



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Impact de la pandémie COVID-19 sur la formation des internes de  
médecine générale de la faculté de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 12 novembre 2024 à 16h00  
au Pôle Formation

**par Nelly GROUX**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Vincent TIFFREAU**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Mathieu TAFFIN**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Judith OLLIVON**



## **Avertissement**

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

## Liste des abréviations

|        |  |
|--------|--|
| CHU    | Centre Hospitalo-Universitaire   |
| CNIL   | Commission National de l'Information et des Libertés                       |
| COREQ  | Consolidated criteria for Reporting Qualitative studies                    |
| CPP    | Comité de protection des personnes   |
| CSAPA  | Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie        |
| DPO    | Délégué à la Protection des Personnes                                      |
| DREES  | Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques |
| EHS    | Enseignements Hors Stage   |
| GEP    | Groupe d'Échanges de Pratiques   |
| ISNI   | InterSyndicale Nationale des Internes                                      |
| MSU    | Maîtres de Stage des Universités   |
| N1     | stage ambulatoire de Niveau 1  |
| PCR    | Polymerase Chain Reaction  |
| SASPAS | Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie et Supervisée            |
| SF2H   | Société Française d'Hygiène Hospitalière                                   |
| SHA    | Solution Hydro - Alcoolique  |

# TABLE DES MATIÈRES

|   |    |
|---|----|
| Liste des abréviations .....  | 4  |
| TABLE DES MATIÈRES .....  | 5  |
| CONTEXTE .....  | 7  |
| 1. La pandémie de COVID-19 .....  | 7  |
| 2. L'internat de médecine générale.....                                 | 8  |
| 3. Être interne pendant la crise .....                                  | 8  |
| INTRODUCTION .....  | 10 |
| MATERIELS ET METHODES .....   | 11 |
| 1. Le type d'étude.....   | 11 |
| 2. La population étudiée.....   | 11 |
| 3. Le recueil des données .....   | 11 |
| 4. L'analyse des données .....  | 12 |
| 5. Les aspects éthiques et réglementaires .....                         | 12 |
| RÉSULTATS.....  | 13 |
| 1. Les caractéristiques de la population étudiée.....                   | 13 |
| 2. La pandémie sur le terrain .....                                     | 13 |
| 2.1 L'activité .....  | 13 |
| 2.2 La séniorisation et l'autonomie .....                               | 16 |
| 2.3 L'organisation des soins .....                                      | 17 |
| 2.4 Les motifs de consultation .....                                    | 18 |
| 2.5 Les changements de planning.....                                    | 20 |
| 2.6 L'après première vague .....  | 21 |
| 2.7 La prolongation du semestre .....                                   | 22 |
| 3. La relation avec les patients .....                                  | 23 |
| 3.1 L'image du soignant.....  | 23 |
| 3.2 Les consultations en ambulatoire .....                              | 24 |
| 3.4 Les mesures sanitaires et sources de conflits .....                 | 25 |
| 3.5 La confrontation à la fin de vie et la mort.....                    | 27 |
| 4. L'acquisition de nouvelles connaissances et de nouveaux outils ..... | 28 |
| 4.1 La découverte d'un nouveau virus.....                               | 28 |
| 4.2 L'initiation à la téléconsultation .....                            | 29 |
| 4.3 La participation aux campagnes de vaccination .....                 | 30 |
| 4.4 Apprendre à s'adapter .....   | 31 |
| 4.5 La notion de responsabilité .....                                   | 31 |
| 4.6 La mise à jour des connaissances.....                               | 32 |
| 4.7 Ce qu'ils gardent de la période .....                               | 32 |
| 5. Les obligations universitaires.....                                  | 35 |
| 5.1 Les changements dans les enseignements.....                         | 35 |
| 5.2 Le vécu des cours en visioconférence.....                           | 35 |
| 5.3 Le support informatique .....                                       | 37 |
| 5.4 Leurs avis concernant les enseignements.....                        | 37 |
| 5.5 La thèse .....  | 38 |
| 5.6 Les diplômes universitaires .....                                   | 39 |
| 5.7 La formation continue .....   | 39 |
| 6. Le vécu des internes.....  | 39 |
| 6.1 L'arrivée de la pandémie.....                                       | 39 |
| 6.2 La place de l'interne au sein de la crise.....                      | 40 |
| 6.3 Les conditions autour du travail .....                              | 42 |
| 6.4 La relation avec les collègues.....                                 | 43 |
| 6.5 Leurs sentiments concernant la formation.....                       | 45 |

|  |    |
|--|----|
| DISCUSSION ET CONCLUSION .....           | 48 |
| 1. Résultats principaux .....            | 48 |
| 2. Forces et limites.....                | 51 |
| 3. Comparaison avec la littérature ..... | 52 |
| 4. Perspectives .....                    | 58 |
| 5. Conclusion .....                      | 59 |
| ANNEXES.....                             | 60 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                      | 65 |

# CONTEXTE

## 1. La pandémie de COVID-19

Le virus a été nommé au début de la pandémie « SARS - CoV-2 ». Il appartient à la famille des coronavirus et a été observé pour la première fois fin d'année 2019 en Chine (1).

Son origine est encore incertaine, mais l'hypothèse la plus probable étant une transmission « zoonotique » (2).

Le virus est à l'origine d'une maladie infectieuse respiratoire contagieuse ( COVID-19 ) dont le tableau clinique peut aller d'un état asymptomatique, à une forme sévère entraînant un syndrome de détresse respiratoire aiguë. La transmission se fait via « gouttelettes » (1).

Le premier cas de COVID-19 a été observé à Wuhan en Chine le 19 novembre 2019. C'est le 30 janvier 2020 que l'OMS déclare l'état d'urgence de santé de portée internationale (3).

En France, les premiers cas sont eux observés le 24 janvier 2020 (4), un mois avant que survienne le premier décès sur le sol français (5).

Suite à la déclaration de pandémie par l'OMS ainsi qu'à l'arrivée de la première vague de COVID-19, la France met en place le premier confinement qui sera effectif du **17 mars 2020 au 11 mai 2020**.

La deuxième vague de COVID-19 débutera en septembre 2020. L'état instaurera un deuxième confinement du **30 octobre 2020 au 15 décembre 2020**.

Sur le territoire français, la crise sanitaire est majeure et historique. La France fait partie des pays les plus touchés dans le monde.

À ce jour, depuis le début de la pandémie, 775 754 322 cas ont été déclarés dans le monde, dont 7 053 902 décès. À la même date en France, 38 997 490 cas ont été déclarés, dont 168 091 décès (6). La région du Nord a été particulièrement touchée et fait partie des départements où l'on déplore le plus de cas.

## **2. L'internat de médecine générale**

Les stages sont organisés selon la maquette du D.E.S de médecine générale. En 2020, la durée de l'internat est de 3 ans et se compose de 6 semestres obligatoires (7) :

- Une phase « socle », d'un an, avec un semestre auprès de praticiens généralistes, maîtres de stage des universités (MSU) que l'on nomme N1, ainsi qu'un semestre en médecine d'urgence.
- Une phase « d'approfondissement » rassemblant 4 semestres : un stage en médecine adulte, un stage de pédiatrie et de gynécologie et un stage libre dans un service ou département hospitalier. En dernière année, un semestre est à réaliser en médecine générale sous la forme d'un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie et Supervisée (SASPAS).

Parallèlement, des enseignements hors stage ( EHS ) sont dispensés sous la forme de groupe d'échanges de pratiques ( GEP ), de cours théoriques, ainsi que de séances au sein de Plateforme de Recherche et d'Enseignement par la Simulation pour l'Apprentissage des Attitudes et des Gestes ( PRESAGE ) (8).

## **3. Être interne pendant la crise**

Avec le début de la crise sanitaire, de nombreux changements au sein des structures de soins et des facultés sont réalisés. Le monde de la santé s'adapte.

À partir de mi-mars 2020, des mesures exceptionnelles sont annoncées à destination des internes. Elles ont notamment été relayées par l'interSyndicale Nationale des Internes ( ISNI ). Un appel massif à la mobilisation des internes est lancé (9).

Parmi les mesures annoncées :

- Formation d'un pool de soutien par les internes dont l'activité est réduite afin de participer aux lignes de gardes.
- Ré-affectation des internes dans les services en tension selon les besoins.

- Doublement des lignes de gardes au besoin, et appel à l'ensemble des internes pour participer aux gardes.
- Doublement des consultations de médecine générale par les internes si les locaux le permettent ou mise en place en parallèle de visites à domicile afin de réaliser une activité pleine.
- Les internes en disponibilité, en année de recherche ou en vacances sont appelés à prévenir leur cellule de crise locale pour prendre part à la prise en charge des patients.
- Prolongation d'un mois du semestre de novembre 2019 - avril 2020 après arrêté ministériel.
- Annulation des répartitions de stage, des enseignements et travaux universitaires en présentiel, et passage à des méthodes dématérialisées.
- Demande d'un délai supplémentaire pour le passage de la soutenance de thèse.
- Confinement total des internes enceintes ou souffrant de pathologie chronique ou de la COVID-19, avec participation aux missions de coordination si leur état le permet.
- Mise à disposition prioritaire du matériel de prévention barrière aux professionnels de soins. Port du masque systématique des internes. En l'absence d'accès au matériel de protection, les professionnels doivent poursuivre leur activité.
- Fermeture des selfs et restaurations des internats et des hôpitaux, et annulation de tous les évènements de vie collective.

À l'échelle régionale (10), un appel aux volontaires afin de renforcer les équipes de garde du centre hospitalo-universitaire ( CHU ) de Lille est relayé en mars 2020 aux internes de médecine générale. La faculté de médecine de Lille suit les mesures nationales avec notamment la prolongation d'un mois du semestre en cours. Les répartitions de stage s'effectueront de façon dématérialisée, et ce pour les trois prochaines répartitions.

Pour le semestre de novembre 2021, aucune réaffectation des internes de médecine générale en stage ambulatoire au sein des services hospitaliers ne sera demandée.

Suite aux annonces gouvernementales, la faculté de médecine de Lille ferme ses portes le **16 mars 2020**. Les enseignements universitaires en présentiel sont **annulés**. Les EHS seront dispensés de façon dématérialisée à partir de **mai 2020** et jusqu'en **septembre 2021** via le logiciel Discord. Les tenues de thèse se feront dès lors en huit clos, en préconisant la participation du jury en visioconférence.

# INTRODUCTION

La pandémie de COVID-19 a mis à rude épreuve le système de soin et les professionnels de santé qui relèvent déjà d'une population à risque en matière de santé mentale (11,12,13).

L'interne, au cœur du système de soin, est au premier front de cette crise, quels que soient son terrain de stage et son année d'étude. Il a la particularité de présenter un statut unique puisqu'il est à la fois soignant et étudiant. Ce double rôle lui fait aussi cumuler des facteurs de risques psychologiques.

La formation pratique est une étape indispensable de leur cursus. Elle a fait l'objet de nombreuses modifications et adaptations durant cette période (14). En effet, les stages, notamment les semestres en ambulatoire, sont des moments fondamentaux de la formation et de véritables ponts entre la théorie et la pratique (15).

Quelques mois après le début de la pandémie, une étude de l'ISNI montre la majoration des troubles anxieux et des syndromes dépressifs au sein de la population d'internes français (9).

Mais la santé mentale n'est pas la seule composante de l'effet péjoratif de la crise. Une étude quantitative angevine de 2021 estime à 79,3% le pourcentage d'étudiants considérant que leur formation a été impactée. Cette étude recense des modifications importantes sur la formation théorique et pratique, telles que l'annulation de cours, le manque de séniorisation et la baisse d'activité, mais aussi sur les conditions de travail (16).

Plusieurs études qualitatives se sont penchées sur le vécu des internes pendant la pandémie et plus particulièrement au début de celle-ci lors du stage en ambulatoire uniquement.

Cependant, la pandémie s'est prolongée sur une longue période, affectant parfois l'ensemble du parcours d'interne qui comprend d'autres stages notamment en milieu hospitalier.

Avec ce travail, nous souhaitons nous concentrer sur l'impact qu'a eu cette pandémie sur la formation des internes de médecine générale, sur leur internat et comprendre son influence sur leurs pratiques professionnelles actuelles.

# MATERIELS ET METHODES

## **1. Le type d'étude**

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer (17,18).

L'étude s'intéresse au ressenti et à l'expérience des internes de médecine générale lors de leur formation pendant la pandémie COVID-19. Le but était de laisser la parole aux participants afin de récolter un maximum de données en minimisant notre orientation.

C'est pour cette raison que nous avons choisi de nous diriger vers une étude qualitative.

L'analyse est inspirée de la théorisation ancrée à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

## **2. La population étudiée**

Un échantillonnage raisonné théorique a été réalisé auprès d'internes de médecine générale ayant effectué leur internat dans le Nord Pas de Calais.

Les participants ont tous effectué un stage ambulatoire ( N1 ou de SASPAS ) pendant les deux premières vagues de la pandémie ( Novembre 2019 à Octobre 2020 ).

Ils ont été contactés via les réseaux sociaux et par mails dans un premier temps puis par effet « boule de neige ».

## **3. Le recueil des données**

Les entretiens étaient semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien constitué de questions ouvertes. ( ANNEXE 1 ).

Ils ont été réalisés sur la période de février 2024 à juillet 2024.

Les entretiens ont été menés en visioconférence sur le logiciel ZOOM® et enregistrés à l'aide d'un Dictaphone indépendant. Ils ont par la suite été retranscrits intégralement et anonymisés.

Les entretiens ont duré au minimum 25 minutes et au maximum 46 minutes. La moyenne est de 37 minutes et la médiane de 39 minutes.

Le recueil des données a été réalisé jusqu'à saturation des données, c'est à dire lorsque deux entretiens à la suite ne donnent plus de nouvel élément.

#### **4. L'analyse des données**

Après retranscription en totalité des entretiens sur le logiciel PAGES®, l'analyse ouverte des données recueillies a été réalisée pour en extraire le sens et en produire une synthèse pertinente.

La première étape du codage a été de créer des étiquettes thématiques ainsi que des étiquettes expérientielles. Ensuite, des propriétés ont été identifiées à partir des étiquettes expérientielles. Les propriétés ont par la suite été organisées et articulées entre elles pour former des catégories (18).

Plus des trois quart des données (7 entretiens) ont bénéficié d'une triangulation par confrontation avec un deuxième chercheur.

L'étiquetage a été conduit sur le logiciel EXCEL®.

#### **5. Les aspects éthiques et réglementaires**

Pour cette étude, aucune autorisation de la Commission National de l'Information et des Libertés (CNIL) ni du Comité de protection des personnes (CPP) n'a été nécessaire (19). Cependant une déclaration au Délégué à la Protection des Personnes ( DPO ) de l'université de Lille a été réalisée et acceptée. ( ANNEXE 2 )

Avant chaque entretien, une fiche d'information, préconisée par le DPO, a été envoyée à chaque participant. ( ANNEXE 3 ) Les entretiens ont été entièrement anonymisés avant d'être retranscrits, puis les enregistrements audio ont été détruits.

# RÉSULTATS

## 1. Les caractéristiques de la population étudiée

Au total, neuf anciens étudiants ont participé à l'étude. Cinq femmes et quatre hommes ont été inclus afin de représenter au mieux la démographie actuelle qui estiment à 58% le nombre de femme médecin de moins de 40 ans. (20)

|               | Sexe F/H | N1 / SASPAS | 1ere vague / 2eme vague | Famille dans le médical | Poste actuel          | Âge   | Durée entretien |
|---------------|----------|-------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|-------|-----------------|
| Participant 1 | F        | SASPAS      | 2eme vague              | Oui                     | Médecin remplaçant    | 30ans | 25 min          |
| Participant 2 | F        | N1          | 1ere vague              | Non                     | Médecin collaborateur | 28ans | 46 min          |
| Participant 3 | H        | N1          | 2eme vague              | Non                     | Médecin installé      | 28ans | 41 min          |
| Participant 4 | F        | SASPAS      | 1ere vague              | Oui                     | Médecin collaborateur | 31ans | 39 min          |
| Participant 5 | H        | SASPAS      | 2eme vague              | Non                     | Médecin installé      | 30ans | 32 min          |
| Participant 6 | F        | N1          | 2eme vague              | Non                     | Médecin remplaçant    | 28ans | 38 min          |
| Participant 7 | H        | SASPAS      | 1ere vague              | Non                     | Médecin collaborateur | 31ans | 43 min          |
| Participant 8 | F        | N1          | 1ere vague              | Non                     | Médecin remplaçant    | 30ans | 39 min          |
| Participant 9 | H        | N1          | 1ere vague              | Oui                     | Médecin remplaçant    | 29ans | 31 min          |

## 2. La pandémie sur le terrain

### 2.1 L'activité

À l'arrivée de la pandémie, et plus particulièrement du confinement, les internes ont observé une **baisse importante de l'activité** que ce soit en ambulatoire ou au sein des structures hospitalières.

En ville, il y a une nette **diminution du nombre de consultations**.

*« Il y a eu une terrible baisse d'activité à ce moment là. » (P2)*

*« Euh, après il y a eu une activité totalement diminuée. On voyait quasiment plus de patients, beaucoup de Visio.(...) Plus personne ne venait. (...) Je ne saurais plus dire*

au niveau des chiffres mais on faisait des horaires, au lieu de faire 8h30-18h, on faisait 10h-16h. » (P4)

Cette **baisse d'activité** s'est également ressentie dans les services **d'urgences** et dans les **services de médecine**.

Aux urgences :

« La charge de travail, c'est très très tranquille ! Les gens ne se déplaçaient plus pour rien aux urgences.(...) Ça s'est allégé par rapport à la charge de travail carrément. (...) Tout a été mis en suspend. » (P3)

« Alors pour le coup, nous ça a été vraiment plus cool. Et c'est pour ça aussi que même si on travaillait plus, les journées étaient beaucoup moins chargées et ça nous a fait beaucoup de bien. Pour le coup, ça a été totalement différent. À l'annonce du confinement, il y a eu une baisse de fréquentation aux urgences. » (P6)

Dans les services hospitaliers :

« On a eu moins d'entrée. Moins de patients aux urgences donc moins d'entrée dans le service. Et comme il y avait un service dédié au COVID dans l'hôpital, on a pas eu de COVID dans le service. » (P1)

« Et en fait avec le confinement, l'activité a énormément diminuée. L'activité a baissé énormément, on s'est retrouvé à un moment donné avec 5 ou 6 patients au lieu de 25-30. Donc là pour le coup à partir du mois d'avril, je venais le matin et après le repas du midi, je rentrais chez moi. » (P5)

Ce calme s'est également ressenti pendant les **gardes**.

« C'était vraiment très calme. ( rire ) C'était hyper calme. Je pense, que, bah au début, je n'avais plus d'entrée de toute façon. » (P5)

En ambulatoire, la **baisse de fréquentation des cabinets** s'est poursuivie sur le semestre suivant pour plusieurs internes.

« Ils venaient moins nous voir. » (P3)

« Mais par contre ça a été d'un calme ! J'ai passé des matinées de consultation à voir 1 ou 2 patients . C'était d'un ennui. Mais c'était d'un calme... C'était fou. » (P5)

Hormis pour un participant qui décrit un **planning habituel**.

*« Bah du coup, moi je n'ai pas spécialement connu la baisse d'activité en médecine générale par le covid. Il y a des journées qui étaient un peu plus calmes que ce qu'ils pouvaient connaître habituellement. Mais moi, il n'y a pas vraiment eu ça pour le coup, et il y avait toujours de l'activité. » (P6)*

Contrairement à leur collègues aux urgences pendant la deuxième vague, pour qui le **nombre d'entrées s'est fortement accru**.

*« C'était une catastrophe. On s'est pris du jour au lendemain cette vague. Et on a surtout douillé. On a eu tellement de patients. Le dernier mois de stage, j'étais bien contente que le stage se termine car il y avait un flux de dingue. On était submergés. » (P2)*

Aux urgences, la baisse de fréquentation des lieux et les motifs d'entrée fait se questionner un interne sur le **parcours de soins**.

*« Aux urgences, je pense que ça a eu un effet bénéfique sur les urgences. Parce que franchement on voyait que des vrais cas. Et on avait plus de temps sur les prises en charge. Il y avait moins cet effet abattage et vite vite des urgences. En plus il y avait plus de place dans l'hôpital, donc plus simple d'hospitaliser les gens. Moins de pression. » (P3)*

*« Il y a une remise en question à se faire. Pourquoi pendant le covid, on avait que des vrais cas aux urgences ? Je ne sais pas, peut être que c'était mieux trié. Les gens appelaient les urgences avant de venir, pour ne pas déranger, et savoir s'il devait se déranger ou pas. Ça c'est vrai que ça avait joué aussi. A l'époque ils appelaient carrément aux urgences, pour savoir s'il devaient se déplacer pour ces symptômes là etc. Ça filtrait déjà quand même pas mal en amont des urgences. » (P3)*

Une **meilleure qualité de travail** est mentionnée. En effet, par la baisse d'activité, les internes trouvent qu'ils ont plus de temps pour réaliser leur travail et le faire d'une meilleure façon.

*« On avait moins de patients, donc plus le temps de s'en occuper et finalement c'était bien plus agréable. (..) J'ai l'impression que ça m'a permis d'avoir moins de charge de travail et de pouvoir faire un travail de meilleure qualité. » (P1)*

« C'était vraiment cool, on était plus dans le rush à courir partout. Là, on pouvait prendre du temps au lit du patient. (...) C'est dans le sens où je prenais plus de temps à l'interrogatoire, à l'examen. Et aussi je pense pour leur expliquer. Il y avait moins cet effet abattage et vite-vite. On avait le temps de faire notre travail dans de meilleures conditions. » (P6)

Par contre, ils font un **parallèle négatif** entre la baisse d'activité et leur apprentissage.

« Un peu déçue de ne pas avoir pu voir plus de patients et surtout des motifs de consultations différents peut être. Parce qu'on était surtout là pour se former quoi. » (P1)

« Oui et pour le coup, pour la formation c'était pas top. Tu vois rien, donc tu n'apprends rien. (...) Le calme plat du SASPAS ! C'était.. J'ai eu l'impression de finir mon SASPAS à la moitié de mon stage. Et d'avoir été amputé de ce que j'aurai pu voir. » (P5)

## 2.2 La séniorisation et l'autonomie

Pendant la baisse d'activité et avec l'annulation des consultations hospitalières, les encadrants sont **plus disponibles**.

« Et en fait alors qu'avant l'après midi on était souvent livré à nous même et tout seul, euh, là les chefs étaient quasiment tout le temps là. » (P1)

« Et les chefs étaient bien plus présents aussi au final, donc ils étaient un peu plus mobilisés, en tout cas au début, et moins à partir dans leurs chambres de garde et tout ça. Ils étaient beaucoup plus avec nous sur le terrain, franchement c'était différent.

Oui, c'était, on se sentait beaucoup moins seul. Il y avait beaucoup plus de chefs, en tout cas au début, ils étaient beaucoup plus là. » (P6)

C'est l'occasion donc de pouvoir assister à des **enseignements théoriques en stage**.

« Ils nous faisaient des petits topos. » (P1)

Les chefs sont plus présents sur le terrain avec les internes, et c'est aussi l'occasion **d'apprendre d'eux**.

« C'était bien mieux parce que du coup on apprenait beaucoup plus de choses, vu que les chefs étaient là. (...) du coup parfois on allait faire les examens clinique ensemble et on a appris beaucoup plus parce que les chefs étaient beaucoup plus disponibles donc

*en fait c'était très agréable. (...) ça a pu bien nous aider dans la formation, dans la prise en charge. Je trouvais que c'était bien plus intéressant » (P1)*

*« Je pense que pour la formation, aux urgences les journées étant plus light, forcément j'ai eu plus de temps pour revoir les dossiers, revoir des trucs avec les chefs, être mieux encadré. Parce que forcément ils avaient plus le temps. Par rapport à ça, j'ai été bien encadré du coup, sur ce que je voyais. Prendre le temps au lit du patient, et plus de temps pour nous apprendre les choses aussi. Avec le covid, ils ont pris plus le temps de nous encadrer. L'ambiance était plus pesante mais le travail était plus light en soi. Ils prenaient plus le temps de nous donner des conseils, de nous former. » (P3)*

Au plus fort de l'activité, aux urgences ils se sont senti parfois **plus autonomes**.

*« Mais les chefs nous donnaient plus de liberté, ils n'avaient pas le temps d'approfondir autant avec nous. On était plus autonomes. On devait prendre plus d'initiatives. »*

Par contre, en ambulatoire et toujours avec la baisse d'activité, ils se sont senti **moins autonome**.

*« Alors j'ai l'impression d'avoir perdu en autonomie. De faire l'inverse. Normalement, au début on est supervisé et à la fin on doit être autonome. Moi j'ai vraiment eu l'impression d'être autonome, et après il y avait tellement moins de travail que je restais tout le temps avec le maître de stage. » (P8)*

## 2.3 L'organisation des soins

Au sein des cabinets de médecine générale, une **organisation** de l'espace et du planning est mise en place afin d'éviter les contacts entre patients symptomatiques et les autres patients pour permettre d'intégrer les **gestes barrières**.

*« Et à l'époque, on faisait en sorte de les voir au cabinet les moins possible. On avait réorganisé les planning pour des créneaux non covid et après en fin de matinée ou fin de journée les Covid. C'était pas simple. » (P2)*

*« Au cabinet à @@@, les patients covid ou suspicion covid n'attendaient pas en salle d'attente. Ils attendaient dehors et on allait les chercher quand c'était leur tour. » (P6)*

En consultation, un temps non négligeable est dédié à la **désinfection** entre chaque patient.

« Et on concentrait les rdv mais on laissait toujours en plus un peu plus de temps pour avoir le temps de tout désinfecter entre chaque patient.(...) Tout prenait beaucoup plus de temps pendant le consultation mais il y avait moins de consultation.» (P4)

« *Et puis on désinfectait tout après chaque patient et ça ça prenait beaucoup de temps. On aéraït.* » (P6)

En secteur hospitalier, de **nombreuses réunions** sont organisées afin d'organiser les services avec ce même but d'éviter les infections nosocomiales, de mettre en place les protocoles de soins et de protéger les professionnels de santé.

« *Il fallait quand même modifier la façon de travailler, les SAS de patients Covid ou de suspicions Covid que l'on mettait plutôt en UHCD. Toute la façon de travailler et le stress des gens. Les protocoles changeaient tout le temps, il y a avait des réunions pour ça mais tout le temps. On fait comme ci, ah finalement on va faire comme ça.* » (P3)

« *Mais on dû revoir l'organisation de travail, les SAS d'isolement pour éviter qu'ils ne soient en contact avec les patients non symptomatiques. Éviter que les patients contaminés ne contaminent les autres patients. Donc des entrées différentes en fonction des symptômes Covid oui ou non.* » (P3)

## 2.4 Les motifs de consultation

« *Le mono motif Covid. Toute virose, toute infection = covid. Ça en vrai, c'était ça, mono motif. On ne pensait qu'à ça.* » (P3)

En ville, les **motifs de consultation changent**. Les participants ont observé des consultations orientées surtout sur des suspicions d'infection COVID-19 et des symptômes anxio-dépressif. Les consultations sont moins variées et les suivis de pathologies chroniques se font moins souvent.

Pendant la première vague :

« Tu ne voyais plus les gens pour les mêmes motifs quand même. Après on voyait beaucoup de suspicion Covid. Les renouvellements de traitement, on en a quasiment pas eu. (...) Donc pas de suivi des maladies chroniques. » (P2)

« Mais d'un autre côté j'ai pas eu l'impression de voir masse Covid. Mais surtout des gens qui craignaient d'avoir le Covid. C'était toujours la même chose. » (P2)

« Anxiété surtout mais on avait beaucoup moins de rdv pour des pathologies aiguës. Les rhinos, les angines, les suivis de nourrissons, on les voyait plus. » (P4)

Pendant la deuxième vague :

« Il y avait aussi beaucoup de gens qui consultaient pour des symptômes liés au COVID. On ne voyait que ça. C'était beaucoup d'ennui et d'attente. Et d'un autre côté très répétitif. » (P1)

« on a vu pas mal de COVID donc c'était répétitif » (P1)

C'est également le cas en **hospitalier**. Les entrées sont centrées sur les infections COVID-19 et suspicions de COVID-19 pendant la **première vague**.

« Pour le coup, c'était la zone covid qui tournait le plus. Et donc on était en zone classique, on avait quasiment plus rien. » (P6)

Alors que pendant la **deuxième vague** les entrées COVID-19 s'ajoutent aux entrées habituelles.

« Alors que là nous tu avais les suspi Covid et toutes les entrées classiques en plus qui était là comme il n'a avait pas de confinement à ce moment là. Les patients venaient pour les autres pathos. Donc c'était hyper chargé » (P2)

Un côté très **répétitif** est décrit.

« On a vu pas mal de COVID donc c'était répétitif » (P1)

« C'était toujours la même chose. » (P2)

La COVID et sa prise en charge est vue comme une pathologie **peu intéressante** pour leur formation.

« Après forcément on avait beaucoup de covid dans le service et ça a un côté répétitif et peu intéressant hein. » (P4)

*« On faisait que que du covid. Aux urgences, on faisait que ça. Donc bah, rébarbatif et puis du coup, on apprend pas grand chose. On apprend à gérer le covid, certes, mais tout le reste au final, on a rien fait d'autre pendant 3 mois. Donc un peu un manque de formation à ce niveau là. C'était mono-motif covid. Et ça c'est nul pour notre formation. »*  
(P6)

Le manque de variété dans les consultations en ambulatoire a provoqué une **lacune d'apprentissage**.

*« Il y a plein de motifs que je n'ai pas vu pour un N1. (...) Suivi de nourrisson, on en voyait beaucoup moins. Ça m'a amputé sur pas mal de choses, notamment des suivis classiques. »* (P3)

*« Il y a beaucoup de chose auquel je n'ai pas été confronté je pense dans les derniers mois. (...) Ah bah baisse d'activité et l'impression de faire tout le temps la même chose. Soit le covid, soit les syndrome anxio-dépressif lié au covid. Ça laisse peu de place à l'apprentissage. »* (P4)

Le **renouvellement** autorisé par les **pharmaciens n'a pas facilité** le suivi des patients chroniques.

*« Car c'était à l'époque où les pharmaciens pouvait faire les renouvellements. »*  
(P2)

## 2.5 Les changements de planning

Durant le stage de N1, un interne n'a pas pu se rendre en stage avec un de ses MSU car il était en arrêt de travail.

*« Mais pour moi ce qui a vraiment changé c'est que un des 2 MSU a attrapé le Covid et du coup il a été en arrêt. Mais fin mars, il m'a dit « Je suis malade, je m'arrête ». Il a bien eu 1 mois d'arrêt. Donc ça a fait 1 mois entier où je ne pouvais plus aller chez lui. »*  
(P2)

Les consultations **« non essentielles » ont dû être annulées**. En ville, le CSAPA ( Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ), par exemple a fermé provisoirement. A l'hôpital, les internes déplorent l'annulation de certaines consultations auxquelles ils auraient aimé assister.

*« Le CSAPA, ça s'est arrêté parce que c'était non essentiel donc ça a fermé. » (P2)*

*« Et à l'hôpital, du coup, je n'ai pas pu assister à des consultations par exemple de dermato. Comme eux avaient annulé leurs consultations. Je pense que c'est un gros point négatif. Ça m'aurait bien aidé. » (P1)*

Afin de s'adapter à la crise, les internes ont parfois dû faire des **gardes hospitalières supplémentaires** dans les secteurs COVID-19.

*« On a du dédoublé au niveau des journées. Il fallait le double d'interne, euh, puisqu'il fallait que les 2 urgences soient ouvertes. Donc ils ont adapté ça. » (P6)*

*« Et double ligne de garde aussi. » (P6)*

Ou, ils ont dû participer au fonctionnement d'**unités COVID-19**, comme nous l'explique plusieurs internes.

*« La seule différence c'est qu'ils avaient encore dans l'hôpital une unité covid. Et en fait ils avaient forcé tous les Med G a y allait une semaine. » (P2)*

*« Les gardes de secteur COVID avec un relai la journée, sur la base du volontariat. Mais ça s'est développé surtout un peu après. Plutôt sur la fin du stage. » (P3)*

De plus, ils ont parfois fait face à des difficultés de planning compte tenu de **collègues en arrêt maladie**.

*« Comme il y a eu une grosse vague, et bah ça nous a aussi touché. Donc il y avait plein de gens qui étaient en arrêt donc il y avait des gardes à reprendre car les gens ne pouvaient plus les assurer. » (P2)*

*« Il y a eu des problèmes d'effectif aussi avec des arrêts quand nous on était covid+. Moi j'ai été covid pendant ce stage là et c'est vrai que j'ai eu 7 jours d'arrêt. Je me souviens d'aides soignantes qui avaient été en arrêt. L'organisation c'était compliqué ! » (P4)*

## **2.6 L'après première vague**

Suite à la baisse drastique du nombre de consultation, les internes s'interrogent sur les conséquences potentielles en terme de **retard diagnostic et de prise en charge**.

« (...) on ne voyait plus non plus le reste des patients. À tort d'ailleurs parfois, car il y a eu des loupés au domicile. » (P3)

« Euh, mais c'est sur que je me disais que je ne verrai pas les catastrophes d'après car je ne serai plus dans ce cabinet là, mais j'étais sûre qu'il y aurait des loupés sur certain truc par manque de consultation. Des retards de prise en charge de néo par exemple. Ça il y a eu. Et c'est dommage. » (P4)

## 2.7 La prolongation du semestre

Le semestre d'hiver 2019-2020 est prolongé d'un mois. Les internes qui étaient à cette période en ambulatoire expriment un certain **contentement** à prolonger leur stage.

« Enfin moi ça m'a arrangé dans ce sens. » (P2)

« Ouais moi j'étais contente de ce point de vue là. Surtout qu'on ait encore mai, ça m'a permis typiquement de reprendre les consultations avec mon maître de stage qui était arrêté longtemps. De revoir aussi un peu comment on repart à la vie normale avec les gens qui sont à nouveau revenus en consultation au cabinet en mai. Une reprise de l'activité classique. C'était plutôt intéressant. » (P2)

« et puis le fait qu'on ait dû faire un mois de plus, bah sur le coup, nous on était content de prolonger ça. » (P4)

« J'étais contente d'être en ambulatoire car c'est ce que je veux faire plus tard depuis le début. » (P4)

Contrairement aux internes en stages en structure hospitalière, qui **déplorent la diminution de la durée de leur stage en ambulatoire**. C'est surtout le cas des futurs internes en SASPAS.

« Je t'avoue que j'étais pas spécialement ravi d'avoir un mois de moins en SASPAS pour le coup. Même si mon stage se passait très bien, le SASPAS, tu attends beaucoup de choses. Je savais déjà que c'était l'été, donc moins d'activité, les vacances, un mois de moins et dans les circonstances du covid. Mais bon c'était tout c'est comme ça. » (P5)

« Très mal. Franchement très mal. C'est vrai que la c'était déprimant car je pensais en avoir fini et en fait, on en remet une couche. Et puis en plus, c'était un peu saoulant car, enfin de savoir aussi qu'en contrepartie c'était le stage de médecine générale qui allait

être amputé, c'était blasant. Mais la c'était un peu décourageant de nous amputer un peu notre meilleur stage de l'internat. Euh car voilà, c'était un peu embêtant. Et donc c'est vrai que l'on se disait que c'était pas forcément très justifié non plus de nous faire continuer encore. Alors qu'en soit, limite nous on en a marre, on a vécu la vague, le stress intensif du début et les autres, ils sont tout frais. » (P6)

### 3. La relation avec les patients

#### 3.1 L'image du soignant

Plusieurs participants décrivent un **élan de solidarité** envers le corps soignant au début de la pandémie qui a été moteur pour eux.

« Et en plus il y a eu une énorme élan de solidarité. Euh notamment à l'hôpital. Du coup c'était très agréable, tout le monde était gentil avec nous entre guillemet. » (P1)

« Après comment les gens voyaient les médecins, ça a été plutôt positif au début. On était quand même applaudit tous les soirs à 20h (rire). » (P3)

Ils sont également sensibles à la **reconnaissance des patients** envers eux.

« Et les patients étaient vraiment reconnaissants à ce moment là aussi. » (P4)

« En tout cas j'ai l'impression qu'ils nous considéraient beaucoup plus. Euh, il y a eu tous les applaudissements tout ça et je pense qu'ils se sont rendu compte qu'on était utile dans la société et qu'il fallait aussi prendre soin de nous car on s'exposait à des maladies. » (P4)

Mais avec l'avancée de la crise, la situation change. Ils ont pu remarquer par la suite une **méfiance** à l'égard des professionnels de santé.

« Mais ça a été après assez négatif avec le doc bashing des médias parce que tout le monde se contredisait sur les traitements, les vaccins. Ça été un sacré point négatif ça, je trouve. La décrédibilisation de la médecine je trouve. Plus de négatif que de positif je trouve. » (P3)

« ils y avaient une phobie du corps médical a ce moment là. » (P4)

Et certains y ont vu une forte **politisation et médiatisation** néfastes autour du COVID.

« Et ça a été sujet de discorde, de polémique. Ça a été repris par tous les politiques, du coup les patients n'en pouvaient plus quoi. C'était plus du médical à un moment, c'était du politique. « moi je n'aurai pas vacciné tout le monde » « moi je n'aurai pas mis le pass vaccinal » » (P3)

### 3.2 Les consultations en ambulatoire

La relation patient-médecin s'est beaucoup modifiée pendant la crise sanitaire. Tout d'abord, la **peur de consulter** s'est fait ressentir auprès des participants.

« La peur aussi que les patients avaient de consulter. C'était, un peu, ça met pas un climat de bonne ambiance on va dire. » (P1)

Dans ce climat, certains ont observé une **méfiance accrue des consultations avec les internes**.

« Ils avaient peur et du coup, ils voulaient encore moins d'un interne en consultation. (...) Quand ils avaient des symptômes Covid, ils voulaient encore moins d'un interne. » (P3)

En effet, la peur des patients a parfois pris beaucoup de place et le rôle du soignant en consultation a été de **rassurer**.

« A rassurer, énormément » (P4)

Une part importante de leur rôle était aussi de **répondre aux questions**.

« Et puis c'était beaucoup de personnes qui nous contactaient pour des angoisses des symptômes anxieux, qu'il fallait apprendre à gérer à distance . Et euh, on avait pas toujours les réponses » (P4)

« On voyait tout et n'importe quoi sur les réseaux, les gens étaient perdus, ils avaient peur et ça se ressentait en consult. Ils nous posaient beaucoup de questions. Et souvent je ne savais pas répondre. » (P7)

Les gestes barrières ont également modifié la relation, les **masques** ont pu être vu comme une **barrière**.

*« Le masque je trouve que ça a changé quand même quelque chose pour moi. En consultation, ça a cassé beaucoup de non verbal. Et dans la relation patient-médecin, ça change quelque chose. » (P4)*

Des internes ont été confrontés à des **demandes d'arrêt de travail** considérées comme **abusives**.

*« Ca c'est le côté administratif qui était bien chiant. Après le confinement, on a eu des parents qui ne pouvaient pas faire garder leur enfants pour x raisons et qui demandaient des arrêts ou des patients qui ne voulaient pas reprendre le travail. » (P7)*

*« j'ai en tête un instit assez jeune qui ne voulait pas retourner travailler car il n'avait pas de masque. Les enfants, on ne peut pas leur mettre de masques, s'ils toussent, ils ne mettent pas leurs mains, tout ça. Et voilà, du coup, il nous avait dit : « Moi, je n'ai pas signé pour ça, vous, c'est votre métier, moi, je voulais juste être prof des écoles, je n'ai pas à subir la maladie des autres. » Ça, ça nous avait marqués parce qu'il ne voulait pas reprendre le travail. Donc voilà, c'est de la négociation. » (P8)*

En ambulatoire, le **temps administratif** a pris beaucoup de place.

*« Après il fallait remplir sur internet les tests covid ou les pass vaccinaux, on nous a submergé d'administratif. Ça prenait un temps fou, des tas de clics en plus et vraiment pas intéressant. Beaucoup de temps perdu. » (P2)*

### **3.4 Les mesures sanitaires et sources de conflits**

Les mesures sanitaires ont parfois été source de conflits entre les patients et les professionnels de santé.

Les participants l'ont observés avec les **gestes barrières** comme le port du masque.

*« Mais là ou il y a pu avoir des conflits, c'est avec les gestes barrières. » (P5)*

Le port du masque n'est plus un réflexe pour la patientèle en cas de symptômes respiratoire, ce que déplore les participants.

*« J'ai l'impression que les patients ont vite oublié. C'est à dire que lorsqu'ils sont malades, il n'y en a même pas 1 sur 10 qui gardent le masque. Et quand il y en a qui arrivent avec des symptômes grippaux marqués et que je leur dit : « ah vous n'avez pas*

*mis le masque », ils me répondent : « ah le masque, pourquoi je le mettrai? » Je me dis qu'ils ont bien oublié par quoi on est passé. Ca c'est bien dommage. Ça peut être source de conflit ! Enfin d'agacement. » (P1)*

*« j'ai toujours peur de ce qu'on va me sortir donc je ne dis plus rien. En plus, je suis remplaçante, ce ne sont pas mes patients donc je ne dis rien.*

*Mais je pense que si je m'installe, je leur dirai que s'ils sont malades, il faut mettre le masque. Ça, je pense que c'est une chose qui doit rester, ce réflexe-là » (P8)*

La plus grande source de conflit a été la **vaccination et les pass sanitaires**.

*« Même les patients qui essayaient d'argumenter parce qu'ils étaient contre la vaccination. Au bout d'un moment je leur disais « oui ok ». Tu ne te battais plus. La vaccination ça a tellement été sujet de discorde avec les patients. C'était lourd. Ils voulaient certains vaccins et pas d'autres. Ça a été loin quand même. (...) On a dû se battre pour les vaccinations. Vaccination obligatoires donc on se faisait traiter quand on vaccinait alors que finalement on était là le samedi matin à vacciner pour leur bien. (...) Finalement les gens n'étaient pas toujours d'accord. Ils y en a qui nous disaient « je viens mais je n'ai pas le choix ». C'était lourd. Après on l'acceptait mais c'était lourd d'être dans le conflit. Ça ne me rappelle pas de bons souvenirs. » (P3)*

*« Là il fallait défendre d'autres arguments contre les antivax. C'était plus compliqué quoi. (...) Il fallait se battre tout le temps alors que c'était pour les personnes fragiles, les aider à ne pas attraper le covid et faire des formes graves. » (P4)*

Afin d'expliquer les gestes barrières ou bien l'importance de la vaccination, les internes ont dû prendre **le temps d'expliquer**.

*« Le temps d'éducation est quand même important en médecine générale mais là c'était épuisant. » (P4)*

*« Et là il fallait discuter pendant des heures, leur montrer par A + B, leur expliquer. » (P4)*

Ces conflits ne se limitent pas à l'ambulatoire. A l'hôpital, des internes évoquent des difficultés avec l'**interdiction des visites**.

*« Et puis il y a aussi que les familles ne pouvaient pas venir. Après moi je ne les avais pas au téléphone, car c'était la nuit principalement, mais les inf me disaient que c'était compliqué avec les familles. Ils ne comprenaient pas. Et c'est vrai que sur le coup ça n'est pas la priorité. On pensait surtout à limiter les cas, mais ça a été très difficile pour les familles. » (P5)*

*« On avait fini par faire un tableau Excel pour savoir quelles familles avaient eu des nouvelles et quand. La plupart des gens comprenaient mais avec d'autres c'étaient plus compliqué. (...) On s'est pris des menaces au téléphone. Vous êtes « inhumains » je me souviens. Avec le recul je comprends encore plus à quel point ça a dû être difficile pour les familles surtout que nous, il y avait pas mal de fin de vie. Mais sur le coup c'est, bah c'était, c'était terrible et dur de voir tout ça. Ca dépendait surtout pas de nous mais on était au premier front. » (P7)*

### **3.5 La confrontation à la fin de vie et la mort**

Dans les services hospitaliers, certains internes ont pris part à la prise en charge des patients en **fin de vie**, se retrouvant ainsi confrontés à la **mort**. Cette expérience a pu les confronter au sentiment de responsabilité. Les conditions particulières de la pandémie les ont parfois contraint à prendre des décisions qui pouvaient avoir un impact direct sur les prises en charge.

*« Il y a eu beaucoup de décès et tout est vraiment arrivé en même temps. Les patients qu'on avait chez nous, ils étaient récusés de réas, c'était un max de traitement en chambre. Bah, c'était pas facile. Comme je te disais, ils se dégradait très vite. Je devais adapter les traitements antalgiques et de confort. C'est jamais facile d'être confronté à ça. » (P5)*

*« On s'est pris la deuxième vague de plein fouet, du jour au lendemain. La chambre 201 chauffe et le lendemain Covid + en 201 et à la suite 202, 203, 204 etc. Tout le service pratiquement en quelques jours, et forcément les inf, les aides soignantes et les médecins aussi. Moi j'étais un peu symptomatique mais les tests négatifs donc je me suis occupé des Covid. Au début ça allait aérosol, cortico, anticoag, petit tour tous les matins, c'était surtout de l'organisation. Je me souviens qu'on était content de dire aux familles que tout allait bien. (..) Et boom, tout le monde qui décompense en même temps. C'était terrible. Surtout que je n'avais quasiment pas de chefs avec moi. (...) Et puis de se dire qu'ils*

*étaient là pour de la rééducation et ça finit comme ça. Quasiment aucun n'était réa, ils sont quasiment tous morts dans le service. » (P7)*

Compte tenu des circonstances exceptionnelles engendrées par la pandémie, les internes ont été témoins, et parfois acteurs, des décisions complexes concernant **l'état réanimatoire de certains patients**. Ces choix, souvent perçus comme arbitraires en raison de la saturation des services, ont été particulièrement difficiles à vivre pour eux.

*« Parfois c'était un peu dur, il y avait un patient, certes de plus de 70 ans, mais à part une insuffisance rénale, il n'avait pas d'autres comorbidités. Il était autonome, et lui, on pensait qu'il n'avait pas sa place en réa quoi. (...) on faisait les gardes d'étages, donc on était tout seul, il n'y a pas de chef dans les étages. La première question qu'on devait poser, c'était : est-ce que le patient est réanimatoire ou non ? Je trouvais que c'était un peu dur, moi l'interne aller voir le patient que je ne connaissais pas et décider qu'on n'allait pas plus loin dans les soins. Donc voilà, c'était un peu compliqué. Les patients étaient vite triés. Après, c'est mon impression. Après, c'est le manque de places, on savait pas où mettre les gens, le tri dans les patients, et voilà. » (P8)*

#### **4. L'acquisition de nouvelles connaissances et de nouveaux outils**

##### **4.1 La découverte d'un nouveau virus**

Les internes ont manifesté un vif **intérêt pour la découverte** de ce nouveau virus et de son tableau clinique.

*« Ce qui est intéressant aussi c'est la découverte de la maladie et de ses symptômes, que ça donne des anosmies, que ça donne ça . C'est plein de découvertes au fur et à mesure. La recherche avance très vite et on a découvert vite un vaccin. Apprendre comment on gère les schémas vaccinaux et tout. (...) En vrai c'est fascinant de se dire qu'il y a un virus qui apparaît à tel endroit. Tous les jours on apprend des nouveaux trucs sur le fonctionnement, la contagiosité, sur tous les symptômes. Parce que tu as l'impression qu'il pouvait donner tout et n'importe quoi ce virus. Chaque jour on apprenait de nouveaux symptômes. Et ce côté là c'est apprendre tous les jours et c'est intéressant. (...) Donc d'un point de vue scientifique, c'est tellement intéressant. » (P2)*

*« Et à la fois c'était quand même assez riche car il y avait beaucoup d'infos qui sortaient régulièrement. Il y a eu le covid en lui même, comment le soigner, les*

*symptômes, puis la vaccination, qui vacciner, avec quel vaccin, quels arguments donner aux réticents. » (P5)*

**L'incertitude et l'inconnu** ont surtout rythmé le début de la pandémie.

*« C'était assez stressant, on ne savait pas à quel point ça pouvait être dangereux. Il y avait quand même pas mal d'incertitudes sur quand et est ce qu'on reprendrait le cours d'une vie un peu plus normale. Mais c'était globalement assez angoissant. C'était l'incertitude, c'était long. » (P5)*

Les informations arrivaient au compte goutte. Les participants ont pris **beaucoup de temps** afin de se former et s'informer.

*« C'était chronophage et moi j'étais un peu perdue dans le flux d'informations. On n'a pas eu de formation officielle. » (P4)*

*« Euh je trouve que tout ça c'était prenant et fatiguant. On était tout le temps en train de voir les nouvelles infos et des nouvelles qui sortent. Et ne pas dire n'importe quoi aux gens. » (P5)*

En ce qui concerne la prise en charge des infections à COVID-19 et les mesures barrières, les protocoles ont subi des **changements incessants**.

*« Quand les envoyer aux urgences, les différentes reco qui n'arrêtaient pas de tomber » (P1)*

*« Les reco changeaient tout le temps, les protocoles. » (P7)*

## 4.2 L'initiation à la téléconsultation

Tous les internes ont pu être **initié à la téléconsultation** à cette période. La plupart des MSU ne l'avaient pas encore intégré à leur pratique.

*« Pas mal de médecins se sont mis à la téléconsultation à ce moment-là. Et il s'est mis à la téléconsultation aussi du coup qu'il ne faisait pas avant. Donc c'était une première approche de la téléconsultation en vrai. On en a vu pas mal en téléconsultation ! » (P2)*

*« Ça a développé la téléconsultation et au moins on a été un peu formé à ça » (P3)*

Ils estiment que la téléconsultation a été facilitée par le **tiers payant intégral** à ce moment là.

*« En plus tu pouvais coter les TCG remboursés à 100% au moment du Covid. »*

(P1)

*« Et avoir le tiers payant intégral sur les téléconsultations, ça a facilité les choses. »*

(P3)

Mais la prise en charge des infections covid ou des suspicions covid s'est avérée parfois difficile et ont été confronté aux **limites de la téléconsultation**.

*« On en a vu pas mal en téléconsultation ! Dont des suspis Covid. Et on se retrouvait à les gérer en téléconsultation. Bon par contre, évaluer un Covid en téléconsultation, c'est très limité.. tu ne peux pas les examiner, pas prendre la saturation. Donc je me souviens que je n'étais pas très sereine. Je me souviens qu'en téléconsultation on les faisait respirer très vite ou compter très vite pour voir leur capacité respiratoire. On avait vu ça sur des groupes de médecins. Du coup on en était arrivé à faire ça. C'était un peu n'importe quoi les prises en charge au début, en même temps on ne savait pas quoi faire de plus. » (P1)*

*« Après en téléconsultation, on avait pris quelques techniques. On faisait compter les patients jusqu'à 30, on leur demandait de se dévêtir pour regarder comment ils respiration. On a appris à faire de la médecine autrement à ce moment-là. » (P4)*

### **4.3 La participation aux campagnes de vaccination**

Plusieurs participants ont pu participer aux campagnes de vaccination et estiment qu'il s'agit d'une **partie importante de leur fonction**.

*« Mais ça fait parti de la mission du médecin généraliste et j'ai pris ça comme une chance de pouvoir y participer. Une campagne de vaccination dans un moment un peu inédit dans lequel on était. Sans compter le bénéfice pour les patients. » (P1)*

*« Après on y allait en se disant qu'on faisait quelque chose de bien pour l'état de santé des français. Qu'on participait à contrer le Covid. » (P3)*

*« Après moi ça ne m'intéressait pas trop, mais c'était important pour moi de participer. J'ai jamais été payé en plus. Mais c'était important de participer à l'effort collectif. » (P4)*

#### 4.4 Apprendre à s'adapter

Les internes ont fait face à de nombreux changements concernant leur façon de travailler et la prise en charge de la maladie. Ils ont dû apprendre à **s'adapter**.

*« Enfin on a dû s'adapter, c'est le mot. Avec les connaissances qui arrivaient au fur et à mesure. (...) Je pense que ça m'a fait grandir dans ma pratique. Il a fallu s'adapter. C'est quand même une crise mondiale. Si je devais retenir un mot ça serait s'adapter. Ouais professionnellement et personnellement, ça m'a fait grandir. » (P4)*

*« Et apprendre à s'adapter, ça c'est le maître mot de notre internat. » (P6)*

#### 4.5 La notion de responsabilité

Les internes ont pu être confrontés à de **nouvelles nuances de responsabilité**. En ambulatoire, la prise en charge des infections Covid **en téléconsultation** a pu montrer certaines limites et notions de responsabilité comme nous l'indique une interne.

*« Bon par contre évaluer un Covid en téléconsultation, c'est très limité.. tu ne peux pas les examiner, pas prendre la saturation. Donc je me souviens que je n'étais pas très sereine. » (P2)*

Un interne lui a été confronté à des **prescriptions** pour la prise en charge des infections COVID-19 avec lesquelles il n'était pas en accord.

*« Et ils voulaient que je prescrive Zithromax à tout le monde et des corticoïdes à tout le monde à l'époque. Hum. Bon pas d'hydrochloroquine pour le coup mais presque (rire). Donc voilà, je devais prescrire Zithromax et corticoïdes à tout le monde. Je n'avais pas mon mot à dire donc je le faisais. Et voilà. Tu ne pouvais pas ne pas être d'accord avec eux. Il fallait suivre. » (P3)*

En secteur hospitalier, un interne exprime son angoisse et sa peur des prises en charge pendant les **gardes supplémentaires** en secteur Covid.

*« Mais ouais l'appel des étages c'était terrible, c'était ma hantise. Peur de ne pas savoir quoi faire, de ne pas être seniorisé. » (P3)*

Un interne a été confronté à des prises de décisions par **manque de personnel et de seniorisation** pendant les vagues de Covid.

*« C'était terrible. Surtout que je n'avais quasiment pas de chefs avec moi. Ils étaient en arrêt. Et même si je pouvais toujours demander des avis dans d'autres services, la masse de travail faisait que je devais gérer beaucoup de choses seul. » (P7)*

#### 4.6 La mise à jour des connaissances

L'arrivée de ce nouveau virus et la pandémie, les a sensibilisés à l'importance de **mettre à jour ses connaissances**.

*« Apprendre à travailler autrement, apprendre à se mettre à jour.(...) ils allaient chercher sur internet, sur les sites pour connaître les derniers symptômes, des dernières prises en charge, les derniers protocoles. » (P4)*

*« Donc c'était beaucoup de chose à penser et puis ça donne toute la raison d'être de la formation en continue. C'était un bon exemple de formation continue finalement et de savoir comment s'informer etc. » (P5)*

Les participants ont utilisé **différentes sources** afin de se mettre à jour, notamment les réseaux sociaux.

*« L'info circulait très vite sur les réseaux. Tu vois, l'anosmie, moi je l'ai découvert sur internet. Comme les protocoles de rééducation de l'anosmie aussi, je l'avais vu sur les réseaux. » (P2)*

*« C'était surtout en discuter avec des autres internes et des collègues et maîtres de stage. Leur retour d'expérience. Mais c'est vrai que les informations n'étaient pas toujours faciles à avoir. Je regardais souvent les groupes de médecins comme sur Facebook. Mais tout changeait tellement souvent. Ça prenait beaucoup de temps. » (P5)*

#### 4.7 Ce qu'ils gardent de la période

Certains internes ont intégré à leur pratique actuelle des outils et réflexes de la pandémie. Plusieurs participants gardent dans leur quotidien les **gestes barrières** comme le port du masque.

« Porter encore le masque ! Je ne sais pas trop en fait mais oui on s'est tous beaucoup plus sensibilisé à bien se laver les mains et porter un masque. Nous on a fait tout notre internat comme ça aussi car ça me dérange pas plus que ça. C'est une habitude. » (P2)

« Je pense qu'on a gardé des choses de ce covid finalement, le SHA, les patients le font beaucoup plus. Moi le masque je le mets quand il y a des syndromes infectieux mais je ne le mets plus pour le tout venant. » (P4)

Ils se disent aussi plus sensibles à l'**asepsie** du cabinet.

« Donc, d'abord sur la plan de l'hygiène, je trouve que ça nous permis de, en tout cas ça m'a permis d'être plus vigilante. Maintenant dès qu'il y a des patients qui ont la grippe ou COVID, je désinfecte. Donc ça c'est bien je pense. » (P1)

Ils continuent à utiliser les **tests de dépistage rapide** dans leur pratique.

« Après je fais plus souvent les tests COVID / grippe au cabinet. Ce qui est très pratique. » (P1)

« Enfin en hiver, quand il y a les mois de covid/grippe c'est pas mal je trouve les tests. Parce que tu en diagnostiques quelques uns. Et je trouve que les gens, enfin c'est débile mais, c'est quand tu leur mets un mot que ce qu'ils ont ; leur dire : « voilà vous avez la grippe » ça les rassure en quelque sorte. Pour pouvoir faire le diagnostic de ça, c'est pas mal. En vrai le traitement est le même que ce soit grippe, covid ou virose. Mais je pense que ça rassure les patients. » (P2)

Ce qui leur permet d'expliquer plus aisément l'**absence d'indication d'antibiothérapie** en cas de virose.

« C'est plus simple pour leur expliquer la différence avec virose et infection bactérienne. Il comprennent peut être mieux depuis le covid qu'il faut pas leur mettre d'antibio. » (P1)

« Et puis pour moi je trouve que ça me permet d'expliquer plus facilement aux patients qu'il ne faut pas d'antibiotiques. Je leurs dis que c'est comme pendant le covid, que c'est viral et qu'il n'y a pas besoin d'antibiotiques, que ça ne va pas fonctionner

*dessus. Et les patients comprennent beaucoup plus facilement que quand on leur disait que c'est un syndrome grippal et qu'il n'y a pas besoin d'antibiotiques. Je trouve qu'eux aussi ont reçu toute l'information et c'est plus clair dans leur tête. » (P4)*

Ils continuent d'utiliser la **téléconsultation** pour certains d'autres eux.

*« La téléconsultation, moi je continue, même si c'est pas toujours adapté, mais ça peut être pertinent dans certaines situations » (P7)*

Un interne nous explique qu'il est désormais plus sensible à la **vaccination**.

*« Je pense que je garde aussi souvent à l'esprit la mise à jour des vaccins. Enfin je parle plus facilement de la vaccination grippale en hiver » (P7)*

Le fait d'avoir participé à la **gestion de la crise** leur a permis d'acquérir une certaine expérience.

*« On était convié aux réunions de crise, au protocole d'urgence tout ça et je trouve que c'était bien de nous convier à ça. Parce que ce sont des choses qu'on voit pas le reste du tout et mine de rien, maintenant que je suis en maison de santé, on a des protocoles à faire justement sur tout ce qui est protocole de crise et tout ça. Et je trouve que justement l'expérience permet d'avoir des réponses et des idées. Et une méthode d'emblée pour créer ces protocoles là. » (P5)*

*« Donc c'est vrai qu'on se dit que ça un jour ça revient, on sera un peu plus rapide à tout dégainer. Donc c'est vrai que c'était plutôt intéressant d'avoir connu ça. Ça peut apporter beaucoup si par la suite on est confronté à nouveau à une pandémie. » (P6)*

*« C'est une forme d'apprentissage, on a été mis dans le bain, ce n'est pas donné à tout le monde de vivre une pandémie comme ça, en étant étudiant. » (P8)*

À côté de leur pratique, un interne nous raconte l'**opportunité d'installation** qu'il a eu dans les suites de la crise sanitaire.

*« Et en fait le fait que les circonstances aient été si particulière et que le stage ait été plus long, ça mis plus de lien avec les médecins la bas et ça a fait que je me suis installé la bas. » (P5)*

## 5. Les obligations universitaires

### 5.1 Les changements dans les enseignements

Les enseignements universitaires ont été soumis à beaucoup de modifications. Ils ont tout d'abord été **annulés**.

*« Bah annulé ! ( rire ) Enfin en début. Après il y a eu beaucoup d'annulation quand même. » ( P3),*

Puis ils sont réalisés en **visioconférence**.

*« Et ensuite en visio. » (P6)*

Compte tenu des circonstances, les enseignements aux **gestes pratiques ont été retardés** de plusieurs semestres.

*« On l'a fait hyper tard, en dernier semestre alors que c'est un truc qui est censé être fait au premier semestre je crois » (P2)*

L'**échange en officine** a été aussi annulé pour certains étudiants.

*« Par contre, la formation pharmacie a été annulé. On a pas pu aller dans les pharmacies. C'était quelques jours en stage en officine et ça on l'a pas fait. J'ai trouvé ça dommage. » (P6)*

*« Donc ça, ça a été dommage car j'aurais bien aimé le faire. Je ne l'ai pas fait, et avec regret, j'aurais bien aimé voir un peu comment ça se passait. » (P8)*

### 5.2 Le vécu des cours en visioconférence

Le passage à des enseignements à distance est tout d'abord **compris** par les internes.

*« Après ils ont essayé de s'adapter comme ils pouvaient, hein. De toute façon, je ne vois pas vraiment comment ils auraient pu faire autrement. » (P6)*

Même s'ils estiment qu'il y a **des conséquences sur leur formation**.

*« Mais par contre, le plus gros impact c'est les cours. » ( P2)*

*« Ça a entaché notre formation, ça c'est clair. » (P3)*

« Tous les cours qu'on a eu sur cette période là, je pense qu'on en a pas retenu grand chose quoi. C'est le problème de la visio. » (P6)

Ils les trouvent **moins percutants** qu'en présentiel.

« En fait, on est passé en cours en Visio, et que j'ai pratiquement aucun souvenir de ces cours en Visio contrairement au cours en présentiel. » (P1)

« Après ils ont gardé le format des cours qu'on avait en présentiel mais du coup en visio c'était plus compliqué. » (P6).

Ils rapportent surtout les **difficultés de concentration**.

« Parce que tout simplement c'était beaucoup plus compliqué de se concentrer sur le cours. » (P1)

« Forcément tu es beaucoup moins attentif en visio. » (P3)

Nous notons un **manque d'intérêt** de leur part.

« Je trouve moins intéressant que les cours en présentiel, moins stimulant. » (P1)

« Il y avait 2 personnes présentes qui participaient sur 15. Personne ne mettait sa caméra et son son, et tout le monde faisait autre chose en même temps. » (P3)

« Bah clairement, il faut pas se mentir, on a tendance à mettre l'ordi en fond et à faire autre chose en même temps. » (P6)

Une **barrière avec l'enseignant** est également décrite.

« Les profs, on ne savait pas trop qui s'étaient. Enfin ils se présentaient bien sur mais il y en a, on a jamais vu leur tête. Ça faisait un peu bizarre quand même d'avoir un cours par quelqu'un que tu sais à peine qui s'est. » (P2)

Le **côté social** des cours leur a manqué.

« Ça fait du social, à midi on mange ensemble, tu discutes et tout. » (P2)

Malgré cela, la visioconférence a pour avantage d'**éviter les déplacements** à la faculté.

« C'est que tu n'avais pas à te déplacer. Et puis c'est pratique d'être sur ton ordi. » (P2)

« Il y a avait le coté sympa d'être chez soit et de ne pas se taper le monde pour aller à la fac, etc. » (P5)

Cette situation s'est poursuivie de nombreux mois, et on note une **lassitude**.

*« Mais ça a duré plusieurs semestres qu'on a eu les cours en Zoom. C'était un peu long quoi. » (P2)*

### 5.3 Le support informatique

Le logiciel a été trouvé **pertinent**.

*« Et je trouve que pour le coup, la fac s'est plutôt bien adaptée. Parce que Discord, c'était plutôt bien fait. (...) Le support informatique était plutôt pas mal. »(P2)*

Mais il est parfois **source de pannes**.

*« En plus, la plupart du temps, on ne pouvait pas mettre notre caméra car ça faisait buguer » (P6).*

Les internes remontent également des difficultés avec la **notification des présences**.

*« Pendant ce cours là par exemple, on était un peu stressé de pas valider notre présence » (P2)*

*« Même pour les présences et tout ça. C'était pas évident. Moi ils m'en compté des absences sur la fin alors que c'était des cours auxquels j'avais assisté, j'étais présent. » (P5)*

### 5.4 Leurs avis concernant les enseignements

Plusieurs participants décrivent les enseignements, dans leur globalité, **peu adaptés**.

*« Après, de base, je trouvais que les 3/4 des cours, même en présentiel, n'étaient pas forcément intéressant et bien ciblé » (P1)*

*« Mais bon de toute façon les cours de base, je ne les avais pas trouvés top top » (P5)*

Mais ils montrent par contre de l'intérêt pour les cours de **GEP**.

*« Après je ne parle pas des cours GEP, parce que ça, je trouve que c'est des cours très utiles et intéressants. » (P1)*

Nous notons également un intérêt pour les enseignements d'initiation aux **gestes pratiques** ( Présages ).

*« Je trouve que ces cours, c'était important. Les mannequins sont assez bien faits. » (P2)*

*« C'était le seul truc utile je trouve. » (P3)*

## 5.5 La thèse

Aucun participant n'avait débuté le travail de thèse au plus fort de la pandémie.

*« Je l'ai commencé bien après » (P3)*

*« J'ai débuté en deuxième année » (P6)*

Certains ont eu le sentiment que la période n'a **pas été propice** au travail de thèse.

*« Non mais ça m'a un peu freiné quand même. Et le covid, ça m'a démotivé totalement. Le confinement, ce qui est \*\*\*, car en vrai tu aurais pu te dire que tu avais du temps chez moi là. Je n'ai que ça à faire d'avancer ma thèse. En plus de ne plus aller à la fac, c'est moins motivant. Ça m'a coupé dans mon élan. Et puis en plein dans la pandémie, on parlait que de ça, c'était comme la fin du monde, donc la priorité était ailleurs. Et tu n'avais pas envie de faire la thèse. Surtout que j'avais encore le temps d'avancer. » (P2)*

*« Pas du tout, ce n'était pas ma priorité » (P8)*

Quand d'autres ont pu justement se **dégager du temps** pour y travailler.

*« Et puis on avait du temps mine de rien car on bossait moins. » (P4)*

Un étudiant n'a pas pu effectuer son recueil de données à cause des conditions sanitaires, et un **changement de sujet de thèse** a du être fait.

*« Donc j'ai du changer de thèse. Tout a pris beaucoup de temps et je suis restée longtemps dans le flou sans savoir si je voulais rester sur le même sujet ou sur le même type de sujet. » (P5).*

Et pour certains la pandémie a été une **source d'inspiration** et un nouveau sujet à aborder.

« Je commençais à réfléchir à ma thèse et du coup, je me suis dis que ça serait intéressant de la faire sur le COVID. Comme c'était d'actualité mais je n'avais pas encore d'idée fixe. » (P1)

« Le covid m'a aidé à trouver un sujet finalement. » (P6)

## 5.6 Les diplômes universitaires

Des anciens internes étaient inscrits à des Diplômes universitaires à la faculté de Lille. Les cours sont passés en **visioconférence** et il n'a pas été possible d'assister aux **consultations**.

« Après à l'époque je faisais mon DU @@@ et les cours étaient en Visio et ça j'ai vraiment pas du tout apprécié. (...) Et quand on a eu les cours en Visio, par rapport aux cours en présentiel, je n'ai pas du tout apprécié. Donc ça, ça a été un frein. » (P4)

## 5.7 La formation continue

La pandémie a mis sur pause l'ensemble des rassemblements comme les congrès et les formations.

« En plus je ne me suis même pas posé la question de participer aux journées internationales de médecine ou au congrès. » (P4)

## 6. Le vécu des internes

### 6.1 L'arrivée de la pandémie

Le début de la période a été à l'unanimité source de **stress** et **d'anxiété**.

« C'était une atmosphère anxiogène. » (P4)

« Moi j'ai trouvé que c'était quand même angoissant comme période. C'était assez stressant. » (P5)

Nous pouvons percevoir la  **Crainte de l'inconnu** chez certains participants.

« Tu ne sais pas ce qu'il va te tomber dessus. » (P1)

« Ça faisait un peu peur cette ambiance, on ne savait pas trop à quoi s'attendre. » (P4)

« On ne savait pas à quel point ça pouvait être dangereux » (P5)

Mais aussi de **l'excitation** face à la découverte de ce nouveau virus.

*« C'était quelque chose d'inédit, de nouveau. » (P1)*

*« En vrai c'est fascinant de se dire qu'il y a un virus qui apparaît à tel endroit. » (P2)*

*« Alors au début, j'étais content, l'appréhension, l'inconnu. On se sent un peu, je ne sais pas, comme un héros de la nation, tout le monde t'applaudissait, tout ça. » (P3)*

Au début de la pandémie, il nous reste encore beaucoup de choses à apprendre sur le virus et notamment sur sa contagiosité. La  **Crainte de contaminer** est présente chez plusieurs internes.

*« Je passais mon temps à me laver, à me changer, avant de rentrer, en rentrant, etc. Aérer, changer de masque toutes les 4h. Il y avait une réelle crainte de contaminer. » (P7)*

*« Ca, ça me faisait aussi très peur, contaminer mes proches. Donc c'était assez stressant, peur de contaminer les patients aussi. » (P6)*

Ils ont également perçu une **pression** de la part de leurs seniors.

*« Ils nous mettaient un peu la pression. « On ne sait pas ce qu'il va arriver », « Vous allez devoir entuber à l'accueil des urgences ». Et donc tu es interne de MG en premier semestre, tu n'es pas serein. » (P6)*

Cette période s'est révélée riche et intense, caractérisée par une certaine **dualité**, comme l'illustre particulièrement bien l'expérience d'un des participants.

*« Ça me rappelle, je ne sais pas si c'est des bons souvenirs, mais je ne pense pas. » (P3)*

*« Ah ça me rappelle, je ne sais pas si c'est des bons souvenirs tout ça. Ça paraît loin mais finalement c'était il n'y a pas si longtemps que ça ! Tu as l'impression de parler d'un autre temps » (P3)*

## 6.2 La place de l'interne au sein de la crise

Les internes se sont parfois sentis **en première ligne** dans la prise en charge des patients présentant une suspicion ou une infection SARS Covid.

*« Ils voulaient mettre en place comme quoi l'interne voyait les Covid, et que les Covid. Donc tu imagines bien l'état d'esprit. » (P3)*

*« Aux urgences, on se sentait vraiment en première ligne. » (P6)*

Un participant compare notamment ce ressenti entre le stage ambulatoire et le stage de médecine adulte.

*« Les maîtres de stage faisaient plutôt de la téléconsultation et nous on était plus en première ligne. Et ça avec ma co-interne, on le percevait comme « bon bah on envoie les petites jeunes au front, qui peuvent se prendre les virus » Je pense qu'ils avaient peur, peur pour leur famille, mais je l'ai bien plus ressenti en ambulatoire. » (P4)*

D'autres se sont plutôt senti **préservés**. Ils étaient eux dans les stages hospitaliers.

*« Mais au début, les chefs prenaient la main sur les cas de Covid. La politique aux urgences c'était de préserver les internes. Enfin dans cet hôpital là, car ça n'était pas le cas partout, loin de là (rire). » (P3)*

*« On a pas du tout été laissé de côté, on a pas été mis en première ligne non plus. » (P4)*

*« On a eu un peu de Covid dans le service mais les seniors ne voulaient pas que l'interne s'en occupe. Ils ne voulaient pas que j'aies à rentrer en chambre etc. Ils avaient pas mal d'inquiétude là- dessus. Peur que je l'attrape je pense. Au début on ne savait pas grand chose sur le covid, le mode de transmission. » (P5)*

Pendant leur stage en ambulatoire, la plupart des participants décrivent un sentiment pesant **d'inutilité** au début de la pandémie.

*« Mais du coup je trouve qu'au départ tu te sentais carrément inutile.(...) Alors que nous en Med G, on servait un peu a rien. Les gens ne viennent plus. Tu avais l'impression qu'on servait à rien. » (P2)*

*« Mais je trouvais que j'avais envie de faire plus par rapport à mon statut de médecin, et aux compétences, connaissances que l'on avait. Et c'est vrai qu'au cabinet, on ne se servait pas à grand-chose. Plus personne ne venait. » (P4)*

Des internes en stage en ville nous expriment même **s'en vouloir** de leur rythme de travail par rapport à leurs collègues hospitaliers.

« Et du coup, tu te dis que tu es à moitié confinée chez toi à rien faire alors qu'il y en a d'autre dans des services où ils douillent à mort. » (P2)

« C'était assez bizarre d'avoir si peu de travail avec tout ce que l'on entendait. » (P5)

Dans les stages hospitaliers, se dégage le sentiment **d'utilité** au contraire.

« Au début c'est cool, tu te sens utile, pour la nation » ( P3 )

« Ce sentiment d'être utile dans la société. » (P4)

Malgré les difficultés rencontrées, plusieurs internes expriment leur satisfaction quant à leur **participation** durant la pandémie.

« Je trouve intéressant d'avoir vécu ça interne.(...) être au coeur de ça, d'y avoir participé. » (P2)

« Et même si ça a été parfois compliqué, je suis contente d'avoir pu participer à tout ça et d'avoir pu aider. » (P6)

Leur statut de soignant leur a conféré **un rôle** durant la crise sanitaire.

« Moi je me souviens, j'étais contente d'aller travailler. Je voyais mes proches rester enfermé chez eux; J'ai l'impression qu'on a pas du tout vécu le même confinement. Nous on avait un rôle, on était actif, on sortait de chez nous. Pour moi c'était une chance à ce moment la. » (P4)

Après de nombreux changements dans l'organisation des services hospitaliers, une participante trouve que sa **place d'interne** a changé.

« On avait l'impression d'être moins exploité, notamment à l'hôpital. » (P1)

### **6.3 Les conditions autour du travail**

Au début de la crise sanitaire, et surtout pendant le **premier confinement**, ils décrivent des **conditions de travail agréables**.

C'est une période de solidarité, avec un emploi du temps réduit et une météo clémente.

« On était dans la période de solidarité, dans une grosse période de solidarité donc pendant les gardes on avait beaucoup de restos qui nous envoyés des trucs à manger. (...) c'était très agréable, tout le monde était gentil avec nous entre guillemet » (P1)

« Après tu profites du calme du planning, je finissais tôt. » (P1)

« Il y avait personne sur la route. En plus il faisait beau ! En fait c'était hyper agréable d'aller bosser. » (P1)

« Après le mois d'avril a été une parenthèse que j'ai adoré car c'est cool, il faisait super beau, parce que voilà. » (P5)

Par contre la période **d'automne-hiver 2020** a elle été largement moins bien vécue. Ils ont trouvé la période du confinement et des couvre-feux longue et un sentiment de **lassitude**, de **fatigue** et **d'anxiété** se dégage.

« Et à la fin ça devenait très lourd ces restrictions. Et à la fin c'était, ouais, c'était long. C'était long. Les confinements, puis les couvre-feu, c'était pesant. » (P1)

« Donc sur la fin le Covid est revenu en force et ça nous plus impacté et fatigué les journées. (...) Ça a duré 6 mois cette période ! Ça fait beaucoup ! Un peu déprimant. Tu avais l'impression que ça n'allait jamais se finir. » (P2)

« Le plus difficile ça n'a pas été le printemps du confinement mais plutôt le deuxième qui était arrivé en octobre / novembre. C'était pas les mêmes conditions. On se demandait quand même combien de temps, d'année ça allait durer ! » (P5)

## 6.4 La relation avec les collègues

À l'arrivée de la pandémie, le **stress des professionnels de santé** a pris parfois beaucoup de place et a pu rendre les relations entre collègues plus tendues.

« Au travail, tout le monde était stressé, au début forcément mais après ça s'est un peu détendu. » (P1)

« L'ambiance, complètement ! Euh, je me souviens, il y avait un avant et un après ! Mais vraiment radical. Je ne sais pas, le stress des gens, le moral des gens, l'anxiété des gens. Euh, ouais, la peur l'inconnu. (...) L'angoisse du personnel de santé donnait une atmosphère très particulière. Il y a eu un ON / OFF du jour au lendemain. » (P3)

Des internes nous parlent des **vols de matériels** dans les structures hospitalières.

*« Les gens stressaient et les masques ont joué beaucoup par la suite. C'était la bataille pour en avoir, il y a eu des vols. » (P3)*

*« Il y avait des gens qui volaient des masques. Du coup c'était un peu galère d'avoir des masques. » (P1)*

Mais la période a surtout été synonyme pour beaucoup d'internes d'**entraide et de solidarité**.

*« Ils avaient trouvé ça chouette cette ambiance d'entraide dans des moments comme ça de pandémie. Et en fait ça nous avait bien, euh, rapproché, en tout cas ça nous a permis de créer un meilleur lien que ce qu'il y avait pu avoir auparavant. Cette entre aide naissante pendant le covid. (...) Et ça a renforcer les liens entre les équipes je trouve » (P4)*

*« Et c'est là qu'on a commencé à créer un vrai groupe avec les co internes et a beaucoup plus échanger et se parler, se connaître. Car avant, on n'avait clairement pas le temps. Et donc ça, ça a vraiment changer les choses, car on a pu véritablement se connaître et donner une meilleure ambiance de travail, beaucoup plus agréable et au final, on a travaillé dans de meilleures conditions. » (P6)*

Certains participants ont intégré des **pools de soutien** afin de participer aux gardes hospitalières, quand d'autres ont pu être aider sur les plannings par leur co-internes en ambulatoire ou d'autres services.

*« Et du coup il y avait eu pas mal d'entraide. J'avais fait 2-3 gardes au CHU du coup. Dans l'envie d'aider, je m'étais dit que j'allais m'inscrire aux gardes. » (P2)*

*« J'avais postulé à Calmette pour participer aux gardes, je participais un peu à la vaccination. Mais je trouvais que j'avais envie de faire plus par rapport à mon statut de médecin, et aux compétences, connaissances que l'on avait. » (P4)*

*« Heureusement, on a été aidé. Et donc du coup ils s'étaient porté volontaire sur des listes pour venir nous aider. » (P6)*

En ville, les internes ont pu apprendre à **travailler ensemble**, avec les autres professionnels de santé, à la prise en charge des patients.

*« Mais au sein du cabinet même, je trouve qu'il y a eu une entre-aide entre professionnels de santé qui s'est mis en place et qui a été hyper intéressante » (P4)*

« On échangeait beaucoup avec les inf du quartier pour les surveillance clinique au domicile, ça a donné une belle dynamique » (P7)

À l'hôpital, cette période a permis de rassembler les équipes en estompant les différences de statut, et ainsi favoriser une forme **d'égalité** entre tous les membres du personnel.

« (...) comme l'impression d'être tous dans le même panier. Ça a pas mal fédéré je trouve, avec les inf, les aides soignantes. Même les vigiles venaient nous aider. Il y avait moins de différence entre les statuts. » (P7)

Le fait de garder un rythme de travail a été important et a permis de préserver un **lien social**.

« Surtout que quand j'étais en stage, même si j'y allais moins souvent, ça me faisait du contact et d'aérer l'esprit, sortir. Après j'étais dans un stage où j'y allais et je bossais. Et limite heureusement, on était beaucoup de co-internes, avec qui tu manges le midi. Ça fait un côté social. » (P2)

## 6.5 Leurs sentiments concernant la formation

La période de COVID-19 est perçue comme ayant un **impact négatif** sur leur apprentissage.

« Et j'ai pas l'impression que ça m'ait beaucoup aidé ce stage. Enfin par rapport à ce que j'attendais. » (P1)

« Mais après sur le stage le covid n'est pas rendu les choses intéressantes. » (P2)

« En positif ? Parce que globalement c'était surtout des aspects négatifs hein. » (P3)

Cependant, elle a également été **riche en expériences et en enseignements**.

« J'ai pas l'impression que la pandémie ait impacté négativement mon stage et ma formation, en tout cas pour ce stage là, pour le SASPAS c'est autre chose. Je trouve même que ça a été enrichissant. Mais le stage s'est vraiment très très bien passé. J'en ai tiré tout ce que j'espérais en retirer. » (P5)

« Il y a eu des lacunes clairement et beaucoup (...) mais on a aussi appris beaucoup de la période. Enfin on a appris différemment et d'autres choses. C'était pas que du négatif » (P7)

Nous pouvons déceler de **l'inquiétude** concernant leur formation.

*« Mais après tu te rends compte que ce que tu apprenais, c'était rien. Ça ne me rassurait pas pour la suite. Les rempla, tout ça. » (P1)*

*« Ça entaché notre formation, nos connaissances même au final, tout ça. »(P3)*

En ambulatoire, il y a eu beaucoup d'**ennui et de lassitude**.

*« C'était beaucoup d'ennui et d'attente. » (P1)*

*« Le SASPAS c'était ennuyeux et ennuyant et surtout en terme de formation c'était vraiment pas ça. (...) Mais par contre ça a été d'un calme ! J'ai passé des matinées de consultation a voir 1 ou 2 patients . C'était d'un ennui. Mais c'était d'un calme... C'était fou. » (P5)*

Tous les participants sont unanimes, le virus a occupé une **place prépondérante** pendant l'internat, que ce soit sur le terrain en stage, sur leur formation théorique et dans leur vie personnelle. Cette situation a surtout engendré une vraie **lassitude**.

*« Parce que j'ai eu dans mon internat que 5 mois sans covid. Après il était plus ou moins impactant dans les stages mais il existait. On a quand même vu d'autres pathologies mais ça a pris beaucoup de place. Mine de rien, le covid était toujours là quelque part. » (P2)*

*« En fait on en avait marre, tout le monde même les professionnels de santé, tout le monde est arrivé à saturation de ce covid. En vrai tout le monde parlait que de ça , aux infos tu n'entendais parler que de ça. Tu allumais la télé, on parlait que de ça. » (P3)*

*« Ce qui est dommage bah c'est qu'on a parlé que de ça et il y a des sujets qui n'ont pas été évoqué et d'autres pathologies qui n'ont pas été évoqué, ça s'est sur. » (P4)*

En effet, les internes ont subi **plusieurs vagues**, rythmant pour les plus jeunes une grande partie de leur internat.

*« Après, en @@@, j'ai atterri quand il y a eu une autre vague... que du Covid, pour le coup. J'ai fini mon stage aux urgences et je suis partie trois mois en @@@ et trois mois en @@@. (...) et là on a re-subit le Covid de plein fouet pour le coup, mais on était un peu plus habitué. Mais toujours suivis par un chef, tout était protocolé dans la prise en charge des Covid. C'était un peu répétitif. » (P8)*

Tous les internes qui se sont vu raccourcir leur stage **d'ambulatoire** d'un mois expriment **l'importance** pour eux de ce stage.

*« C'est censé être le plus formateur ce stage. (P1)*

Une interne nous exprime que la pandémie lui a rappelé sa **vocation**.

*« Ça m'a rappelé pourquoi j'ai voulu faire médecine. Finalement ça m'a peut être même aidé. L'internat c'est pas toujours simple. Tu enchaînes après l'ECN, externat et tout ça. C'est parfois lourd, tu te sens parfois un peu découragée. J'ai jamais voulu arrêter mais tu te demandes pourquoi tu t'infliges tout ça. Ça m'a fait un peu redécouvrir la vocation. » (P4)*

Pour un autre interne, la période a été synonyme de **remise en question**.

*« C'était horrible. Franchement à ce moment là, je voulais même arrêter la MG. Horrible. Ce n'était pas un bon souvenir pour moi. » (P3)*

# DISCUSSION ET CONCLUSION

## 1. Résultats principaux

Avec l'arrivée de la pandémie sur le territoire français, les équipes médicales et paramédicales se préparent aux conséquences de ce virus inconnu. D'ailleurs le lexique de la guerre est souvent employé. Les premiers sentiments des participants sont le stress et la peur. Un mécanisme fréquent face à l'inconnu.(21)

Rapidement s'y ajoutent la sensibilité à l'élan de solidarité de la population envers les équipes et l'entraide entre professionnels de santé. Ce virus est l'occasion d'une découverte scientifique et d'apprendre au quotidien sur les symptômes, les complications et les traitements. Cela suscite l'intérêt des internes. Les nouvelles données, les protocoles et les prises en charge changent régulièrement et il est difficile et fatiguant de suivre le rythme et de s'informer. Leurs sources peuvent être leur MSU. Ils explorent aussi les réseaux sociaux en quête de réponses. Le rôle qu'ils tiennent auprès du patient est surtout de rassurer et ils découvrent qu'il est nécessaire de se tenir informé pour répondre à leurs interrogations mais aussi pour assurer une prise en charge optimale.

Alors que le confinement rythme la France entière, les participants constatent que le statut d'interne leur donne un rôle et apprécient de garder une vie sociale au travail.

Les mois passent et d'autres ressentis émergent. La lassitude des mesures sanitaires prend place. Ils s'inquiètent pour leur avenir et leur formation. L'élan de solidarité s'essouffle. Les mesures sanitaires et la vaccination peuvent être source de conflit avec les patients.

Sur le terrain, en stage, une baisse importante de l'activité est constatée. Dans les services, les chefs sont davantage disponibles et donc plus encadrants. Ils apprennent d'eux-même au lit du patient et en assistant à des cours théoriques. La charge de travail étant moins importante, ils ont le sentiment que ce dernier est de meilleure qualité. Ils regrettent néanmoins l'annulation des consultations hospitalières de spécialistes.

En ambulatoire, cette baisse d'activité se traduit pour certains participants par un retour en arrière avec moins d'autonomie, de l'ennui et une inquiétude pour leur formation.

La deuxième vague a mis à rude épreuve les services d'urgence avec une recrudescence importante des entrées et de la charge de travail.

Les motifs de consultation ou d'hospitalisation manquent de variété. Tout s'articule autour d'un mono-motif : le Covid. Ils décrivent, là encore, une lacune d'apprentissage.

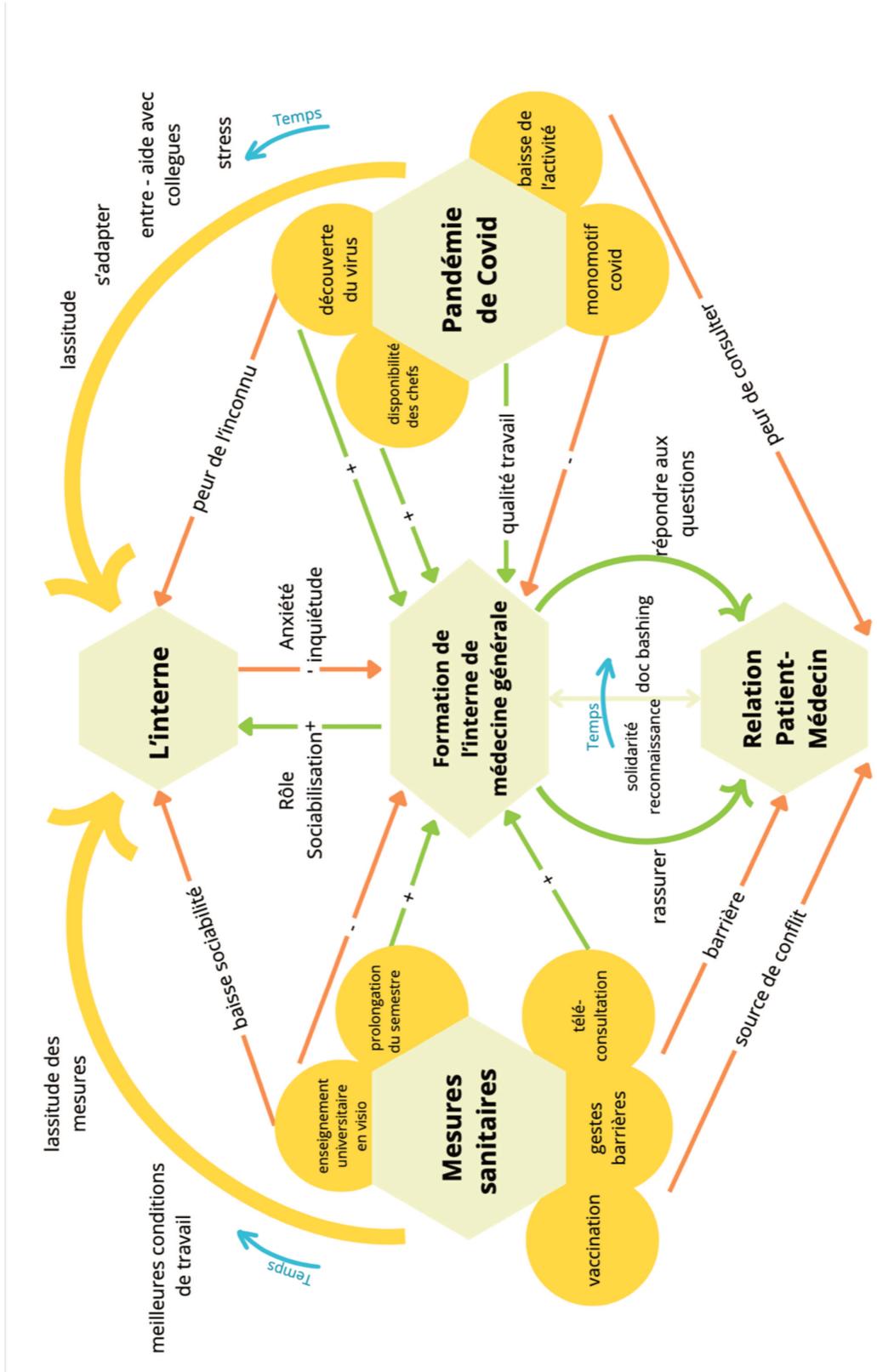
Suite à un arrêté ministériel, le semestre novembre 2019 - avril 2020 est prolongé d'un mois. Unaniment, les internes en stage N1 ou SASPAS à ce moment là y voient l'opportunité de poursuivre leur enseignement dans ce qu'ils qualifient comme étant l'un des stages les plus importants de leur internat.

Du côté universitaire, les cours sont dispensés en visioconférence. Bien que les participants y trouvent quelques avantages, l'écran est vu comme une barrière derrière laquelle il est difficile de se concentrer.

Même si pour eux, la baisse d'activité et le manque de variété dans les consultations ont eu un effet négatif sur leur formation, la plupart des participants retiennent des aspects positifs de cette période. Ils ont apprécié avoir eu un rôle actif au sein de la crise sanitaire. Ils en gardent aujourd'hui certains réflexes comme le fait d'être plus attentifs à l'hygiène du cabinet et aux gestes barrières.

Après avoir été initiés pendant la pandémie, la plupart des participants continue d'utiliser la téléconsultation. Ils ont notamment appris à s'adapter, s'organiser, se mettre à jour, rassurer, gérer les urgences,... Cela représente des éléments clefs de leur futur quotidien professionnel.

Proposition d'un schéma explicatif :



## 2. Forces et limites

### Limites

Une des principales faiblesses de cette étude est que l'investigatrice était **novice** et réalisait sa première étude qualitative.

Les entretiens ont été réalisés à distance de la pandémie. Une perte d'information et une déformation du vécu des participants a pu affecter les données extraites des entretiens. Ceci expose à un **biais de mémorisation**.

Le choix des participants a été orienté selon les caractéristiques choisies mais il s'est basé sur le **volontariat**. Certains participants ont donc pu avoir été motivés par le souhait de transmettre leur vécu négatif et leurs revendications concernant cette période.

### Forces

Le format d'**entretien semi-dirigé** a permis de récolter des réponses plus libres et spontanées de la part des participants. La réalisation d'un **entretien test** a permis de préciser les questions de la grille d'entretien et de les ordonner de manière plus fluide. L'ordre n'a pas toujours été suivi afin de garantir la spontanéité.

La **grille d'entretien** a permis de minimiser l'influence et les croyances de l'investigatrice. La triangulation des données a limité son interprétation personnelle et sa subjectivité.

**L'investigatrice** a elle-même vécu la pandémie en tant qu'interne, ce qui a pu mettre en confiance les participants et être propice à la confiance.

Le **choix des participants** a été orienté afin de varier les profils. Ces différences s'observent que ce soit sur les stages effectués, sur leur activité actuelle, sur la présence de famille dans le milieu médical et sur leur semestre. Et enfin, afin que notre échantillonnage reste **représentatif**, la parité femme-homme a été respectée et nous avons interrogé autant de N1 que de SASPAS.

Malgré le biais de mémorisation, le laps de temps entre le début de la pandémie et les entretiens a permis de s'éloigner des réactions à chaud et ainsi d'analyser un **recul sur cette période**.

Concernant la méthodologie, cette étude s'appuie sur les critères COREQ ( Consolidated criteria for Reporting Qualitative studies ). ( ANNEXE 4 )

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence ce qui peut faire référence à une force comme à une limite. Cette méthode peut donner le sentiment d'une barrière mais également d'une atmosphère plus propice à la confiance.

### **3. Comparaison avec la littérature**

#### L'impact psychologique

De nombreux travaux mettent en avant une détresse psychologique chez les étudiants comme chez les médecins, notamment libéraux, au début de la crise sanitaire (22,23).

Une étude de l'ISNI décrit l'impact péjoratif de la pandémie sur la santé mentale des étudiants, avec une majoration de l'anxiété et des symptômes dépressifs observés dans toutes les spécialités (14).

Dans notre étude, les participants font référence au stress lié à l'arrivée de la pandémie sans décrire de symptômes dépressifs. Ils mettent en avant les aspects positifs du premier confinement, de leur rôle au sein de la crise et du maintien de leur vie sociale au travail.

Bien que le sentiment de solidarité et de valorisation, ainsi que le maintien de la qualité de vie et le soutien des superviseurs, sont décrits comme des facteurs protecteurs en matière de santé mentale, comme le souligne une étude belge (22), nous pouvons alors nous poser la question suivante : pourquoi une telle différence de vécu ?

La distanciation temporelle par rapport à la pandémie a certainement entraîné un biais de mémorisation chez les internes. Mais cette différence peut aussi s'expliquer par la tendance humaine à réinterpréter les événements passés à la lumière de nouvelles expériences. Des recherches montrent que la mémoire des événements traumatiques peut être altérée avec le temps, influençant ainsi la perception du vécu (24,25).

Au fil du temps, les internes peuvent avoir développé une perception plus nuancée de leur expérience, atténuant les souvenirs négatifs et mettant en avant les aspects valorisants de leur rôle. Ce sentiment d'utilité sociale a d'ailleurs pu avoir un impact sur leur motivation pour la médecine générale (26).

Tous les participants ne mettent pas en avant leur rôle au sein de la pandémie. Dans le cadre de leur pratique en médecine générale, certains internes se sont sentis inutiles durant cette période. Malgré la volonté d'aider, le contexte de la pandémie a parfois limité leur capacité à intervenir efficacement dans les soins (27).

Le deuxième confinement et les restrictions de l'automne-hiver 2020 ont apporté un sentiment de lassitude, de fatigue et d'inquiétude parmi les internes, qui semblent souligner une période plus difficile psychologiquement. Une étude s'est intéressée plus particulièrement à la santé mentale des médecins généralistes lors de la deuxième vague de Covid-19. Les chercheurs retrouvent des prévalences plus élevées de symptômes dépressifs, anxieux et de burn-out lors de cette période. L'impact de la pandémie était d'ailleurs plus sévère chez les médecins généralistes que chez les autres spécialistes (23).

### Comprendre ce qui est important pour eux

Dans notre étude, les internes ont souligné l'impact négatif de la pandémie sur leur formation, notamment en raison de la baisse d'activité lors des stages ambulatoires. L'absence de variété dans les motifs de consultation a limité leur apprentissage pratique, renforçant l'idée que l'exposition à divers cas cliniques est essentielle pour développer leurs compétences (28).

Le prolongement du semestre d'un mois, couplé à un stage réduit, a engendré frustration et déception chez les internes qui se sont vu sacrifier leur stage en ambulatoire. Les stages en ville sont cruciaux non seulement pour acquérir des compétences techniques, mais aussi pour établir des relations médecin-patient, fondamentales en médecine générale (29).

Concernant leurs attentes, les internes aspirent à des stages plus longs, à une diversité des cas, et à un soutien accru des superviseurs. Une étude de 2018 (30) révèle que les internes souhaitent une meilleure intégration entre la théorie et la pratique pour renforcer leur confiance et leurs compétences. Ces expériences en milieu ambulatoire sont aussi déterminantes pour leur identité professionnelle, enrichissant leur engagement et motivation (31).

Malgré leur importance, les stages ambulatoires sont jugés trop courts. La nouvelle maquette de l'internat en médecine générale a récemment augmenté le nombre de semestres dédiés aux stages de ville et nous attendons avec intérêt les retours des futurs internes concernés pour évaluer l'impact de ces changements sur leur formation.

### Se former différemment

La pandémie de COVID-19 a obligé les universités à passer aux cours en visioconférence, posant de nombreux défis pour les internes en médecine générale. Plusieurs participants ont rapporté des difficultés à suivre ces cours en ligne, mettant en avant un manque de concentration et de motivation.

Les environnements virtuels, bien que pratiques, ont souvent été perçus comme moins engageants que les interactions en présentiel. Les internes ont signalé des difficultés à retenir les informations, ce qui peut avoir des conséquences néfastes sur leur formation. Les études montrent que l'apprentissage en ligne peut engendrer une surcharge cognitive, rendant l'assimilation des contenus plus complexe (32).

L'absence de contact direct avec les enseignants a limité les échanges et les débats, éléments essentiels pour un apprentissage approfondi.

Bien que les cours à distance aient permis de maintenir l'enseignement, les internes soulignent la nécessité d'un retour à des méthodes plus interactives et personnalisées, pour mieux soutenir l'apprentissage et la préparation à leur futur métier.

Des travaux auprès d'internes dans d'autres régions montrent a contrario une satisfaction quant aux enseignements à distance de la crise sanitaire et ils seraient même favorables à leur poursuite. À Amiens, par exemple, ils mettent en avant la réduction des déplacements, même si comme dans notre étude, la perte d'interaction avec leurs collègues et leurs enseignants est un inconvénient majeur (33).

Sur le territoire, les universités se sont adaptées différemment et si nous reprenons le cas de la faculté amiénoise, le ressenti des internes peut être expliqué par le fait que les thématiques des cours ont été modifiées (34) et que la distance qui les sépare de leur université peut être plus importante.

Notre étude montre également que certains participants se sont tournés vers les réseaux sociaux afin de se tenir à jour des nouvelles données concernant le virus. Il est indéniable que les réseaux sociaux prennent une part de plus en plus importante dans la formation initiale et continue des professionnels de santé. Selon une étude anglaise de 2017, la plateforme la plus populaire serait Facebook, suivi de Twitter et de Youtube. (35)

Ces contenus sont créés par les utilisateurs et pour les utilisateurs. Permettant un accès rapide et une circulation facile de l'information, ils ont pu séduire les internes durant cette période de crise.

L'utilisation des réseaux sociaux dans l'apprentissage soulève des questions cruciales concernant la fiabilité des sources. L'absence de régulation peut donner lieu à une forme de validation participative où des informations non vérifiées circulent librement (36).

Cela peut créer un double défi pour les internes : d'une part, la nécessité de s'informer rapidement et, d'autre part, le risque d'adopter des données erronées ou biaisées.

### La campagne vaccinale

Les résultats de notre étude mettent en lumière les défis rencontrés par les internes de médecine générale durant la campagne de vaccination contre la COVID-19. Bien que ces derniers aient exprimé un intérêt à participer à la vaccination, ils ont aussi dû faire face à une résistance parfois importante de la part de certains patients. Cette résistance a engendré des conflits, rendant la relation médecin-patient plus complexe et consommant un temps précieux.

Selon une étude de 2021, l'attitude des Français envers la vaccination a été marquée par une méfiance croissante, exacerbée par des informations contradictoires et des rumeurs circulant sur les réseaux sociaux (37).

Cette méfiance peut se traduire par des interactions tendues entre médecins et patients, qui soulignent que les médecins ont souvent dû consacrer un temps important à expliquer les bénéfices et la sécurité des vaccins, au détriment d'autres aspects de leur pratique (38).

Les internes ont ainsi signalé une perte de temps, nécessaire à l'éducation des patients sur la vaccination. Ce temps, souvent réclamé par des patients sceptiques ou influencés par des théories du complot, a conduit à une fatigue émotionnelle des médecins. Une autre étude de 2021 met en avant ces éléments et montre que cette dynamique peut créer un sentiment d'impuissance chez les professionnels de santé qui se sentent souvent désarmés face à la désinformation et insuffisamment formés à la communication. (39)

Cette situation peut avoir des répercussions sur la qualité des soins. En étant pris dans des débats autour de la vaccination, les internes peuvent ne pas être en mesure d'aborder d'autres problématiques de santé tout aussi cruciales.

Il est essentiel de former les futurs médecins à gérer ces conflits avec empathie et compétence pour répondre aux préoccupations des patients tout en maintenant un lien de confiance.

### Vers une modification pérenne des pratiques professionnelles

Les mesures barrières, telles que le port du masque, le lavage des mains, la salutation verbale et l'hygiène au sein du cabinet, ont profondément marqué les participants de cette étude qui continuent d'intégrer ces pratiques dans leur activité professionnelle. Ces notions sont mentionnées dans plusieurs études. (40,41)

Les gestes barrières sont indispensables pour la protection des patients et des professionnels de santé comme nous le rappelle la Société Française d'Hygiène Hospitalière ( SF2H )(42).

Bien que l'obligation du port du masque ait été levée le 16 mai 2022, et à distance de celle-ci, les professionnels de santé continuent de l'utiliser. Après cette date, en 2022, selon une étude lilloise, 78% des participants, médecins généralistes libéraux, portaient encore le masque en consultation (43), soulignant ainsi une adaptation durable des comportements.

Nous avons également observé une amélioration notable de la désinfection du matériel utilisé lors des consultations, même après la crise sanitaire.

De nouveaux réflexes ont été instaurés, tels que le changement systématique des draps d'examen entre chaque patient et la désinfection du stéthoscope (44,45), la désinfection de la table d'examen. (28)

La salutation physique par le biais de la traditionnelle poignée de main, synonyme de transmission de germes pathogènes (46), a laissé la place à une salutation verbale pour la plupart des praticiens. Cette évolution témoigne d'un changement de mentalité vis-à-vis des interactions sociales en milieu médical.

Les mesures barrières incluent également des pratiques telles que la mise à disposition de solutions hydroalcooliques, le retrait des objets en salle d'attente, la limitation des accompagnants, l'aération des locaux et le port de tenues spécifiques. Bien que ces mesures ne soient pas abordées directement dans notre étude, elles sont fréquemment observées dans les travaux traitant des nouvelles pratiques des professionnels libéraux (28).

En somme, la pandémie de COVID-19 a non seulement modifié les comportements des internes de médecine générale en matière d'hygiène, mais elle a également conduit à une réflexion plus large sur la prévention des infections, soulignant l'importance d'adopter des pratiques rigoureuses au sein des cabinets médicaux.

Un autre aspect marquant de l'évolution des pratiques des internes de médecine générale est l'utilisation des tests rapides antigéniques COVID-19. Les participants à cette étude ont exprimé leur satisfaction quant à l'intégration de ces tests dans leur pratique quotidienne. Ils sont rapides, faciles à réaliser et ont désormais une sensibilité à 80% au minimum (47).

Cependant, bien qu'ils soient régulièrement adoptés, leur utilisation dans les cabinets de ville ne suit aucune recommandation officielle, soulevant ainsi des interrogations.

Avant l'apparition des tests rapides en ville, les prescriptions de test PCR COVID présentaient déjà une importante disparité. La majorité des médecins n'avaient pas de connaissances précises sur les recommandations de prescriptions et ils les réalisaient en fonction des symptômes cliniques (48).

L'utilisation de ces tests joue un rôle dans une prescription appropriée et l'adhérence thérapeutique des patients. En permettant de différencier une infection virale d'une infection bactérienne, cela peut éviter la prescription inappropriée d'antibiotiques. Les tests antigéniques peuvent ainsi aider les médecins à justifier leur décision de ne pas prescrire d'antibiotiques, en s'appuyant sur des résultats clairs et objectifs. Ce point est particulièrement pertinent dans un contexte où la sur-prescription d'antibiotiques représente un défi majeur en santé publique (49).

La pandémie de COVID-19 a également marqué un autre tournant dans la pratique médicale avec l'essor de la téléconsultation. Les internes en médecine générale ont été initiés à cette méthode durant la crise et son utilisation persiste au-delà de la pandémie. Selon les chiffres de l'Assurance maladie, le nombre de téléconsultations est passé de 80 000 en 2019 à 9 millions par an depuis 2021.

Une enquête menée par la DREES ( Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques ) révèle que 43 % des médecins généralistes utilisaient la téléconsultation en 2021, contre seulement 1 % en 2019 (50).

Bien que la téléconsultation offre une flexibilité et permette de maintenir un contact avec les patients, elle pose également des défis. Les internes rapportent un stress accru

lorsque l'examen clinique est limité, rendant parfois difficile l'évaluation de l'état du patient. L'absence d'examen physique peut susciter des inquiétudes quant à leur responsabilité professionnelle, notamment en ce qui concerne le diagnostic et la prise en charge (22).

Le bulletin de l'Académie Nationale de Médecine de 2021 (51) aborde ces problématiques. Bien que la télémédecine contribue à améliorer la couverture médicale, l'examen clinique manquant et une communication biaisée par la barrière de l'écran et des aléas de la connexion, limitent la qualité des prises en charge et nous questionnent sur l'éthique et la déontologie médicale.

À titre d'exemple, une étude française s'est intéressée à la sur-prescription d'antibiotiques lors des téléconsultations. (52)

L'émergence des plateformes spécialisées a été facilitée par les mesures dérogatoires et un cadre réglementaire assoupli durant la période Covid-19. Toutefois, les risques de fraudes à la carte vitale, de sur-facturation, et les enjeux de sécurisation des données ont amené à reconduire le cadre légal. Depuis 2024, les sociétés de téléconsultation doivent désormais obtenir un agrément (53).

#### **4. Perspectives**

La formation des internes en médecine générale pourrait tirer parti de plusieurs enseignements de la pandémie pour renforcer et adapter le cursus. Il serait essentiel de consolider le soutien psychologique aux internes en intégrant par exemple des rendez-vous systématiques avec la médecine du travail, et d'encourager un suivi plus régulier auprès des tuteurs au cours des stages afin de suivre leur évolution et de l'adapter à chacun. Une meilleure communication autour des structures de soutien disponibles au sein des centres de référence permettrait aussi de prévenir leur santé mentale et l'épuisement professionnel.

Par ailleurs, l'expérience du COVID-19 a mis en lumière l'importance de l'hygiène et des gestes barrières au cabinet médical. Afin de garder cette dynamique, des cours spécifiques sur ces pratiques pourraient être ajoutés au programme de l'enseignement théorique. Une formation à la téléconsultation pourrait aussi être intégrée incluant les aspects techniques et légaux pour préparer les futurs médecins aux réalités numériques de leur profession déjà en place.

Il est également crucial de préserver les cours en présentiel et de ne pas surfer sur la vague du virtuel, tout en maximisant l'utilisation des centres de simulation, afin d'offrir un

apprentissage plus interactif et pratique. Enfin, faciliter l'accès aux consultations de spécialistes, aussi bien en milieu hospitalier qu'en ville, en les intégrant par exemple sous forme de journées d'observation pendant les stages, pourrait enrichir la formation des internes et leur offrir une vision plus complète des pratiques interdisciplinaires.

En cas de nouvelle crise sanitaire, il serait pertinent d'anticiper la mise en place d'un dispositif de soutien plus vaste, inspiré de celui déployé pendant la pandémie de COVID-19. Lors de la crise, un pool de soutien a été instauré pour soulager les internes des gardes de nuit, une initiative qui a été bénéfique. Cependant, ce dispositif aurait pu être étendu aux structures périphériques ainsi qu'aux journées, permettant aux internes volontaires de participer au travail en unité COVID sans imposer cette charge à ceux qui ne le souhaitent pas. Cette approche pourrait offrir une meilleure répartition des efforts et garantirait que seuls les internes prêts à s'engager dans ce type d'unités soient mobilisés, tout en diminuant la pression sur leurs co-internes.

## **5. Conclusion**

Notre étude a permis de recueillir et d'analyser le ressenti et le vécu des internes de médecine générale durant deux semestres au rythme du COVID-19. Nous y avons abordé les aspects négatifs mais aussi positifs de ce bouleversement au sein de leurs années d'internat. Maintenant à distance du fort de la crise, certains changements et réflexes restent ancrés dans leurs pratiques.

La médecine est en constante évolution et la formation des futurs médecins doit l'être également. Il est intéressant de tirer des enseignements de cette pandémie afin de répondre au mieux aux attentes des internes en matière de formation et fournir des clés pour préparer au mieux le système de soin aux prochaines crises.

# ANNEXES

## ANNEXE 1

Caractéristiques pour l'échantillon :

Sexe

Âge

N1 / SASPAS pendant la 1ere vague / 2eme vague

Famille dans le médical

Poste actuel

Thème des questions :

1 / Peux-tu me raconter une journée type de ton premier stage ?

La pandémie a débuté pendant de ce semestre, qu'est ce qui a changé pour toi ?

2 / Et maintenant tu peux me raconter une journée type de ton deuxième stage ?

Pendant ce stage, comment le covid a changé les choses ?

3 / En quoi a-t-elle mis des freins et obstacles à ta formation ? En quoi cette pandémie t'a apporté quelque chose ?

4 / Comment le Covid a pu modifier tes pratiques professionnelles actuelles ?

5 / Concernant les enseignements universitaires, tu peux me raconter comment cela s'est passé ?

6 / Avais tu une thèse en cours à ce moment-là ? Raconte moi comment cela s'est passé

7 / Comment tu as vécu cette période personnellement ? Et professionnellement ?

8 / Souhaites-tu ajouter autre chose concernant le Covid et ton internat?

## ANNEXE 2



## RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

### Responsable du traitement

|   |   |
|---|---|
| <b>Nom</b> : Université de Lille                    | <b>SIREN</b> : 130 029 754 00012                        |
| <b>Adresse</b> : 42 Rue Paul Duez<br>590000 - LILLE | <b>Code NAF</b> : 8542Z<br>Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00 |

### Traitement déclaré

|  |
|--|
| <b>Intitulé</b> : Impact du COVID 19 sur la formation des internes de médecine générale de Lille   |
| <b>Référence Registre DPO</b> : 2024-079   |
| <b>Responsable scientifique</b> : Mme Judith OLLIVON<br><b>Interlocuteur (s)</b> : Mme Nelly GROUX |

Fait à Lille,  
Le 2 mai 2024

Jean-Luc TESSIER  
Délégué à la Protection des Données

## ANNEXE 3

### Lettre d'information du projet de recherche - Thèse d'exercice en Médecine Générale

Bonjour,

Je suis Nelly Groux et je suis médecin généraliste remplaçante non thésée.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je souhaite réaliser des entretiens semi dirigés auprès d'anciens internes de médecine générale.  
Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but de d'en savoir plus sur l'impact du COVID-19 sur la formation des internes de médecine générale de Lille.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous deviez être en N1 ou SASPAS en 2020.  
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, ces 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 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).  
Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [nelly.groux.etu@univ-lille.fr](mailto:nelly.groux.etu@univ-lille.fr)

## ANNEXE 4

## Grille COREQ

**Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion****Caractéristiques personnelles**

|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| 1. Enquêteur/ animateur    | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? | Par la doctorante, en entretien individuel |
| 2. Titres académiques      | Quels étaient les titres académiques du chercheur ?   | Interne en médecine générale               |
| 3. Activité                | Quelle était leur activité au moment de l'étude ?   | Activité de médecine générale              |
| 4. Genre                   | Le chercheur était-il un homme ou une femme ?   | Femme                                      |
| 5. Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?  | Première étude qualitative                 |

**Relations avec les participants**

|   |   |  |
|---|---|--|
| 6. Relation antérieure                                    | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?   | Non  |
| 7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche, sujet de recherche.                               | le sujet de recherche : impact du covid sur la formation des internes de médecine générale |
| 8. Caractéristiques de l'enquêteur                        | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche. | Ancienne interne pendant la pandémie   |

**Domaine 2 : conception de l'étude****Cadre théorique**

|  |  |  |
|--|--|--|
| 9. Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple: théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu. | Analyse inspirée de la théorisation ancrée |
|--|--|--|

**Sélection des participants**

|                             |  |                                    |
|-----------------------------|--|------------------------------------|
| 10. Échantillonnage         | Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige. | Échantillonnage raisonné théorique |
| 11. Prise de contact        | Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel                                      | Par courriel, par téléphone et     |
| 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 ont abandonné ? Raisons ?   | 0                                  |

**Contexte**

|                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| 14. Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail | En visioconférence, l'investigatrice a son domicile. Audio enregistré sur Dictaphone |
|-------------------------------------|--|--|

|                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| 15. Présence de non- participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?                         | Pour un entretien, le conjoint était présent au domicile  |
| 16. Description de l'échantillon  | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date | Anciens internes de médecine générale dans le Nord Pas de Calais en ambulatoire un semestre de 2020 |

### Recueil des données

|                                 |   |  |
|---------------------------------|---|--|
| 17. Guide d'entretien           | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? | Oui  |
| 18. Entretiens répétés          | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?  | 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 individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focusgroup) ? | Oui, et utilisé uniquement pendant l'entretien |
| 21. Durée                       | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focusgroup) ?                                 | Entre 25 et 45 min                             |
| 22. Seuil de saturation         | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?   | Oui  |
| 23. Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?                        | Non  |

### Domaine 3 : analyse et résultats

#### Analyse de données

|                                       |   |                      |
|---------------------------------------|---|----------------------|
| 24. Nombre de personnes codant        | 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 ? | À partir des données |
| 27. Logiciel                          | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?             | Aucun                |
| 28. Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?                  | Non                  |

#### Rédaction

|  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| 29. Citations présentées                   | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? | Oui, avec le numéro de l'entretien |
| 30. Cohérence des données et des résultats | Y avait-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                                |

# BIBLIOGRAPHIE

1. Institut Pasteur [Internet]. 2020 [cité 19 avr 2024]. Covid-19 (virus SARS-CoV-2). Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/covid-19-virus-sars-cov-2>
2. Brugère-Picoux J, Leroy E, Rosolen S, Angot JL, Buisson Y. Rapport 21-11. Covid-19 et monde animal, d'une origine encore mystérieuse vers un futur toujours incertain. Bull Acad Natl Med. oct 2021;205(8):879-90.
3. COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
4. Le Monde.fr [Internet]. 2020 [cité 19 oct 2024]. Coronavirus : un troisième cas d'infection confirmé en France. Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/01/24/coronavirus-deux-premiers-cas-confirmes-en-france-a-bordeaux-et-paris\\_6027158\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/01/24/coronavirus-deux-premiers-cas-confirmes-en-france-a-bordeaux-et-paris_6027158_3244.html)
5. Le Monde.fr [Internet]. 2020 [cité 19 oct 2024]. Un touriste chinois de 80 ans, infecté par le coronavirus et hospitalisé en France, est mort. Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/02/15/un-touriste-chinois-de-80-ans-infecte-par-le-coronavirus-et-hospitalise-en-france-est-mort\\_6029696\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/02/15/un-touriste-chinois-de-80-ans-infecte-par-le-coronavirus-et-hospitalise-en-france-est-mort_6029696_3244.html)
6. datadot [Internet]. [cité 17 juill 2024]. COVID-19 deaths | WHO COVID-19 dashboard. Disponible sur: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>
7. Stages - Faculté de Médecine Henri Warembourg [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lille.fr/dmg/stages>
8. Enseignements - Département de médecine [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lille.fr/dmg/enseignements>
9. ISNI. COVID-19 : Appel à la mobilisation générale des internes [Internet]. ISNI. 2020 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://isni.fr/covid-19-appel-a-la-mobilisation-generale-des-internes/>
10. Médecine Générale - Département de médecine [Internet]. [cité 21 oct 2024]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lille.fr/dmg/page>
11. N Fountoulakis K, N Karakatsoulis G, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al. Results of the COVID-19 mental health international for the health professionals (COMET-HP) study: depression, suicidal tendencies and conspiracism. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. sept 2023;58(9):1387-410.
12. DICOM\_Raphaelle.B, DICOM\_Raphaelle.B. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 19 oct 2024]. Rapport sur la santé des professionnels de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-sur-la-sante-des-professionnels-de-sante>
13. À l'hôpital, une prévalence accrue de la dépression et de l'anxiété due notamment aux conditions de travail | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 23 juill 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/lhopital-une-prevalence-accrue-de-la>
14. ISNI. Vécu psychologique de l'épidémie COVID-19 [Internet]. ISNI. 2020 [cité 23 juill 2024]. Disponible sur: <https://isni.fr/vecu-psychologique-de-lepidemie-covid/>
15. souhaits-exercice-img.pdf [Internet]. [cité 5 août 2024]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
16. Choplin J, Colin C, Liger B. La pandémie de COVID 19 a-t-elle eu un impact sur les stages et la formation des internes de médecine générale ? 2021;
17. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19.

18. LEBEAU Jean-Pierre. Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire.
19. Recherches dans le cadre de la santé : quelles sont les formalités ? [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/recherches-sante-queelles-formalites>
20. SITUATION AU 1er JANVIER 2020 ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1grhel2/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2020\\_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf)
21. Gorka SM, Lieberman L, Shankman SA, Phan KL. Startle potentiation to uncertain threat as a psychophysiological indicator of fear-based psychopathology: An examination across multiple internalizing disorders. *J Abnorm Psychol.* janv 2017;126(1):8-18.
22. Lepièce B, Lenoir AL, de Rouffignac S. Vécu des internes en médecine générale lors de la crise sanitaire du COVID-19 : répercussions sur l'anxiété et la motivation pour la médecine générale. *Santé Publique.* 2022;34(5):675-82.
23. Frajerman A, Deflesselle E, Colle R, Corruble E, Costemale-Lacoste JF. Santé mentale des médecins libéraux français pendant la deuxième vague de COVID 19. *L'Encephale* [Internet]. 6 avr 2023 [cité 23 sept 2024]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10076503/>
24. Turckey, Scott. Workplace trauma: the importance of time and context in understanding the relationship between exposure and outcome. *J Occup Health Psychol.* 2014;
25. Josse É, Lapcevic S. Les thérapies du traumatisme psychique à la lumière des neurosciences. Reconsolidation de la mémoire et nouveau paradigme du processus thérapeutique. *Hegel.* 18 nov 2022;3(3):187-98.
26. Lepièce B, Lenoir AL, Rouffignac S de. Vécu des internes en médecine générale lors de la crise sanitaire du COVID-19 : répercussions sur l'anxiété et la motivation pour la médecine générale. *Santé Publique.* 28 déc 2022;34(5):675-82.
27. Guerreiro R. Impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des médecins généralistes : une étude qualitative. *Annales de Médecine Interne.* 2021;
28. Bocquet V. Impact des stages ambulatoires sur la formation des internes en médecine générale. *Annales de Médecine Interne.* 2019;
29. Toupin A. L'enseignement en médecine générale à travers les stages ambulatoires. 2021;
30. Péran G. L'internat en médecine générale : évaluation des compétences en milieu ambulatoire. 2018;
31. Tessier S. Les stages en médecine générale : leviers d'apprentissage pour les internes. 2017;
32. Lévy P. Les conséquences de l'enseignement numérique sur l'apprentissage des étudiants : entre opportunités et risques. *Cahiers de l'Éducation.* 2021;
33. Dieppois E. Évaluation de la satisfaction des internes de médecine générale picards concernant la dématérialisation des enseignements pendant la pandémie de la covid 19 : enquête auprès des trois promotions d'internes inscrits au DES de médecine générale d'Amiens en 2020. 12 oct 2023;53.
34. Pierre-Duval P, Daveaux S, Hulot V, Fiani M. Adaptation d'un enseignement universitaire du Département de médecine générale d'Amiens lors de la crise sanitaire COVID-19. *Pédagogie Médicale.* 2020;21(4):227-8.
35. Whyte W, Hennessy C. Social Media use within medical education: A systematic review to develop a pilot questionnaire on how social media can be best used at BSMS. *MedEdPublish* 2016. 2017;6:83.
36. Crane GM, Gardner JM. Pathology Image-Sharing on Social Media: Recommendations for

- Protecting Privacy While Motivating Education. *AMA J Ethics*. 1 août 2016;18(8):817-25.
37. Lévy-Bruhl D. La vaccination contre la COVID-19 en France : attitudes et comportements des Français. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2021;
  38. Cohen J. Gestion des conflits en consultation pendant la crise COVID-19 : étude de cas en médecine générale. *Revue Française de Santé Publique*. 2020;
  39. Oléari F. Étude de la communication en médecine générale autour du vaccin anti-SARS-CoV-2. 10 nov 2021 [cité 20 oct 2024]; Disponible sur: <https://policycommons.net/artifacts/15571702/etude-de-la-communication-en-medecine-generale-autour-du-vaccin-anti-sars-cov-2/16464120/>
  40. Noblet-Roulin L. Impact de l'épidémie de COVID-19 sur les pratiques d'hygiène en médecine générale.
  41. Bui M. La réorganisation des cabinets libéraux de Médecine Générale du pays Salonais face à la pandémie du Covid-19. 10 nov 2022;125.
  42. Avis relatif aux mesures de prévention et contrôle de l'infection dans le contexte de la pandémie COVID-19 dans tous les secteurs de soins [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: [https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2020/12/Avis-SF2H-PS-en-contexte-COVID-19\\_Nov2020.pdf](https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2020/12/Avis-SF2H-PS-en-contexte-COVID-19_Nov2020.pdf)
  43. Baba PF. Évolution des modifications des mesures d'hygiène induites par la pandémie COVID-19 : étude auprès des médecins généralistes des Hauts-de-France.
  44. Vasudevan RS, Amin A, Hannula DL, Maisel AS. Stethoscope hygiene: A legal consideration for cardiologists practicing in a new era of infection control (COVID-19). *Am Heart Journal Plus Cardiol Res Pract*. 30 juill 2021;7:100039.
  45. Kalra S, Amin A, Albert N, Cadwell C, Edmonson C, Gaynes R, et al. Stethoscope hygiene: A call to action. Recommendations to update the CDC guidelines. *Infect Control Hosp Epidemiol*. juin 2021;42(6):740-2.
  46. Notari A, Torrieri G. COVID-19 transmission risk factors. *Pathog Glob Health*. mai 2022;116(3):146-77.
  47. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 19 oct 2024]. COVID-19 : la HAS positionne les tests antigéniques dans trois situations. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3212125/fr/covid-19-la-has-positionne-les-tests-antigeniques-dans-trois-situations](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3212125/fr/covid-19-la-has-positionne-les-tests-antigeniques-dans-trois-situations)
  48. Sarazin L, Bergassoli L. État des lieux de la prescription de la PCR Covid par les médecins généralistes dans la région Aix-Marseille Université. 5 mai 2022 [cité 27 sept 2024]; Disponible sur: <https://policycommons.net/artifacts/15584692/etat-des-lieux-de-la-prescription-de-la-pcr-covid-par-les-medecins-generalistes-dans-la-region-aix-marseille-universite/16477025/>
  49. Ventola CL. The antibiotic resistance crisis: part 1: causes and threats. *P T Peer-Rev J Formul Manag*. avr 2015;40(4):277-83.
  50. Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021 [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1249.pdf>
  51. Jaury P, Larangot-Rouffet C, Gay B, Gonthier R, Ourabah R, Queneau P. Rapport 21-08. La téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 oct 2021;205(8):852-6.
  52. Rullier C, Tarazona V, Bandt DD. Incidence of remote consultation on general practitioners' antibiotic prescriptions in 2021: a French observational study. *BJGP Open* [Internet]. 1 juill 2024 [cité 20 oct 2024];8(2). Disponible sur: <https://bjgpopen.org/content/8/2/BJGPO.2023.0196>
  53. Décret n° 2024-164 du 29 février 2024 relatif aux sociétés de téléconsultation. 2024-164 févr 29, 2024.



**AUTEUR : Nom : GROUX**

**Prénom : Nelly**

**Date de soutenance : 12 novembre 2024**

**Titre de la thèse : Impact de la pandémie COVID-19 sur la formation des internes de médecine générale de Lille**

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement : DES de Médecine Générale**

**Mots-clés : COVID-19, pandémie, médecine générale, internat, enseignement**

### **Composition du**

**Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Vincent TIFFREAU**

**Assesseur : Monsieur le Docteur Mathieu TAFFIN**

**Directeur de thèse : Madame le Docteur Judith OLLIVON**

### **RÉSUMÉ**

**Introduction :** Nous avons fait face à une crise sanitaire majeure et historique qui a débuté en France en mars 2020. Les internes de médecine, en tant que personnel de santé ont été en première ligne de cette crise et au cœur de la prise en charge des patients. Cette période s'est télescopée avec une période de formation et d'apprentissage pour eux. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés au ressenti des anciens internes concernant l'impact de cette pandémie sur leur formation et l'effet sur leurs pratiques professionnelles actuelles.

**Matériel et méthodes :** Cette étude qualitative, inspirée de la théorisation ancrée, repose sur des entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 9 anciens internes de médecine générale ayant effectué un stage ambulatoire lors de la première année de la pandémie de COVID-19 dans le Nord-Pas-de-Calais.

**Résultats :** Nos résultats mettent en avant des lacunes d'apprentissage liées à la baisse importante de l'activité sur le terrain, à l'absence de diversité dans les motifs de consultation, à l'annulation des consultations de spécialistes et à la virtualisation des cours théoriques. Toutefois, les internes ont appris de la pandémie qui leur a conféré un rôle moteur et une socialisation pendant les confinements. Ils ont participé à l'organisation autour de la gestion de la crise, appris à s'adapter et ont été initiés à de nouveaux outils tels que la téléconsultation. Ils sont désormais plus sensibles à la mise à jour de leurs connaissances, aux gestes barrières et à l'asepsie des locaux. Bien que l'arrivée du virus ait été source de stress et de peur, ils retiennent surtout la solidarité et l'entraide entre professionnels de santé. Sur le long terme, la crise a cependant eu un impact plus négatif sur leur santé mentale et des obligations politiques ont parfois rendu la relation patient-médecin conflictuelle.

**Conclusion :** La médecine est en constante évolution et la formation des futurs médecins doit l'être également. Il est intéressant de tirer des enseignements de cette pandémie afin de répondre au mieux aux attentes des internes en matière de formation et fournir des clés pour préparer au mieux le système de soin aux prochaines crises.