*

*P4 : « Il avait un petit problème de santé, où au départ, on savait pas si c'était à risque. Donc je lui ai dit 'tu sors, tu te rapproches de la fac, de la médecine du travail, et tu reviens que si c'est safe pour toi.' Et en fait, il est revenu assez rapidement. Moi, j'avoue que j'étais pas sereine, parce que j'aimais pas le fait de mettre qui que ce soit en danger pour, euh... C'est moche ce que je vais dire, mais moi je suis obligée d'être là, alors que l'interne en MedG, c'est pas comme l'interne en milieu hospitalier, il fait pas fonctionner le cabinet. C'est pas que je trouve qu'il était pas nécessaire, mais euh... la balance bénéfice risque me paraissait pas favorable, voilà... Donc dès que j'avais un patient où potentiellement il était COVID, je préférais le faire sortir de consultation. J'avais vraiment peur de le mettre en danger.»*

*P9: « Donc c'est vrai qu'on était un peu stressé avec ça, parce qu'on a notre responsabilité de MSU en ayant des internes au sein du cabinet. »*

En outre, la baisse d'activité justifie pour plusieurs MSU de ne pas solliciter l'interne dans les premiers temps de la pandémie et appuie l'idée de la protection des étudiants.

*P3 : « J'avais dit à mon interne que ça servait à rien qu'il vienne parce que je voyais deux trois patients par jour, et qu'il y avait pas d'intérêt à ce qu'il soit présent pour gérer ça »*

Lorsqu'ils sont présents, tous les internes bénéficient, comme les MSU, des mesures protections disponibles et recommandées.

P3 : « Il est revenu, et on était bien sûr avec les précautions, les masques, les blouses, les lunettes, tout le b\*\*\*\*\*, le gel, ... »

P8 : « Si pour eux, comme pour nous, y a eu l'obligation d'être habillé, d'avoir la blouse, la tenue, ... »

## 5.2 Une relation égalitaire et interdépendante

L'épidémie remet en lumière l'esprit de compagnonnage nécessaire à la relation MSU-Interne.

Au sein de cette relation, le temps de partage d'expérience professionnelle et de vie ainsi que le travail en commun sont mis en valeur face au COVID.

P7 : « C'était bien qu'on soit toutes ensemble. Parce que d'une part, on se sert les coudes, ça permet de travailler en équipe, avec la notion de travailler en équipe qui était assez importante. Et de pouvoir aussi échanger, au niveau effectivement, pouvoir parler ensemble des choses qu'on ne savait pas trop gérer. C'était un échange enrichissant entre un 'vieux médecin qui a l'expérience 'et 'un jeune médecin qui sort des cours et des recos'. Donc travailler en équipe c'était enrichissant, ça a permis de parler, et de pouvoir exprimer ses émotions et son ressenti. C'est important. »

P8 : « C'était un moment d'échange un peu plus important, puisqu'on avait le temps avec moins de patients au quotidien. Donc je trouve que c'était relativement agréable. »

Ils soulignent également la perte de repère du MSU dans sa position « d'enseignant » et l'interne « d'apprenant ». Ce changement de dynamique élabore dès lors une relation plus égalitaire entre les deux pôles du binôme de médecins.

P8 : « Alors, c'est vrai que c'était aussi stressant de ne pas connaître ce qu'on faisait. Donc on avait moins le côté "repère" en tant que MSU. »

P7 : « C'est vrai que ce qui a été compliqué aussi, c'est la perte de repère. Normalement, le sénior c'est plutôt "celui qui sait", et l'interne "celui qui apprend". Là, personne savait... (Rires). Mais ça a aussi montré l'égalité de la relation MSU-Interne, et l'esprit de compagnonnage. On est censé travailler ensemble, et échanger, parce que même pour nous, sinon, ça n'a pas d'intérêt... »

Au total, l'ensemble des répondants estime que l'épidémie n'a pas impacté de manière délétère leur relation avec leurs étudiants. Outre un moment de partage privilégié et l'égalité dans la relation, elle met en lumière le rôle futur de l'étudiant en tant que médecin.

P5 : « Mais ça n'a pas modifié grand chose une fois que les stagiaires sont revenus. On avait déjà une relation très scientifique avec nos stagiaires, des explications de prises en charge qui étaient très carrées dans la mesure des possibilités théoriques et de nos connaissances. Mais en tout cas, on continue de faire le même travail sur l'Evidence Based Medecine sur le COVID comme on faisait sur la grippe ou l'infarctus. »

P2 : « L'interne c'est un jeune médecin comme moi je suis médecin. Ce que je dois faire, il doit le faire également. On est dans le même bateau. Je crois pas que ça ait évolué. »

## 6. Quel impact sur les patients ?

### 6.1 Protéger les patients

Au cours de la pandémie, l'enjeu principal pour les médecins généralistes est de maintenir une permanence de soins permettant d'accueillir les patients dans les meilleures conditions possibles.

Les répondants ont à cœur de protéger leurs patients.

*P6 : J'ai eu l'impression de devoir aller voir certains de mes patients, que je ne voyais et pour lesquels ce n'était pas normal. [...] Je renforçais les visites sur certains de mes vieux patients, que j'avais pas vu depuis longtemps.*

## 6.2 Informer et éduquer

Si les praticiens font face à l'inconnu d'une maladie nouvelle, la population générale elle aussi est confrontée à une situation inédite.

Les médecins doivent alors gérer les angoisses et les questionnements de leur patientèle, concernant la maladie (symptômes, évolution, les règles d'isolement et les cas contact), les mesures d'hygiène et les questions administratives. Ils fournissent alors un travail d'information et d'éducation globale auprès de leurs patients.

*P1 : « J'ai vu des patients arrivés qui me disaient "j'ai vu le pasteur, il avait le COVID, qu'est ce que je dois faire ?". »*

*P3 : « On était quand même pas mal derrière nos ordinateurs, à renseigner les gens. [...] Au niveau du boulot, ça a été longtemps de faire du phoning, et de gérer les choses administratives, "Comment je fais ? Où je me déclare, les arrêts de travail, où est ce que je vais, je suis cas contact, ... " Pendant un bon moment, ça a été une activité qui était très tournée autour de la gestion purement administrative des cas, beaucoup plus qu'une gestion médicale. »*

*P6 : « J'ai aussi enlevé tout l'affichage de la salle d'attente pour ne laisser en place que "Comment se laver les mains ?" "Comment se moucher ?" "Où jeter son mouchoir ?" "Comment utiliser le gel hydroalcoolique ?" La salle d'attente était devenue essentiellement tournée la dessus. »*

Les répondants soulignent également le regard plus scientifique que les patients portent sur leur pratique et les décisions médicales.

P5 : « Ça a enfin permis de faire émerger des considérations plus scientifiques que commerciales dans la prise en charge et les soins des gens, ne pas mettre des sirops et des pschitts dans le nez et des trucs qui servent à rien. »

P6 : « On répondait au maximum avec des critères scientifiques et quand on en avait pas, on le disait. Au moins pour ma patientèle, les patients ont vu en nous un scientifique et pas juste un magicien ou chaman ou un gourou... Ils ont compris qu'on s'appuyait sur des preuves scientifiques pour raisonner. »

Cette prise de conscience s'opère pour les soins aigus au cours de l'épidémie, mais aussi pour les actes de prévention...

P6 : « Par contre, les gens ont de nouveau compris le principe des dépistages par exemple... Frottis, colo, mammo, pendant 2 ans, c'est passé à l'ouest. Là, c'est reparti ! [...] Ils me disent, "l'année prochaine, je me ferai vacciner", alors que c'est pas un discours qu'ils auraient tenu auparavant. La notion "vaccination = protection", je pense qu'elle est rentrée quelque part et elle y reste. »

... et l'organisation des soins.

P3 : « Aujourd'hui, les gens gèrent un petit peu mieux leur bobologie et acceptent éventuellement qu'on ne les voit pas tout de suite quand il y a une petite rhino. »

### 6.3 Altération de la relation

Malgré ces avancées dans l'éducation et la scientificité du patient, les répondants rapportent en majorité une dégradation de la qualité de la relation médecin-malade.

Les mesures d'isolement et protection, nécessaires à la gestion de l'épidémie, représentent un frein à la communication avec le patient.

P1 : « Cet aspect relationnel est quand même très perturbant. On entend mois bien, on ne s'appuie plus sur l'articulation des parlants, on voit moins bien les expressions, ... »

P2 : « l'évidence, c'est le contact humain, c'est le fait qu'avant on serrait la main aux gens, ce qu'on ne fait plus aujourd'hui... »

P5 : « Je soigne des enfants de 2 ans qui ont jamais vu mon visage, j'ai pas mal d'étudiants que je soigne, quand ils enlèvent leur masque pour que je regarde la gorge, je me dis 'ah oui, tiens il ressemble à ça'.. Dans la communication, c'est quand même particulier. »

Dans les suites de l'épidémie, les débats sur le recours à la vaccination entachent les consultations et la relation sur le plus long terme.

P5 : « Un peu mois sympa, c'est les débats scientifiques multiples, l'agressivité au moment des vaccins, et ainsi de suite. Y a quand même eu 6 mois où les relations c'était très tendu, où les gens, même quand ils venaient pour un mal de dos ou une radio de genou, ils venaient nous chercher, nous titiller sur les vaccins. Tout était argument ou occasion, pour certains, de venir chercher la petite bête, discuter, entrer en débat et en conflit sur ces trucs là. »

Les praticiens rapportent, à terme, une exigence accrue des patients conduisant à un ressentiment du médecin envers son patient, mettant à mal la relation de confiance nécessaire à la pratique de la médecine.

P6 : « Y a une évolution, et j'ai l'impression aussi que les gens sont un peu plus exigeants.. Y a une part d'éducation à refaire, on montre qu'on a encore toutes nos dents... »

P7 : « Maintenant, y a un espèce de ressentiment où on se rend compte qu'ils ont oublié tout ce qu'on a fait pour eux et ils ont la mémoire courte. Quand ils nous regardent comme si on était débile quand on demande de mettre du gel et un masque quand ils arrivent au cabinet, c'est exaspérant. [...] C'est peut-être un peu plus personnel, mais ils comprennent pas notre épuisement. J'ai moins de patience, je pense. j'aimerais bien que mes patients, qui me connaissent bien depuis le temps, quand ils me disent "vous avez l'air fatiguée", bah c'est pas juste un air (rires). »

#### 6.4 Retard diagnostique

Conséquence de ces modifications dans les rapports entre praticiens et patients, et malgré la volonté de poursuivre les suivis réguliers, les médecins déplorent majoritairement des retards diagnostiques à l'issue de la première vague de COVID.

P4 : « Franchement, c'était dur. Des patientes qui sont arrivées en disant "j'ai senti un truc y a 3 mois..." j'avais jamais eu ça... Là, vraiment, j'ai eu des choses... J'en ai une qui a récidivé sur une néo du sein d'emblée métastatique, à 35 ans, c'est pas possible... Juste parce que ça avait attendu... »

P6 : « Les gens n'appelaient pas et on allait pas à l'hôpital parce que là bas "y a plein de malade et on veut pas mourir". Donc ils préféraient être sur un fauteuil roulant que sur un lit de mort... Donc compliqué ! J'ai eu des décès de patients suite à cela... C'est à dire que quand ils sont venus avec le problème de santé qu'ils avaient déjà depuis quelques mois, bah le bilan faisait que c'était cuit déjà... »

Ces retards diagnostiques et de prise en charge interviennent dans un système de santé déjà en crise, avec un délai incompressible pour les examens complémentaires, et l'absence de recommandations pour une prise en charge tardive, mettant d'autant plus les praticiens en difficulté.

P4 : « En plus, là, comme c'est pas des cas de figures habituels, le patient on sait qu'il a du faire un IDM y a 2 semaines, tu sais plus par quel bout prendre la prise en charge... Tu vas pas l'envoyer aux urgences, mais en même temps, y a quand même un peu de taff à faire, et quand t'appelles le cardio, il te croit pas ! (Rires.) Normal hein ! (Rires.) »

P6 : « C'était aussi une période où on a fait une période de rattrapage de plein de choses et on a eu aussi des délais pour avoir les examens complémentaires par rapports aux délais normaux. Donc on a eu ce double offert pervers »

## 7. Du positif à retenir

### 7.1 Entraide professionnelle et solidarité

Au décours de l'arrivée du COVID, les praticiens sont nombreux à noter et remercier l'élan de soutien et de solidarité professionnelle et interprofessionnelle qui s'est mis en place.

Il se traduit de manière concrète par le prêt de matériel mais aussi, notamment au sein des cabinets de groupe par un soutien moral face à l'épreuve de la pandémie.

P4 : « Sur le plan pro, on a vraiment de la chance. On est dans un cabinet, où on s'épaule vraiment beaucoup. On a aussi rigolé, on a fait des blagues, heureusement qu'il y avait ça d'ailleurs. Mais c'est pour ça que c'était vraiment chouette d'avoir mes associés au cabinet. Je me suis dit moi j'ai la chance de sortir de chez moi d'aller au taff, de me sentir utile, ... »

P6 : « On a vécu des choses très belles, des mouvements de solidarité vraiment très beaux. Y a des vétos qui m'ont apporté des tenues de blocs à usage unique. »

P8 : « Je suis même allé chercher des masques chez un ami dentiste, qui de toute façon ne travaillait pas. Donc il m'a fourni une partie de son stock, que je lui ai rendue ensuite quand on a pu en avoir... (rires) »

### 7.2 Une expérience unique

Un des praticiens interrogés rapporte avoir anticipé l'irruption d'un possible phénomène épidémique dans notre quotidien.

*P5 : « Ça faisait des années que je répétais à mes amis et proches qu'un jour on aurait une épidémie. Y a pas de raisons. Y'en aura encore, donc c'est quelque chose auquel je suis préparé, je me dis qu'il y en aura encore... »*

Pour les autres participants à l'étude, la pandémie constitue plutôt une surprise. Malgré les difficultés rencontrées, elle fournit aux praticiens une opportunité intellectuelle et scientifique perçue positivement.

*P7 : « C'était quand même super intéressant, faut pas le nier. C'était quand même une nouvelle maladie, et on est médecins... Le nez qui coule, de temps en temps, on en a un peu marre quoi... (Rires). Donc un nouveau truc, c'était quand même un peu excitant. Je crois qu'au début, c'était vraiment intéressant et le côté nouveau à essayer de comprendre, à essayer de chercher, à essayer d'évaluer... Je vais pas dire que c'était bien, il faut pas dire ça, mais c'était intéressant d'un point de vue médical.*

## 8. Changements de pratiques

### 8.1 Adaptations au cabinet

#### 8.1.1 Renforcement des mesures d'hygiène

Les participants interrogés déclarent unanimement avoir renforcé les mesures d'hygiène déjà en place dans leur pratique quotidienne, dès l'annonce des premiers cas de COVID en France.

*P1 : « Je leur demande, et à moi même aussi, de faire beaucoup plus attention à l'hygiène maintenant qu'avant. Y a pas photos. Je suis un peu casse pied, mais nettoyer entre chaque patient, ... »*

Ces mesures ont pour objectif une double protection : celle du médecin et du patient.

Elles concernent à la fois :

- l'hygiène manuportée du praticien et du patient

*P3 : « On s'est équipé au cabinet, chose qu'on avait pas avant, en distributeur de gel hydro alcoolique, de savon, de sopalin, ... Avant on était un peu "va comme je te pousse" là dessus. »*

*P4 : « Un de mes internes avait trouvé un désinfectant spécial portable pour pas qu'on ruine son téléphone mais en même temps le nettoyer vu qu'on le colle tout le temps sur soi. »*

- mais aussi des modifications dans les habitudes vestimentaires du médecin, notamment le port de la blouse, unanimement évoqué.

*P8 : « Moi je me changeais complètement pour travailler, je me changeais avant de repartir et je mettais les vêtements du cabinet dans un sac fermé que je mettais à part, à la maison, on se déshabillait complètement en arrivant »*

*P7 : « On a ressorti les blouses, les sur blouses, ... [...] Et puis on avait les gestes de bon sens : cheveux attachés, pas de bijoux, ... »*

Ces mesures de renforcement de l'hygiène sont rendues possibles par l'espace temporel des consultations dans le planning des médecins dû à la diminution du rythme de travail.

*P2 : « Ce qui a eu pour principale conséquence un allongement des consultations (pour chaque patient), un travail plus calme, plus dans la durée, ce qui a permis assez naturellement d'espacer les consultations et de permettre une sorte de nettoyage entre chaque consultation »*

Les participants estiment que ces mesures seront pérennes au sein de leur cabinet.

*P2 : « C'est quelque chose qui restera certainement plus, ce côté hygiène et renforcement des mesures d'hygiène »*

### 8.1.2 Adaptation des locaux

Couplée au renforcement des mesures d'hygiène, les participants rapportent avoir modifié la conformation de leur cabinet afin de recevoir les patients dans des conditions sanitaires les plus sécuritaires possibles.

Dans la majorité des cas, la réponse proposée est la séparation de la salle d'attente en deux zones distinctes « Patients infectés ou à risque de l'être » et « Patients non infectés », assortie dans les deux cas de mesure d'éloignement physique.

*P7 : « On avait séparé la salle d'attente en deux, en mettant des panneaux, avec dans un coin les gens suspects d'être infectés et d'un autre les gens qui n'étaient pas suspects. »*

*P6 : « Au niveau de la salle d'attente également, tout ce qui était livres, revues, prospectus, tout ce qui pouvait trainer, y avait plus rien. J'avais une dizaine de chaises, j'en ai laissé deux. »*

*P3 : « on avait retiré des chaises pour respecter un espace suffisant entre deux patients. »*

Certains praticiens prennent la mesure plus radicale de fermer la salle d'attente aux patients.

*P1 : « Il n'y avait plus de salle d'attente. Donc mes pauvres patients attendaient dehors. »*

*P9 : « On a stoppé l'entrée directe des patients au cabinet. Au départ les gens attendaient dehors, il se trouve qu'ils faisaient beau donc voilà... »*

Deux répondants parmi les participants ont la possibilité d'organiser au sein de leur cabinet un local dédié aux patients COVID ou suspects.

*P4 : « Ça, on a tout bâché. C'est devenu une espèce de salle façon Fort Knox, et on l'a transformé en salle COVID. Dès qu'on avait un patient suspicion COVID, on l'examinait là. »*

*P5 : « J'ai loué le bureau d'en face qui était vide, je l'ai aménagé, on avait et notre bureau classique et un bureau COVID. »*

## 8.2 Adaptation des consultations

### 8.2.1 Arrêt des consultations libres

Afin de minimiser les risques d'exposition des patients et un possible brassage viral au sein des cabinets, les praticiens concernés arrêtent le recours à la consultation libre. L'ensemble des répondants déclare désormais ne travailler que sur rendez-vous.

*P6 : « Donc pour éviter les clusters de salle d'attente, déjà, j'ai arrêté les consultations libres »*

### 8.2.2 Téléconsultation

La mise en place de la téléconsultation est unanimement évoquée par les participants comme réponse à la crise sanitaire.

Tous la pratiquent dans les premiers temps de l'épidémie, certains de manière exclusive.

*P1 : « Pendant la première vague, je suis passé en téléconsultation totale. La première semaine, je n'ai vu aucun patient physique. »*

Deux praticiens du panel pratiquent la téléconsultation avant l'arrivée de la pandémie en France, un autre a pour projet de s'y former à l'irruption des premiers cas.

*P5 : « Je m'étais dit dès que c'est sorti qu'il pouvait y avoir un petit peu de chance... Donc dès que c'est sorti, environ 6 mois avant tout ça, je m'y suis intéressé, j'ai vu comment on pouvait faire, j'en ai fait quelques unes. »*

*P4 : « On s'était déjà dit qu'on allait passer à la téléconsultation, c'était un projet pour l'année 2020. »*

Les avis sur la téléconsultation sont partagés. Bien que souvent hésitant à l'instaurer, la pratique de la téléconsultation est globalement poursuivie par les praticiens au cours de la pandémie. Le manque de contact est souvent mis en avant par les répondants.

Au jour de la rédaction, un seul des participant déclare ne plus avoir recours à la téléconsultation dans sa pratique quotidienne.

*P6 : « J'en fais pas tous les jours, mais j'en fais toutes les semaines maintenant. Est ce que j'aime bien, oui et non. J'aime pas pqq j'examine pas. »*

*P7 : « Je suis pro téléconsultation. Je trouve que c'est un outil extraordinaire. [...] Avec la mise en place d'outils plus faciles, notamment, la plateforme de l'URPS PREDICE, qui est vraiment un bel outil et qui pour moi est vraiment l'outil idéal, parce qu'on garde la main, si on a une demande, on peut voir si c'est faisable ou pas. »*

*P8 : « J'en faisais pas du tout avant, et je fais plus. Je trouve ça impersonnel, j'aime pas du tout cette pratique. Ça a duré juste le temps de la première vague. »*

Dans un système de santé en crise, et en adjonction de la téléconsultation, les participants évoquent également le recours facilité et plus spontané à la téléexpertise.

*P4 : « Se sont développés en parallèle d'ailleurs, j'en ai pas parlé, des systèmes de téléexpertise, et donc, j'ai un de mes associés, sur les deux ans, il s'est formé à la dermatoscopie, et donc maintenant on fait de la téléexpertise dermatologique dans le cabinet. »*

## **V. DISCUSSION**

### 1. Forces et limites de l'étude :

La scientificité de ce travail de recherche présente des forces et des faiblesses. Elles sont reprises par la suite à l'aide d'une grille de relecture COREQ <sup>(22)</sup>, dont une copie est jointe en annexe (ANNEXE 3).

#### 1.1. Choix du type d'étude

L'objectif de ce travail était de recueillir le ressenti des MSU à l'arrivée du COVID en France. Ces données sont par nature subjectives et non chiffrables. Elles correspondent à l'étude de processus sociaux expérimentés par une population donnée. <sup>(23)</sup>

Le recours à une étude qualitative selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée est donc justifié.

L'investigateur pour ce travail est novice en recherche qualitative. Il réalise son premier travail de recherche en théorisation ancrée. Un biais de mesure est donc possible.

Le travail préparatoire en amont de la recherche et l'utilisation de référentiels validés par le Collège National des Enseignants Généralistes et le GROUMF permettait à l'investigateur de suivre une méthodologie fiable pour la réalisation de ce travail. <sup>(23)</sup>

#### 1.2. Population

La population étudiée n'était pas connue de l'investigateur avant la réalisation de l'étude.

Le recrutement s'est fait selon un échantillonnage théorique, en boule de neige. Cependant, l'effet boule de neige s'est interrompu deux fois au cours du recrutement. Il s'est poursuivi jusqu'à atteindre la suffisance des données.

#### 1.3. Recueil des données

Les participants avaient le libre choix de réaliser les entretiens en visio-conférence ou en présentiel. Les entretiens ont eu lieu dans un endroit calme, dans un environnement connu du participant. La

réalisation d'entretiens individuels est justifiée par le sujet de recherche qui touche à l'intime des participants. L'investigateur maintient un contact visuel constant au cours des entretiens et garantit l'anonymat concernant les réponses obtenues. Le guide d'entretien (ANNEXE 2) se base sur des questions ouvertes permettant l'expression la plus libre possible des participants. L'ensemble de ces éléments créent un climat propice à la discussion et à l'échange.

La durée moyenne des enregistrements de 24 min et 12s témoigne de la force des entretiens.

Les entretiens réalisés font appel aux souvenirs des participants. Il peut donc exister un biais de mémorisation.

Cependant, le sujet de recherche fait référence à une situation exceptionnelle concernant le système de santé et ses acteurs. Les participants ne mentionnent par ailleurs pas de difficulté de rappel au cours des entretiens.

#### 1.4. Analyse des données

L'analyse des données issues des entretiens est réalisée par l'investigateur selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée, grâce au logiciel NVIVO®.

Par essence, l'analyse en recherche qualitative est subjective, soumise à l'interprétation de l'investigateur.

Afin de maximiser l'échange et la confrontation des données, une triangulation des données est réalisée pour deux tiers des entretiens avec une interne en médecine générale de la faculté de Lille ayant une expérience en recherche qualitative. <sup>(23)(24)</sup>

## 2. Discussion des résultats

### 2.1 Ressenti du début de crise

Le médecin généraliste constitue le médecin de premier recours et joue un rôle prépondérant dans la prise en charge des patients au cours de l'épidémie de COVID. Il assure le soin en dehors de la structure hospitalière en prenant garde de ne pas la surcharger. <sup>(25)</sup>

Cependant, au cours de cette crise sanitaire, le médecin a fait face à de nombreuses difficultés.

### 2.1.1. Changement de rythme

Dans notre étude, le bouleversement premier évoqué par les répondants est la chute brutale de l'activité de consultation au sein des cabinets, unanimement évoquée au cours des entretiens.

Au mois d'avril 2020, la DREES a effectué une enquête sur l'exercice des médecins généralistes en période COVID. Pour les médecins exerçant pendant la période d'intérêt, la charge de travail diminue, avec une baisse de 13 à 24 % de l'amplitude horaire, soit 7 à 13 heures de moins par rapport au volume horaire hebdomadaire habituel. <sup>(26)</sup>

De même, une étude de la revue épidémiologique de santé publique comparant les données en région Provence Alpes Côtes d'Azur entre 2019 et 2020 objective une diminution de 23% d'activité des médecins généralistes libéraux au cours du premier confinement. <sup>(27)</sup>

Ces chiffres sont corroborés par l'étude menée par Tuppin et al. Cette étude rapporte une chute de 34% du nombre de personnes ayant au moins une consultation chez un médecin généraliste au cours du premier confinement de l'année 2020. <sup>(28)</sup>

Cette diminution globale de la consommation de l'offre de soins pousse le Ministère des Solidarités et de la Santé, en collaboration avec l'agence Santé Publique France, à émettre un communiqué de presse enjoignant la population à poursuivre les suivis chroniques entrepris et à consulter en cas de problèmes de santé aigus. <sup>(29)</sup>

### 2.1.2. Santé mentale et COVID

Le caractère exceptionnel de l'épidémie de COVID 19 met à mal l'organisation d'un système de santé français déjà sous tension, créant un contexte de travail potentiellement anxiogène.

Dans leur étude du Journal of the American Medical Association, Shanafelt et al. objectivent, au cours d'entretiens ouverts avec des professionnels de santé, sept sources d'angoisse potentielles : problématiques d'accès aux éléments de protection individuelle, exposition et risque de contamination des proches, incertitude concernant la prise en charge des patients COVID, inquiétude concernant les capacités de travail en cas de redéploiement, manque d'accès à des

informations à jour, manque de test, craintes organisationnelles sur le plan familial. <sup>(30)</sup> Les mêmes craintes sont évoquées dans la méta-analyse d'El Hage et al. concernant l'évaluation des risques pour la santé mentale des professionnels de santé face au COVID 19, dans un contexte de réorganisation du système de santé et donc d'un nouvel environnement de travail. <sup>(31)</sup> Ces inquiétudes sont synthétisées en 3 grands groupes par Frenkel et al. : peur de transmission (principalement centrée vers les proches), interférence entre travail et vie privée (et notamment le manque de support dans contexte de diminution de vie sociale), incertitude et manque de connaissances. <sup>(32)</sup>

Si les répondants dans notre étude ne verbalisent pas directement d'anxiété, ils abordent cependant l'ensemble des items évoqués dans les études citées ci-dessus.

La crainte d'une contamination des proches et des collaborateurs constitue le point central des considérations des médecins interrogés dans notre étude. Tous comme dans la littérature, les répondants évoquent peu leur propre risque de contamination.

De même, la crainte face à l'inconnu est reprise plusieurs fois au cours des entretiens.

Cette situation est potentiellement anxiogène, mais également à risque de créer des épisodes dépressifs, voire des troubles du stress post traumatique, comme il a pu être mis en évidence lors de pandémies précédentes. <sup>(31)</sup>

La santé mentale des médecins en France est un sujet de plus en plus abordé. Si la situation était déjà évoquée avant la crise, la pandémie de COVID 19 détériore la santé mentale des médecins.

Selon une étude réalisée en avril 2020 concernant les médecins généralistes en France, 49 % des répondants confient présenter des symptômes anxieux invalidants au décours de la première vague.

<sup>(33)</sup> Ces chiffres sont à mettre en regard de ceux de la population générale : 13.5% de syndrome dépressif chez les 15 ans et plus et 15% de troubles anxieux, en mai 2020. <sup>(34)</sup> <sup>(35)</sup>

Ces éléments de santé mentale se reflètent sur le sentiment de préparation face à l'épidémie. Les répondants à notre étude verbalisent faire face à l'inconnu, ils confient ne pas savoir à quoi s'attendre à l'arrivée des premiers cas dans leurs cabinets.

Ce sentiment est partagé par les répondants de l'étude de Guerisi et al. où seuls 40% des médecins français interrogés estiment être prêts pour faire face à l'épidémie. <sup>(36)</sup>

Le point central d'inquiétude concerne les informations reçues par les médecins au cours de la pandémie.

Les médecins de notre étude évoquent ainsi unanimement la difficulté de gérer une information jugée comme trop abondante et contradictoire. S'ils déplorent le manque de synthèse, ils remercient cependant largement les services des URPS et de la DGS pour les informations transmises, informations qu'ils complètent par la lecture de la littérature scientifique.

Cette difficulté est partagée par les praticiens en France et à l'étranger. L'analyse des scores d'anxiété et des verbatims concernant des médecins français objective la difficulté de gestion des informations comme la principale source de stress pour un tiers des répondants. Là aussi, les informations sont jugées comme trop vagues, contradictoires et trop changeantes. <sup>(33)</sup> Les informations émanent, tout comme pour nos participants, de mails des sociétés savantes, des autorités de santé, des sites d'échanges professionnels et de la littérature scientifique. <sup>(25)</sup> <sup>(36)</sup>

Il est intéressant de noter qu'aucun des répondants à notre étude ne mentionne le site Coronaclic, mis en place par le Collège de Médecine Générale afin de centraliser une information référencée et pertinente. <sup>(38)</sup>

La littérature met en évidence le sentiment d'isolement des médecins généralistes dans un système jugé comme hospitalo-centré. <sup>(33)</sup> De même, les médecins libéraux étaient plus sujets au stress que leurs homologues hospitaliers au décours de la première vague. <sup>(32)</sup>

Ainsi, le ressenti global des répondants à notre étude est en adéquation avec le ressenti des médecins de France, libéraux ou hospitaliers, mais également à l'étranger.

Pour faire face à ces difficultés, les participants évoquent l'importance du travail en équipe, du support des collègues et des proches.

Ces méthodes adaptatives sont mentionnées dans les études sus-citées. <sup>(32)</sup>

L'importance de l'accès à des cellules d'écoute et de soutien est mis en exergue par la situation épidémique. Dans ce contexte, la World Psychiatric Association publie un avis en faveur de cellules d'écoute et d'intervention de professionnels de la santé mentale auprès de leurs collègues impliqués dans la gestion de la crise de COVID 19. <sup>(39)</sup>

Ces considérations interviennent alors que les médecins libéraux forment une des catégories professionnelles non soumises à l'obligation de suivi par les services de santé au travail. <sup>(40)</sup>

### 2.1.3. Manque de matériel

Point central d'inquiétude, le manque d'équipements de protection individuels, notamment de masques, est largement rapporté durant les entretiens. Plusieurs MSU confient avoir utilisé des lots de masques périmés, issus des stocks de l'épidémie de grippe H1N1 de 2009. Parmi les répondants, seul un praticien affirme avoir anticipé suffisamment l'épidémie et n'avoir jamais manqué de matériel de protection.

En avril 2020, Tabah et al. réalisent un sondage international auprès de professionnels de santé en Unité de Soins Intensifs, dont la majorité sont européens. Parmi les répondants, 52% affirment qu'au moins un élément de protection individuel est manquant au cours de la prise en charge des patients, le masque étant l'élément le plus souvent absent. 30% des participants affirment avoir recours à la réutilisation d'éléments de protection à usage unique, dans ce contexte de manque de matériel. <sup>(41)</sup>

Dans leur étude réalisée durant la première semaine d'avril 2020, Savoia et al. objectivent que seuls 13% des médecins italiens interrogés disposent de matériel de protection suffisant à chaque fois qu'ils en ont besoin. Le masque est l'élément le plus souvent manquant (56% des réponses) suivi des surblouses de protection (44% des réponses). <sup>(42)</sup> Cette étude souligne en outre que les médecins de premier recours interrogés sont moins susceptibles d'avoir accès aux éléments de protection individuelle.

Ces chiffres à l'étranger sont concordants avec la situation en France au mois de Mars 2020. En effet, le CNGE a mandaté une enquête nationale afin de dresser un état des lieux en début de crise COVID. Celle-ci estimait qu'au cours de la deuxième semaine de Mars, 14% des médecins généralistes en France ne disposaient d'aucun masque dans leur cabinet. Seuls 21% des médecins disposaient de surblouse de protection. <sup>(25)</sup>

L'absence de formation concernant les éléments de protection n'est pas discutée dans notre étude. Cependant, dans les deux études sus-citées, elle constitue un point majeur de réflexion dans l'utilisation de ces éléments. Dans l'étude de Tabah et al., moins de la moitié des interrogés sont confiants dans leur technique d'utilisation et 5% ne sont pas confiants du tout. <sup>(41)</sup> Dans l'étude italienne, seuls 25% des médecins interrogés estiment être satisfaits de la qualité des informations transmises concernant les éléments de protection. De même, les médecins de premier recours

estiment avoir moins accès à des informations jugées comme pertinentes concernant les éléments de protection. <sup>(42)</sup>

Ces chiffres soulignent l'importance d'une gestion anticipée des stocks de matériels de protection individuelle, tant au niveau local par les médecins eux-mêmes pour la pratique libérale, qu'au niveau national par la mobilisation de stocks gérés par l'Etat.

Ils mettent également en exergue la nécessité d'une formation des professionnels de santé à l'utilisation de ces matériels, notamment pour les médecins généralistes, plus souvent isolés que leurs homologues hospitaliers, et souvent sollicités en tant que premier maillon de la chaîne de soins en France.

## 2.2. Relation Internes-MSU pendant le COVID

Dans notre étude, la population étudiée comporte uniquement des MSU. Pour les participants, l'impact du COVID sur la relation avec leurs étudiants est négligeable. Ils considèrent l'interne comme un futur praticien, dans une relation de plus en plus égalitaire à mesure de la progression de l'interne dans son cursus. Plusieurs soulignent la perte de repère classique du Médecin Sénior « sachant » et de l'Interne « apprenant », dans ce contexte de pathologie nouvelle. L'interdépendance des deux pôles du binôme est dès lors encore plus mise en avant, dans une relation de partage et d'entraide qui profite à tous. L'ensemble des participants a à cœur au début de la pandémie d'assurer une protection suffisante de leurs étudiants.

La littérature existante fait peu état de l'impact du COVID sur la relation MSU-Interne.

Le pendant de notre travail de recherche, soutenu à Lille par le Dr Laura RUOTTE, étudiant le ressenti des Internes en Médecine Générale au cours du COVID, souligne lui aussi le partage d'informations et le soutien que chacun des deux intervenants apporte, enrichissant mutuellement la relation. <sup>(43)</sup>

## 2.3. Relation Médecin-Patient durant la première vague

Les répondants dans notre étude rapportent souvent une impression de détérioration de la relation praticien - patients. Celle-ci s'inscrit dans une difficulté d'accès au soin ressentie au cours de la

crise COVID, amenant un sentiment d'agacement et d'exigence de la part de la population à l'encontre des praticiens.

Cependant, une bonne relation médecin - malade reste nécessaire à une prise en charge efficace des utilisateurs du système de santé via une décision partagée, une compliance et une adhésion aux soins optimisées.

La pandémie de COVID a limité l'accès aux soins primaires. <sup>(44)</sup> Les patients disent se sentir moins supportés par le corps médical, et évoquent le sentiment de « fardeau » qu'ils pourraient faire porter à un système de santé surchargé s'ils venaient à consulter en pleine épidémie. Cette notion est évoquée à plusieurs reprises dans les entretiens de notre travail de recherche. Cette modification dans l'utilisation du système de santé s'accompagne parfois de fausses croyances concernant la fermeture des cabinets ou une activité exclusivement centrée sur le COVID, au plus fort de l'épidémie. <sup>(45)</sup>

Si la poursuite des soins au cours de la crise témoigne de la confiance des utilisateurs envers le système et les professionnels de santé, les changements dans les habitudes de soins soulignent souvent la peur de contracter la maladie. Ces dégradations dans la relation de soins sont alors à mettre en parallèle des tensions ressenties et des violences subies par les praticiens, rapportées dans plusieurs pays. <sup>(46)</sup>

Les difficultés relationnelles entre médecin et patient s'articulent principalement autour des éléments de protection et du masque. Les répondants dans notre étude évoquent souvent la difficulté à ne pas voir le visage de leurs patients, et les difficultés de communication inhérentes au port du masque. S'il est bien entendu nécessaire pour limiter la propagation du virus, le masque diminue la compréhension orale et la communication non verbale entre les deux parties. <sup>(46)</sup> Lorsque le patient peut voir le visage de son interlocuteur, les explications données sont jugées comme plus claires, la confiance dans les décisions prises par le praticien est renforcée et l'empathie du praticien est jugée comme plus importante. <sup>(47)</sup>

Afin de limiter les conséquences de cette dégradation de relation, l'enjeu pour les médecins généralistes est de maintenir un contact proactif avec leurs patients, notamment les plus vulnérables. Dans leur étude réalisée en Mai 2020, Bouchez et al. estiment que 74% des médecins interrogés mettent en place au cours de la première vague des techniques de maintien de contact avec les patients les plus fragiles. <sup>(48)</sup> Il est intéressant de noter que les MSU et les médecins exerçant en

maison de santé pluri disciplinaire sont plus enclins (47% des interrogés) à utiliser des critères dans la sélection des patients à contacter (contre 27% des interrogés pour une sélection sans critères et 26% des interrogés sans sélection de patients à contacter). La notion de vulnérabilité est alors multifactorielle et composite, remplaçant le modèle bio psycho social et le patient au centre de l'évaluation, et se base sur les comorbidités, et l'isolement social.

Cependant, malgré ces mesures, plusieurs répondants affirment avoir constaté un retard diagnostique et de prise en charge à l'issue de la première vague. La difficulté s'articule alors non seulement autour de l'évolution propre de la maladie (néoplasies et décompensation de pathologies chroniques) mais également autour de l'absence de recommandations claires en dehors des délais de consultations habituels. L'étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes par Archer et al. souligne souvent un retard à la consultation du fait du patient. En outre, les bouleversements connus par les effecteurs de soins secondaires impactent fortement le secteur de soins primaires. En effet, les examens annulés ou décalés du fait de la réorganisation hospitalière semblent impacter particulièrement les patients ambulatoires. <sup>(45)</sup>

En parallèle des modifications impactant la filière médicale, l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 entre en vigueur.<sup>(49)</sup> Il permet au pharmacien d'officine, dans le cadre d'une maladie chronique, de délivrer les traitements, à la posologie initialement prescrite, après avoir informé le prescripteur. Si elle permet d'éviter la rupture thérapeutique, cette mesure implique cependant un renouvellement des traitements sans examen clinique, sans suivi biologique et sans adaptation thérapeutique possible, sur une durée de plusieurs mois. D'autre part, l'information du médecin traitant concernant cette délivrance n'a été que rarement réalisée, majorant le risque de perte de chance pour le patient.

Cette conjoncture concoure à l'issue de la première vague à un afflux de patients présentant des symptômes plus sévères et des maladies plus évoluées.

En plus des délais allongés de consultation, les médecins de soins primaires évoquent également l'incertitude dans la possibilité d'instaurer un suivi suffisant et efficace dans le contexte de la pandémie. <sup>(50)</sup>

La confrontation au retard diagnostique, induit par la première vague et les remaniements subis par l'hôpital au cours de l'épidémie, ouvre la porte à des études plus poussées sur ces effets délétères sur la santé des patients et la morbi-mortalité dans les années à venir.

## 2.4. Adaptation des pratiques

Malgré ces difficultés dans la prise en charge des patients au cours du COVID, les praticiens adoptent plusieurs changements dans leur pratique pour permettre l'accueil des usagers dans les meilleures conditions.

Dans les entretiens de ce travail de recherche, les participants évoquent unanimement, et dès l'apparition des premiers cas, un renforcement majeur dans les règles d'hygiène. Ils majorent la désinfection des locaux (vidés du superflu), du matériel de consultation et adaptent tenue et hygiène des mains. Ceux qui le peuvent instaurent une zone d'attente dédiée aux patients suspects et même des zones de consultation spécifiques dans certains cas. La majorité des participants affirment renforcer le contrôle du flux de patients, notamment par un respect strict des horaires de rendez-vous et l'arrêt des consultations libres, afin de minimiser les expositions potentielles.

Ces pratiques adaptées dès le début de la première vague sont en adéquation avec les recommandations de la HAS publiées en Novembre 2020 pour l'accueil des patients en soins ambulatoires. <sup>(51)</sup> A l'heure du transfert de compétence de l'hôpital vers le milieu libéral dans la prise en charge des cas de COVID non graves, le Ministère de la Santé et des Solidarités élabore un guide de préparation au risque épidémique en milieu ambulatoire. <sup>(52)</sup>

Ces deux références valident :

- une adaptation des locaux : salle d'attente vidée au maximum, zone d'attente dédiée, local de consultation dédié si possible
- le renforcement des mesures d'hygiène : port du masque, mise à disposition de masque, de gel hydro alcoolique, nettoyage strict des locaux
- La minimisation de l'exposition des patients : horaires stricts, arrêt des consultations sans rendez-vous, plage de consultation dédiée pour les patients COVID si possible

Les deux guides soulignent également l'importance de supports visuels explicatifs à destination des patients, sur les mesures d'isolement, les mesures d'hygiène, les signes d'alerte.

Cette notion d'éducation et d'information des patients est reprise plusieurs fois au cours des entretiens avec les participants à notre travail de recherche. La transmission des informations se fait par supports visuels dans les salles d'attente, mais aussi par un temps de présence par téléphone et par mail.

Saint Lary et al., dans leur étude durant la 3e semaine de Mars, évaluent de même que 92% des participants à leur étude augmentent leurs réponses par téléphone et 28% leurs réponses mail pour répondre aux besoins de leur patients. <sup>(37)</sup>

Ces adaptations du temps de consultation, du cabinet, des examens cliniques sont globalement reprises à l'étranger dans des conditions proches. <sup>(53)</sup>

Dans notre étude, l'organisation des équipes non médicales intervenant au cabinet, notamment des équipes de nettoyage, n'est pas abordée.

En parallèle des mesures de distanciation sociale visant à briser les chaînes de transmission interhumaine, la téléconsultation représente au cabinet une autre alternative possible au maintien d'un lien entre praticien et patient, tout en protégeant les deux.

Au cours des entretiens, la pratique de la téléconsultation est unanimement mentionnée par les participants.

Elle connaît un véritable essor au cours de la pandémie. Si seulement 5% des médecins pratiquent la téléconsultation avant la première vague épidémique, 75% débutent ce nouveau mode de consultation pendant. <sup>(54)</sup> La prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie ainsi que la dérogation transitoire à l'obligation de vidéotransmission encouragent les praticiens à adopter la téléconsultation.

Comme auprès de nos répondants, les avis des praticiens en France sont partagés concernant la téléconsultation. 25% des médecins du panel interrogés se disent très satisfaits de la pratique de la téléconsultation, contre 32% peu ou pas satisfaits. <sup>(54)</sup> L'inconvénient majoritairement débattu est l'absence de possibilité d'un examen clinique physique. Pour éviter cet écueil et accompagner au mieux les praticiens, le Ministère des Solidarités et de la Santé édite une fiche synthèse de bonne pratique de la téléconsultation. <sup>(55)</sup>

### 3. Proposition d'un modèle explicatif

Le but de cette étude est le recueil du ressenti des MSU du Nord Pas de Calais à l'arrivée du COVID 19 en France.

Au cours des entretiens, plusieurs axes de réflexion sont soulevés quant au vécu de la pandémie : peur pour les proches et les patients, dégradation globale de la relation avec les patients, travail d'équipe et renforcement du duo MSU-Interne, relations aux sociétés savantes et gestion des informations en temps de crise, adaptation du cabinet et de l'art médical.

Un schéma explicatif présentant une modélisation des résultats de l'étude est proposé ci-après.

Il replace le Médecin Généraliste MSU au centre de l'action de soins. Autour sont schématisés les différents acteurs avec lesquels le MSU interagit au cours de l'épidémie : les Patients, les Internes, les Proches et les Sociétés Savantes.

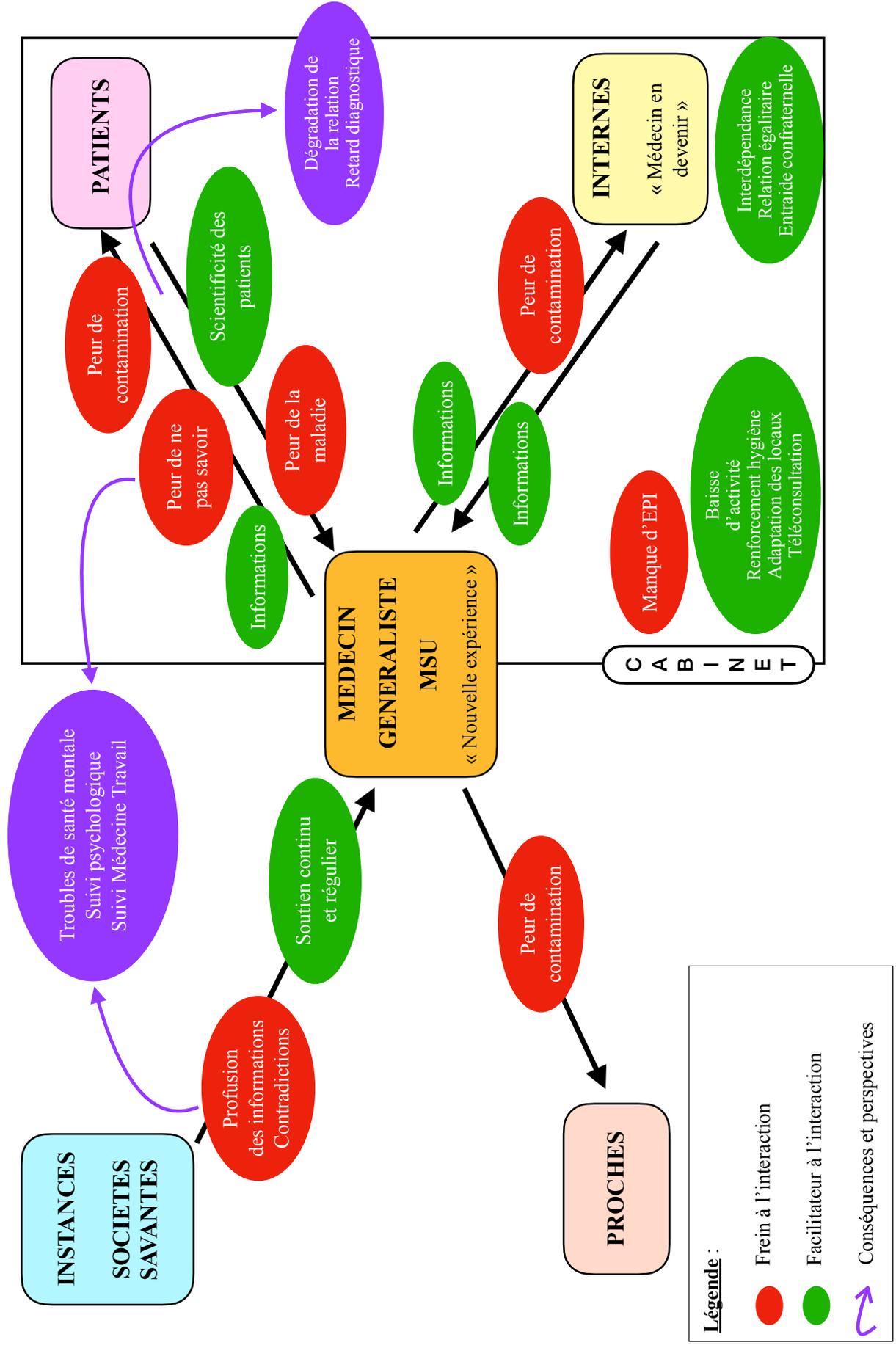
Les interactions entre Médecin, Interne et Patients sont schématisées dans le cadre du cabinet et de ses caractéristiques propres à la pandémie.

En noir, entre chaque acteur du système de soins, sont schématisées par une flèche les interactions qui les lient.

En vert figurent les éléments qui facilitent les interactions et les relations entre les acteurs, tandis qu'en rouge sont repris les freins dans les relations, évoqués dans les entretiens.

En mauve sont reprises les conséquences et les perspectives, évoquées par les médecins et la revue de la littérature, à l'issue de la première vague de COVID-19.

Modélisation du vécu des MSU à l'arrivée du COVID



## **VI. CONCLUSION**

La récente épidémie due à un coronavirus, le SarsCoV2, bouleverse dès 2020 un système de santé déjà sous tension, dont les Médecins Généralistes sont les effecteurs de soins primaires.

Confrontés à un manque de matériel et de préparation, conjugués à une diminution globale de la charge de travail, le début de crise bouleverse l'organisation de la majorité des praticiens.

Dans le contexte de l'urgence sanitaire, les médecins s'organisent pour maintenir l'accueil et le soin des patients dans les meilleures conditions possibles. Ils réorganisent salle d'attente, lieu de soin, emploi du temps et mesures d'hygiène. Ils adoptent en parallèle de nouvelles habitudes de consultation avec un recours plus aisé à la télé consultation et à la télé expertise.

Soutenus dans ces bouleversements par les Sociétés Savantes, les médecins font malgré tout face à une pathologie émergente et à l'inconnu qu'elle induit. Le flux d'information scientifique, bien que continu, parfois contradictoire du jour au lendemain, est souvent générateur de confusion voire d'anxiété. Ainsi, les médecins doivent gérer l'absence de recommandations établies et donc la peur de ne pas savoir prendre en charge correctement leurs patients. Devant une épidémie touchant l'ensemble de la population, ils font face au risque de contagion de leurs patients et de leurs proches. La santé mentale des médecins restent ainsi précaire au cours de l'épidémie, en dépit du soutien proposé par les différents professionnels.

Les praticiens fournissent un effort d'éducation et un apport d'informations constant auprès des usagers. Cependant, ils constatent à l'issue de la première vague, outre les cas de COVID, le retard diagnostique accumulé au cours de l'épidémie, dans un contexte de diminution d'activité et de transfert de compétence vers les pharmaciens officinaux, dans une relation médecin-malade globalement dégradée.

Malgré l'épidémie, la formation des jeunes médecins généralistes perdure. Accueillis sur le terrain par les Maîtres de Stage Universitaire, ces derniers ont principalement à cœur la protection de leurs étudiants et la préservation de la future génération de médecins. La relation entre étudiant et médecin reste globalement inchangée par la pandémie. Les bouleversements provoqués mettent en avant une relation de plus en plus égalitaire et l'échange confraternel qui s'instaure pour faire face à la pandémie.

Si les conséquences à long terme, sur la santé mentale et la morbidité du COVID entre autres, restent à évaluer, la première vague de la pandémie marque pour beaucoup une expérience unique. Cependant, le système de santé français reste fortement impacté malgré l'accalmie de la pandémie. A l'heure des redéploiements de professionnels libéraux en milieu hospitalier, notamment évoqués depuis l'entrée en vigueur de la loi RIST, une désorganisation majeure du système de soin est à craindre, en cas de diminution du nombre de praticiens ambulatoires. Dès lors se pose la question d'une délégation de compétence, comme ce fut le cas pendant la première vague de la pandémie, de manière pérenne vers les autres professionnels de santé, avec les conséquences éventuelles pour la santé de la population générale et l'absence de coordination interprofessionnelle au sein du système de soin.

## **VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Carneiro Leão J, Paula de Lima Gusmão T, Machado Zarzar A, Leão Filho JC, Barkokebas Santos de Faria A, Morais Silva IH, et al. Coronaviridae – old friends, new enemy! Oral Dis. 31 mai 2020;10.1111/odi.13447
2. Cavanagh D. Coronavirus avian infectious bronchitis virus. Vet Res. mars 2007;38(2):281–97.
3. Bridger JC, Caul EO, Egglestone SI. Replication of an enteric bovine coronavirus in intestinal organ cultures. Arch Virol. 1978;57(1):43–51
4. Zaki AM, van Boheemen S, Bestebroer TM, Osterhaus ADME, Fouchier RAM. Isolation of a Novel Coronavirus from a Man with Pneumonia in Saudi Arabia. New England Journal of Medicine. 8 nov 2012;367(19):1814–20
5. Ksiazek TG, Erdman D, Goldsmith CS, Zaki SR, Peret T, Emery S, et al. A Novel Coronavirus Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome. N Engl J Med. 15 mai 2003;348(20):1953–66
6. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. Nature. 2020;579(7798):265–9
7. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature. 2020;579(7798):270–3
8. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. Lancet. 2020;395(10224):565–74
9. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. N Engl J Med. 26 mars 2020;382(13):1199–207
10. Jiang F, Deng L, Zhang L, Cai Y, Cheung CW, Xia Z. Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). J Gen Intern Med. mai 2020;35(5):1545–9
11. COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
12. Novel Coronavirus – Thailand [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON234>
13. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. 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>

14. Kolifarhood G, Aghaali M, Mozafar Saadati H, Taherpour N, Rahimi S, Izadi N, et al. Epidemiological and Clinical Aspects of COVID-19; a Narrative Review. Arch Acad Emerg Med. 1 avr 2020;8(1):e4
15. En ambulatoire: recommandations Covid-19 et prise en charge - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/en-ambulatoire-recommandations-covid-19-et-prise-en-charge>
16. Allen DJ, Heyrman PJ. Définition européenne des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle de médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. WONCA 2002 :52
17. Druais PL. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé; 2015. Commandité par Madame la Ministre de la Santé
18. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031928438](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438)
19. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales
20. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine
21. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU). Disponible sur: [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/textes\\_de\\_reference\\_du\\_cnge/la\\_charte\\_des\\_maitres\\_de\\_stage\\_universitaires\\_msu/](https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/)
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for qualitative reparative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007; 19:349 57
23. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, et al, auteurs. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Saint-Cloud. Global Média Santé et CNGE; 2021
24. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, et al. Glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». 2009;88:106-12
25. Communiqué de presse CNGE, Enquête nationale Covid 19 et Médecine générale. Mars 2020. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/media/docs/cnge\\_site/cnge/200326\\_Communique\\_CNGE\\_Enquete\\_nationale\\_Covid\\_19\\_vsite.pdf](https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/200326_Communique_CNGE_Enquete_nationale_Covid_19_vsite.pdf)
26. Martin Monziols, Hélène Chaput (DREES), Pierre Verger, Dimitri Scronias (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur) et Bruno Ventelou (AMSE), en collaboration avec Muriel Barlet, Sylvie Rey (DREES), Romain Lutaud (département universitaire de médecine générale, Aix-Marseille Université), Jean-François Buyck, Anne Tallec (ORS Pays de la Loire), Michel Garnier (URPS-ML

Provence-Alpes-Côte d'Azur), Thomas Hérault (URML Pays de la Loire) Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? Etudes et résultats, 1150

27. Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrera H, J. Mabilie, Tréhard H, Lapalus D, et al. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2021;69(3):105–15

28. Tuppin P, Lesuffleur T, Constantinou P, Atramont A, Coatsaliou C, Ferrat E, et al. Underuse of primary healthcare in France during the COVID-19 epidemic in 2020 according to individual characteristics: a national observational study. *BMC Prim Care*. 9 août 2022;23:200

29. Ministère des Solidarités et de la Santé. Communiqué de presse, Covid-19 et continuité des soins Continuer de se soigner, un impératif de santé publique. Mai 2020

30. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2 juin 2020;323(21):2133–4

31. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *Encephale*. juin 2020;46(3):S73–80

32. Frenkel MO, Pollak KM, Schilling O, Voigt L, Fritzsche B, Wrzus C, et al. Stressors faced by healthcare professionals and coping strategies during the early stage of the COVID-19 pandemic in Germany. *PLoS One*. 2022;17(1):e0261502

33. Dutour M, Kirchhoff A, Janssen C, Meleze S, Chevalier H, Levy-Amon S, et al. Family medicine practitioners' stress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *BMC Family Practice*. 14 févr 2021;22(1):36

34. Crise sanitaire: hausse des syndromes dépressifs et des consultations pour ce motif | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/crise-sanitaire-hausse-des-syndromes-depressifs-et-des-consultations-pour-ce>

35. Troubles anxieux · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>

36. Guerrisi C, Thomas B, Ordax Diez A, Van Cauteren D, Lozano Alonso JE, Moreels S, et al. Initial risk perception and feeling of preparedness of primary care physicians regarding the COVID-19 pandemic in Belgium, France and Spain in February 2020. *BMC Prim Care*. 23 janv 2022;23(1):18

37. Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J, Gilberg S, Frappé P, Schuers M, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. *BMJ Open*. 2 déc 2020;10(12):e042119
38. Collège de la Médecine Générale. Communiqué Lancement de l'outil Coronacliv.fr pour les médecins généralistes
39. Stewart DE, Appelbaum PS. COVID-19 and psychiatrists' responsibilities: a WPA position paper. *World Psychiatry*. oct 2020;19(3):406-7
40. Ministère du Travail, du Plein Emploi et de l'Insertion. Visites et examens médicaux dans le cadre du travail [Internet]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/prevention-maintien-emploi/salarie-travailleur-independant-ou-agent-public/etre-a-l-ecoute-de-sa-sante/article/visites-et-examens-medicaux-dans-le-cadre-du-travail>
41. Tabah A, Ramanan M, Laupland KB, Buetti N, Cortegiani A, Mellinghoff J, et al. Personal protective equipment and intensive care unit healthcare worker safety in the COVID-19 era (PPE-SAFE): An international survey. *J Crit Care*. oct 2020;59:70-5
42. Savoia E, Argenti G, Gori D, Neri E, Piltch-Loeb R, Fantini MP. Factors associated with access and use of PPE during COVID-19: A cross-sectional study of Italian physicians. *PLoS One*. 2020;15(10):e0239024
43. Ruotte L. 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. 2022
44. Rutter M, Pearce FA, Lanyon PC. An uncomfortable truth: the long-term impact of COVID-19 on the clinician-patient relationship. *Rheumatology (Oxford)*. 28 juin 2022;61(SI2):SI107-9
45. Archer S, Calanzani N, Honey S, Johnson M, Neal R, Scott SE, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on cancer assessment in primary care: a qualitative study of GP views. *BJGP Open*. août 2021;5(4):BJGPO.2021.0056
46. Ghosh A, Sharma K, Choudhury S. COVID-19 and physician-patient relationship: potential effects of « masking », « distancing » and « others ». *Fam Pract*. 29 mars 2021;38(2):193-4
47. Kratzke IM, Rosenbaum ME, Cox C, Ollila DW, Kapadia MR. Effect of Clear vs Standard Covered Masks on Communication With Patients During Surgical Clinic Encounters: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 1 avr 2021;156(4):372-8
48. Bouchez T, Gautier S, Le Breton J, Bourgueil Y, Ramond-Roquin A. The challenge for general practitioners to keep in touch with vulnerable patients during the COVID-19 lockdown: an observational study in France. *BMC Prim Care*. 18 avr 2022;23(1):82

49. Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/3/14/SSAZ2007749A/jo/texte>
50. Smith CF, Nicholson BD, Hirst Y, Fleming S, Bankhead CR. Primary care practice and cancer suspicion during the first three COVID-19 lockdowns in the UK: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 22 juill 2022;72(723):e713-721
51. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre de la Covid-19 – Mesures de prévention de la transmission du SARS-CoV-2 pour la prise en charge des patients en milieu de soins. Novembre 2020
52. Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide Méthodologique Préparation au risque épidémique COVID 19 Établissements de santé Médecine de ville Établissements médico-sociaux. 20 février 2020
53. Tsopra R, Frappe P, Streit S, Neves AL, Honkoop PJ, Espinosa-Gonzalez AB, et al. Reorganisation of GP surgeries during the COVID-19 outbreak: analysis of guidelines from 15 countries. *BMC Fam Pract.* 17 mai 2021;22(1):96
54. Martin Monziols, Hélène Chaput (DREES), Pierre Verger, Dimitri Scronias (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur) et Bruno Ventelou (AMSE). Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. *Études et résultats*, 1162
55. Ministère des Solidarités et de la Santé. Recours à la téléconsultation dans le cadre de l'épidémie de Coronavirus. 2020. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19\\_teleconsultation-fiche-medecin.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_teleconsultation-fiche-medecin.pdf)

## **VIII. ANNEXES**

### **ANNEXE 1 : Lettre d'information envoyée aux participants**

Elie MAZOCKY,  
[e.mazocky@gmail.com](mailto:e.mazocky@gmail.com)  
06 23 41 65 10

Objet : Lettre d'information projet de thèse

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Je suis Elie MAZOCKY, Médecin Généraliste remplaçant. Je vous propose de participer via un entretien semi dirigé à mon travail de thèse portant sur le ressenti des MSU au décours de la pandémie COVID.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, les données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2021-76 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr).

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

D'avance merci pour le temps que vous consacrerez à ma demande.

Elie MAZOCKY,  
DES Médecine Générale  
Faculté de Médecine Henri WAREMBOURG

## ANNEXE 2 : Guide d'entretien modifiable

### Table des caractéristiques des informateurs :

- Tranche d'âge
- Durée d'exercice
- Milieu d'exercice : urbain - rurbain - rural ?
- Activités pratiquées en sus de la médecine générale : gynéco, pedia, médecine du sport, expertises, ...

1. Qu'avez vous mis en place à l'arrivée des premiers cas de COVID ?

2. Comment avez vous vécu l'arrivée de la première vague

1. Pour vous-mêmes ?
2. Pour vos patients ?
3. Pour vos proches ?

3. Comment avez vous géré les informations transmises au médecin généraliste ?

4 Quel a été l'impact de la pandémie sur votre relation avec vos étudiants ?

5. Quel impact la pandémie a t elle eu sur votre relation avec vos patients ?

6. Comment la pandémie a t elle impacté votre pratique médicale ?

7. En quoi la persistance de la pandémie a t elle modifié votre pratique ? Téléconsultation, ...

## ANNEXE 3 : Grille COREQ

| Item                                     | Question/Description                                  | Réponse   |  |
|--|---|---|--|
| <b>DOMAINE 1 : Equipe de recherche</b>   |   |   |  |
| Caractéristiques personnelles            |   |   |  |
| 1  | Enquêteur   | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel                             | Elie MAZOCKY   |
| 2  | Titres académiques                                    | Quels étaient les titres académiques du chercheur ?                               | Master en science médicale                             |
| 3  | Activité  | Quelle était leur activité au moment de l'étude ?                                 | Interne en médecine/<br>Médecin généraliste remplaçant |
| 4  | Genre   | Le chercheur était il un homme ou une femme ?                                     | Homme  |
| 5  | Expérience et formation                               | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?                          | Aucune   |
| Relation avec les participants à l'étude |   |   |  |
| 6  | Relation antérieure                                   | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? | Non  |
| 7  | Connaissances des participants concernant l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur                               | Activité de l'enquêteur                                |
| 8  | Caractéristiques de l'enquêteur                       | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur                | Activité de l'enquêteur                                |

| <b>DOMAINE 2 : Conception de l'étude</b> |                                       |   |  |
|--|---------------------------------------|---|--|
| <b>Cadre théorique</b>                   |                                       |   |  |
| 9  | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?  | Analyse quantitative selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée  |
| <b>Sélection des participants</b>        |                                       |   |  |
| 10                                       | Echantillonnage                       | Comment ont été sélectionnés les participants ?   | Effet boule de neige   |
| 11                                       | Prise de contact                      | Comment ont été contactés les participants ?  | Par mail et par téléphone  |
| 12                                       | Taille de l'échantillon               | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?   | 9  |
| 13                                       | Non participation                     | Combien de personnes ont refusé de participer ou abandonné ?  | 19   |
| <b>Contexte</b>                          |                                       |   |  |
| 14                                       | Cadre de la collecte des données      | Où les données ont elles été recueillies  | Domicile de l'enquêteur  |
| 15                                       | Présence de non participants          | Y avait il d'autres personnes outre les participants et l'enquêteur ?   | Non  |
| 16                                       | Description de l'échantillon          | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?  | MSU du Nord Pas de Calais, en activité et accueillant des étudiants à l'arrivée de la première vague COVID en FRANCE |
| <b>Recueil des données</b>               |                                       |   |  |
| 17                                       | Guide d'entretien                     | Les questions, les amorces, les guidages étaient ils fournis par les auteurs ? Le guide avait il été testé au préalable ? | Guide d'entretien, questions ouvertes, testé avec le directeur de thèse  |
| 18                                       | Entretiens répétés                    | Les entretiens étaient ils répétés ?  | Non  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 19                                      | Enregistrement audio visuel             | Le chercheur utilisait il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?          | Enregistrement audio   |
| 20                                      | Cahier de terrain                       | Des notes de terrain ont elles été prises pendant et/ou après l'entretien ?                        | Journal de bord  |
| 21                                      | Durée                                   | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?   | Moyenne de 24 min 12 s   |
| 22                                      | Seuil de saturation                     | Le seuil de saturation a il été discuté ?  | Oui, avec saturation atteinte quand 2 entretiens successifs n'apportent plus de nouvelle information |
| 23                                      | Retour des retranscriptions             | Les retranscriptions ont elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? | Non  |
| <b>DOMAINE 3 : Analyse et résultats</b> |   |  |  |
| Analyse des données                     |   |  |  |
| 24                                      | Nombres 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 il exprimés des retours sur les résultats                                     | Non  |

| Rédaction |  |   |  |
|-----------|--|---|--|
| 29        | Citations présentées                   | Des citations des participants ont elles été utilisées pour illustrer les thèmes/ résultats | Oui, les citations sont précédées de la mention « P » pour praticien, assortie d'un numéro croissant correspondant à l'ordre d'entrée dans le travail de recherche |
| 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  |

#### ANNEXE 4 : Exemple d'un entretien semi dirigé

**Chercheur** : Bonjour, on se voit aujourd'hui dans le cadre de mon travail de thèse portant sur l'évaluation du ressenti des MSU à l'arrivée du COVID en France.

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter et me présenter votre activité professionnelle ?

**Praticien** : Je suis marié, j'ai 4 enfants. Je suis installé depuis 22 ans en secteur rural, à \*\*\*\*\* à environ 100 km de Lille. J'ai une activité rurale pure, on a plus de vaches et de pommiers que d'habitants chez nous... (*Rires*). Activité débordante 7h-22h en moyenne, avec 2200 patients référencés en patientèle médecin traitant. Je suis MSU pour la faculté depuis 2022, en accueillant des internes aux deux niveaux. Je suis aussi chargé d'enseignement pour le 3e cycle et tuteur.

**C** : Au moment de l'arrivée du COVID en France, qu'avez vous mis en place dans votre cabinet ?

**P** : De quel moment tu parles ? Parce qu'il y a eu un avant. En Octobre 2019, lorsque la Chine a annoncé qu'il y avait eu 2 décès par une pneumopathie un peu bizarre, ma première réaction ça a été de dire, si la chine annonce deux morts, c'est qu'une grosse saloperie va nous tomber dessus. Donc il y a eu une anticipation, quelques mois avant. C'est la première chose.

Anticiper, ça voulait dire déjà commander ce qu'il fallait. Donc j'avais mes masques par exemple, j'avais pas eu de problèmes. En anticipation, c'était prévoir ce qu'on pouvait prévoir. Dans un premier temps, on a prévu beaucoup de choses inutiles pour pas grand chose puisque dans la région, j'ai jamais aussi peu travaillé de ma vie que pendant cette première vague de COVID. Autant les confrères dans l'Est ont morflé, autant nous c'était plutôt la drôle de guerre, on attendait... J'ai eu l'impression d'attendre, j'ai eu l'impression de devoir aller voir certains de mes patients, que je ne voyais plus et pour lesquels ce n'était pas normal... Ils étaient enfermés chez eux, en ce disant « y a un truc qui va arriver, il faut qu'on voit personne !... » ça laissait attendre la suite... Ceux qui ont arrêté tous soins par peur du virus...

**C** : Et au moment des premiers cas en France, que s'est il passé pour vous ?

**P** : Alors à ce moment là, puisque j'ai mon cabinet à la maison, j'ai prévenu femme et enfants que je risquais de prendre mes repas seul, que je risquais de dormir dans la chambre d'ami, ...

J'avais une tenue pour le cabinet et une tenue hors cabinet, avec une sorte de sas que j'avais mis en place. Donc surtout une mise en place de protection individuelle.

Mais par contre, il était clair que je n'arrêterais pas de travailler pour autant. Je savais que je serais un des petits soldats du front, qui irait un peu au charbon, avec toutes les mesures de protection permises et connues à l'époque, bien évidemment. D'emblée, j'avais pris l'affaire avec sérieux.

**C** : De quelle manière ça a impacté votre pratique ?

**P** : J'avais une plage de consultation libre le lundi matin, après le week-end, les gens qui avaient attendu 2 jours sans toubib, ça leur permettait de venir, et je pouvais donc avoir 10-15-20 personnes en salle d'attente qui attendaient. Donc pour éviter les clusters de salle d'attente, déjà, j'ai arrêté les consultations libres, je ne suis plus maintenant qu'en rendez-vous strict. Également très souvent, tout ce qui pouvait me faire dépasser ma plage horaire de consultation comme les demandes d'avis pour la grand mère, le papier pour l'école du petit, etc, je bloquais pour ne pas faire attendre les gens, et surcharger la salle d'attente. Je faisais les papiers plus tard et je disais aux patients de

repasser, je fixais les rendez-vous pour les petits vieux qui demandaient des avis en parallèle, je voyais toutes les demandes, mais pas sur l'instant. J'étais plus strict sur les horaires.

Au niveau de la salle d'attente également, tout ce qui était livres, revues, prospectus, tout ce qui pouvait trainer, y avait plus rien. J'avais une dizaine de chaises, j'en ai laissé 2. C'était devenu d'un glauque, on aurait dit une salle d'attente chez un assureur à Paris, c'était pareil... (*Rires*). Mais pas dans les beaux quartiers... (*Rires*). C'était glauque mais il le fallait. De même la mise à disposition du gel hydroalcoolique au niveau de la salle d'attente et du cabinet. J'ai aussi enlever tout l'affichage de la salle d'attente pour ne laisser en place que « *Comment se laver les mains ?* » « *Comment se moucher ?* » « *Où jeter son mouchoir ?* » « *Comment utiliser le gel hydroalcoolique ?* » La salle d'attente était devenue essentiellement tournée la dessus, avec une affiche à l'entrée « *si t'as pas ton masque tu restes dehors ! Si tu tousses, tu m'appelles !* » On ne savait pas trop à l'époque combien de temps le virus pouvait rester sur les surfaces inertes, donc tous les infectieux ne rentraient pas... Au début de l'épidémie, il n'y avait ni vaccin ni test. Et l'épidémie a commencé en même temps que la grippe, donc finalement quoi de plus typique qu'un type qui tousse, qui de la fièvre et des courbatures, qui a le nez qui coule ? Donc on ne savait pas trop ou on allait à l'époque !...

**C :** Vous parliez de la gestion de la transmission des informations aux patients, comment avez vous géré la gestion des informations adressées au médecin ?

**P :** Ça a été un b\*\*\*\*\*... Je sais pas si tu peux mettre le mot b\*\*\*\*\* dans la thèse !... Mais ça a été le foutoir, faut dire les choses... On recevait 10-15-20 mails par jour, chacun contre disant le précédent, c'était une machine à laver... C'était même triste, et quand on écoutait les directives du Ministère de la Santé, elles étaient tout sauf rassurantes.

Après, à l'époque, j'avais pas de N1, donc c'était plus facile probablement. L'interne de SASPAS que j'avais est restée 7 mois au lieu de 6 pour justement permettre aux équipes en place de bien canaliser le truc. Camille elle était marrante ! Quand elle arrivait, on aurait dit un spationaute ! Elle se déguisait avant de rentrer et se re déguisait en sortant. Elle a vraiment joué le jeu qu'il fallait jouer à l'époque, on a été parfaitement raccord à ce niveau là. Entre nous, on faisait le débrief avec un masque, c'était assez sinistre... Mais voilà tout...

**C :** A propos des informations contradictoires, de quels canaux d'informations parlez-vous ?

**P :** Essentiellement la DGS. C'est eux qui nous noyaient... Y avait l'URPS également, et c'était intéressant parce qu'il y avait la géographie des COVID et les clusters. Ça permettait de savoir si y en avait localement. Par loin de chez nous, y a eu un cluster dans un lycée de \*\*\*\*\* qui s'appelle \*\*\*\*\*, cluster référencé, tous mes patients originaires de cet établissement, quand ils étaient malades, bah forcément, j'étais plus vigilant. Donc pour le coup c'était intéressant. Bon après, clairement, quand l'épidémie a pris du relief, c'est tout, on regardait plus....

**C :** Comment avez vous vécu personnellement l'arrivée de la première vague ?

**P :** La première vague, nous, on a pas travaillé. Moi, pendant la première vague, j'ai surtout appris à cuisiner des brioches !... (*Rires*.) Quand on trouvait de la farine !... ça aussi c'est un autre débat, mais ça générait de l'inquiétude complémentaire à gérer vis à vis des patients... Autant on a pas eu beaucoup d'infectieux à la première vague. Possiblement qu'on est passé à côté de certains, parce qu'on est mauvais par définition (un peu d'humilité ça fait du bien !). Mais autant ce qui posait problème aux gens, c'était toutes les contraintes liées aux sorties, et comment on gère les courses et

les manques d'approvisionnement, ... ça tracassait beaucoup les gens, surtout dans une patientèle rurale qui a l'habitude de vivre en autarcie, mais où ils se sont rendus compte des manques globaux... La drôle de guerre encore une fois !...

**C** : Vous évoquiez les inquiétudes de vos patients, avez vous eu des inquiétudes vous personnellement pour vos patients, pour vos proches ?

**P** : Pour mes patients oui. Surtout pour ceux qui étaient déjà un peu réac, on en a tous, et qui ne comprennent tjs pas, qui pensent que ce n'était pas grand chose, ... enfin bref on va pas s'étendre sur cette toile des imbécilités... (*Hésitation*) En fait, ce qui m'a le plus gêné pour les inquiétudes, tout à l'heure je te disais qu'on avait plusieurs canaux d'informations qui n'étaient pas cohérents les uns avec les autres... Il ne faut pas oublier qu'un médecin est un scientifique avant tout, et scientifiquement parlant, ça n'allait pas ! L'information que je donnais au patient A était différente de celle que je donnais au patient B, différentes de celles que je donnais au patient C... Et la même journée, je donnais 3-5 informations différentes pour la même question ! Et ça m'a vraiment saoulé pour le coup ! Parce qu'à un moment, il y a eu trop de communication, ça a tué la communication quelque part... ça a ajouté une inquiétude inutile, parce que les piliers sur lesquels on a nous l'habitude de nous référer, la HAS, les sociétés savantes, ... bah, elles pédalaient dans la semoule et c'était « fais comme tu sens que c'est à peu près bon pour toi et pour les autres... » On se sentait un peu en sauve-qui-peut. Moi, c'est comme ça que je l'ai ressenti. Tu me parles de ressenti, donc je te le donne.

Pour moi, je suis assez optimiste dans la vie, j'étais plus dans l'idée du « advienne que pourra ! ». Si j'étais parti pour le choper, bah voilà, j'étais parti pour le choper... En septembre, j'ai un de mes confrères, on est 5 médecins sur le canton pour 14 000 habitants, j'ai un confrère donc qui a chopé le COVID. Les copains de la réa lorgnaient sur lui 3 fois par jour, et lui il disait « non, j'ai pas envie ! » Et il a fini par rester 2 mois à l'hôpital !! J'ai une grosse patientèle, lui il en a une énorme ! Là on a du écarter les épaules et c'était très difficile, physiquement parlant, on dormait peu, on mangeait en décalé, et on gérait plus les inquiétudes des patients qui disaient « si vous les docteurs vous le choper, comment sera l'état sanitaire de la région ? »

**C** : Pensez vous que c'est une inquiétude encore présente aujourd'hui ?

**P** : Non... Enfin, pour les patients ou pour moi ?

**C** : Les deux.

**P** : Non, les gens s'en foutent aujourd'hui, c'est open bar... J'ai mis une boîte de masque à l'entrée du cabinet, je les donne en entrant parce qu'on dépiste encore du COVID, mais les gens s'en foutent...

L'Omicron a fait du bien en ce sens que c'est devenu un gros rhume... Donc même si y a encore des morts tous les jours, pour les gens, c'est plus rien par rapport au début... ça baisse, mais on en dépiste encore !... les gens te disent « oh de toute façon, en enlevant le masque dans la rue, c'était couru ! Et puis faut voir les gens dans les magasins » alors qu'ils oublient qu'ils font exactement la même chose !...

**C** : Vous évoquiez votre rôle de MSU, comment la pandémie a impacté votre relation avec votre interne ?

**P** : Aucune modification. Mais je suis très particulier avec Camille, parce qu'elle a fait un stage d'externe chez moi, puis en N1 puis en SASPAS pendant 7 mois, puis c'est devenu ma remplaçante, j'étais dans son jury de thèse. Y a une vraie relation très forte avec Camille. C'est une consoeur qui a la clé de chez moi, elle vient même si je ne suis pas là ! (Rires) C'est très particulier. C'était pas une étudiante qui découvrait un nouveau MSU dans un environnement un peu caustique avec la vague de COVID. On avait déjà des liens créés. Elle savait comment je fonctionne, je savais comment elle fonctionnait et je connaissais ses craintes également. Ou ses non craintes d'ailleurs.

**C** : Elle vous a partagé des inquiétudes particulières ?

**P** : Oh, elle avait sa petite voix en disant « mais les gens, ils font vraiment n'importe quoi... » (Rires). Je pense quelle avait tout résumé comme ça. Les septiques, qui protègent que la bouche ou que le nez, ceux qui veulent pas voir la maladie du tout... On aurait pu faire un film avec la première vague ! Les Tuches, c'est rien a côté... (Rires.) Mais rien de plus pour elle je pense.

**C** : Comment cette épidémie a-t-elle modifié votre manière d'exercer au long cours ?

**P** : Dans un premier temps, comme je te disais, je renforçais les visites sur certains de mes vieux patients, que j'avais pas vu depuis longtemps. La caisse avait mis en place un système de valorisation d'acte pour les premiers consultations pour faire un rattrapage, et je me suis rendu compte qu'il y a une tapée de gens qui en ont bénéficié. j'ai eu a gérer des problèmes post COVID, des cancers tardifs, des infarctus passés inaperçus, des AVC qu'on a laissé à la maison, pcq les gens n'appelaient pas et qu'on allait pas à l'hôpital parce que là bas « y a plein de malade et on veut pas mourir ». Donc ils préféraient être sur un fauteuil roulant que sur un lit de mort... Donc compliqué. Ils n'appelaient pas non plus en disant « docteur, vous devez avoir assez de travail avec le COVID, on va pas vous emmerder pour le cachet pour la tension... » Ouais, bah c'est dommage...

A côté de ça, la relation avec les patients, y a eu de très belles choses.... J'ai des patients qui avaient acheté des masques, qui sont venus m'apporter des masques et qui ne sont venus que pour ça « Dr on vous apporte des masques, vous en avez plus besoin que nous ! » On a vécu des choses très belles, des mouvements de solidarité vraiment très beaux.

Y a des véto qui m'ont apporté des tenues de blocs à usage unique, parce que tout ce qui était protection individuelle, c'était devenu... c'était fini quoi ! Et donc, j'ai eu comme ça des apports de solidarité qui permettent d'exercer dans les moins mauvaises conditions possibles.

Et heureusement, parce qu'aujourd'hui j'ai toujours ma blouse. J'utilise toujours mes 2 savons par semaines et j'ai toujours mes 3 L de gel hydro alcoolique en permanence repletés.

**C** : Aujourd'hui, quelle est votre activité par rapport à la période pré COVID ?

**P** : Elle est différente... Ah si, j'ai pas dit, on a fait de la téléconsultation, c'est aussi une nouveauté, chose que je ne faisais pas avant. Spontanément, j'étais pas un fan des téléconsultations... On m'avait qu'il y aurait ça. Le temps médical devant un patient ou devant l'écran, il est le même, donc le gain de temps, bon .... Il est vrai, c'est pas le même genre de virus entre l'ordinateur ou par la voie des postillons... (Rires.) Je recevais beaucoup d'email, soit pour rassurer, soit pour donner des nouvelles, soit pour transmettre des documents. Ce qui reste aujourd'hui, c'est rigolo, mais tous les matins, j'arrive, et j'ai 10 mails de demande d'ordonnance.... Les gens ont pris l'habitude. Donc je leur dis gentiment « bah non, on fait pas ses courses chez le docteur, on est pas à l'épicerie », et sils veulent le produit, il faut être examiné et prendre rendez-vous. D'autant qu'aujourd'hui, l'activité est plus importante. C'est pas que crise-dépendant, c'est aussi lié à la démographie médicale...

Puisque dans le secteur, on est passé de 17 médecins à 12 en 3 ans... tous les jours, ma secrétaire refuse des nouveaux patients. Parce que vraiment, je ne peux plus en accepter, il faut dire qu'accueillir avant 7h et après 22h, ça n'a pas beaucoup de sens. Donc on attend avec impatience l'arrivée des jeunes confrères. On a vraiment beaucoup de travail. Et ensuite, hormis l'augmentation du volume de patientèle, on a pas plus d'exams suite au COVID. Y a eu les dépistages de masse dans les écoles, mais on a vite tapé du poing pour qu'ils gèrent ça... Si y avait un positif ou un nez qui coule dans la classe, il fallait faire 30 tests pour la classe, c'était pas possible pour nous quoi... On récupère quand même donc une vraie activité de médecine et donc pas une activité de « je fais au cas ou » qui ne sert plus à grand chose.

Autant au plus fort, tracer les contacts, c'était nécessaire, c'est vrai, quand les variants étaient cognés, autant, maintenant, les gens ont compris qu'il faut qu'ils se testent... il a fallu deux ans pour ça, mais je pense vraiment qu'ils ont compris que lorsqu'ils sont positifs, il faut qu'ils fassent tester ceux qu'ils aiment, ce à qui ils tiennent... Y a eu une éducation, au moins au niveau de ma patientèle, j'espère au niveau national, pour que les gens puissent enfin se responsabiliser...

Je pense que le fait qu'il n'y ait plus le pass sanitaire, qu'il n'y ait plus le masque obligatoire, qu'il y ait plus ces filets, ils n'ont plus de contre réaction à mettre en face de ça, et de fait, quand ils chopent quelque chose, si on demande un test, ils y vont...

**C** : Vous avez vu la différence par rapport à avant l'épidémie ?

**P** : Oui, je prends l'exemple de la grippe pour comparer. Quand mes jeunes maintenant font la grippe, et cette année elle est quand même bien cognée, ils me disent « l'année prochaine, je me ferai vacciner », alors que c'est pas un discours qu'ils auraient tenu auparavant. La notion vaccin=protection, je pense qu'elle est rentrée quelque part et elle y reste. Je donne un exemple un peu comparable, hein.

**C** : Vous pensez que les questions scientifiques sont plus précises désormais chez les patients ?

**P** : On répondait au maximum avec des critères scientifiques et quand on en avait pas, on le disait...

« Dr, vous pensez quoi du vaccin ? Rien le temps que j'ai pas reçu le cahier scientifique... »

Donc au moins pour ma patientèle, les patients ont vu en nous un scientifique et pas juste un magicien ou chaman ou un gourou.. ils ont compris qu'on s'appuyait sur des preuves scientifiques pour raisonner. Et ils ont compris aussi qu'on était fâchés, parce que j'ai ronchonné, quand on recevait une dizaine de mail dans la journée... (*Rires*) Parce que le scientifique qui est en nous, ne supporte pas ça... Que les données de la médecine évoluent c'est normal et c'est une bonne chose. Qu'elles évoluent 10 fois par jour, non ! Un mail en fin de journée qui collige un peu toutes les infos, oui ! Et tu arrêtes la spontanéité et l'overdose de mail...

Mais y a quand même une évolution dans la relation avec le patient, et j'ai l'impression aussi que les gens sont un peu plus exigeants... Y a une part d'éducation à refaire, on montre qu'on a encore toutes nos dents. On est pas d'accord avec l'exercice de la médecine qu'ils aimeraient nous voir prendre... Je reste un médecin à l'ancienne, je fais un examen clinique avant de délivrer une ordonnance.

**C** : En quoi les trouvez-vous plus exigeant qu'avant ?

Plus de temps à perdre, t'as l'impression qu'ils courent après leur vie maintenant...

« - Euh Docteur, je viens pour mon traitement

- Très bien allongez vous.

- Pour quoi faire, je viens que pour mon traitement...
- Bah ouais, mais pour le traitement, je dois vous examiner, donc on enlève la veste, le pull, les chaussures, ... »

On reprend tout depuis le début. C'est des choses auxquelles on était pas confrontés avant. Pas à la campagne en tout cas... Peut être en ville, mais pas chez moi.

**P** : Vous évoquiez le retard diagnostique, comment l'avez vous géré ?

Avec tristesse... Parce que j'ai eu des décès de patients suite à cela... C'est à dire que quand ils sont venus avec le problème de santé qu'ils avaient déjà depuis quelques mois, bah le bilan faisait que c'était cuit déjà.... C'était aussi une période où on a fait une période de rattrapage de plein de chose et on a eu aussi des délais pour avoir les examens complémentaires par rapports aux délais normaux. Donc on a eu ce double effet pervers. Y a eu le retard dû au COVID où les gens ne voulaient pas se soigner et quand ils ont voulu se soigner, comme tout le monde voulait se soigner, et bien, il y a eu un retard à la prise en charge en raison des délais d'examens complémentaires. En raison également de « ah non, pour faire l'examen, il faut le test ou le pass » et on l'a oublié... Donc de nouveau un tour... Les gens ont leur contrainte et on a découvert les contraintes du système.

**C** : C'est quelque chose qui marque encore votre activité aujourd'hui ?

**P** : Le retard diagnostique, moins... Aujourd'hui, j'espère en tout cas... Bon après quand tu découvres un cancer, en pratique, il est déjà là, donc t'es déjà en retard quoi... Mais aujourd'hui, j'ai donc le même retard que celui que j'avais avant l'épidémie.

Par contre, les gens ont de nouveau compris le principe des dépistages par exemple... Frottis, colo, mammo, pendant 2 ans, c'est passé à l'ouest. Là, c'est reparti, j'ai jamais fait autant de frottis au cabinet que depuis 1 an ! Y a un rattrapage qui se fait et c'est une très bonne chose. Pour les rattrapages vaccinaux, j'avais pas trop de retard, et c'est bon, on est pas mauvais maintenant. J'espère en tout cas ! (*Rires*).

**C** : Vous évoquiez la télémédecine, c'est une pratique que vous avez gardé ?

**P** : Un petit peu mais plus pour le COVID. J'en fais pour les patients étudiants, notamment ceux à l'étranger... Ils m'envoyaient des mails, maintenant on fait ça en visio. Même ceux qui sont juste à une centaine de km et qui ont besoin d'un avis, ceux qui sont en vacances, en voyage, ...

Ceux qui sont vraiment pas biens et qui ne veulent pas sortir aussi, parfois, ils demandent une téléconsultation. C'est ancré maintenant. J'en fais pas tous les jours, mais j'en fais toutes les semaines maintenant. Est ce que j'aime bien, oui et non. J'aime pas parce que j'examine pas. Donc même si je pose des questions et que je connais les patients, et c'est là que ça devient dangereux, on a tendance à moins examiner voire pas du tout et c'est à risque de passer à côté de quelque chose, mais on arrive un peu à s'orienter quand même et à cheminer ensemble. Avec toujours la réserve de « si ça va pas mieux, c'est tout, faudra passer au cabinet ». Mais j'aime bien aussi, parce que ça permet de faire une coupure. D'habitude je regarde jamais la télé, là, je regarde une forme de télé. Mais pas trop longtemps, je ne pourrais pas faire que de la téléconsultation... Et j'ai toujours pas trouvé le moyen de faire un toucher rectal par téléconsultation... (*Rires*).

**C** : Merci beaucoup d'avoir participé à ce travail.

**AUTEUR : Nom : MAZOCKY**

**Prénom : Elie**

**Date de soutenance : 7/11/2023**

**Titre de la thèse : Ressenti des Médecins Généralistes Maitres de Stage**

**Universitaire au décours de la première vague de pandémie à COVID-19**

**Thèse - Médecine - Lille « 2023 »**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + FST/option : Médecine Générale**

**Mots-clés : [Ressenti], [MSU], [COVID], [Pandémie], [Relation Médecin-Etudiant]**

**Résumé :**

**Contexte :** En Janvier 2020, une nouvelle souche de coronavirus, nommée Sars-CoV2 est isolée chez des patients présentant un tableau de pneumopathie sévère. Le 11 Mars 2020, l'épidémie de Sars-CoV2 est requalifiée en pandémie par l'OMS. Les médecins généralistes sont fortement impactés par la pandémie dans leur pratique quotidienne et l'accueil de leurs étudiants.

**Objectif :** Recueillir et analyser le ressenti des MSU du Nord Pas de Calais à l'arrivée de la pandémie de COVID en France et étudier l'impact sur la relation MSU-Etudiant

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée, réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de 9 Médecins Généralistes MSU exerçant dans le Nord Pas de Calais au cours de la première vague de COVID. Le recrutement se fait par effet boule de neige entre Avril 2021 et Février 2023. Les entretiens sont réalisés jusqu'à saturation des données puis analysés et codés grâce au logiciel NVIVO®.

**Résultats :** L'arrivée de la pandémie est brutale et l'activité au sein des cabinets de médecine générale diminue fortement. Confrontés à manque de matériels, les médecins généralistes adaptent leur cabinet, renforcent les mesures d'hygiène et adoptent de nouvelles pratiques pour continuer à assurer les soins de leurs patients. Malgré le soutien dans cette démarche par les sociétés savantes, les médecins doivent faire face à l'inconnu d'une pathologie émergente et à la difficulté de gérer des informations changeantes. Si l'impact sur la relation avec leurs étudiants est négligeable, la relation médecin malade pâtit de la pandémie, avec pour conséquence un retard diagnostique à l'issue de la première vague. Malgré ces difficultés, les médecins soulignent l'élan d'entraide et de solidarité créé face à une expérience médicale et scientifique unique et originale.

**Conclusion :** La pandémie de COVID 19 touche ainsi fortement le système de santé sous tension dont les médecins généralistes sont les premiers effecteurs. Le vécu rapporté est globalement négatif, avec un impact important sur la santé mentale des praticiens et la relation médecin-malade, malgré la continuité des soins et l'émergence de pratique visant à faciliter les interactions.

**Composition du Jury :**

**Président : Madame la Professeur Sophie FANTONI**

**Assesseurs : Madame la Docteur Hélène BRACQUART**

**Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc BAYEN**