

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2024

N° : 204

**THESE PRESENTEE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat Mention DES de Médecine Générale

Présenté et Soutenu le 24 septembre 2024

PAR

DAVID Servan

Né le 22 avril 1992 à Cholet (Maine et Loire)

**Retour d'expérience personnel et professionnel des médecins
généralistes alsaciens suite à la crise sanitaire de COVID-19 : une
étude qualitative.**

Président de thèse : **Professeur. WOLFF Valerie**, PU-PH, Chef de service de l'unité Neuro-vasculaire de HTP, Strasbourg

Directrice de thèse : **Docteur NGONO ATAH Thérèse**, Responsable du SAU au CHIL
Wissembourg

Membre du jury : **Docteur LORENZO Matthieu**, Directeur du DMG – Responsable
Pédagogique. Maître de conférences des universités de médecine générale.



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUCES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDED Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS®	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS [®]	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies Infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et Interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	+ Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	+ Institut de Physiologie / Faculté de Médecine + Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	+ Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil + Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	+ Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	+ Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	+ Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	+ Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	+ Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	+ Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	+ Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
DELACCIA Thierry	NRPô NCS	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	+ Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	+ ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	+ ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	+ Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	+ Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC + Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	+ Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	+ Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS [®]	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	+ Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil + Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	+ Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	+ Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	+ Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	+ Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil + Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	+ Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	+ Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
wOLF Philippe	NRPô NCS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	+ Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

® : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - CspI : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS [®]	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	+ Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	+ Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	+ Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Illes		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVVS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNÝ-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDCKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Dr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr Ass. DUMAS Claire
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HERZOG Florent
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Élisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCC Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérald (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
RECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLDCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	DUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLDOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;
que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de thèse, Dr Ngono Atah, pour m'avoir guidé dans la réalisation de cette thèse, grâce à ses conseils, sa disponibilité et sa patience.

Je souhaite ensuite remercier la présidente du jury, M.me le Professeur WOLFF pour avoir accepté de présider le jury de ma thèse. Veuillez recevoir, Professeur, l'assurance de mon profond respect.

Je souhaite également remercier Dr LORENZO, pour avoir accepté de participer au jury de ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

Mes remerciements vont également à tous les médecins du panel de mon étude ayant répondu présent pour partager avec moi leur expérience et réaliser mon enquête. J'ai pris un grand plaisir dans chacun de nos entretiens et vous encourage à continuer à participer aux thèses des jeunes médecins.

Mes remerciements s'adressent également à tous les professeurs d'université m'ayant transmis leurs connaissances durant mes études.

Je souhaite également remercier tous les médecins et maitres de stage que j'ai côtoyé au cours de mon externat et internat. Ils m'ont aidé à choisir la voie de la médecine générale et à faire de moi le médecin que je suis.

Merci à tous les patients que j'ai pris en charge et qui ont pris ce risque.

Je remercie ma tutrice, Dr WACK, pour sa rigueur et sa patience, pour nos entretiens, pour mon demi-SASPAS. Je te dois beaucoup du médecin que je suis aujourd'hui.

Je souhaite également remercier mes deux autres tuteurs Dr LORENZO et Dr LAHMAR pour les séances de tutorat constructives.

Merci à tous mes co-tutorés, mes co-internes et co-externes sur tous mes terrains de stage, vous avez rendu mes études beaucoup plus fun.

Certains sont déjà cités ci-dessus mais je tiens à remercier mes amis :

- Merci à David H. pour notre amitié, pilier depuis la PACES, pour les blagues que je commence et que tu finis d'instinct sans concertation. Tu es un très bon ami, très bon médecin, très bon mari et seras un super papa, j'en suis sûr !
- Merci à mes colocataires aux mille et un délires : Benji mon chevalier enarmuré, merci pour ton amitié sans faille et sans fin et aussi pour tes coups d'épée. Antoine mon voileux préféré, merci pour ton amitié et ton humour. J'espère que vous prenez bien cinq fruits et légumes par jour.
- Merci à la team Ulm : David P., Corinne et Baptou avec vous « die Stimmung ist nicht im Keller ! »
- Merci à la team Montréal : Laure, Simon, Yohan... Four Fingers !! I bet my life for you! et ensuite Corentin, ma bernache du canada !
- Merci aux potes et amis d'externat, pèle mêle : Alexis, Léa, Mathilde, Mathilde, Ségolène, Marie, Charlotte P, Noémie, Louise, PE, Geoffrey, Lou, Louis, Coraline, Elise...

- Merci aux potes et amis d'internat, père mèle : Cindy, Baptiste, Clémence, Sarah, JB M., Emilie M., Luc, Emilie M., FX, Niels, Charlotte J., Florence, Florian, Floriane, Lauranne et Nathan
- Merci aux potes du DU MMO : Paul, Yann, Marie, Nathalie, Xavier, Olivier, Frédéric, Constantin, Agathe, Anne-Charlotte, Aida, Anais, Françoise
- Merci aux amis d'enfance, de collègue, de lycée et du scout : PF, Sylvain, Maximilien, Clément, Marie, Delphine, Mathilde, JB B.

Je ne peux mettre de citation pour chacun d'entre vous, même si vous le méritez tous.

Merci aussi à toute ma famille, à mes grands-parents qui m'ont soutenu et accompagné durant ma vie et qui le font toujours d'où ils sont, à mes oncles et tantes, à mes cousins et cousines.

Merci à ma belle-famille, Marc, Huguette, Mathilde et Frank pour son accueil et sa bienveillance mais aussi aux grands-parents, tous les oncles et tantes, cousins et cousines de ma belle-famille.

Merci à mes frères et sœurs : Yann, Isabelle et Gwénaëlle, les chamailleries et prise de bec de notre enfance ont laissé la place à une belle fraternité. Et ce aussi grâce à ma belle-sœur Chaambati, mes beaux-frères Matthieu et Jean-Baptiste, et mes neveux et nièces Moulay, Alya, Eliott, Mathyas...

Merci à Maman pour ses corrections orthographiques mais aussi plus largement, pour son écoute, son soutien, ses attentions, ses sacrifices, tout simplement pour son amour. Merci à Papa pour ton amour, moi qui ne voulais pas suivre ta voie, je suis finalement devenu ce petit

garçon derrière son bureau écrivant les ordonnances que tu me dictes et passant sa thèse à quelques jours de ta retraite.

Merci enfin à Charmène, après un ECN, un internat, un inter-CHU, plusieurs voyages, quasiment 8 ans de vie commune, un mariage et un enfant, on peut dire que ça rapproche. Merci pour ton soutien, ton sourire, ton amour infini. Je t'aime et je souhaite qu'on vive intensément.

Et merci à Manoa, en quelques mois tu as déjà pris une place immense dans ma vie comme dans mon cœur, le réveil de mes nuits, le sourire de mes jours, merci d'avoir partagé ton papa avec son travail de thèse pendant quelques temps.

« Si vous traitez une maladie, vous gagnez ou vous perdez. Si vous traitez une personne, je vous le garantis que vous gagnerez, quel que soit le résultat. »

Docteur Patch

Table des matières

Serment d’Hippocrate	13
Remerciements	16
Table des matières	21
Liste des abréviations et acronymes	27
Tables des tableaux	29
Tables des figures	30
I. Introduction	32
A. Données démographiques sur la pandémie de Covid 19	32
B. Histoire du ressenti autour des épidémies	33
C. Ressenti en période de pandémie de la population générale jusqu’au médecin généraliste	35
II. Matériel et méthode	37
A. Objectif Principal	37
B. Type d’étude	37
C. Choix de la méthode	37
D. Population et recrutement	38
E. Recueil des données	39
F. Guide d’entretien	40
G. Déroulement des entretiens	40
H. Retranscription des données	43

I.	Analyses de données	43
III.	Résultats	44
A.	Caractéristiques de la population.....	44
B.	Etat psychologique du médecin généraliste.....	51
1.	État émotionnel du médecin généraliste au moment de la crise covid.....	51
2.	Moyens mis en place pour lutter contre les ressentis négatifs.....	57
C.	Etat des patients	63
1.	Etat psychologique des patients.....	63
2.	Renoncement aux soins.	68
3.	Rôle du médecin généraliste en temps de crise	73
4.	Relation médecin/patient.	77
D.	Information professionnelle.....	80
1.	Sources d'information.	80
2.	Vitesse de l'information.	81
3.	Conséquences de la vitesse de l'information.....	82
E.	Impact organisationnel.	85
1.	Changements dans la pratique.	85
2.	Téléconsultation.....	91
3.	Nouvelles responsabilités	96
4.	Mise en difficulté.....	98
5.	Appréciation du travail réalisé en temps de crise.	100

F.	Impact relationnel avec les autres acteurs du système de santé.	104
1.	Liens avec médecins et paramédicaux.....	104
2.	Structures et organisations de gestion de crise du secteur.....	109
3.	Implication personnelle dans la gestion locale.....	110
G.	Impact financier.....	112
1.	Impact sur le cabinet en tant qu'entreprise.....	112
2.	Impact budgétaire.....	115
3.	Difficultés actuelles.....	116
H.	Après la COVID 19.....	117
1.	Conséquences personnelles.....	117
2.	Conséquences professionnelles.....	119
3.	Conséquences pour la profession.....	122
4.	Conséquences sociétales et sociales.....	125
I.	Autres.....	129
1.	Gestion de la crise en médecine générale au niveau local et national.....	129
2.	Gestion des confinements.....	133
3.	Communication en période de crise.....	135
4.	Politique vaccinale.....	138
5.	Médias pendant la crise.....	141
6.	Sujet non abordé.....	143
IV.	Discussion.....	145

A.	Choix du sujet et méthodologie	145
B.	Limites de l'étude	145
C.	Caractéristiques de la population.....	147
D.	Etat émotionnel du médecin généraliste durant la crise covid	148
1.	Ressenti.....	148
2.	Solutions	152
E.	Les patients.....	155
1.	Anxiété.....	155
2.	Syndrome dépressif	156
3.	Les réactions à la crise comme étape du deuil.....	156
4.	Réticence à la vaccination	157
5.	Conséquences infantiles de la crise sanitaire.....	158
6.	Renoncement au soin.....	160
7.	Téléconsultation.....	162
8.	Rôle du médecin généraliste en temps de crise	164
9.	Relation médecin/patient	167
F.	Information professionnelle	170
G.	Impact organisationnel	172
1.	Changement dans la pratique.....	172
2.	Mise en difficulté.....	174
3.	Appréciation du travail	174

H.	Impact relationnel avec les autres acteurs du système.....	176
I.	Impact Financier.....	179
J.	Après la COVID 19.....	180
1.	Personnel	180
2.	Professionnel	182
3.	Pour la profession	183
4.	Pour la société.....	184
K.	Autres.....	187
1.	Gestion de la crise nationale	187
2.	Gestion de la vaccination.....	188
3.	Les médias pendant la crise	189
4.	Communication Gouvernementale	189
V.	CONCLUSION.....	191
VI.	Bibliographie.....	196
VII.	Annexe	206
	Annexe 1 : Mail d'invitation	206
	Annexe 2 : Guide d'entretien semi-dirigé	207
	Déclaration sur l'honneur de non-plagiat	215
	RESUME :.....	216

Liste des abréviations et acronymes

Score PSS-10 : Score « Perceived Stress Score » en 10 points

TSPT : Trouble stress post-traumatique

MG : Médecins Généralistes

COVID : CoronaVirus Disease

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

SARS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère

MERS : « Middle East Respiratory Syndrome », Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

DIPA : Dispositif d'Indemnisation à la Perte d'Activité

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

DU : Diplôme Universitaire

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

NHC : Nouvel Hôpital Civil

M : Masculin

F : Féminin

SHA : Solution Hydro-Alcoolique

PEC : Prise en charge

ESP : Equipe de Soins Pluridisciplinaires

Retex : Retour d'Expériences

MCO : Médecine – Chirurgie Obstétrique

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Tables des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée (partie 1)	45
Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée (partie 2)	46
Tableau 3 : Caractéristiques de la population étudiée (partie 3)	47
Tableau 4 : Caractéristiques de la population étudiée (partie 4)	48
Tableau 5 : Caractéristiques de la population étudiée (partie 5)	49
Tableau 6 :Caractéristiques de la population étudiée (partie 6)	50

Tables des figures

Figure 1 : Etat émotionnel du médecin généraliste au moment de la crise covid.	51
Figure 2 : Moyens mis en place pour lutter contre les ressentis négatifs	57
Figure 3 : Etat psychologique des patients	63
Figure 4 : Renoncement aux soins	68
Figure 5 : Causes du renoncement aux soins	71
Figure 6 : Rôle du médecin généraliste en temps de crise	73
Figure 7 : Relation Médecin-patient.....	77
Figure 8 : Sources d'information	80
Figure 9 : Conséquences de la vitesse de l'information	82
Figure 10 : Changement dans la pratique	85
Figure 11 : Téléconsultation.....	91
Figure 12 : Nouvelles Responsabilités	96
Figure 13 : Mise en difficultés	98
Figure 14 : Appréciation du travail réalisé en temps de crise	100
Figure 15 : Liens avec les médecins et paramédicaux	104
Figure 16 : Impact sur le cabinet en tant qu'entreprise.....	112
Figure 17 : Conséquences personnelles	117
Figure 18 : Conséquences professionnelles	119

Figure 19: Conséquences pour la profession.....	122
Figure 20: Conséquences Sociétales et sociales.....	125
Figure 21 : Gestion de la crise en médecine générale au niveau local et national	129
Figure 22 : Gestions des confinements	133
Figure 23 : Communication en période de crise.....	135
Figure 24 : Politique vaccinale.....	138
Figure 25: Médias pendant la crise	141

I. Introduction

A. Données démographiques sur la pandémie de Covid 19

La Covid 19 (Coronavirus Disease 19), due au Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS CoV 2), débute en septembre 2019 à Wuhan en Chine. C'est la 3^{ème} épidémie de Coronavirus depuis 2003.

A la fin juin 2023, on cumule plus 767 millions de cas confirmés de Covid 19 et 6,9 millions de décès dû à la Covid 19 dans plus d'une centaine de pays du monde(1). En mars 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé considère la Covid 19 comme une pandémie. Elle entrainera par la suite plusieurs mesures de confinement, de couvre-feu, de gestes barrières mais aussi plusieurs campagnes de vaccination dans de nombreux pays.

En Europe, la pandémie a occasionné plus de 275 millions de cas et environ 2,2 millions de décès(1).

En France, les premiers cas de coronavirus sont recensés le 24 janvier 2020(2) et le 1^{er} mort dû à la Covid 19 sur le sol français le 19 février 2020(3). Depuis le début de la pandémie et jusqu'à janvier 2023, plus de 39 millions de cas de Covid ont été diagnostiqués et plus de 162000 morts dues à cet agent pathogène sont à déplorer au sein de notre pays (4).

Le Grand Est est une région ayant été particulièrement touchée notamment par la première vague de coronavirus. On y recense plus de 14000 décès -dont 5000 à l'hôpital- dus à la Covid 19 depuis le début de la pandémie sur plus de 100000 cas confirmés dont plus de 35000 cas confirmés en hôpital rien qu'en Alsace (5) (6).

Au vu de ces données, on devine aisément qu'il s'agit de la plus importante crise sanitaire mondiale depuis des décennies. Les conséquences mondiales et nationales sont abyssales du point de vue sanitaire, social, économique et politique. Cette pandémie planétaire nous pose de nombreux défis collectifs au niveau sanitaire, de l'organisation de soin, vaccinal, scientifique mais aussi des questions individuelles du point de vue professionnel, éthique, déontologique et émotionnel.

B. Histoire du ressenti autour des épidémies

Historiquement, le ressenti autour de la maladie et notamment des épidémies est axé sur la peur. Le témoignage de la peur des pandémies dans la population générale commence avant tout par la Grande Peste ayant emportée entre 30% et 50% de la population européenne au Moyen-Age (7) (8) (9). Selon Jean Delumeau, historien et auteur de *La Peur en Occident*, l'histoire documentée de la peur en Occident débute même par cette grande peste noire de 1348 : « le mal qui transmet la terreur »(9). Il est difficile d'imaginer le sentiment saisissant les populations de l'époque lors des résurgences de peste de par la soudaineté et la violence de celle-ci qui emportait parfois jusqu'à 70% de la population d'une ville, la fuite panique de tous ceux qui avaient les moyens et donc le délitement de l'environnement social(9). Il opère une différenciation entre la peur « spontanée » du plus grand nombre, peur instinctive et irrationnelle et la peur « réfléchie » des élites (8) (9). Paradoxalement, la peur des élites peut être plus forte que celle des masses. Ainsi cette peur amène parfois à de mauvaises décisions comme nous le dit Jean Delumeau en parlant de la peste : « quand apparaît le danger de contagion, on essaie d'abord de ne pas le voir, [...] on ne voulait pas affoler les populations [...] La peur de la peste conduisait à retarder le plus longtemps possible le moment où on la regardait en face. Médecins et autorités cherchaient donc à se tromper eux-mêmes. Rassurant

les populations, ils se rassuraient à leur tour. » (8) Il nous rappelle que ce même mécanisme a eu lieu avec les risques transfusionnels liés au VIH avec une tendance à minimiser les risques. Dans cette intervention, il nous montre une certaine similitude, une répétition des faits et réactions dans l'histoire : Peut-on penser que les autorités ont également fait preuve de retard de gestion durant la crise du coronavirus pour les mêmes raisons (10)? D'autre part, les médecins de l'époque des pestes et de leurs résurgences considéraient la peur comme le principal facteur de propagation voire même que la peur était le mal en lui-même(11) (vision héritée de la Grèce Antique (10)). Ainsi le Dr Schultz en 1713 dit : « Le mal ne provient que de la peur et d'un mauvais régime. » ; Le médecin de Philippe d'Orléans souhaite combattre « le fatal préjugé que le mal est contagieux » ; Philippe Hecquet doyen de la Faculté de Paris en 1722 est du même avis : il s'agit d'affirmer la non-contagiosité de la peste permettant d'en amoindrir la peur, minimiser sa portée, éviter les paniques, les fuites et les exodes massifs (11). Ces idées sont tellement présentes que dans les bulletins de décès, la peur pouvait figurer dans les causes du décès (11). Ces conceptions perdurent jusqu'au 19^{ème} siècle. Cependant, comme pour les peurs réfléchies, il reste un reliquat de cette relation à la peur dans la société actuelle, un « résidu mental prélogique » lequel est mis en exergue par l'imaginaire du mal contagieux dont la peur en est le ressort. Cette peur, perçue elle-même comme contagieuse, engendre le déni de la contagion avec pour but de la faire disparaître (8). Ce résidu a été mis en exergue notamment au cours de l'épidémie de SIDA (10). Nos conceptions ont-elles muté depuis 40 ans et l'épidémie du VIH ? Au cours de la pandémie de coronavirus, les autorités publiques ont semblé être prises de cours. Cette tendance à minimiser les épidémies en est-elle la cause ? Quel est, a contrario, le sentiment du médecin généraliste- scientifique mais aussi humain, par rapport à cette pandémie ?

C. Ressenti en période de pandémie de la population générale jusqu'au médecin généraliste

On recense de nombreuses études sur le ressenti et les impacts psychologiques et psychiatriques de la Covid 19 et de ses multiples confinements sur la population générale mondiale. Elles montrent notamment une recrudescence des symptômes d'anxiété et une augmentation du nombre de dépression (12) (13).

Une grande quantité d'articles traite également de l'état de santé mental des professionnels de santé en général retrouvant une majoration de l'anxiété, des insomnies et également des dépressions durant la pandémie de Covid 19 (14) (15) (16). Ces études montrent par ailleurs des facteurs favorisant à ces symptômes : le fait d'être une femme, d'être infirmière, d'être étudiant et d'être en « première ligne » pour la prise en charge des patients (14) (17). Parmi les facteurs protecteurs on retrouve le fait d'être à distance de la « première ligne » et le fait d'avoir de bonnes connaissances médicales et en infectiologie. Une autre étude montre aussi les peurs des médecins hospitaliers notamment liées à la transmission de la maladie à leur famille, une diffusion rapide de l'épidémie, devenir porteur, manquer le diagnostic et les complications de la maladie (18).

Ainsi, la protection de la santé mentale pour les professionnels de santé en général, et hospitaliers en particulier a donc été un enjeu mis en évidence relativement tôt avec des études et recommandations visant à établir des stratégies de contrôle des impacts de la pandémie sur la santé mentale des travailleurs de la santé(19). Aussi de nombreux dispositifs d'écoute ont été mis en place de l'échelon national jusqu'aux établissements de santé. Ceux-ci furent d'abord à l'attention des médecins hospitaliers, puis par la suite ouverts aux médecins libéraux (20) (21) (22) (23).

Or, le médecin généraliste est le premier intervenant auprès des patients, il est le premier intervenant au sein du système de santé, depuis toujours et plus encore depuis le début de la pandémie de Coronavirus, nécessitant une attention particulière sur l'impact de la crise dans sa vie. Plusieurs thèses et études ont été réalisées sur le ressenti des médecins généralistes dans le monde et en France mais aucune en Alsace et par entretiens semi-dirigés au début de cette thèse (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32). Toutes ces études montrent une majoration du stress et de l'anxiété du médecin généraliste durant la pandémie de Covid 19. L'Alsace est une des régions les plus touchées lors de la première vague de coronavirus. L'objectif de cette thèse était donc de s'intéresser au vécu des médecins généralistes alsaciens durant la crise covid-19 grâce à une étude qualitative et l'impact à posteriori qu'elle aura engendré aussi bien au niveau professionnel que personnel dans leur vie.

II. Matériel et méthode

A. Objectif Principal

Notre objectif principal était d'évaluer le ressenti et les attitudes des médecins généralistes alsaciens dans le cadre de la pandémie de Covid 19.

B. Type d'étude

Notre travail était une étude qualitative, descriptive dont la collecte des données a été réalisée par des entretiens individuels et semi-dirigés.

C. Choix de la méthode

Le choix d'une étude qualitative a été motivé par le fait qu'elle soit la méthode la plus adaptée pour la collecte de ce type de données.

Les entretiens individuels étaient désignés comme la façon la plus optimale d'avoir la plus grande liberté d'expression pour les médecins interrogés, au regard du caractère subjectif de notre objectif principal. Elle paraît plus adaptée que la méthode des focus group où les médecins pourraient brider leur discours pour éviter le jugement de leurs confrères.

La méthode d'entretien semi-dirigé a été choisie par rapport aux entretiens libres ou directifs. Celle-ci permet une certaine liberté durant l'entretien pour l'interviewé ainsi que pour l'intervieweur tout en gardant une trame d'évolution de l'entretien afin de ne pas dévier de l'objectif principal.

D. Population et recrutement

La population interrogée était celle des médecins généralistes installés ou remplaçants alsaciens au moment du recrutement en mars 2023.

Afin de recruter le panel de médecins généralistes interrogés, une demande d'entretien individuel leur a été adressée de manière conjointe via la mailing list de l'URPS et d'un message sur le mur facebook des "Rempla Médecine Générale Alsace" afin de convenir d'un rendez-vous avec ceux souhaitant participer (Cf annexe 1).

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste, d'avoir une activité en cabinet, être installé ou remplaçant et exercer en Alsace.

La date du premier appel était le 7 février 2023. Par la suite, un mail de rappel a été envoyé tous les quinze jours pendant 2 mois. En raison d'une saturation de données insuffisantes, deux mails de rappel supplémentaires ont été envoyés.

Le nombre de membres du groupe "Rempla Médecine Générale Alsace" est de 1712 médecins.

Le nombre de membres de l'URPS auxquels le mail d'invitation à participer au panel a été envoyé est de 4000 médecins du Grand Est avec note précisant que sont seuls concernés les médecins exerçant en Alsace

L'arrêt du recrutement des médecins s'est effectué à saturation des données correspondant également au tarissement de nouvelles demandes de participation.

10 médecins alsaciens ont ainsi été interviewés. 5 ont répondu via le message du groupe facebook "Rempla Médecine Générale Alsace", 5 autres ont répondu via la demande faite par l'URPS.

E. Recueil des données

Afin d'interroger les médecins, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés.

4 entretiens ont été réalisés en présentiel, les enregistrements se sont faits sur Téléphone Samsung Galaxy S20 5G et sur Enregistreur numérique vocal EVISTR.

6 entretiens ont été réalisés en distanciel sur Téléphone Samsung Galaxy S20 5G via le logiciel Zoom ou via Whatsapp en fonction de la facilité des participants, les enregistrements se sont faits par Enregistreur numérique vocal EVISTR et Microsoft Surface Pro 9.

Ces entretiens se déroulaient selon un guide d'entretien semi-dirigé prédéfini (Cf Annexe 2) et avaient une durée variable selon les répondants.

F. Guide d'entretien

Nous avons réalisé une revue de la littérature sur les thèses déjà réalisées sur le ressenti et impact du covid sur les médecins généralistes sur google scholar avec comme mots clés : médecin généraliste, ressenti, covid. Les différents items des canevas d'entretien des études retrouvés (28) (33) nous a permis de faire une première ébauche du questionnaire. Nous avons par la suite retravaillé les différents champs de questionnement abordé ainsi que la formulation pour arriver au guide d'entretien semi-dirigé final (Cf Annexe 2).

Le guide d'entretien est standardisé dans les champs de questionnement à explorer mais la formulation, l'ordre des questions ou la présence des questions de relance pouvait varier en fonction de l'entretien. Du fait du caractère semi-directif des entretiens, une adaptation au discours du médecin interviewé pouvait être réalisée afin d'améliorer l'exploration des champs de questionnement du guide d'entretien.

G. Déroulement des entretiens

Lors des entretiens, l'enquêteur ainsi que le but de son travail était présenté aux participants, il leur était également expliqué que ce travail s'intégrait dans le cadre d'une thèse de médecine générale. L'anonymat et l'absence de jugement lors des réponses leur étaient aussi garantis.

En premier lieu, le guide d'entretien s'intéressait aux caractéristiques de la population recrutée notamment à travers l'âge, le sexe, la durée d'exercice et d'installation, le cursus avec les éventuelles spécialisations et diplômes universitaires, le mode d'exercice au moment de l'entretien et au moment du début de la crise sanitaire avec le secteur d'activité, l'activité

groupée ou seule, installé ou remplaçant, activité salariée associée et l'exercice en EHPAD, la situation familiale et personnelle au moment de l'entretien et au moment du début de la crise covid, la présence d'un médecin traitant autre que soi-même, le fait d'être maître de stage et la présence de facteurs de risque personnels de complication à la Covid-19.

Par la suite, les questions se tournaient vers les infections à la covid-19 : celles éventuelles du participant, celles éventuelles de la patientèle du participant avec les possibles décès associés, celles éventuelles des collègues et confrères du participant avec les possibles décès associés, celles éventuelles des proches du participant avec les possibles décès associés.

Ensuite, l'état fonctionnel actuel du participant était interrogé avec un accent sur les éventuels symptômes post-Covid 19 et séquelles associés à leur infection si présente.

L'état psychologique du participant était ensuite interrogé à l'époque du début de la pandémie Covid-19 et son évolution au fil du temps et de la crise sanitaire. Les possibles raisons de ces éventuels ressentis étaient demandées ainsi que les solutions mises en place pour y pallier. La question de la crainte pour les proches et les solutions éventuellement mises en place était par la suite posée.

Le guide d'entretien s'intéressait à l'impact psychologique sur la patientèle des participants, au fait qu'ils aient ou non renoncé aux soins durant les confinements et au rôle du médecin généraliste auprès des patients tel que perçu par les médecins participants.

L'intérêt portait ensuite sur l'information/formation professionnelle, son évolution pendant la crise et l'impact éventuel sur les participants.

Dans les suites de l'entretien, l'interrogation portait sur l'impact organisationnel, les changements apportés à la pratique pendant et après la crise de coronavirus, l'avis vis-à-vis des téléconsultations, les éventuelles nouvelles responsabilités à assumer en période de crise.

L'impact relationnel avec les autres acteurs du système était par la suite questionnée sur les liens avec les médecins et paramédicaux du secteur géographique en période de crise, les structures et organisations du secteur mises en place pour la gestion de la crise.

Ensuite, l'entretien se tournait vers l'impact financier et notamment l'impact de la crise de Covid 19 sur le cabinet médical du médecin en tant qu'entreprise.

Le champ de questionnement suivant posait l'interrogation de l'apport éventuel de la crise sanitaire dans 10 ans d'un point de vue personnel, professionnel à titre individuel, pour la profession médicale, et social et sociétal.

Le dernier champ de questionnement explorait l'avis des participants par rapport à la gestion de la crise en médecine générale, à la politique vaccinale, à la manière dont les médias avaient traité la crise.

L'ultime question de l'entretien portait sur les sujets non abordés précédemment dont le participant aurait souhaité parler.

Pour chaque champ de questionnement, des questions de relance étaient prévues si les médecins arrivaient à court d'idées et qu'ils n'avaient pas abordé ce sujet. D'éventuelles questions non incluses dans le guide d'entretien étaient posées afin de mieux faire préciser certains propos des participants peu compréhensibles ou pas assez précis.

H. Retranscription des données

La retranscription a été réalisée pendant la période de collecte des données. Toutes les retranscriptions ont été réalisées et anonymisées manuellement par ordinateur sur des fichiers Docs Google Drive et de manière intégrale au mot à mot. Elles sont disponibles sur demande.

I. Analyses de données

L'analyse du contenu des entretiens a été faite sur fichier docs google drive. Dans un premier temps, celle-ci a consisté en une codification manuelle qui a permis de « transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun*. »(34).

A partir de cette codification, nous avons pu procéder à une catégorisation permettant « de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts du corpus* ou d'éléments déjà codifiés*, sous la forme de catégories*». (34).

Ces différentes catégories retrouvées nous ont permis d'élaborer des théories en lien avec notre sujet.

III. Résultats

A. Caractéristiques de la population

Les entretiens ont duré entre 41 minutes et 75 minutes avec une durée d'entretien moyenne de 51,7 minutes.

Le panel comportait 10 médecins dont 8 femmes et 2 hommes.

L'âge des participants oscille entre 29 ans et 76 ans avec un âge moyen de 44,1 ans.

La durée d'exercice allait de 2 ans à 51 ans avec une durée moyenne de 17,1 ans.

La durée d'installation allait de 0 à 48 ans avec une durée moyenne de 12,7 ans.

On retrouvait 5 médecins soit 50% du panel ayant validé un Diplôme Universitaire avec notamment un DU "Addictologie", un DU "Hépatite C et VIH", un DU "Médecine nutritionnelle", un DU "Santé de la mère et de l'enfant", un DU "Acupuncture" et un DU "Gynécologie médicale".

Les caractéristiques des médecins généralistes participants sont présentées dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée (partie 1)

Médecins	Age	Sexe	Durée d'exercice	Durée d'installation	Cursus	Formations Professionnalisantes
MG1	40-44	F	14 ans	8 ans	Médecine	DU addictologie DU IST
MG2	30-34	M	3,5 ans	0	Médecine	0
MG3	30-34	F	2 ans	0	Médecine	DU médecine nutritionnelle
MG4	50-59	F	34 ans	25 ans	Médecine	0
MG5	40-44	F	17 ans	13 ans	Médecine	0
MG6	75-79	M	51 ans	48 ans	Médecine	0
MG7	25-29	F	2,5 ans	0	Médecine	0
MG8	35-39	F	7 ans	3 ans dont 2 ans de collaboration	Médecine	DU santé de la mère et de l'enfant. DU médecine et traumatologie du sport
MG9	55-59	F	31 ans	26 ans	Médecine	DU acupuncture, formation en homéopathie
MG10	35-39	F	9 ans	4 ans	Médecine	DU gynécologie médicale
Caractéristiques	Age moyen : 44,1	F : 80%	Durée moyenne d'exercice : 17,1 ans	Durée moyenne d'installation : 12, 7 ans	Médecine : 100%	50 % possède un DU

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée (partie 2)

Médecins	Mode d'exercice per covid	Mode d'exercice actuel	Groupé ou seul	Secteur d'activité	Activité salariée ou Hospitalière
MG1	Libéral	Libéral	Seul	Urbain	Gardes aux urgences
MG2	Remplacement en Libéral	Remplacement en Libéral	Groupé	Hospitalier, urbain et semi-urbain	Gardes aux urgences SOS médecin
MG3	Internat fin 2022	Remplacement en Libéral	Groupé	urbain, semi urbain, rural	stage gynécologie, stage pédiatrie, Stage médecine polyvalente, stage SASPAS
MG4	Libéral	Libéral	Groupé	Semi-rural	Non
MG5	Libéral	Libéral	Groupé	Semi-rural	Non
MG6	Libéral, secteur 2	Libéral, secteur 2	Seul	Rural	Non
MG7	Internat fin 2021	Remplacement en Libéral	Seul et groupé	Hospitalier, urbain, semi-rural	Stage d'internat en psychiatrie Stage EMG au NHC
MG8	Libéral	Libéral	Groupé	Rural	Médecine en centre de détention durant la crise
MG9	Libéral	Libéral	Groupé	Semi-urbain	Non
MG10	Libéral	Libéral	Groupé	Rural	PMI
Caractéristiques	70% libéral	100% d'exercice libéral dont 30% de remplaçant	80% groupé 30% seul (1 médecin a les 2 exercices)	Urbain : 40% Semi-urbain : 30% Semi- rural : 30% Rural : 40%	Activité salariée associée : 60% dont Internes durant la crise covid : 20% Activité hospitalière associée : 30%

Tableau 3 : Caractéristiques de la population étudiée (partie 3)

Médecins	Activité en EHPAD	Situation personnelle et familiale per-covid	Situation personnelle et familiale actuelle	Médecin Traitant autre que soi	Maître de stage
MG1	Non	Mariée, 2 enfants	Mariée, 2 enfants	oui	non
MG2	Non	Marié, 1 enfant	Mariée, 2 enfants	oui	non
MG3	Non	Célibataire	En couple, sans enfant	oui, à distance	non
MG4	Non	Mariée, avec des enfants	Mariée, avec des enfants	non	oui
MG5	Oui	en couple, 1 enfant	en couple, 1 enfant	non	Oui, 2023
MG6	Non	Marié, 3 enfants	Marié, 3 enfants	non	non
MG7	Oui	En couple, sans enfant	Mariée, sans enfant	non	non
MG8	Non	Concubinage sans enfant	Concubinage sans enfant	oui	non
MG9	Oui	Mariée, 3 enfants	Seule, 3 enfants	non	oui
MG10	Oui	mariée, 1 enfant	Mariée, 2 enfants	oui	non
Caractéristiques	Activité en EHPAD : 40%	Marié/ en couple : 90% Enfants : 70%	Marié/ en couple : 90% Enfants : 70%	Médecin traitant autre que soi : 50%	Maître de stage à l'entretien : 30% Maître de stage en crise covid : 20%

Tableau 4 : Caractéristiques de la population étudiée (partie 4)

Médecins	Facteurs à risques de complication	Infection Covid	Séquelles	Asthénie actuelle
MG1	non	oui, 2020	Fatigue chronique	Fatigue chronique
MG2	non	oui, 2020	non	Normale
MG3	Non	oui en 2021 et 2022	non	Normale
MG4	oui, un facteur	oui, 2022	non	Normale
MG5	Non	oui, 2022	non	Normale
MG6	oui, deux facteurs	Non	non	Normale
MG7	oui, un facteur	oui, 2022	non	Normale
MG8	Non	oui, 2022	non	Normale
MG9	Non	Oui	Dyspnée à l'effort	Normale
MG10	non	Oui	non	Normale
Caractéristiques	Au moins un facteur de complication : 30% Au moins deux facteurs de complication : 10%	Infection covid : 90%	Séquelles post-covid : 20%	Fatigue normale : 90%

Tableau 5 : Caractéristiques de la population étudiée (partie 5)

Médecins	Patients covid	Patients décédés covid	Collègues covid	Collègues décédés covid
MG1	oui	Oui	oui	non
MG2	oui	Oui	oui	non
MG3	oui	Oui	oui	non
MG4	oui	non, +/- indirectement	oui	non
MG5	oui	Oui	oui	non
MG6	oui, seulement en 2021	non, +/- indirectement	oui	non
MG7	oui	Non	oui	non
MG8	oui	non, +/- indirectement	oui	non
MG9	oui	Oui	oui	oui
MG10	oui	Oui	oui	non
Caractéristiques	Patients atteints du covid : 100%	Patients décédés du covid : 60%	Collègues/ confrères atteints du covid : 100%	Collègues/ confrères décédés du covid : 10%

Tableau 6 :Caractéristiques de la population étudiée (partie 6)

Médecins	Proches covid	Proches décédés du covid	Durée d'entretien
MG1	oui	Non	41 min
MG2	oui	Non	45 min
MG3	oui	Non	58 min
MG4	oui	Non	48 min
MG5	oui	Non	54 min
MG6	oui	Non	75 min
MG7	oui	Non	58 min
MG8	oui	Oui	52 min
MG9	oui	Oui	74 min
MG10	oui	Non	52 min
Caractéristiques	Covid chez les proches : 100%	Décès dû au covid chez les proches : 20%	Durée moyenne : 55,7 min

B. Etat psychologique du médecin généraliste

1. État émotionnel du médecin généraliste au moment de la crise covid.

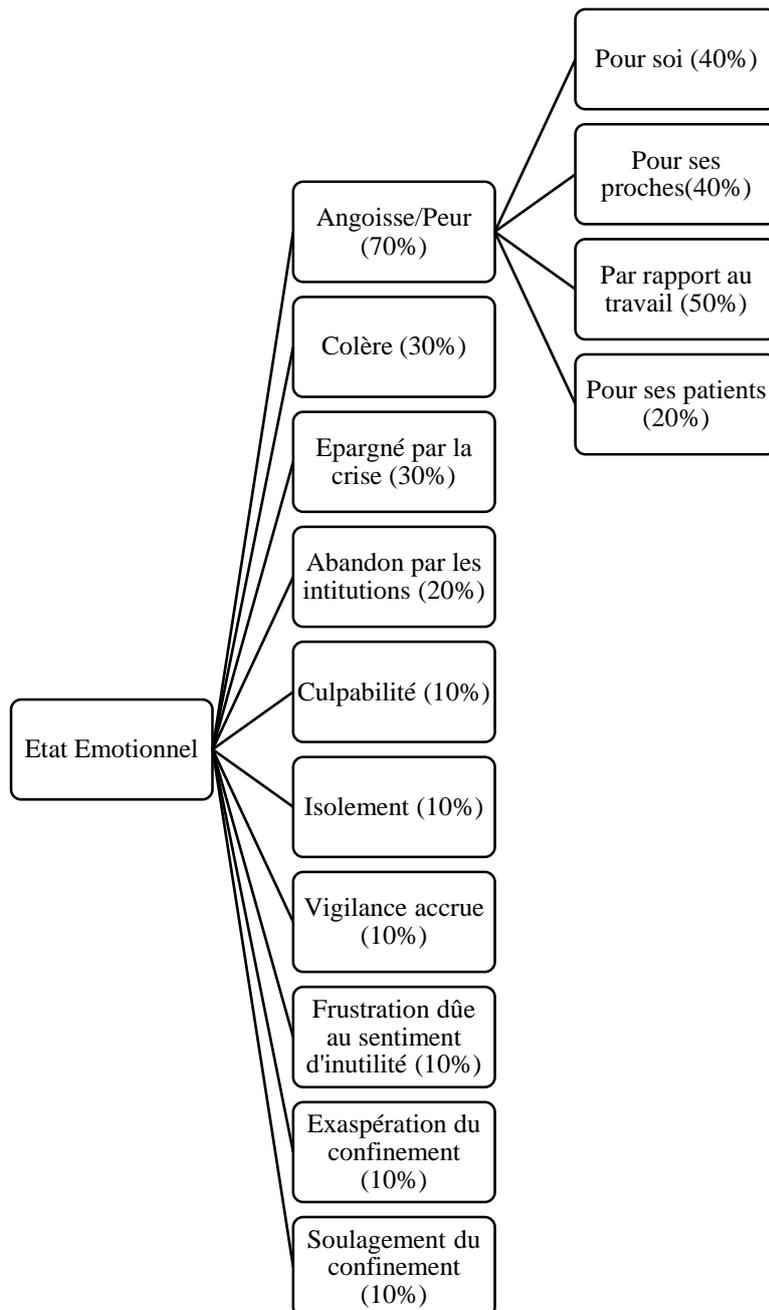


Figure 1 : Etat émotionnel du médecin généraliste au moment de la crise covid.

- Angoisse.

Un sentiment d'angoisse ou d'anxiété était rapporté par 7 médecins sur 10 (70%).

On retrouvait d'une part une peur pour soi et ses proches pour 4 médecins (40%) :

“ Y'avait des décès de patients assez jeunes, du coup, bah, ouais, on s'inquiétait quand même. (MG2) - Au départ, j'avais plus peur de l'autre en soi, qui pouvait me donner tous ses virus ou autres. (MG3) - Peur pour mon mari.(MG9) - “Tu sais, t'es allée voir madame un tel lundi. Et ben, en fait, j'ai appris qu'elle faisait partie de la fameuse Église, là”. Parce que c'était sur ces deux, trois jours qu'était sortie cette histoire d'Église qui était à l'origine du gros cluster de Mulhouse. Et je me suis rendue compte que je m'étais rendue chez..., bah, sans masque, sans rien, hein, comme ça se faisait bien à l'époque quoi. Et je me suis dit : “Purée, qu'est-ce qu'il va m'arriver ?” (MG5). “

On retrouvait, d'autre part, une angoisse par rapport au travail pour 5 médecins (50%) :

“On était submergés d'appels. (MG1) - Un peu plus angoissé, mais plutôt par la surcharge de travail on va dire.(MG2) - J'étais hyper anxieuse et angoissée au premier et au deuxième confinement(MG3) - C'était courir après des masques, trouver du gel hydro- alcoolique mais ça, c'était à la fois vécu comme anxiogène(MG5) - De pas savoir ce qu'on faisait avec des recommandations qui étaient changeantes... Je crois que c'était la principale source de travail et d'angoisse...(MG7) » .

Une peur plus particulière pour leurs patients était rapportée par deux médecins (20%) : “Et je me suis dit : “Mais comment on va faire ? On va pas tous les perdre les uns derrière les autres comme ça, quoi...” (MG5) - J'avais peur que, voilà, mes patients aient des soucis, soient hospitalisés.(MG10) “ .

D'autres médecins au contraire mettent en avant l'absence de crainte pour leur propre santé comme le rapportaient 6 médecins du panel (60%) :

“c'était pas vraiment une crainte personnelle (MG1) - pas particulièrement non (MG4) - J'ai jamais été angoissé par ça. J'ai jamais considéré que j'étais en danger. (MG6) - non pas pour ma propre santé (MG7) - j'avais pas de facteurs de risques (MG8) - moi même je savais que c'était pas à risque et puis on entendait quand même que les personnes qui étaient en réanimation ou qui étaient décédées, elles avaient un ou deux facteurs de risques quoi donc... (MG10)”.

Un des médecins (10%) avançait comme explication à cette absence de peur pour sa propre santé, la réaction très forte de sa patientèle pour la protection contre la Covid 19 :

“Moi je pense que je me sentais en sécurité parce que mes patients eux-mêmes se sentaient en sécurité et je pense qu'il y a une espèce d'interaction là entre la position de mes patients qui eux se protégeaient à fond, et le fait que je ne rencontre pas ce virus pendant pratiquement toute l'année 2020. (MG6)”.

Un médecin exprimait également une absence de crainte pour ses proches (10%) :

“Non, non. Lui, à l'époque, c'était du Omicron. Y'avait plus rien à foutre. (MG6)”.

- Colère et frustration.

Un sentiment de colère et de frustration était également retrouvé chez 3 médecins sur 10 (30%), notamment à l'égard des institutions :

“J'ai un peu l'impression qu'on nous a envoyé un peu sans protection, qu'on nous a menti, qu'on ne nous a pas donné les moyens non plus de travailler dans de bonnes conditions. (MG1) - On voulait absolument faire un centre dans notre MSP, on avait la structure adaptée

et des personnels motivés, mais au niveau de l'ARS, c'était compliqué. J'ai vraiment vécu ça comme un échec. (MG8) - Rien n'était prêt, c'était de la poudre aux yeux, et qu'on allait devoir se débrouiller tout seul. (MG9) - Ouais, j'étais en colère, ouais.(MG9).”

- Abandon de la part des institutions.

Un sentiment d'abandon de la part des institutions a également été mis en avant par 2 médecins sur 10 (20%) :

“Ce que m'avait dit ma prat de SASPAS, comme quoi ils s'étaient sentis démunis parce qu'ils n'avaient pas de blouse, pas de masque.(MG2) - Ressenti d'avoir été abandonnée par notre ministère de la santé.(MG10) ” .

- Épargné par la crise.

Un sentiment paradoxal d'être épargné par la crise était retrouvé chez 3 médecins sur 10 (30%), notamment en raison d'une baisse de la fréquentation initiale des cabinets médicaux:

“On a eu moins de patients pendant les confinements, et c'était mieux réparti. Donc, paradoxalement, on était un peu moins fatigués, moins surbookés.(MG4) - Moi je vous dis ça m'a jamais impacté. (MG6) - Espèce de cocon en fait, en tant que médecin où l'activité était calme, mais on savait que c'était l'enfer ailleurs.(MG8)”

- Culpabilité.

Le sentiment de culpabilité était rapporté par 1 médecin sur 10 (10%) :

“On a dû faire des choix et c'est extrêmement difficile. (MG1) - Par exemple, des patients qui avaient une saturation limite, qui avaient des pathologies limites, qu'on a renvoyés à la maison, on se demande, bah, ce qu'ils sont devenus.(MG1) ” .

- Isolement.

Un sentiment d'isolement a également été mis en avant par 1 médecin sur 10 (10%) qui était interne au moment du covid :

“ Le deuxième (confinement) où c'était beaucoup plus dur, parce que j'étais en SASPAS, toute seule.(MG3) - En novembre 2020 où vraiment, je me suis sentie isolée.(MG3) ” .

- Vigilance accrue.

1 médecin sur 10 (10%) avait montré une augmentation de la vigilance au moment de la crise covid :

“ Il y avait une sur-vigilance je dirais.(MG4) ”

- Frustration due au sentiment d'inutilité.

Un ressenti de frustration en lien avec un sentiment d'inutilité, découlant lui-même du sentiment d'être épargné par la crise, mentionné plus haut, était retrouvé chez 1 médecin sur 10 (10%) :

“ De se sentir inutile dans une situation de crise.(MG8) - On entendait, par les échanges avec les collègues en hospitalier, que c'était une situation inédite, alors que nous, en cabinet, on était relativement à l'abri.(MG8) ” .

- Exaspération du confinement

1 médecin sur 10 (10%) exprimait un sentiment d'exaspération en rapport avec le confinement :

“Le confinement, moi je l'ai de temps en temps mis de côté parce que ça me faisait chier. (MG6)”.

- Soulagement du confinement.

Enfin un sentiment de soulagement à la venue du confinement était retrouvé chez 1 médecin sur 10 (10%) :

” On était du coup moins confrontés au covid, parce qu'on était confinés, donc les gens se contaminaient moins. Ça a été beaucoup plus serein pour moi. (MG10) ”

2. Moyens mis en place pour lutter contre les ressentis négatifs.

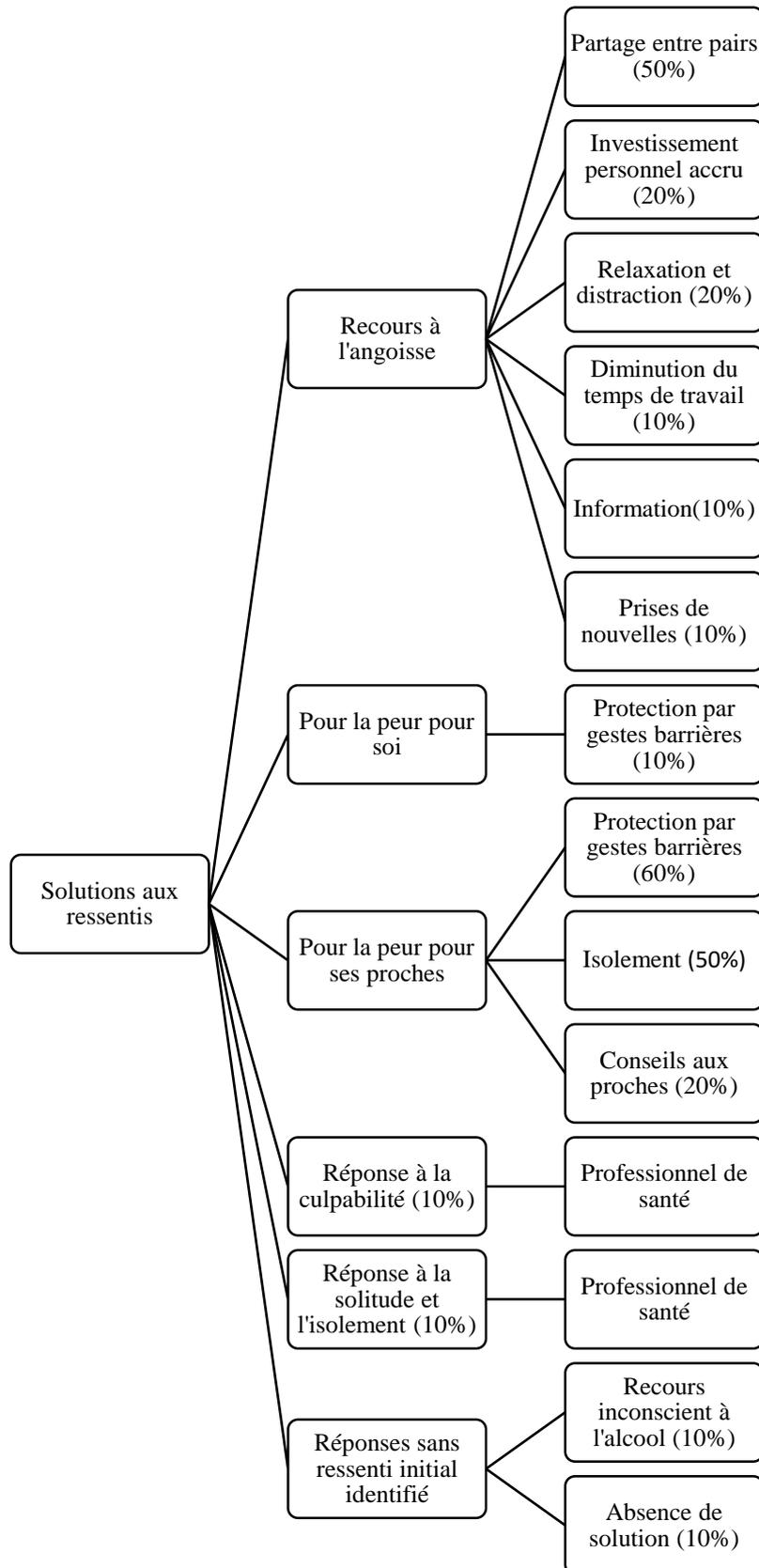


Figure 2 : Moyens mis en place pour lutter contre les ressentis négatifs

- Protection avec gestes barrières et isolement.

Les mesures de protection avec les gestes barrières, ont été retrouvées comme un facteur améliorant l'angoisse en lien avec sa propre santé chez 1 médecin sur 10 (10%) :

“ Le fait de pouvoir se protéger a permis de diminuer l'anxiété.(MG10) ”

Mais également, en améliorant l'angoisse en lien avec la peur pour ses proches chez 6 médecins sur 10 (60%) :

“Je lavais tout, mes tenues de boulot. A la maison, dès que je rentrais du boulot, c'était lessive, désinfectant et puis masque en permanence et puis, moins de contact possible avec les enfants.(MG1) - On nettoyait les surfaces plus souvent, et au départ on mangeait en décalé, mais finalement on mangeait ensemble avec un mètre de distance et la fenêtre ouverte (MG3) - J'ai passé deux mois sans embrasser ni mon mari ni mon fils.(MG5) - Je rentrais, je me déshabillais dans la cave et à la douche. (MG5) - Je les voyais pas en milieu confiné. Quand on se voyait, c'était en plein air ou alors les appels téléphoniques. J'ai évité effectivement les proches fragiles. (MG8) - Je passais en désinfection d'abord avant de monter, donc on changeait d'habits et puis, à la douche. (MG9) - Je rentre à la maison, je me change dans le garage (MG10).” .

D'autre part, l'isolement, comme mesure de protection a également été cité comme soulageant l'angoisse en lien avec la peur de répercussion sur les proches chez 5 médecins sur 10 (50%) :

“ Je ne bougeais pas de ma chambre, je faisais chambre-travail. (MG1) - Mon coloc ne me parlait plus parce que j'allais en stage et voir des gens. Et du coup, on mangeait plus du tout ensemble [...]. Il s'est enfermé dans sa chambre. (MG3) - J'ai passé 3 semaines seule, avant de revoir mon compagnon. (MG8) - Je l'avais isolé, on mangeait pas dans la même pièce, on dormait plus dans la même chambre. (MG9) - Avec le confinement, on pouvait pas voir les

autres membres de ma famille. Donc, voilà, mes parents, mes grands-parents, je les voyais pas.(MG10) ”

- Partage entre pairs.

Comme solution aux différents ressentis rapportés par les médecins, le partage avec les pairs était mis en avant par 5 médecins sur 10 (50%), notamment comme recours face à l’angoisse :

“ J’en ai parlé avec mon médecin généraliste. Et puis, le fait qu’on soit médecins toutes les deux, ça nous permet de, bah, de partager, de partager l’expérience aussi. (MG1) - Je pouvais pas travailler toute seule, c’est pour ça que je prends que des cabinets où on est à plusieurs, pour discuter, pour..., pour les réunions pluridisciplinaires, pour avoir un confrère pour discuter. (MG2) - On a beaucoup échangé, on s’est un peu chacun libéré. (MG5) - Et quelque part, ça me permettait aussi d’externaliser et de discuter avec quelqu’un d’autre, que ce soit un patient ou le personnel de santé, les inquiétudes que je pouvais avoir quoi. (MG7) - Il y a eu un groupe d’échange sur whatsapp aussi où on pouvait..., où on s’est beaucoupentraidés. (MG10)”

- Investissement professionnel.

2 médecins sur 10 (20%) ont rapporté un investissement professionnel accru comme :

- Soit réponse à l’angoisse :

“ Bah, quand j’ai un ressenti comme ça,..., je deviens active en fait. Le ressenti..., je le transforme en énergie..., en énergie professionnelle..., c’est ma seule parade. Je travaille. Ça marche, hein. Tu passes du passif à l’actif et tu te sens déjà mieux. (MG9) - Je me suis saisie

de la vaccination vraiment quoi, je..., j'ai fait beaucoup de vaccinations au cabinet, mais également en centre.(MG9) ”

-Soit réponse à la frustration due au sentiment d'inutilité :

“ J'ai pu postuler à l'hôpital pour essayer d'aller filer un coup de main, [...] donc ça a permis d'aider un petit peu. (MG8) - La vaccination de la population qui a permis de, d'être acteur dans cette crise.(MG8) ”

- Recours à un professionnel de santé.

On retrouve un recours à un professionnel de santé chez 2 médecins sur 10 (20%) comme

- Soit réponse à la culpabilité :

“ Par rapport à la culpabilité, on voit un psy. (MG1) ”

- Soit réponse à la solitude et l'isolement :

“ J'avais besoin de, d'extérioriser ce sentiment d'isolement, de tension interne, j'ai vu une psychologue. (MG3) ”

- Conseil aux proches.

Chez 2 médecins sur 10 (20%), le conseil prodigué aux proches était perçu comme une solution de protection des proches :

“ Je leur ai dit de rester chez eux [...], c'était pas encore le confinement.(MG2) - J'étais plutôt la référente de la famille.(MG10)”

- Relaxation, Distraction.

Les distractions étaient également annoncées comme remède à l'angoisse par 2 médecins sur 10 (20%) :

“ Le seul facteur qui nous a fait du bien c'était qu'il faisait beau à cette époque, et du coup, le week-end, on arrivait à relâcher un peu du coup.(MG5) - J'allais beaucoup marcher.(MG5)

- J'ai un peu jardiné.(MG5). - ça m'a pas empêché d'aller prendre l'apéro chez des copains tous les lundis soirs. (MG6) ”

- Recours inconscient à l'alcool.

On retrouve une augmentation spontanée de la consommation d'alcool chez 1 médecin sur 10 (10%) :

“ Ma consommation d'alcool avait augmenté. (MG2) - Spontanément hein, c'est pas un truc que j'ai mis en place. (MG2) ”

- Diminution du temps de travail.

La mise en place de limites moins souples au niveau des plannings était mise en avant par 1 médecin sur 10 (10%) :

“ Mis des limites après, dans le travail, j'étais un peu plus carré, moins résilient sur les plannings.(MG2) “

- Information.

Le fait de s'informer et de rationaliser était évoqué comme solution à l'angoisse par 1 médecin sur 10 (10%) :

“ On en discutait pas mal et ça nous permettait de rationaliser les choses.(MG10) - Se tenir au courant, voilà, rationaliser les choses.(MG10) ” .

- Absence de solution.

L'absence de solution a été rapportée par 1 médecin sur 10 (10%) :

“On pouvait rien mettre en place...(MG4) ”

- Prise de nouvelles.

Prendre des nouvelles de ses proches a été retrouvé comme solution à l'angoisse pour ses proches chez 1 médecin sur 10 (10%) :

“ je les avais régulièrement au téléphone à l'époque et je voyais bien qu'ils faisaient très attention (MG7) ”.

C. Etat des patients

1. Etat psychologique des patients

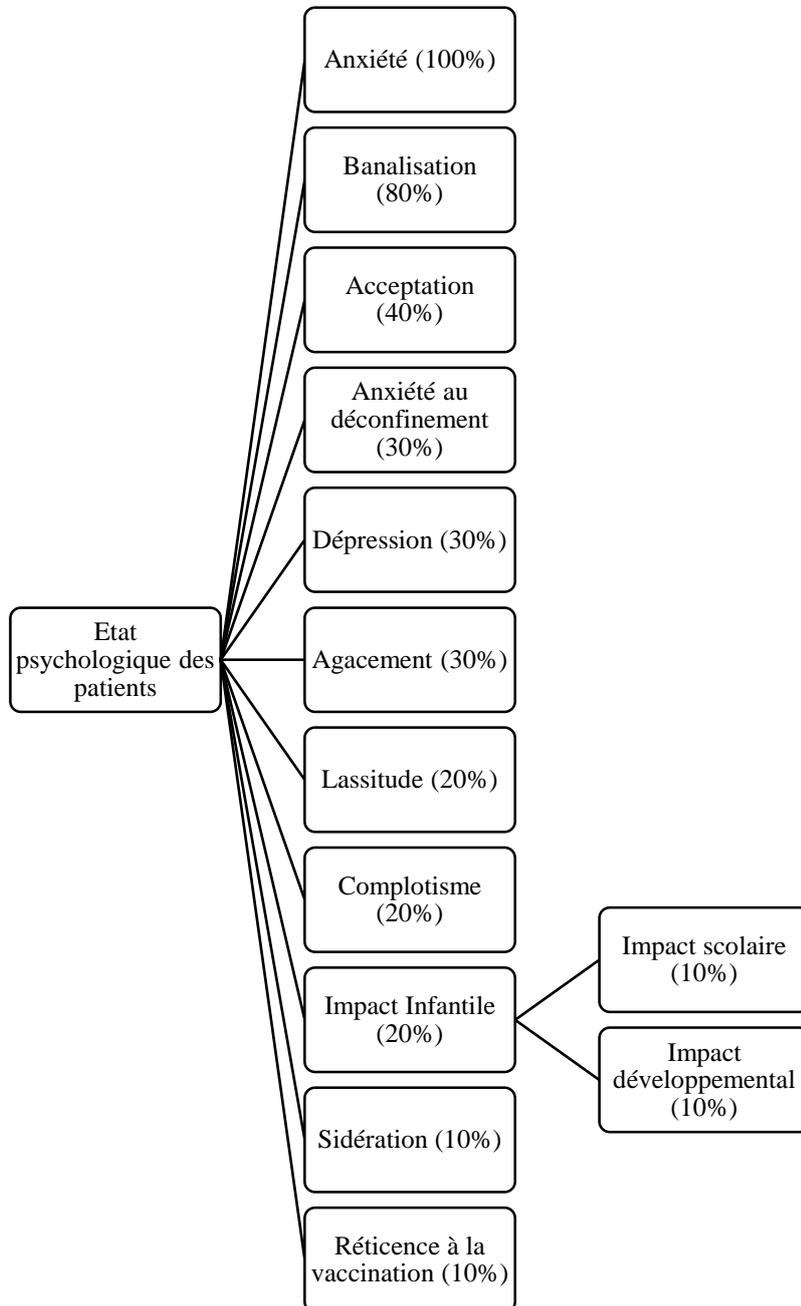


Figure 3 : Etat psychologique des patients

- Anxiété, anxiété de déconfinement et dépression.

Une anxiété généralisée de certains patients est retrouvée chez tous les médecins (100%) :

“ Un état de panique avec une peur, les gens ne venaient plus consulter. (MG1) - Sur la première vague, ouais, c’était plutôt des trucs anxieux. (MG2) - Les gens sont beaucoup plus anxieux, et beaucoup de troubles du sommeil. (MG3) - Bah forcément, un peu plus anxieux ! (MG4) - Les angoissés habituels qui étaient encore plus angoissés. (MG5) - Eux, ils étaient dans la crainte, hein. Mes petits vieux, ils avaient la trouille. (MG6) - Ceux qui faisaient absolument tout à l’extrême et qui étaient devenus limite germophobes (MG7) - Les patients étaient très anxieux, ils nous le relataient. (MG8) - Ceux qui avaient très peur, j’ai quelques patients qui étaient terrifiés, qui n’osaient plus sortir. (MG9) - Ça a laissé des séquelles un an de confinement, bah, ça a réveillé des états de stress, d’anxiété (MG10).”

On retrouvait également une anxiété au déconfinement et au retour à la vie publique chez les patients de 3 médecins sur 10 (30%) :

“ Ils avaient très bien exprimé le fait d’être dans un cocon pendant le confinement où ils avaient l’impression que rien ne pouvait leur arriver et, d’un coup comme ça on leur dit : “Bah c’est bon, vous pouvez sortir, vous mettez juste un masque dans les lieux publics”. Ça leur avait paru un petit peu léger et ça avait été source d’angoisse. (MG7) - Les troubles anxieux et les troubles anxio-dépressifs chez des gens qui, finalement, confinés, étaient bien, confinés, à voir personne et à être dans une espèce de cocon, et ont décompensé par la suite dès qu’il s’agissait de retourner avec des gestes barrières dans un environnement public. (MG8) - J’ai quelques patients qui étaient terrifiés, qui n’osaient plus sortir même quand ça a été déconfiné, ils n’osaient plus travailler (MG9). ”

Une impression d'augmentation du nombre de dépression par la suite a été notée par 3 médecins sur 10 (30%) :

“ Chez les jeunes, il y avait beaucoup de dépressions, de troubles anxieux (MG2) - Un an après, j'ai eu l'impression d'avoir vraiment beaucoup de gens dépressifs. (MG8) - Cette anxiété s'est aussi parfois transformée en burn out (MG10).”

- Banalisation.

On retrouvait une banalisation de l'épidémie de coronavirus chez les patients de 8 médecins sur 10 (80%) :

“ Et en plus de l'autre côté, des gens qui présentaient des symptômes et qui banalisaient totalement les choses (MG1) - Les gens qui n'en avaient rien à cirer (MG2). - Il y en avait qui en avaient rien à foutre (MG3). - D'autres un peu bravoure : ”oh ça, c'est rien”. (MG4) - Dès le début, ne prenaient pas au sérieux. (MG7) - Des gens qui étaient complètement désinvoltes par rapport aux gestes barrière. (MG8) - Il y avait ceux qui ne comprenaient pas le pourquoi. Donc ils trouvaient que c'était excessif. (MG9) - Il y avait les autres qui relativisaient, mais peut-être un peu trop. Et ça, c'est plus les personnes âgées (MG10).”

- Acceptation, lassitude et agacement.

Un phénomène d'acceptation de la situation de crise par les patients a été évoqué chez 4 médecins sur 10 (40%) :

“ La majorité était assez stable, j'ai trouvé (MG4) - Ceux qui disaient : “Bah de toute façon, il faut bien faire quelque chose”. Un peu fatalistes, “Bah on nous dit de faire comme ça, bah on

le fait et puis on verra bien” (MG5) - Au début, les premiers confinements, les gens avaient l’air de prendre ça très au sérieux, y’avait les couvre-feux. (MG7) - Il y avait ceux qui ont pris les choses avec beaucoup de résilience, qui ont fait avec. (MG9) ”

Cette acceptation était parfois suivie par une lassitude au fil des mesures prises contre le coronavirus, nous rapportent 2 médecins sur 10 (20%) :

“ Au fur et à mesure, il y a eu une lassitude, enfin une fatigue quoi, de tout ça. (MG5) - Y’en avait qui faisaient ce qu’ils pouvaient mais qui, de temps en temps, s’autorisaient quelques entorses parce que..., parce que psychologiquement, c’était dur...(MG7)”

Suite à cette lassitude, un agacement et une remise en question des mesures sanitaires étaient parfois retrouvés par 3 médecins sur 10 (30%) :

” La succession (des confinements) a fait qu’il y a eu de plus en plus de réfractaires (MG5) - Au fil du temps, c’est que les gens en avaient de plus en plus rien à foutre du confinement (MG7) - Avec le recul, les gens sont très critiques sur la période de confinement. (MG9) ”

- Complotisme.

2 médecins sur 10 (20%) évoquaient des patients faisant ouvertement allusion à des théories complotistes pour parler de la crise covid :

“ Ils n’étaient pas concernés, soit parce qu’ils étaient carrément complotistes et paranoïaques, oui là, il y avait toute une frange qui pensait que le covid n'existait pas et qu’on nous mentait. (MG7) - On a eu des gens complotistes qui pensaient que tout ça c’était du vent. (MG8) ”

- Impact Infantile.

Un impact infantile du confinement, notamment à distance, est cité par 2 médecins sur 10 (20%) :

- par impact scolaire :

“ Au niveau des enfants, il y a encore des lacunes scolaires très importantes, qui sont encore dûes à la période de confinement. Les enfants n’ont pas récupéré leurs acquis. (MG9) ”

- par impact développemental :

“ Elle l’a vraiment surprotégé, et ça laisse aussi un peu des traces, et la séparation se passe mal. Aussi je pense, des séquelles chez les enfants en cette année 2020. (MG10) ”.

- Sidération.

La sidération initiale est rapportée par 1 médecin sur 10 (10%) :

“ Il y avait un peu de sidération, hein, je pense aussi. C’est quand même arrivé super vite ! (MG5) ”.

- Réticence à la vaccination

1 médecin sur 10 (10%) rapportait une réticence à la vaccination :

“C’est plutôt dans la tranche des 50, des 40-50 jusqu’à 60 ans, où les gens étaient plus réticents, un certain nombre, plus réticents à se faire vacciner. (MG6)”

2. Renoncement aux soins.

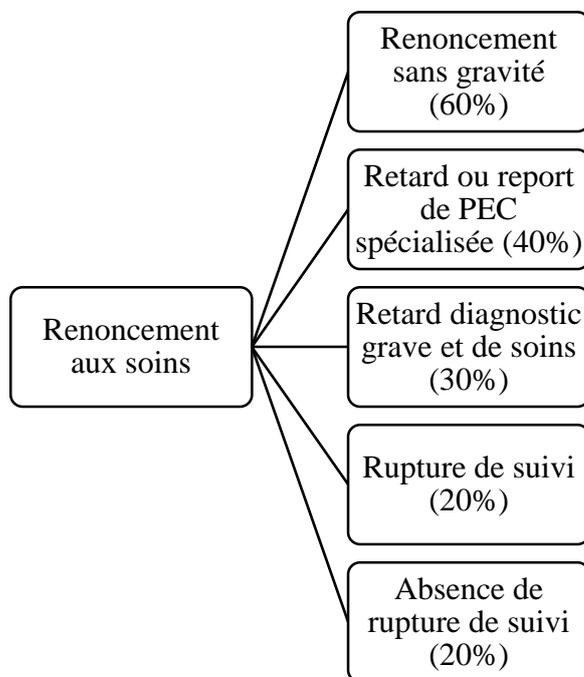


Figure 4 : Renoncement aux soins

Le constat :

- Absence de rupture de suivi.

En premier lieu, 2 médecins sur 10 (20%) ont tenu à préciser qu'aucune rupture de suivi n'avait eu lieu dans leur patientèle :

“Ca m'est pas arrivé personnellement. Après, il y a plusieurs fois où j'ai craint que ça arrive (MG7) - J'ai pas eu l'impression de devoir rattraper des patients pendant l'été, qui étaient en rupture de soins pendant des mois. (MG10) ”

- Renoncement sans gravité.

Ensuite, un renoncement aux soins, sans gravité, a quand même été rapporté par 6 médecins sur 10 (60%) :

“ Y’a des patients [...] qui sortaient pas, qui allaient pas au laboratoire, les personnes âgées, elles allaient plus au labo. (MG2) - J’en ai sûrement eu, mais je m’en souviens pas (MG3)

- Beaucoup, parce qu’on avait des petites journées, surtout que les médias avaient dit que les gens devaient pas consulter. (MG4) - j’ai peut-être eu quelques patients qui ont sauté un mois de traitement, et encore très peu. (MG6) - J’ai dû en avoir... Alors là, j’ai pas d’exemple en tête, mais des gens qui ont retardé leur prise en charge à cause de la covid (MG9) - J’ai peut-être eu des patients, enfin, qui n’étaient pas venus me consulter, mais pour des petites choses bénignes (MG10) ” .

- Rupture de suivi.

Une rupture totale de suivi de patients chroniques est citée par 2 médecins sur 10 (20%) :

“Des pertes de vue chez des patients chroniques, notamment des diabétiques, qu’on récupérerait au bout de 2 ans dans des conditions catastrophiques. (MG1) - Des trous dans les suivis, des gens qui avaient lâché les traitements mais ça c’était des [...] pathologies chroniques (MG8).”

- Retard ou report de prises en charge spécialisées.

On retrouve un retard ou un report de prise en charge ou suivi spécialisés rapportés par 4 médecins sur 10 (40%) :

“Certains qui me disaient : “Ouais mais je vais quand même pas aller voir le spécialiste, y’a encore le covid.” (MG5) - Par contre, il y a des choses qu’on n’a pas pu faire dans les délais qu’il aurait fallu faire, des contrôles cardio-vasculaires, des radios, des IRM, des scanners, parce que tout était bloqué. (MG6) - Des retards diagnostics et des difficultés de prise en charge parce que les services étaient encore saturés. (MG8) - Ceux qui ont eu leurs rendez-vous de cardiologue, d’angiologue qui ont été reportés (MG10) - Des opérations, des interventions bénignes entre guillemets, qui ont été reportées (MG10).”

- Retard de diagnostic grave et retard de soins.

3 médecins sur 10 (30%) ont rapporté un retard diagnostic grave ou un retard de soins en lien avec une pathologie grave du fait de la situation sanitaire :

“ Ils venaient pas tout de suite pour ... je ne sais pas, du..., des sortes de lithiases biliaires à peine symptomatiques, ils venaient avec l’angiocholite. (MG2) - Il est décédé parce qu’il est pas allé à l’hôpital parce qu’il avait peur d’attraper le covid à l’hôpital. (MG4) - Il y a eu une explosion de diagnostics de cancers en 2021 dans ma patientèle. (MG 8) - Pour les cancers, c’était des gens qui ne voulaient pas être dans les hôpitaux, qui avaient des symptômes mais qui repoussaient la prise en charge. (MG8) “

Les causes avancées :

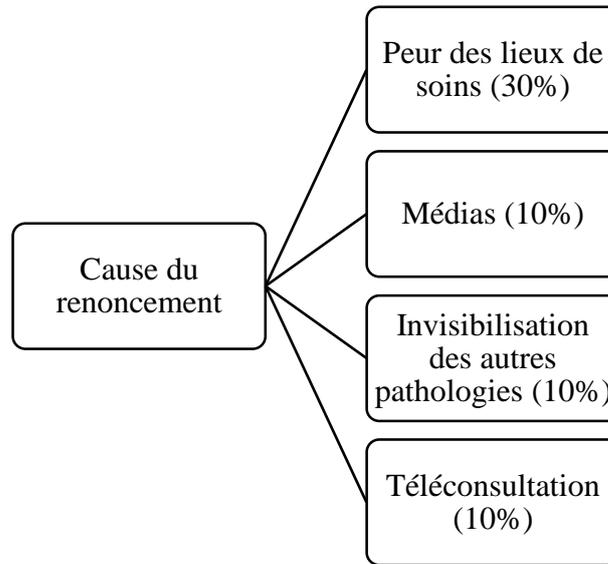


Figure 5: Causes du renoncement aux soins

- Peur des lieux de soins comme explication au renoncement.

La peur d’attraper le covid était une raison avancée pour expliquer le renoncement aux soins par 3 médecins sur 10 (30%) :

“ Ils avaient peur de venir chez nous (MG1) - Parce qu’il avait peur d’attraper le covid à l’hôpital.(MG4) - Ils le verbalisaient manifestement, c’était : “je veux pas aller à l’hôpital avec le covid, c’est pas le moment”. (MG8).”

- Message véhiculé par les médias

Pour un des médecins du panel (10%), une des raisons du renoncement aux soins par les patients était le message véhiculé par les médias :

“le message véhiculé par la presse hein. Ils disaient “ne vous rendez pas dans un cabinet trop rapidement(MG9)”.

- Invisibilisation des autres pathologies comme explication au retard diagnostic.

Une tentative d'explication du retard diagnostic et de prise en charge avancée par 1 médecin sur 10 (10%) était l'invisibilisation des autres maladies par le maladie du covid 19 : “ Sans doute parce qu'on avait l'impression, nous, de voir que ça, on avait l'impression que les autres maladies n'existaient quasiment plus ; mais alors qu'elles étaient encore là, mais on s'en..., mais, est-ce que c'est eux qui venaient plus ? Est-ce que c'est nous qui focalisons sur le fait que tout pouvait être le covid ? Et puis, de toute façon, on était tellement accaparés psychologiquement par ça, que on avait mis un peu le reste de côté. (MG5) ”

- La téléconsultation, un renoncement partiel aux soins ?

1 médecin sur 10 (10%) émet l'hypothèse de la téléconsultation comme renoncement partiel au soin et au suivi :

“ Il y a eu beaucoup plus de téléconsultations, [...] ils ont pas renoncé aux soins parce qu'ils ont pas arrêté leur traitement, mais ils ont mis une distance plus importante (MG3)”

Quels recours pour limiter ?

- La focalisation sur les patients fragiles comme recours contre le renoncement aux soins.

Une des solutions évoquées pour limiter le renoncement aux soins était la focalisation sur les patients les plus fragiles avec un suivi téléphonique réalisé régulièrement par 3 médecins sur 10 (30%) :

“Ceux qui étaient un petit peu limites, on les appelait. (MG4) - On a fait un listing des plus vieux, des plus fragiles, et quand on avait le temps parce qu'on avait moins de consult, on les appelait.(MG5) - Toutes les personnes âgées, moi, je les ai appelées (MG9). “

3. Rôle du médecin généraliste en temps de crise

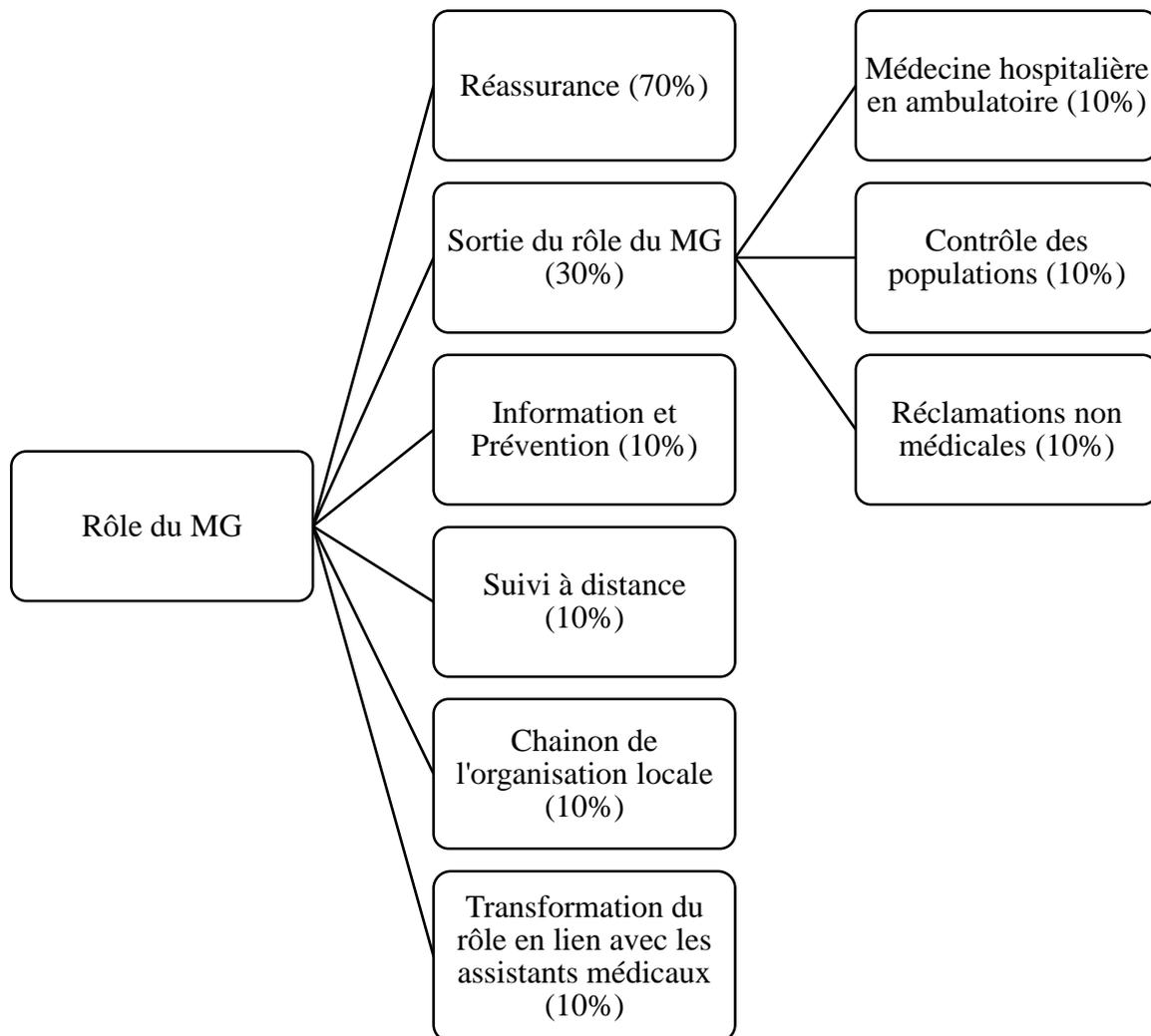


Figure 6: Rôle du médecin généraliste en temps de crise

- Information et prévention.

9 médecins sur 10 (90%) avancent que le rôle du médecin généraliste durant la crise sanitaire consistait à l'information et à la prévention :

“ Leur donner les bonnes conduites à tenir, enfin les plus simples on va dire quoi, les gestes barrière(MG2) - C'était confinement, règles préventives et également la vaccination. (MG3) - Un rôle d'information, mais d'information très claire (MG3) - Pour répondre à leur questionnement, pour expliquer toutes les mesures, pour les inciter à se vacciner.(MG4)

- J'ai l'impression d'appuyer sur le bouton “répéter” un peu mon laïus, faire attention à leur entourage, faire attention à aérer, ouais les conseils d'hygiène. (MG5) - “Protégez-vous”. Et puis ensuite, quand les vaccins sont apparus : “Vaccinez-vous!”. (MG6) - J'estimais que moi, mon rôle de médecin, c'était d'expliquer, à mon sens, pourquoi c'était pertinent de se faire vacciner. (MG7) - Très à l'écoute au début, beaucoup à demander des conseils, dans les premiers mois, savoir comment faire, comment interagir. (MG8) - Personne savait rien, ils se disaient : “le Docteur, il sait peut-être quelque chose, lui”, et en fait ils nous écoutaient beaucoup, nous demandaient beaucoup notre avis. (MG9) - Les patients étaient vraiment en demande d'informations. Il y avait un trop plein d'informations avec la télé, les médias etc...Donc ils étaient très vite perdus.(MG10)”

- Réassurance.

7 médecins sur 10 (70%) ont partagé le fait que rassurer les patients était un des rôles du médecin généraliste durant la crise covid :

“ Un accompagnement et de la réassurance. (MG1) - Pour rassurer les gens. (MG2) - Rôle de dédramatisation de la crise covid en soi. (MG3) - Mon rôle, c'était de les rassurer.(MG5) - Mon boulot à ce moment-là, c'était de les... Bon, à la fois de les rassurer, et puis aussi de leur

dire de se protéger (MG6) - On était peut-être le seul phare dans la nuit. (MG9) - On avait un rôle apaisant à ce moment-là avec mes patients. (MG10) “

- Hors du rôle du médecin généraliste.

3 médecins sur 10 (30%) ont estimé que leur rôle durant la crise covid dépassait celui du seul rôle de médecin généraliste avec pour 1 médecin sur 10 (10%), un déplacement de la médecine hospitalière en ambulatoire :

“ J’ai l’impression de faire plus de médecine hospitalière, enfin, de prise en charge hospitalière en ambulatoire (MG2)”

Pour 1 médecin sur 10 (10%), un glissement vers un rôle de contrôle des populations :

“J’ai eu l’impression qu’on se servait un peu de nous pour faire la police auprès des gens pour : “Est-ce qu’ils doivent être en télétravail ? Est-ce qu’ils ne doivent pas être en télétravail ? ”

Par exemple sur ce type de problématique ou, euh... sur les pass sanitaire aussi, on nous a quand même beaucoup utilisés pour faire la police (MG7)”

Et pour 1 médecin sur 10 (10%), des réclamations non médicales des patients :

“ On se retrouvait à s’adresser à moi parce qu’on pouvait pas aller au cinéma ou au théâtre, enfin je... Là on déborde complètement de mon rôle, et là je l’ai pas très très bien vécu, j’ai pas apprécié. (MG8) “

- Suivi à distance.

La poursuite du suivi à distance a été citée par 1 médecin sur 10 (10%) comme un des rôles du médecin généraliste en temps de crise :

“ Pour tous ceux qui consultaient pas, pour prendre des nouvelles, les accompagner.(MG4)”

- Chaînon de l'organisation locale.

1 médecin sur 10 (10%) a évoqué dans le rôle du médecin généraliste, sa responsabilité de coordination entre les différents niveaux du système :

“On était la..., la pierre angulaire entre les mesures prises et puis les..., le terrain.(MG4).”

- Évolution du rôle du médecin traitant du fait des assistantes.

La mise en place d'assistants médicaux durant la crise covid a également été rapportée comme un facteur d'évolution du rôle du médecin traitant par 1 médecin sur 10 (10%) :

“ Par rapport au questionnement des patients quand ils étaient infectés, ce qu'ils devaient faire, par rapport aux cas contacts, par rapport aux arrêts de travail, s'auto déclarer, tout ça, nous on s'en est pas du tout occupé de cette partie-là,” (MG4)

4. Relation médecin/patient.

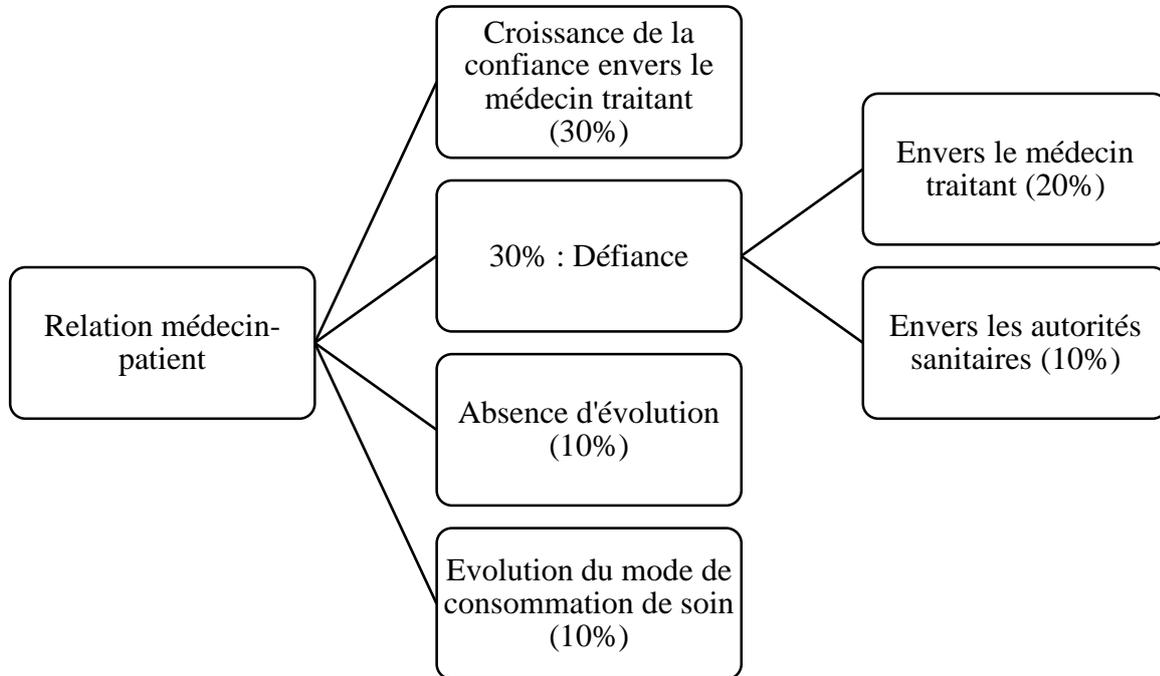


Figure 7: Relation Médecin-patient

- Croissance de la confiance vis-à-vis du médecin traitant.

Une modification de la relation entre le médecin et le patient a été perçue comme une augmentation de la confiance et de l'écoute des patients par 3 médecins sur 10 (30%) :

“ Les gens qui adhéraient déjà aux soins, ils ont eu plus confiance. (MG2) - Comme personne savait rien, ils se disaient: “le Docteur il sait peut-être quelque chose, lui”,et en fait ils nous écoutaient beaucoup, nous demandaient beaucoup notre avis.(MG9) - Ca nous a fait gagner encore plus de confiance auprès de nos patients.(MG10)”

- Défiance envers le médecin traitant.

3 médecins sur 10 (30%) ont noté une évolution de la relation médecin/patient s'orientant vers une défiance :

- envers le médecin traitant pour 2 médecins sur 10 (20%) :

“Des gens [...] qui suivent un peu moins les conseils qu'on peut leur donner, et qui étaient un peu plus dans le genre : “on nous ment”. Bah là c'est plus compliqué de les soigner maintenant.(MG2) - Pas spécifiquement du médecin généraliste. Après, ça a été dur quand même... avec les dissensions avec les différents médecins et les médecins journalistes, [...] le manque de discours commun en règle générale nous a..., nous a dévalorisés (MG8)”

- envers les autorités sanitaires pour 1 médecin sur 10 (10%) :

“un petit peu de... de défiance vis-à-vis de l'autorité, des autorités sanitaires quoi, avec ces histoires de vaccins, ça reste un peu compliqué. (MG3)”.

On peut noter la présence du MG2 à la fois dans la croissance de la confiance vers le médecin traitant et une défiance envers le médecin traitant ; celui-ci ayant vu une fracture au sein de sa patientèle :

“Une fraction, entre bah, les gens qui adhéraient déjà aux soins, ils ont eu plus confiance, et des gens [...] qui suivent un peu moins les conseils qu'on peut leur donner et qui étaient un peu plus dans le genre “on nous ment”, bah là c'est plus compliqué de les soigner maintenant (MG2) “

- Absence d'évolution.

On peut ressentir une déception face à l'absence d'évolution de la relation médecin/patient pour 1 médecin sur 10 (10%) :

“ J'avais, comme j'avais expliqué, pas mal d'espoir sur le fait qu'on allait au moins pouvoir se servir de cette pandémie pour faire du patient un partenaire dans sa propre prise en charge. et finalement, non.(MG7)”

- Évolution vers la consommation du soin.

1 médecin sur 10 (10%) évoque une évolution de la relation médecin/patient vers une évolution de consommation :

“ On est devenus un peu plus du consommable. (MG2) - On doit répondre à tout, tout de suite, de plus en plus.(MG2). “

D. Information professionnelle.

1. Sources d'information.

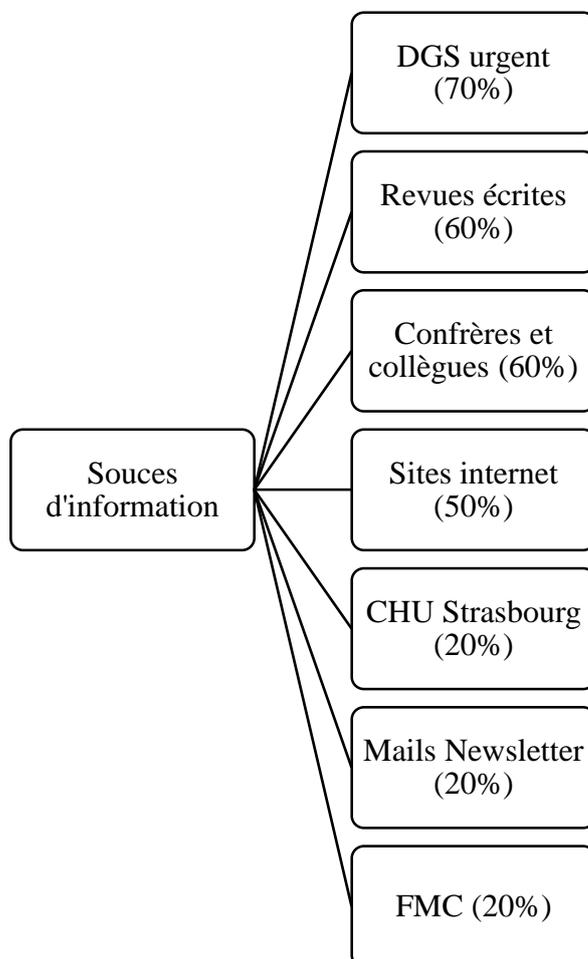


Figure 8: Sources d'information

Les sources d'information durant le covid ont été les mails DGS urgent pour 7 médecins sur 10 (70%), des revues écrites pour 6 médecins sur 10 (60%), les confrères et collègues pour 6 médecins sur 10 (60%), des sites internet pour 5 médecins sur 10 (50%), le CHU de Strasbourg pour 2 médecins sur 10 (20%), des mails newsletter pour 2 médecins sur 10 (20%) et les FMC pour 2 médecins sur 10 (20%).

2. Vitesse de l'information.

- Accélération de l'information.

8 médecins sur 10 (80%) ont noté une accélération de l'information durant la crise sanitaire :

“ Oui, oui très clairement.(MG1) - Ouais carrément enfin moi j'ai l'impression (MG2) - J'ai l'impression que oui mais en même temps c'est biaisé. (MG3) - Oui. On pouvait dire non à quelqu'un un jour et le lendemain, ça avait changé. C'était, oui pour les vaccins par exemple (MG4) - C'était devenu infernal, c'était compliqué à gérer.(MG5) - Ça a été une avalanche de messages. Tous les jours il y avait un message et trois jours après le message contredit le message de 48h avant. Ça, on était noyés sous l'information (MG6) - D'une semaine sur l'autre, je re-consultais la page, parce que j'étais pas à l'abri qu'il y ait une nouvelle mise à jour (MG7) - Ouais. il y en avait énormément et c'était compliqué de suivre et des fois, bon il y avait un retard entre les déclarations qui étaient faites. - On était noyés là-dessous, quoi. (MG10) “

- Lenteur de l'information.

1 médecin sur 10 (10%) a estimé que l'information n'était pas allée assez vite :

“ Je trouve que l'information était trop lente. (MG9)”

- Amélioration de l'accessibilité.

1 médecin sur 10 (10%) a cité une amélioration de la disponibilité de l'information plutôt qu'une accélération :

“L'information était plus accessible pour tous les praticiens (MG8).”

3. Conséquences de la vitesse de l'information.

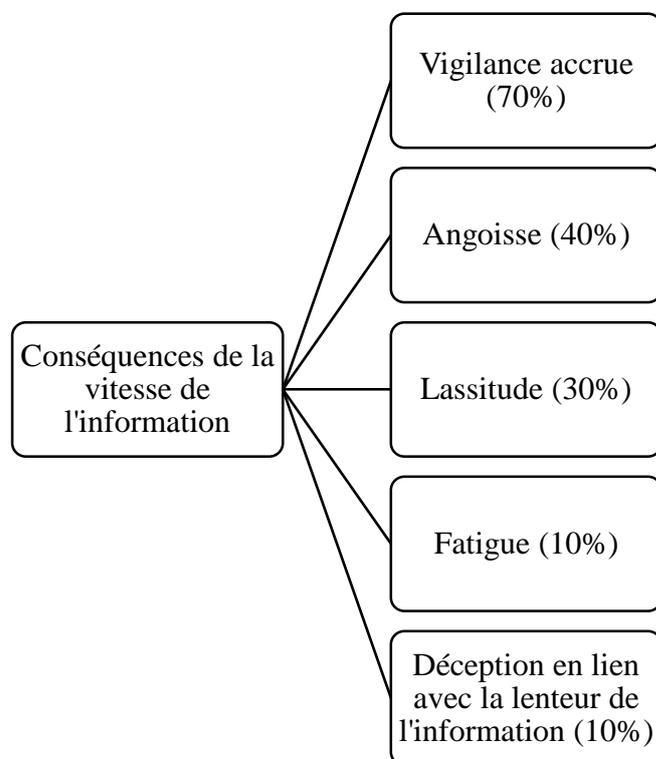


Figure 9 : Conséquences de la vitesse de l'information

- **Vigilance .**

Cette accélération de l'information relevée par 7 médecins a entraîné une vigilance accrue face à l'information pour 5 médecins sur 10 (50%) :

“Maintenant je suis plus connectée, je me tiens plus à jour dans les recommandations. (MG1)
 - Pour le covid concrètement je regarde régulièrement. (MG2) - Je suis plus en alerte en soi aux nouveaux,... aux nouveaux médicaments, aux nouvelles prescriptions et aux nouvelles recommandations.(MG3) - Au début, une vigilance très très importante.(MG5) - Je me devais de me tenir au courant. Donc je passais un peu plus de temps à lire des trucs qui étaient valables sur 48h (MG6) “

- Angoisse.

Une certaine angoisse a découlé de cette accélération des recommandations pour 4 médecins sur 10 (40%), notamment

- par rapport au DGS urgent cité par 3 médecins sur 10 (30%) :

“ Trop anxiogène et puis peu informatif.(MG5) - C’était quand même anxiogène de recevoir tous les soirs les mails DGS.(MG8) - Les mails DGS urgent deux fois par jour, là, au bout d’un moment, c’était angoissant.(MG10)

- Et par rapport à la peur de ne pas être à jour des dernières recommandations pour 1 médecin sur 10 (10%) :

“ Je suis plus anxieuse de ne pas être à jour qu’avant.(MG3)”

- Lassitude.

3 médecins sur 10 (30%) ont rapporté une certaine lassitude apparue au fur et à mesure notamment par rapport aux mails DGS :

“De la lassitude quoi, beaucoup de temps passé à lire sans forcément d’implication sur le..., sur la réalité du terrain. (MG5) - Ça m'a juste fait chier. (MG6) - Maintenant, quand je vois DGS urgent, je lis à peine le titre et je vois si ça m’intéresse ou pas, je ne lis pas forcément le mail jusqu’au bout. (MG10) “

- Fatigue.

1 médecin sur 10 (10%) évoque une fatigue en lien avec l'accélération des recommandations durant la crise sanitaire :

“C’était fatigant ça, parce qu’il fallait constamment changer ce qu’on disait, nos propos, la façon de prendre en charge. (MG4)”

- Déception de la lenteur de l'information.

Le MG9 (10% du panel), ayant exprimé son impression de lenteur de l'information, exprimait une certaine déception en lien avec celle-ci :

“Je pense qu'on aurait pu faire largement mieux, largement mieux, si on avait travaillé un peu plus avec les autorités chinoises (MG9).”

E. Impact organisationnel.

1. Changements dans la pratique.

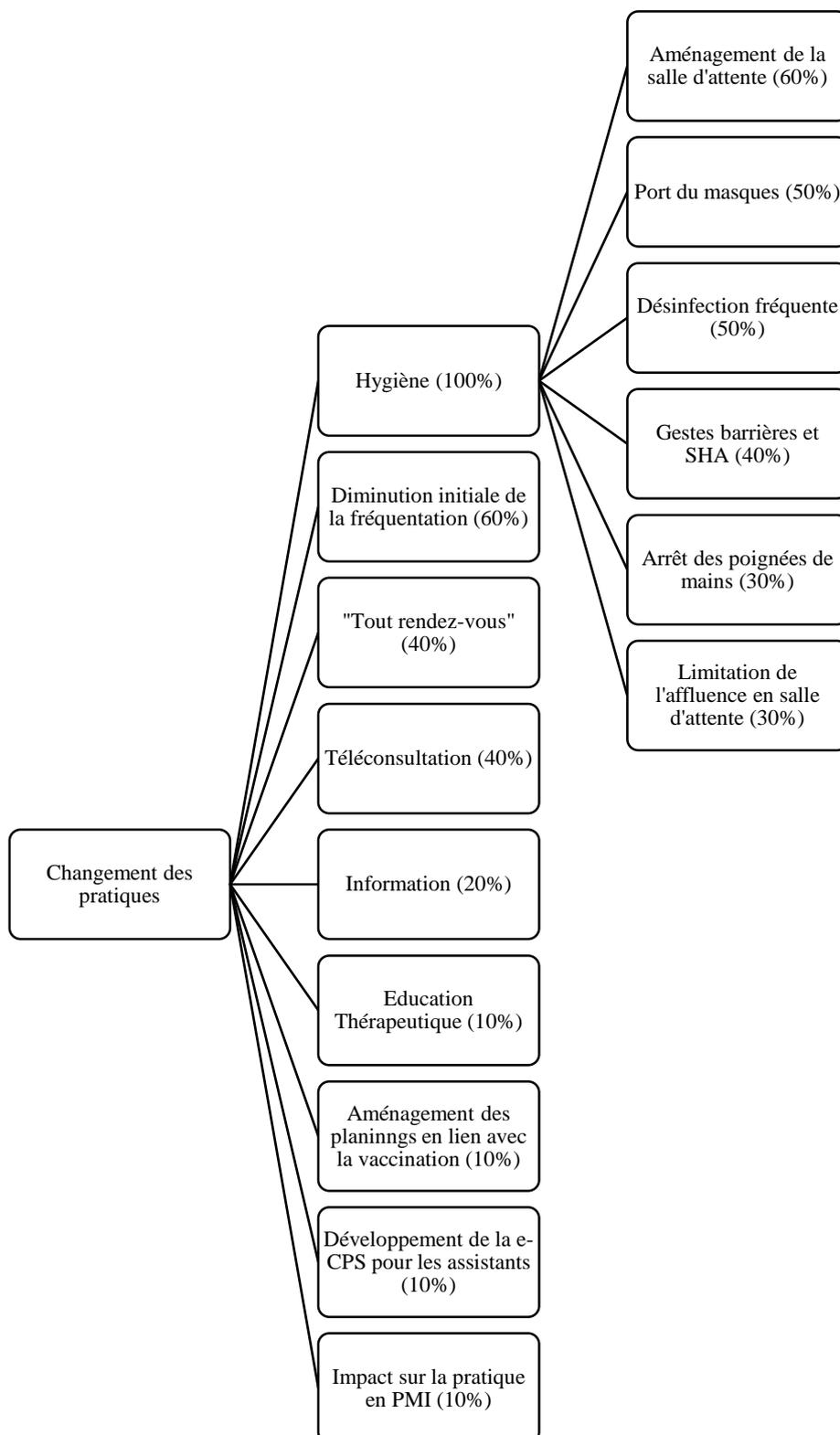


Figure 10 : Changement dans la pratique

- Hygiène.

Les 10 médecins du panel (100%) ont apporté des modifications en terme d'hygiène au sein de leur pratique, notamment :

- Par l'aménagement de la salle d'attente pour 6 d'entre eux (60%) :

“On a supprimé l'espace enfant, les livres, les revues, ce genre de choses.(MG1) - Il n'y a plus de rubrique de lecture ou autre dans les salles d'attente, les salles d'attente sont séparées d'un mètre avec des chaises.(MG3) - On a tout ôté dans la salle d'attente, on a une salle d'attente désertique, il n'y a plus que les chaises.(MG5) - J'avais une deuxième salle qui servait à stocker mon matériel médical, que j'ai transformé en salle d'attente covid (MG6) - On a supprimé tous les jouets pour enfants [...], on a supprimé [...] tous les magazines qu'on avait dans la salle d'attente.(MG9) - On avait mis aussi en place deux salles d'attente, donc une salle d'attente avec les gens suspects covid et ceux non suspect covid.(MG10)”

- Par le port du masque pour 5 d'entre eux (50%) :

“ L'obligation du port du masque.(MG1) - Je garde toujours le masque en ce qui me concerne (MG5) - Port du masque, (MG6) - Il y a eu le port du masque, forcément.(MG7) - Je travaille encore avec un masque.(MG9)”

- Par un nettoyage ou une désinfection plus fréquente des lieux pour 5 d'entre eux (50%) :

“ On faisait plus le ménage nous-mêmes. (MG2) - Je devais nettoyer la table de consultation à chaque patient,[...] nettoyer le clavier, le TPE ou autre.(MG3) - Le nettoyage des chaises, des poignées, des bureaux entre chaque patient.(MG4) - Je nettoyais le bureau et la chaise des patients à chaque patient.(MG5) - Je désinfectais beaucoup plus souvent qu'avant. (MG10)”

- Par la mise en place des gestes barrière et de la solution hydro-alcoolique pour les patients pour 4 d'entre eux (40%) :

“ Du gel dans le cabinet à partir du moment où on en a eu (MG6) - Le fait d'avoir des flacons de gel hydro-alcoolique pour que les gens puissent se laver les mains. (MG7) - Les gestes barrières, qu'on maintient encore pour les personnes malades en salle d'attente.(MG8) - Le soluté hydro alcoolique, je l'ai toujours à disposition des patients sur mon bureau, alors que je ne l'avais pas avant la crise covid.(MG9)”

- Par la limitation du nombre de personnes en salle d'attente pour 3 d'entre eux (30%) :

“ On essayait qu'il y ait au maximum deux patients en salle d'attente, plus d'accompagnant. (MG1) - Dès qu'ils avaient des signes covid, on les faisait attendre dans les voitures. (MG3) - L'attention portée au nombre de personnes en salle d'attente. (MG7) ”

- Par l'arrêt de la poignée de main durant les consultations pour 3 d'entre eux (30%) :

“On n'a plus besoin de donner la poignée de main aux gens. (MG4) - Serrer la main aux patients, que je faisais avant, que je ne fais plus. (MG5) - On serre plus la main des patients. (MG10)”

- Diminution initiale de la fréquentation.

6 médecins sur 10 (60%) rapportent une diminution de la fréquentation de leur cabinet par les patients au début du covid :

“ Une baisse significative des consultations. (MG1) - On voyait surtout les gens qui venaient pour des choses sérieuses parce que les gens venaient beaucoup moins, et du coup on travaillait beaucoup moins, enfin, entre guillemets beaucoup, mais on travaillait moins. (MG2) - Les gens consultaient moins, on avait moins de patients par jour. (MG5) - J'ai eu

20% de moins de consultations, d'actes au mois de mai. (MG6) - J'avais très peu d'activité.

(MG8) - Vu qu'il y avait la possibilité de se faire renouveler le traitement par les pharmaciens, ils venaient plus forcément chez nous. (MG10) ”

- Tout sur rendez-vous.

On retrouve un passage d'un planning en consultations libres au moins partiel, à un planning en tout rendez-vous chez 4 médecins sur 10 (40%) :

“ Le passage sur rendez-vous strict. (MG8) - On est passés au tout rendez-vous. (MG10)”

avec notamment la particularité, pour deux d'entre eux (22%) d'être médecins remplaçants et d'avoir noté cette modification chez les médecins remplacés :

“ Il n'y a plus de consultation libre, il n'y a que des consultations sur rendez-vous. (MG3) - Y'a des médecins que j'ai remplacés qui m'ont dit qu'ils travaillaient avant sans rendez-vous et qui ont changé ça à la faveur du covid et justement pour pouvoir limiter le flux de personnes en salle d'attente. (MG7)”

- Téléconsultation.

Le développement de la téléconsultation à la faveur du covid a été cité par 4 médecins du panel (40%) :

“Après, on a développé la téléconsultation. (MG1) - Il y a plus de téléconsultations malgré qu'on soit à 2 ans du covid, 3 ans même du covid. (MG3) - On a gardé la téléconsultation. (MG9) - 50 voire même 70%, c'était de la téléconsultation. (MG10) “

- Information.

2 médecins sur 10 (20%) rapportent un aménagement du cabinet pour favoriser l'information des patients :

“On a placardé notre secrétariat d'affiches un peu humoristiques incitant aux gestes barrières. (MG1) - Mettre des affiches partout pour dire : “Ben voilà, si vous êtes symptomatique, éventuellement... (MG6)”

- Éducation thérapeutique

La majoration de l'éducation thérapeutique et du temps dédié à celle-ci était retrouvée par 1 médecin sur 10 (10%) :

“Ça a impacté aussi la pédagogie auprès des patients. - Je fais plus de pédagogie maintenant pour tout ce qui est pathologie bénigne que par le passé. (MG8)”

- Aménagement des plannings pour la vaccination.

L'organisation des sessions vaccinales au cabinet a entraîné un aménagement des plannings selon 1 médecin du panel (10%) :

“Un petit peu la gestion des vaccins, on a fait des vaccins en équipe, un petit peu ça, au niveau organisationnel. (MG4)”

- Développement de la e-CPS en faveur des assistants.

Un développement de la e-CPS au profit des assistants à la faveur de la crise covid était rapporté par 1 médecin sur 10 (10%) :

“ Il y a eu l'intérêt de la e-cps. [...], c'était pratique parce que ça permettait aux assistantes de se connecter au SIDEPA pour rentrer tous les vaccins. (MG4)”

- PMI

1 médecin sur 10 (10%) avait une activité PMI associée à son activité libérale et a pu rapporter des changements également dans cette pratique, avec notamment

- La Diminution initiale de fréquentation déjà retrouvée en cabinet libéral :

“ Et les consultations s'étaient allégées, donc il y en avait moins. (MG10)”

- Un aménagement des plannings dans le but d'introduire les mesures d'hygiène :

“On avait mis des créneaux, des doubles-créniaux pour avoir le temps d'aérer, d'avoir le temps de nettoyer (MG10)”

- Mais surtout, un changement dans la pratique avec une double-consultation médecin/puéricultrice initialement séparée :

“On a fait des consultations en commun, donc la puéricultrice et le médecin en même temps pour pouvoir accueillir les familles. (MG10)”

2. Téléconsultation.

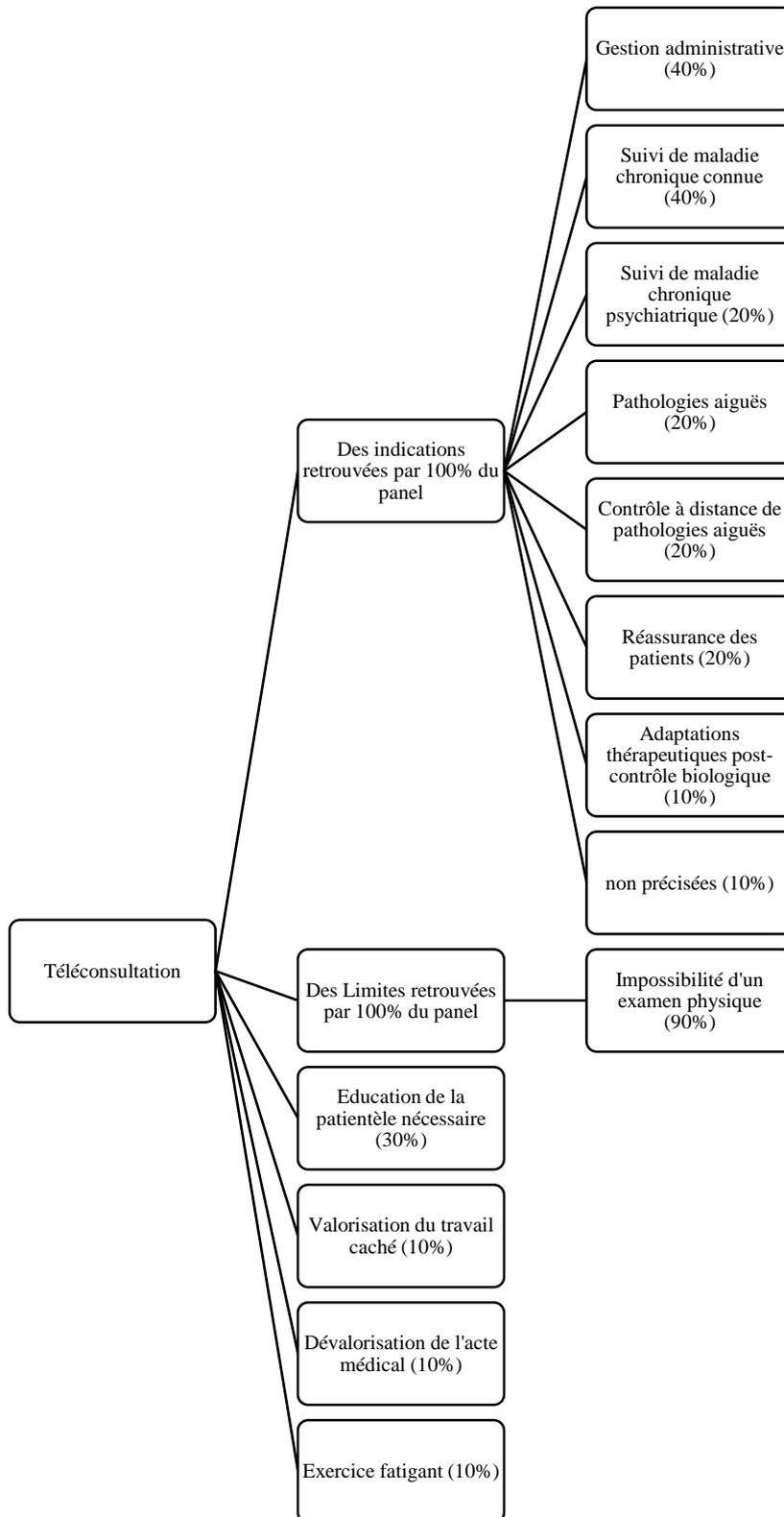


Figure 11 : Téléconsultation

- Des indications.

Tous les médecins du panel (100%) ont reconnu des indications à la téléconsultation avec :

- pour 4 d'entre eux (40%) une éventuelle indication pour de la gestion administrative :

“Quand c'est plus pour de la paperasse. (MG2) - Pour une prolongation de mi-temps thérapeutique qui était suivi au cabinet, par son chirurgien, là oui je l'ai fait. (MG3) - C'est bien pour tout ce qui est administratif. (MG8) - Si c'est pour des problèmes administratifs, peut-être ouais. (MG9)”

- pour le suivi d'une maladie chronique déjà connue, pour 4 d'entre eux (40%) :

“ Les téléconsultations, quand même hein, mais avec des indications vraiment restreintes[...], renouvellement chez un patient qui fait ses auto-mesures, son hémoglobine glyquée (MG4) - Ça peut être adapté par exemple pour des cas de patients jeunes sans comorbidités qui ont besoin de renouveler des traitements [...] on va dire une crème pour l'eczéma (MG7)

- et notamment psychiatrique pour 2 d'entre eux (20%) :

“elle est venue consulter parce qu'elle est pas bien du tout psychologiquement, mais elle est étudiante à Strasbourg [...]. Je lui ai proposé de la revoir en téléconsult”. (MG5) - Une consultation pour un problème psy, effectivement, ça peut être réglé comme ça. (MG9)”

- pour des pathologies aiguës pour 2 médecins sur 10 (20%) :

“ Les téléconsultations quand même hein, mais avec des indications vraiment restreintes, style infections urinaires. (MG4) - Une consultation pour un problème dermatologique où on voit bien avec la caméra (MG9)

- et notamment pour le recontrôle de pathologies aiguës pour 2 médecins (20%) :

“Pour le suivi d’une pathologie qu’on a déjà vu qui nécessite pas nécessairement... Enfin voilà, une virose, si c’est pour rassurer le patient ou des choses comme ça, de reconstrôler, ça va. (MG2) - on voit que ça peut fonctionner, du moins avec les patients les plus jeunes et pour des pathologies simples (MG6)”

- pour de la réassurance des patients, pour 2 médecins sur 10 (20%) :

“Si c’est pour rassurer le patient ou des choses comme ça. (MG2) - Ça rassure les patients de voir qu’on se préoccupe d’eux. (MG10)”

- pour une adaptation thérapeutique en lien avec un résultat biologique pour 1 médecin sur 10 (10%) :

“Quand on a un changement de traitement quand il y a une bio qui va pas, ça c’est bien quoi. (MG4)”

- et des indications non précisées pour 1 médecin sur 10 (10%) :

“Un outil intéressant, après, il faut bien cibler les patients. (MG1)”

- Des limites.

Tous les médecins du panel (100%) précisent quand même la présence de limites à la pratique de la téléconsultation, avec notamment l’impossibilité de l’examen clinique physique pour 9 d’entre eux (90%) :

“Je pense que ça n’enlève rien à la..., à un vrai examen physique (MG1) - C’est assez limité, moi j’en fais vraiment pas beaucoup, à la demande du patient et si... , enfin..., en général, il y a besoin d’un examen clinique alors si... Je leur demande régulièrement de venir. (MG2) - C’est trop compliqué parce qu’on ne peut rien faire. (MG3) - Il faut vraiment des consultations où on n’a pas besoin d’examiner. (MG4) - Il faut qu’on mette un peu les

barrières. Parce qu'il faut examiner ses patients hein, c'est un métier où on doit examiner les patients je crois avant tout. (MG5) - c'est un pis-aller. Pour moi c'est pas de la médecine, moi j'ai besoin de voir le patient, j'ai besoin de palper, j'ai besoin de pouvoir voir, j'ai besoin de pouvoir ausculter. Pour moi, c'est un succédané électronique. (MG6) - Mais à partir du moment où les gens sont malades, c'est ce que je leur dis, ça s'examine. (MG8) - Un examen clinique, c'est quand même, c'est quand même autre chose, quoi ! (MG9) - Il faut quand même pouvoir ausculter les gens un minimum. (MG10)"

Des exemples de situations ne pouvant pas être gérées en téléconsultation étaient cités par 2 médecins du panel (20%) :

"Pour tout ce qui est gastro et tout ça, j'ai envie de dire, c'est trop compliqué. - Les lombalgies ou pour des vertiges, je trouve que c'est vraiment pas pertinent. (MG7) - Des douleurs abdominales avec des diarrhées on ne devrait pas faire de téléconsultation. (MG7)"

- Éducation de la patientèle nécessaire.

La nécessité d'une éducation du patient à la téléconsultation était mise en avant par 3 médecins sur 10 (30%) :

"Et ça demande une certaine éducation des patients quoi. (MG5) - D'autant plus que les gens n'ont pas forcément l'éducation de savoir ce qui peut se faire ou pas en téléconsultation. (MG7) - On les éduque quelque part à la téléconsultation. (MG9)".

- Valorisation du temps de travail caché.

1 médecin du panel (10%) rapportait un intérêt de la téléconsultation dans la valorisation du temps de travail du médecin généraliste hors consultation et non rémunéré :

“Admettons, on a vu quelqu’un en consultation, on a demandé un avis spécialisé suite à cette consultation, sans urgence mais on l’a quand même fait dans la semaine. Au final, il faut prescrire des examens complémentaires, on va prendre la peine de rappeler le patient pour lui donner ces éléments-là et lui expliquer les choses. Euh, on n’a pas forcément besoin de le revoir parce qu’on l’a vu dans la semaine. Donc on ne va pas le reconvoquer pour un nouveau rendez-vous et pour autant, bah euh, avant la téléconsultation, ça c’était des choses qui n’étaient pas du tout valorisées et qui, pour autant, nous prenaient quand même du temps. (MG7)”

- Dévalorisation de l’acte médical.

1 médecin sur 10 (10%) rapportait une banalisation voire une dévalorisation de l’acte médical à cause de la téléconsultation :

“ Avec la téléconsultation, ça a donné beaucoup de légèreté dans les demandes. De la médecine un peu drive. (MG8)”

- Exercice fatigant.

La fatigue induite par l’exercice répété de la téléconsultation était mise en avant par 1 médecin sur 10 (10%) :

“C’est ultra-fatigant quand on en fait de façon constante. (MG4)”

3. Nouvelles responsabilités

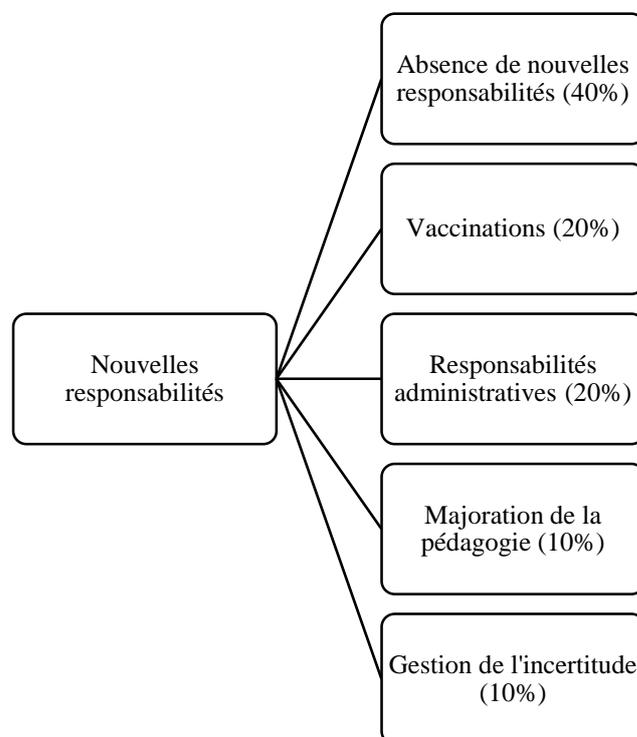


Figure 12: Nouvelles Responsabilités

- Absence de nouvelles responsabilités.

Une absence de nouvelle responsabilité était rapportée par 4 médecins du panel (40%) :

“ non. (MG1) - non (MG6) - Non. (MG9)”

1 des médecins (10%) mettait en avant que le biais de son changement de stage d'internat durant la crise covid pouvait fausser sa vision :

“non je pense pas en avoir, mais je pense parce que j'ai changé de stage aussi. (MG3)”

- Vaccination.

2 médecins sur 10 (20%) notaient de nouvelles responsabilités, en lien avec la vaccination covid :

“ On a dû assumer les vaccins covid. (MG4) - On a essayé de vacciner le plus possible, surtout les gens qui ne pouvaient pas se déplacer. (MG10)”

- Responsabilités administratives.

2 médecins du panel (20%) évoquaient de nouvelles responsabilités administratives :

“ Des responsabilités administratives dont je parlais avec les histoires de pass sanitaire. (MG7) - Dans la qualité d’expertise des personnes à risque on va dire. Quand il fallait définir quelle personne pouvait bénéficier d’isolement ou non, ça ne relevait pas de mes compétences, ça dérivait vers la médecine du travail. (MG8)”

- Majoration de la pédagogie associée à une gestion renforcée de l’incertitude.

1 médecin sur 10 (10%) évoquait une responsabilité accrue dans la pédagogie et l’information

“ Surtout les explications en fait.”(MG4).

1 des médecins (10%) rapportait, en lien avec cette information, la responsabilité de la gestion de l’incertitude des patients :

“ C’était une responsabilité de gérer l’incertitude avec le patient. Alors, c’est déjà notre métier de gérer l’incertitude, hein. Mais là, c’était décuplé.(MG5) - J’ai répété ça mille fois : “ce que je vous dis aujourd’hui est vrai aujourd’hui, ça ne le sera peut-être pas demain, donc ne prenez pas ce que je vous dit pour argent comptant ; et si vous entendez l’inverse dans une semaine, bah c’est possible que ça soit vrai aussi”. (MG5)”

4. Mise en difficulté

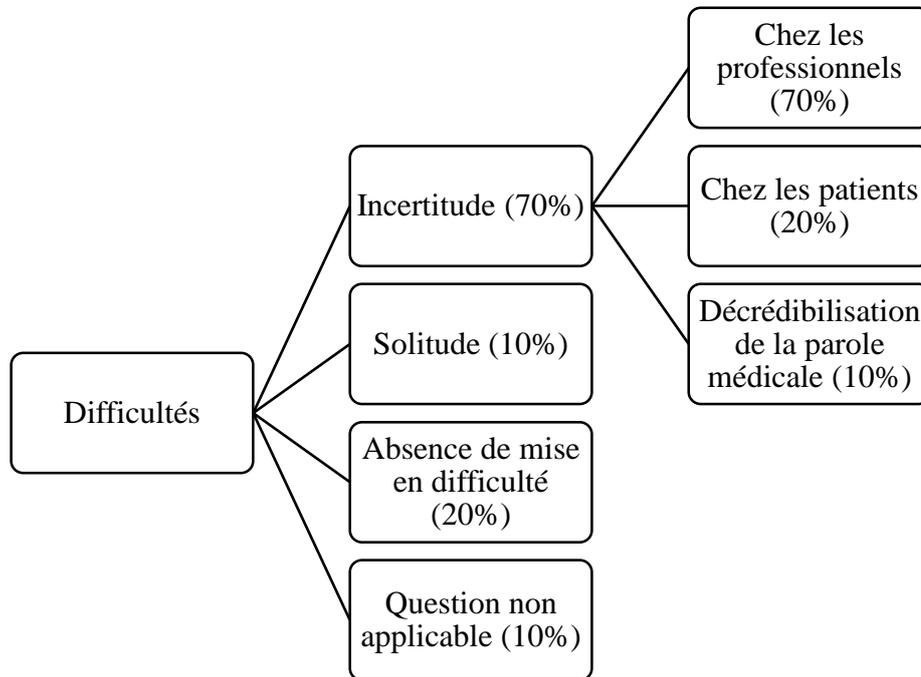


Figure 13: Mise en difficultés

- Incertitude menant parfois à la décrédibilisation de la parole médicale.

7 médecins sur 10 (70%) ont rapporté avoir eu des difficultés en lien avec l'incertitude de la situation de la crise sanitaire. Celle-ci était en lien avec l'accélération de l'information et le changement rapide de protocole voire l'absence initiale de recommandations pour 7 médecins du panel (70%) :

“ On naviguait un petit peu à l'aveugle. (MG1) - Les restrictions, tout ça, je me sentais un peu submergé. (MG2) - Plus souvent en difficulté à cause des changements de..., des changements de prise en charge. (MG4) - Tout ce que j'avais appris était remis en question, [...] on a l'impression que tout était balayé d'un revers de main. Ça c'était difficile. (MG5) - C'est sur les conduites à tenir effectivement, dans les périodes d'incertitude où les protocoles

changeaient régulièrement, j'avoue, c'était pas évident. (MG8) - Ca, c'était très difficile de pas..., de pas savoir quoi faire dans certaines situations parce que personne n'avait la réponse. (MG9) - Au début, parce que voilà, on savait pas trop comment faire, on n'avait pas de protocole. (MG10) - Au moment des vaccins, vu que ça changeait sans arrêt. (MG10)"

2 médecins sur 10 (20%) retrouvaient également des difficultés dans la gestion de l'incertitude chez les patients :

“ Fallait gérer l'incertitude des gens et des questions auxquelles on n'avait pas forcément les réponses, et en fait, c'est assez stressant. (MG1) - On savait pas comment soigner les gens, on savait pas quoi leur dire non plus. (MG10)

Cette incertitude dans les recommandations et la prise en charge avait pour effet une décrédibilisation du discours médical mettant en difficulté 1 des médecins (10%) :

“ On dit blanc à un patient, et puis le lendemain, on lui dit noir. Donc c'est vrai que, même nous, on se disait : “notre discours il est pas très crédible quoi”. (MG1) “

- Solitude

1 des médecins du panel (10%) s'est retrouvé en difficulté du fait de la solitude et de l'isolement de son exercice :

“ Pour mon SASPAS, je travaillais toute seule aussi. (MG3)”

- Absence de mise en difficulté.

Aucune difficulté en lien avec la crise sanitaire n'était relevée par 2 médecins sur 10 (20%) :

“Non, enfin non je pense pas. (MG2) - Non, non (MG6)”

- Question n'étant pas applicable.

1 médecin sur 10 (10%) a exprimé le fait que n'ayant remplacé que pendant le covid, il lui était impossible de répondre à cette question dans sa situation :

“Ouais c'est dur de répondre quand on a fait du remplacement que pendant covid hein... Je saurais pas dire. (MG7)”

5. Appréciation du travail réalisé en temps de crise.

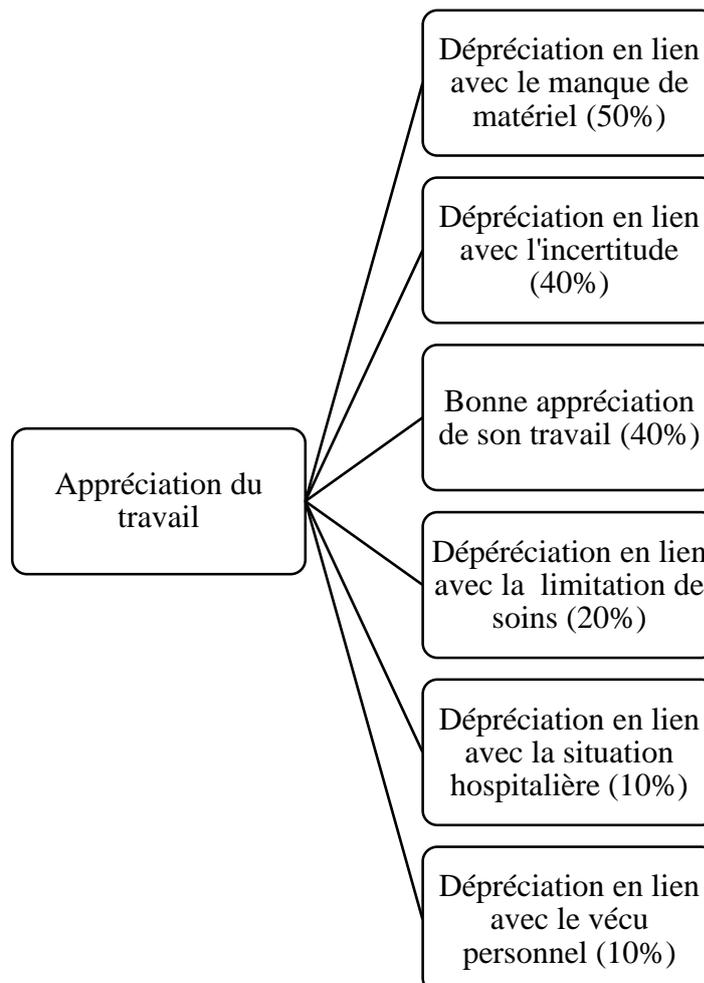


Figure 14: Appréciation du travail réalisé en temps de crise

- Dépréciation en lien avec le manque de moyens initial

Pour 5 médecins sur 10 (50%), l'appréciation positive de leur travail en temps de crise sanitaire était limitée par le manque initial de moyens :

“ On n'avait pas les protections adéquates, mais en soi je pouvais faire ce que je voulais pour les patients. (MG2) - On travaillait un peu avec des bouts de ficelle... On faisait ce qu'on pouvait avec ce qu'on avait. (MG5) - Il y a quand même des moments où, avec un peu plus de moyens, on aurait pu être un peu plus euh, un peu plus efficaces et un peu plus cools avec les patients je pense. (MG7) - Les premiers temps, on n'avait pas de quoi se protéger. (MG8) - Au début, ça a été compliqué parce qu'en plus, on n'a pas eu forcément les masques etc. (MG10)”

- Dépréciation en lien avec l'incertitude

L'incertitude de la situation de crise covid, l'absence de recommandation initiale, limitaient l'appréciation du travail de 4 des médecins du panel (40%) :

“En fait, on savait pas..., on savait pas quoi faire, on savait pas, on était perdus. (MG1) - On avait l'impression d'être inutiles. (MG1) - On faisait beaucoup, mais on marchait sur des sables mouvants un petit peu comme ça. (MG5) - Quand on n'a pas de recommandations, pas de moyens pour isoler les gens correctement, c'est vrai que des fois on rentre en se disant qu'on aurait peut-être pu faire du meilleur travail. (MG7) - Moi je suis pas... Je suis médecin, donc médecin, ça veut dire que je fais quelque chose, je suis pas là pour prier pour mes patients. (MG9)”

- Dépréciation en lien avec la limitation de soins.

Une dépréciation du travail en lien avec la limitation de soins était rapportée par 2 médecins sur 10 (20%).

En lien avec la limitation du soin aux personnes âgées pour 1 des médecins (10%) :

“Le seul souci qui a persisté quand même très longtemps, c’était les EHPAD. De savoir que une personne âgée, si elle faisait la covid, on n’avait pas le choix de la faire hospitaliser, parce que l’hôpital la refuserait et là, effectivement, il y avait de forts risques que les choses se passent mal. (MG9)”

Et en lien avec la limitation de la vaccination en fonction des personnes pour 1 médecin (10%) :

“Cette idée de prioriser [la vaccination], les gens, c’était pas forcément évident. (MG8)”

- Dépréciation en lien avec la situation hospitalière.

1 des médecins du panel (10%), ayant une activité hospitalière, retrouvait une dépréciation de son travail du fait de la situation des soins à l’hôpital :

“J’ai fait de l’hospitalier, là on était..., là c’était foutu, euh, là on faisait du soin palliatif pour des viroses aiguës c’était un peu bizarre, quoi. (MG2)”

- Dépréciation en lien avec le vécu personnel.

1 médecin sur 10 (10%) évoquait une dépréciation de son travail du fait du retentissement de son état personnel sur celui-ci :

“ Je suis pas fière de comment j’ai vécu la situation. Je pense que j’aurais pu me débrouiller mieux... Et plus parler de ma situation d’isolement. (MG3)”

- Sensation d’avoir bien agi en fonction du contexte.

4 des médecins du panel (40%) rapportaient une bonne appréciation de leur travail :

“ Je pense, j’ai fait ce qu’il fallait faire au minimum ça c’est sûr. (MG2) - Grâce au cabinet de groupe, aux assistantes et tout ça, on a très bien géré à mon avis. (MG4) - Moi j’estime que j’ai fait mon boulot. (MG6)”

Et notamment une fois le manque initial de matériel passé pour 1 médecin (10%) :

“On se sent plus serein une fois qu’on est équipé avec les masques etc. (MG10)”

F. Impact relationnel avec les autres acteurs du système de santé.

1. Liens avec médecins et paramédicaux

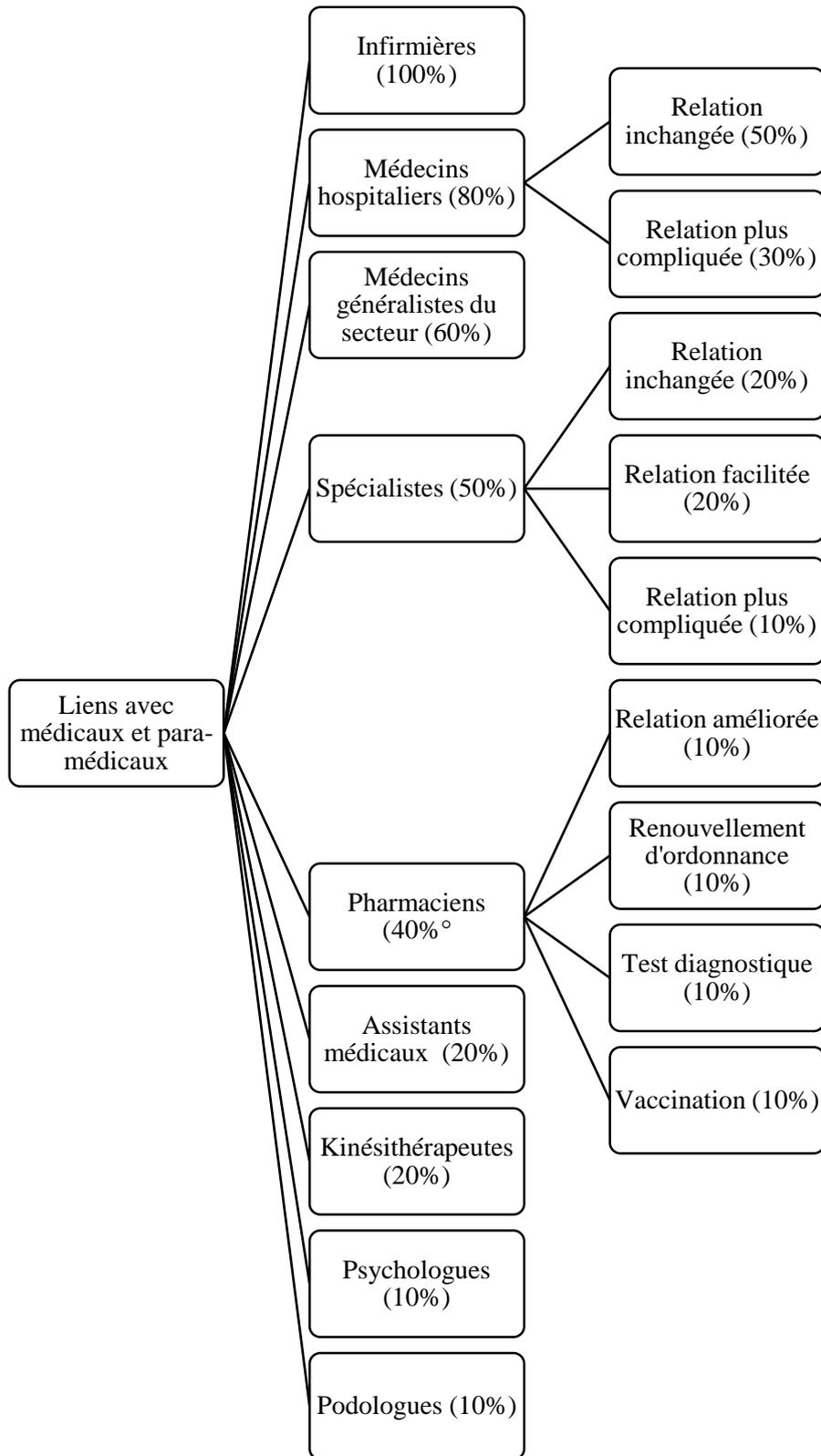


Figure 15 : Liens avec les médecins et paramédicaux

- Infirmières

La relation avec les infirmières du secteur était primordiale pour la totalité des médecins du panel (100%) :

“Ca a permis, effectivement, de maintenir à domicile ou d'avoir une surveillance, notamment avec les infirmières qui nous faisaient des retours et qui permettaient d'avoir une réactivité plus importante quand elles passaient, quand elles vérifiaient la sat. (MG1) - On travaillait déjà en équipe avec les infirmières. (MG2) - J'ai eu beaucoup de contact avec les infirmières qui géraient les patients à domicile. Je les voyais tous les jours finalement, par rapport aux constantes, par rapport à la dégradation ou non. (MG3) - C'était bien utile quand on a dû faire la surveillance à domicile, parce que ça rassurait énormément les patients. Nous, on était tranquilles parce qu'on savait qu'ils nous informaient s'il y avait quelque chose. (MG4) - Je pense aux infirmières avec qui on travaille habituellement, il y avait beaucoup d'échanges, on a un groupe whatsapp. (MG5) - On a évidemment compté beaucoup sur les infirmières pour les gens, pour qui y'avait des soins à faire à la maison. (MG6) - Les infirmiers libéraux étaient beaucoup plus, ouais, beaucoup plus présents et là, ce que j'ai apprécié, c'est qu'on a pu compter sur eux pour des trucs comme..., enfin pour la surveillance des constantes. (MG7) - Surtout les infirmiers libéraux, et puis par rapport à nos patients qui étaient à domicile vachement fragiles. (MG8) - Avec les infirmiers, nos liens étaient déjà très étroits parce qu'on a une ESP, et donc on a un groupe whatsapp et on communique quoi. (MG9) - On s'était réunis aussi avec les infirmières et la kiné, [...] pour voir comment, elles, elles pouvaient nous aider au mieux. (MG10)”

- Médecins hospitaliers.

8 médecins du panel (80%) rapportaient des liens avec les médecins hospitaliers, soit inchangés (50%), soit plus compliqués qu'auparavant (30%) :

“ La relation avec nos collègues hospitaliers, c'était un petit peu compliqué parce que le Centre 15 déjà, était débordé d'appels. Du coup c'était un petit peu : “Débrouillez-vous”. (MG1) - Ça reste les voies conventionnelles. (MG2) - Médecin hospitalier, c'était compliqué. (MG4) - On n'osait même pas les déranger quoi, parce qu'on savait qu'on perdait tous notre temps. (MG5) - Ça n'a rien changé. A partir du moment où quelqu'un avait besoin, vraiment, d'être hospitalisé, je pense que on trouvait des solutions. (MG6) - J'ai pas le souvenir d'avoir créé plus de lien avec les médecins hospitaliers. (MG8) - Alors les médecins hospitaliers étaient faciles d'accès. Alors pas tous, parce que certains services étaient conviés à prêter main forte aux urgences ou en réa. (MG9) - J'essaie de pas les embêter trop, les hospitaliers, je sais que leur temps est précieux ; donc je dois avouer que pendant le temps du covid, je ne suis pas sûre d'avoir eu besoin beaucoup d'appeler. (MG10)”.

- Médecins généralistes.

6 médecins sur 10 (60%) estimaient que leur relation avec les autres médecins généralistes du secteur ou les collègues s'était renforcée à la faveur du covid :

‘ Les médecins, je l'ai déjà dit hein. On discutait beaucoup dès qu'on avait un souci particulier. (MG4) - On se voyait beaucoup plus avec mes collègues (MG5) - J'étais en libéral, donc l'exercice était quand même plus solitaire, même dans des cabinets de groupe, on se retrouve quand même au détour d'une pause où on peut échanger. (MG7) - Ça nous a rapprochés au final parce qu'on a communiqué plus sur les moyens de prise en charge et les applications des protocoles. (MG8) - Avec les autres médecins, on a beaucoup, on a

communiqué beaucoup par mails. (MG9) - Il y a eu un groupe d'échanges sur whatsapp aussi où on pouvait..., où on s'est beaucoup entraidés. (MG10)"

- Spécialistes.

5 médecins (50%) ont évoqué leur lien avec les médecins spécialistes

- comme n'ayant pas changé durant la crise pour 2 médecins (20%) :

“ Les spécialistes prenaient en charge les patients comme d'habitude (MG4) - Les autres spécialistes, il y en a beaucoup qui étaient fermés, et puis, comme dit, les autres maladies ont disparu en quelques sortes. Donc, on avait moins besoin d'eux. (MG5)”

- pour 2 médecins (20%), le lien a été facilité durant la crise de coronavirus :

“ L'accès facile au spécialiste, j'ai adoré. Quand j'avais un problème et qu'il me fallait une consultation rapide chez le spécialiste, je décrochais le téléphone et j'avais un rendez-vous le jour-même. (MG9) - On avait aussi plus facilement accès par téléphone finalement aux spécialistes qui, certes ne travaillaient plus que pour les urgences, mais, du coup, étaient aussi plus facilement joignables. (MG10)”

-pour 1 médecin (10%) il était plus difficile de contacter les spécialistes :

“A un moment, les spécialistes, ils étaient pas faciles à joindre non plus (MG6)”.

- Pharmaciens.

4 médecins sur 10 (40%) ont cité leur lien avec le pharmacien du secteur :

- 1 médecin (10%) rapportait une amélioration des relations grâce à la crise covid :

“ Avec le pharmacien, c’est vrai que les choses se sont arrangées par rapport à avant, avec le pharmacien (MG9)”

- 1 médecin (10%) énonçait leur rôle dans le renouvellement des traitements :

“ Le pharmacien jouait le jeu aussi, à renouveler les traitements, même sans qu’ils nous voient aussi. (MG10)”

- 1 médecin (10%) évoquait leur rôle dans le processus de diagnostic d’une infection par le coronavirus :

“Les pharmaciens, bah ouais, après pour les tests, c’était pratique. (MG2)”

- Enfin 1 dernier médecin (10%) citait leur rôle dans la vaccination :

“Moi j’ai beaucoup compté sur les pharmaciens pour la vaccination (MG6)”.

- Assistants médicaux

2 des 10 médecins (20%) avaient des assistants médicaux et appuyaient sur le fait que le covid avait ancré leur présence dans leur pratique :

“Parce que là, elles gèrent tout ce qui est rendez-vous chez les spécialistes ; on a besoin d’un rendez-vous quelque part, elles savent s’il faut envoyer un mail, faire un courrier, faxer quelque chose, ou s’il y a un document à remplir pour un examen complémentaire. (MG2) - On a fait une liste d’indications. Ça c’est bien, les assistantes, elles peuvent juger si la téléconsultation est bien ou pas. (MG2) - Oui elles sont indispensables. Déjà pendant la crise, et maintenant, maintenant tout autant. (MG8)”

- Autres paramédicaux

2 médecins sur 10 (20%) expriment leur relation avec les kinésithérapeutes du secteur :

“Même des kinés qui n’étaient pas de la maison de santé, qui se sont formés, qui sont venus nous aider. (MG4) - Parce que la kiné ne faisait plus que les actes d’urgence, donc voilà, pour voir comment elles, elles pouvaient nous aider au mieux. (MG10)”

1 médecin (10%) fait également apparaître les liens avec psychologues et podologues durant la crise covid, et notamment dans le processus de vaccination :

“On a même fait intervenir les psychologues, même le podologue pour l’accueil. (MG4)”

2. Structures et organisations de gestion de crise du secteur

- Vaccination

8 médecins sur 10 (80%) rapportaient des structures vaccinales comme structure locale de gestion de crise :

“ Ca s'est mis en place au moment de la vaccination, au début de la vaccination, avec le montage de centre de vaccination, les unités mobiles de vaccination. (MG1) - Il y avait les centres de vaccination. (MG2) - Il y a eu les centres de vaccination. (MG3) - Au début, on faisait des vaccinations avec..., comme dans les centres, un coup l’accueil, un coup le médecin, un coup le vaccinant et la surveillance. (MG4) - Centres de vaccinations, ça c’est plus tard. (MG5) - Hormis centre de vaccination, rien. (MG8) - Il y avait eu un centre de vaccination. (MG9) - Les centres de vaccination qui se sont mis en place. (MG10)”

- Centre covid

1 médecin sur 10 (10%) évoquait la présence d'un centre covid dans le secteur :

“ Ils ont ouvert des salles dans les communes pour pouvoir voir les gens (MG10)”

3. Implication personnelle dans la gestion locale

- Vaccination

7 médecins sur 10 (70%) citaient une implication dans la gestion locale à travers leur participation à la vaccination.

- en centre de vaccination pour 6 médecins (60%) :

“ J'ai vacciné. Non, j'ai même pas vacciné. J'ai attesté qu'ils étaient aptes à être vaccinés. (MG3) - J'ai participé aux centres de vaccinations. (MG5) - J'ai fait, tardivement au moment des troisièmes doses, j'ai fait quelques vacations en centre de vaccination. (MG7) - Il y a eu l'ouverture des centres de vaccination et la vaccination de la population qui a permis de..., d'être acteur dans cette crise. (MG8) - Il y a eu les premières doses de vaccin pour les professionnels de santé, ...était injecté près de l'hôpital, il y a un petit local avant. Et pareil j'avais fait quelques vacations là-bas. (MG9) - Je l'ai fait quelques fois, effectivement, des vacations en centre de vaccination. (MG10)”

- mais également vaccination au cabinet et à domicile pour 3 des médecins (30%) :

“Moi j'ai vacciné mes patients au cabinet ou à domicile. (MG2) - J'ai participé aux deux. (MG9) - On a participé aussi, au sein de notre cabinet. (MG10)”

- Hospitalière

2 médecins (20%) ont évoqué une implication hospitalière dans la gestion de la crise :

“ Je suis allé aider aux urgences. (MG2) - J’ai pu postuler à l’hôpital pour essayer d’aller filer un coup de main. (MG8)”

G. Impact financier

1. Impact sur le cabinet en tant qu'entreprise.

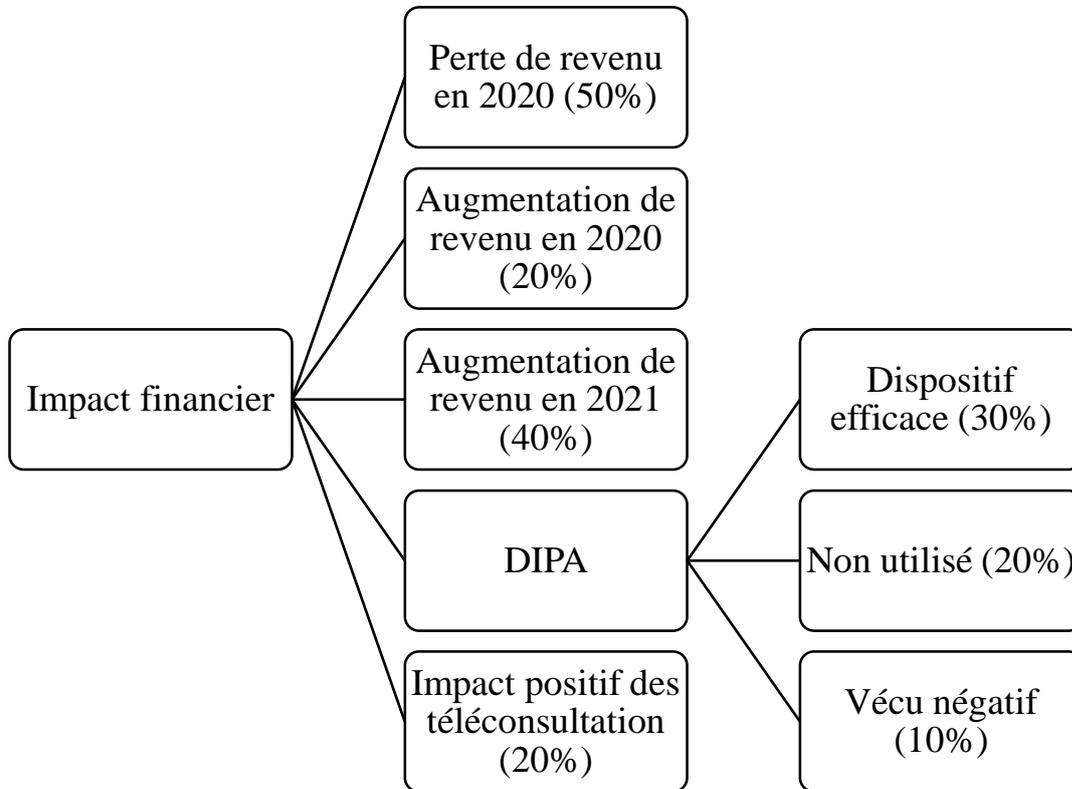


Figure 16 : Impact sur le cabinet en tant qu'entreprise

- Perte de revenu en 2020.

Chez 5 médecins sur 10 (50%), une perte de revenu sur l'année 2020 était exprimée :

“ Une baisse de chiffre d'affaires qui a été de, on va dire, une perte de 1/3 du chiffre d'affaires.

(MG1) - Une grosse perte de revenu. (MG8) - Moi j'ai perdu des sous, c'est clair. (MG9) - J'ai gagné effectivement moins en 2020. (MG10) ”.

Elle était expliquée par une baisse d'activité par 3 médecins (30%) :

“au mois de mai, 20% de consultation de moins (MG6) - Parce que baisse d’activité. (MG8) - On a commencé à avoir une décre importante de consultations. (MG9)”

- Augmentation de revenus en 2021.

4 médecins du panel (40%) rapportaient une augmentation de revenus en 2021, notamment en lien avec la mise en place de la vaccination :

“Sur la compta 2021 où j’ai commencé à faire les vaccins et, c’est plutôt triste à dire mais les matinées de vaccination étaient plutôt très bien payées et vu que je faisais ça en plus de mon travail, j’ai un chiffre d’affaire qui a bien bondi. (MG5) - Le fait de travailler en centre de vaccination et on a eu pas mal de consultations. (MG8) - Ça a été assez lucratif en 2021. (MG8) - J’ai beaucoup participé au centre de vaccination, j’ai eu une augmentation du chiffre d’affaires. (MG9) - Après de toute façon, en 2021, bah avec les vaccinations que ce soit au cabinet ou en centre, bah ça nous a permis de rapporter un peu plus. (MG10)”

- Dispositif d’Indemnisation à la Perte d’Activité (DIPA).

3 médecins sur 10 (30%) énonçaient le fait d’avoir bénéficié de l’aide de la CPAM qui avait limité leurs pertes sur l’année 2020 :

“ Mais qui était partiellement compensé par les aides de l’État. (MG1) - Je pense que ça a pas trop eu d’impact pour moi, parce que j’ai eu un financement de la CPAM pour une perte de revenu. (MG4) - Il y a eu une aide de la sécu, hein ! (MG10)”

2 médecins du panel (20%) rapportaient le fait d’avoir eu connaissance de cette aide sans y faire appel :

“Il y avait des aides au cas où, et je ne les ai pas demandées et de toute façon, il fallait les rendre si jamais... (MG5) - J'ai pas postulé, non. (MG8)”

Chez 1 des 10 médecins (10%) , on retrouvait un vécu négatif de la DIPA :

“ Il y a eu la DIPA, donc j'ai déclaré... La DIPA a été mise en place par l'assurance maladie euh j'avais demandé... Bah oui une petite demande je crois de 1000€. - Puis, un an après, ils me l'ont récupérée parce qu'ils avaient estimé que j'avais pas perdu de chiffre d'affaires... J'ai trouvé ça extraordinaire, alors qu'effectivement j'avais perdu je crois 10000€ sur l'année. (MG9)”.

- Impact des téléconsultations.

2 des médecins du panel (20%) rapportaient pour les téléconsultations, un effet limitant à la perte de revenu :

“ Le fait d'avoir bénéficié de la téléconsultation a permis de limiter la casse. (MG1) - J'ai fait le bilan avec le comptable... Après sur l'année 2020, très peu (d'impact financier), c'est resté à peu près stable, parce qu'on avait les téléconsultations qui contrebalançaient. (MG5)”

- Augmentation de revenu en 2020

Une augmentation des revenus était citée par 2 médecins sur 10 (20%) :

“J'ai gagné beaucoup plus d'argent, le mois d'avril 2020 j'avais 13000 je crois comme ça alors que d'habitude, c'est pas du tout, quoi je fais 6000 max. (MG2) - Je sortais plus, je voyageais plus, et je voyais plus personne. On faisait que des visios. Et mine de rien, j'ai économisé sur tout mon budget bouffe, sur tout mon budget week-end, voyage. (MG3) - Je

faisais des gardes en plus pendant le premier confinement, et en plus ces gardes ont été majorées, donc non je... J'ai économisé et gagné plus. (MG3)".

2. Impact budgétaire

- Fournitures.

Un impact budgétaire était ressenti par 5 médecins du panel (50%), notamment en lien avec les fournitures de cabinet :

“C'est vrai qu'il y a eu l'explosion des prix, tout ce qui était désinfectant, tout ce qui était masques (MG1) - L'état nous donnait, je sais plus, 14 masques par semaine. Bon c'est vrai que ça va vite quand on est deux. (MG1) - La SHA, c'était un de ces bordel au début, les masques, pareil. (MG2) - On a essayé d'investir un peu dans du matériel pour faire de la télémédecine, pour les avis spécialisés. (MG8)".

L'impact était cependant rapporté comme limité par 2 des médecins (20%) :

“ Il n'y a pas eu un impact monumental, il a fallu acheter beaucoup de soluté hydro-alcoolique. (MG9) - Peut-être effectivement le désinfectant, j'en utilisais un peu plus souvent, enfin le désinfectant de surface. Mais c'était pas non plus des sommes astronomiques... (MG10)".

- Charges.

1 médecin sur 10 (10%) rapportait un impact budgétaire en lien avec une augmentation des charges et la diminution de son chiffre d'affaires :

“ Les charges ont un petit peu augmenté, et bon, il y a eu moins de rentrées. (MG1)".

- Absence d'impact.

3 des 10 médecins (30%) du panel ne retrouvaient pas d'impact budgétaire en lien avec la crise covid :

“Je l'ai pas senti en tout cas. (MG4) - Non, écoute non. (MG5) - Non, non, non rien. (MG6) ”

3. Difficultés actuelles.

- Absence de difficulté financière en lien avec la crise sanitaire.

Aucun des 10 médecins (0%) n'exprimait de difficulté financière actuelle (2023) en lien avec la crise de coronavirus :

“Non, le covid n'existe plus pour mes patients. - Non j'ai envie de dire, ça s'est normalisé. (MG1) - Moi, non rien. (MG2) - Parce que je n'ai plus rien en lien avec cette crise en soi maintenant. (MG3) - Non. (MG5) - Non je ne vois pas trop non (MG6) - Ben je crois pas. (MG8) - Non. Pas en lien avec la covid. (MG9) - Non, non, non plus du tout, non non. (MG10) ”.

H. Après la COVID 19.

1. Conséquences personnelles.

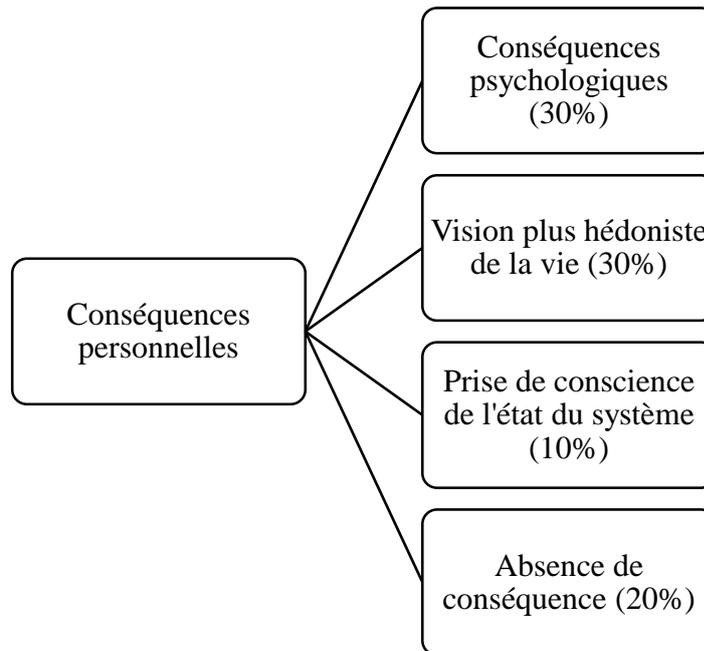


Figure 17 : Conséquences personnelles

- Conséquences psychologiques

3 des 10 médecins (30%) évoquent des conséquences psychologiques :

“C'est compliqué. Après, j'espère que ma colère et ma tristesse se seront apaisées parce que bon, on a quand même été confrontés à des situations qui étaient difficiles... avec des morts.

(MG1) - Je pense qu'elle m'aura permis de me rendre compte que la solitude est très mauvaise pour moi et que du coup, il faut forcément que je m'entoure de personnes. (MG2) -

Moi, quand j'ai vu cette patiente bleu marine dans cet EHPAD, où je savais pertinemment qu'elle allait mourir, et je ne pouvais quand même rien faire pour elle, euh... on ne nous a pas

aidés pour ça... Je parle pas de finance, hein, mais je parle d'aide logistique, d'aide psychologique. (MG5)".

- Évolution vers une vision plus hédoniste, "carpe diem" de la vie.

Chez 3 des 10 médecins du panel (30%), on retrouvait un discours orienté vers le fait de profiter de la vie suite à la crise et aux confinements :

"On peut se dire que ça peut vite chavirer les situations mondiales, donc on pense un peu plus à soi, enfin à ses proches, quoi. (MG2) - Sur le plan très personnel, sur le plan relationnel, je me suis dit qu'il fallait arrêter de reporter au lendemain, le fait de rendre visite à de la famille par exemple ou à des amis qui sont loin. (MG7) - Si, j'essaie de voyager un maximum, et loin, au maximum, tant qu'on peut encore. - Donc je ne peux pas dire que c'est post-covid, je sais pas, je sais pas, c'est trop intriqué avec d'autres événements. (MG10)"

- Prise de conscience de l'état du système de santé.

1 médecin du panel (10%) énonçait que la crise covid avait eu pour effet de lui faire prendre conscience de l'état précaire du système de santé :

"Je l'ai vraiment vécu comme la fin de l'innocence par rapport au système de soins. Et j'ai encore ce ressenti actuellement parce qu'on est quand même déficitaire sur beaucoup de..., en rupture sur beaucoup de traitements... Euh ouais, ça m'a permis d'ouvrir les yeux sur la crise... sur la crise à l'hôpital. (MG8)"

- Absence de conséquence.

Aucune conséquence personnelle n'était relevée par 2 médecins (20%) :

“ Non je pense qu’à postériori ça me semble être revenu comme avant. (MG4) - Non, j’ai pas de répercussion aujourd’hui par rapport à ça. (MG 6) ”.

2. Conséquences professionnelles.

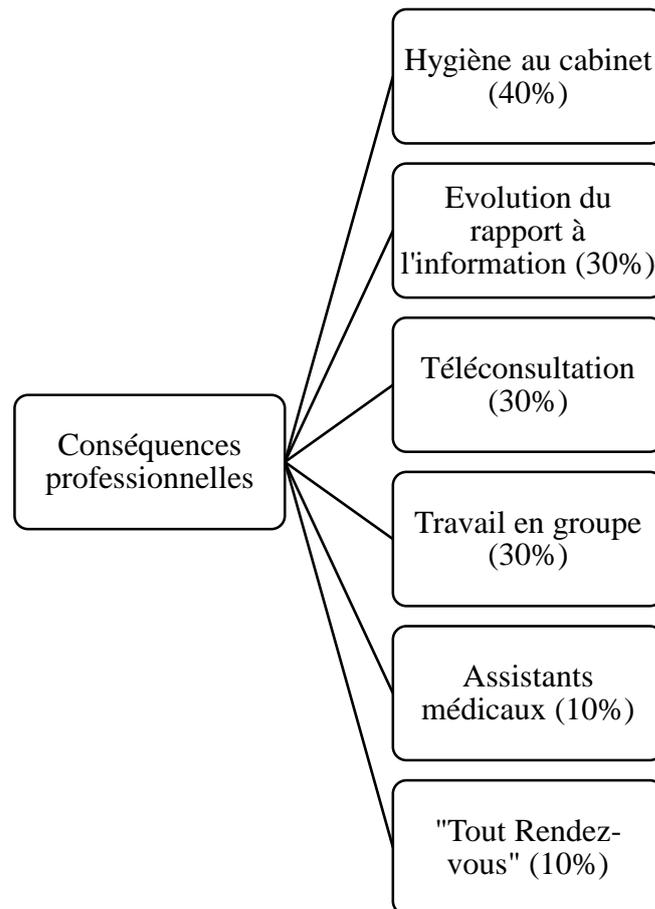


Figure 18 : Conséquences professionnelles

- Évolution de l’hygiène au cabinet.

Une évolution en terme d’hygiène au cabinet était mise en avant par 4 médecins sur 10 (40%):

“On n’a plus besoin de donner la poignée de main aux gens. (MG4) - La solution hydro-alcoolique sur le bureau. (MG7) - Ca avait quand même apporté du bon, dans le sens où ça nous a appris à mettre en place des gestes barrière. (MG8) - Et aussi en terme d’hygiène aussi. Maintenant, quand on est malade bah on ne va pas voir les proches fragiles, on se lave les mains plus régulièrement. (MG10)”

- Évolution du rapport à l’information.

3 médecins du panel (30%) rapportaient avoir eu une évolution dans leur manière de se mettre à jour des recommandations :

“Je pense qu’il faut vraiment avoir un esprit critique par rapport à ça. (MG1) - Je lis plus quand même au niveau des recommandations. (MG2) - Je lis quand même régulièrement les mails de l’URPS qui me donnent plein d’infos intéressantes. (MG4)”

- Téléconsultation.

La téléconsultation était une des modifications de la pratique professionnelle apportée par la crise sanitaire selon 3 des 10 médecins (30%) :

“Ça nous a apporté les téléconsult’ qu’on n’avait pas avant. (MG4) - On a changé nos façons de faire hein, les téléconsultations, on n’a pas eu beaucoup d’aide pour les mettre en plus. (MG5) - Ça ouvre la porte à la téléconsultation. (MG6) ”

- Travail en groupe.

Pour 3 médecins sur 10 (30%), la crise sanitaire avait permis de mettre en avant les avantages d’un cabinet de groupe et 2 de ces médecins (20%) étaient déjà en cabinet de groupe :

“Parce que nous, on s’est inter-aidés hein, on s’est écoutés, c’est ce que je te disais, au sein du cabinet. (MG5) - Ca nous a permis de mieux communiquer entre nous, donc j’espère que ça restera. (MG10)”.

Alors qu’un médecin (10%) était interne, puis remplaçant durant la crise sanitaire :

“Je veux travailler en groupe forcément. Le fait que je ne veux pas du tout travailler seule, le fait que si j’ai une situation stressante, j’en parle directement à un professionnel de santé ou quelqu’un dans la journée. (MG3)”

- Ancrage du rôle des assistants médicaux.

1 des 10 médecins (10%) énonçait le fait que la crise covid avait possiblement participé à l’ancrage du rôle des assistants médicaux dans sa pratique :

“Si ce n’est le rôle des assistantes, mais, est-ce qu’elles auraient pris le même rôle sans la crise covid ? J’en sais rien. (MG4)”

- Tout Rendez-vous.

Une des conséquences de la crise sanitaire pour 1 médecin du panel (10%) était le passage en tout rendez-vous du planning :

“Je suis assez favorable à la prise de rendez-vous pour pouvoir organiser quand même les passages et pour éviter qu’il y ait trop de gens qui stagnent dans la salle d’attente. (MG7)”

3. Conséquences pour la profession.

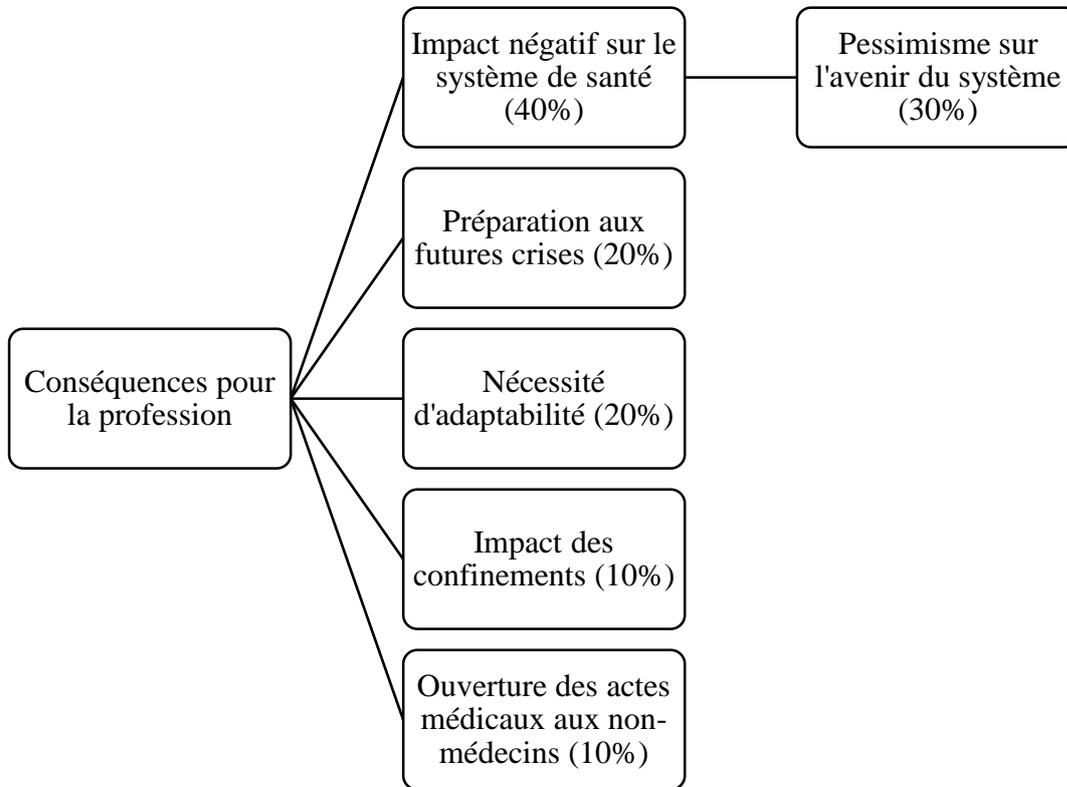


Figure 19: Conséquences pour la profession

- Impact négatif sur le système de santé.

4 médecins sur 10 (40%) estimaient que la crise avait eu des effets négatifs sur le système de santé :

“ À l'hôpital, pareil. Bah, c'était déjà au bord de la rupture avant, y'a eu une crise donc ils ont su gérer un minimum, enfin, pas mal même. (MG2),”

3 de ces médecins (30%) étaient également assez pessimistes quant à l'avenir du système de soins :

“Aujourd’hui on est à l’heure des négociations conventionnelles et on a dit : “voilà merci”. Mais aujourd’hui on pense plus trop à nous, quoi. (MG5) - Faudra pas trop compter sur personne d’autre que nous-même si ça revient, s’il y a une crise qui revient... Il faut se faire à l’idée je crois, c’est tout, faut pas attendre. (MG5) - Si alors, ça a un rapport avec le covid, oui, la crise hospitalière. Oui, ça, ça a un rapport direct avec le covid. Les gens sont écœurés par le boulot, le sur-boulot qu’ils ont. Le peu de remerciement qu’ils ont pour ce qu’ils ont fait à l’époque. Le mépris des autorités de santé vis-à-vis du corps médical, oui. Ça, ça aura des conséquences, surtout au niveau du domaine hospitalier. (MG6) - J’ai peur que ça ne s’améliore pas... Je ne sais pas... J’ai l’impression qu’on est dans une période de transition où l’hôpital public ne peut plus assumer sa charge de travail. On va créer de plus en plus une médecine à 2 vitesses. (MG8)”

- Préparation aux futures crises sanitaires.

2 des 10 médecins (20%) rapportaient une amélioration de la préparation aux potentielles futures crises sanitaires :

“Dans la MSP, on a un avenant dans la convention qu’on a signé avec la CPAM qui demande à ce qu’on fasse un plan de crise. Au cas où il y a une nouvelle crise qui arrive comme ça on pourra mettre en place des choses. (MG4) - On sait ce que c’est de gérer une crise sanitaire, donc peut-être que, si par malheur il devait y avoir un autre virus, on sera mieux organisé et tout de suite beaucoup plus solidaire. (MG10).”

- Nécessité d'adaptabilité

2 médecins sur le panel de 10 (20%) estimaient que l'adaptation était nécessaire à la profession :

“Par rapport à la profession, ben faut qu'on s'adapte au fait qu'on ne sait pas tout et qu'on ne peut pas tout contrôler et qu'il y a sans doute des nouvelles choses qui arriveront et qu'il faudra s'adapter. (MG1) - D'intégrer beaucoup plus les écosystèmes, enfin des microorganismes vivants dans la conception de la société. (MG2).”

- Impact des confinements.

Les impacts des confinements sur la population seraient une des conséquences auxquelles la profession médicale serait confrontée selon 1 médecin sur 10 (10%) :

“Ce qu'on a appris c'est que le confinement pouvait avoir des effets désastreux qui se maintenaient sur la durée, on le voit encore au niveau des enfants, il y a encore des lacunes scolaires très importantes. (MG9)”

- Ouverture de certains actes médicaux aux non-médecins.

La migration de certains gestes médicaux aux non-médecins est une des conséquences de la crise sanitaire sur la profession médicale rapportée par 1 médecin du panel (10%) :

“Par rapport aux vaccinations qui ont été largement ouvertes aux pharmaciens, aux sages-femmes, aux infirmiers. (MG3)”

4. Conséquences sociétales et sociales.

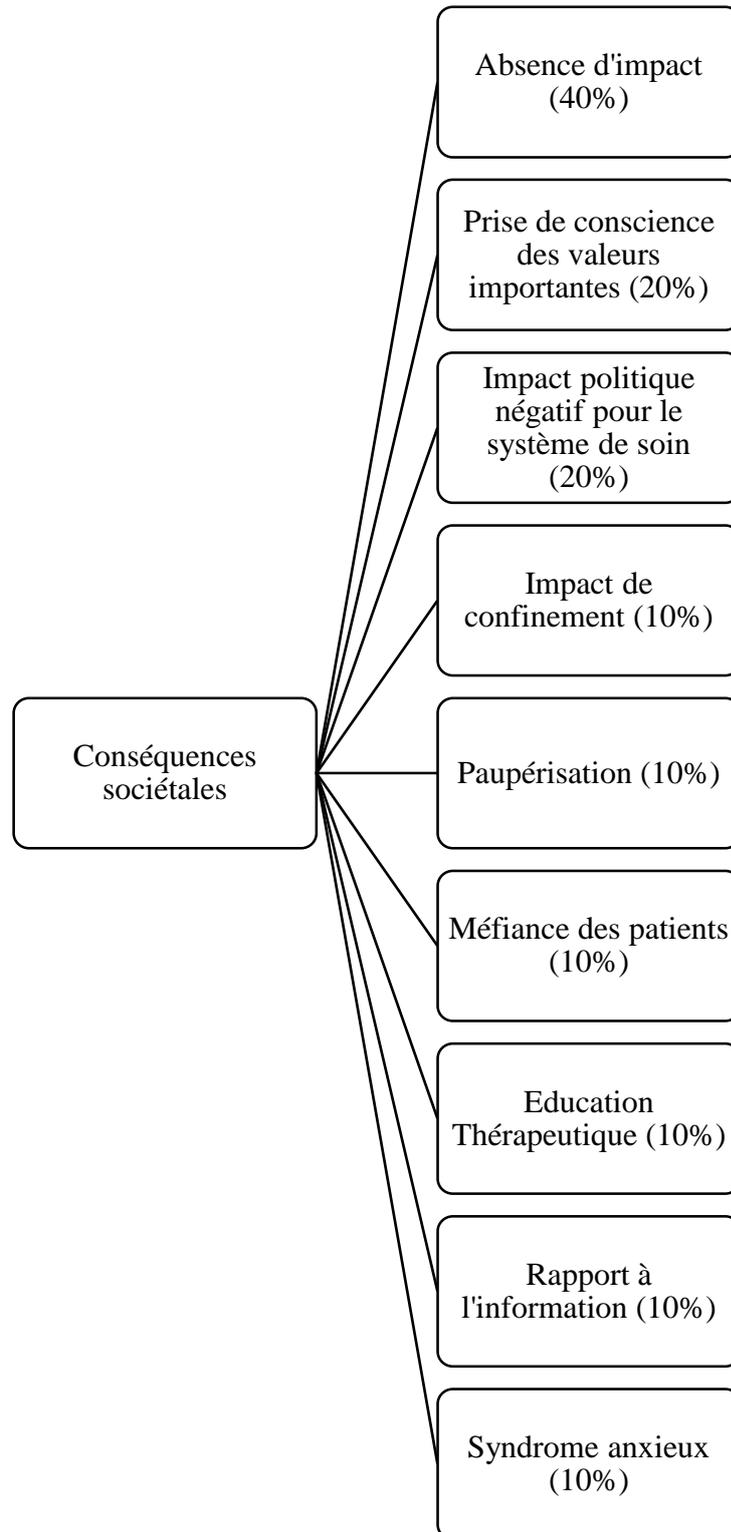


Figure 20: Conséquences Sociétales et sociales

- Absence d'impact.

4 des 10 médecins (40%) estimaient que la crise covid n'apportera rien à la société dans les 10 ans à venir :

“Au niveau sociétal en toute honnêteté je pense, rien. Un homme a tendance à tout oublier très rapidement. (MG1) - Les gens vont oublier progressivement, le covid va rentrer dans les mœurs. Ça devient une grippe comme une autre. (MG6) - Sur le plan sociétal, je ne suis pas sûre que dans 10 ans ça ait encore un impact. (MG8) - J'ai souvent l'impression qu'on a vraiment la mémoire courte ; donc je ne suis pas sûre qu'on ait appris, de cette crise, grand chose. (MG9)”

- Prise de conscience de valeurs importantes.

2 médecins sur 10 (20%) exprimaient le fait que la crise covid permettrait de recentrer la société autour de certaines valeurs fortes :

“Il faut un peu refonder, enfin pas refonder mais recentrer la société autour de choses un peu plus essentielles. (MG2) - Le fait d'avoir été confiné, se retrouver en famille aussi, d'avoir retrouvé les valeurs de la famille, se rendre compte que ben, d'être à la maison et de pas toujours être à cent à l'heure, de courir à droite à gauche, ça voilà, c'est important d'être soi et de profiter de ses proches. (MG10)”

- Impact négatif pour le système de soins.

L'impact négatif sur le système de soins était une des conséquences négatives politiques du covid pour 2 des médecins recrutés (20%) :

“Faudra pas trop compter sur personne d’autre que nous-même si ça revient, si il y a une crise qui revient...Il faut se faire à l’idée je crois c’est tout, faut pas attendre. (MG5) - J’ai pas l’impression que la situation des hôpitaux enfin que la politique actuelle soit faite en faveur de l’amélioration de la situation des hôpitaux non. (MG8)”

- Impact du confinement.

Pour 1 médecin du panel (10%), l’impact du covid sur la société serait les conséquences du confinement :

“Ce qu’on a appris c’est que le confinement pouvait avoir des effets désastreux qui se maintenaient sur la durée, on le voit encore au niveau des enfants, il y a encore des lacunes scolaires très importantes. (MG9) ”.

- Paupérisation de la population.

L’augmentation de la pauvreté est une conséquence de la crise covid pour 1 des médecins (10%) :

“Il y a énormément de personnes qui sont devenues pauvres maintenant. (MG3)”.

- Méfiance des patients.

1 des médecins (10%) a rapporté la méfiance de la population comme une des conséquences à long terme de la crise covid :

“A mon avis, on devra encore plus gérer la méfiance des patients parce qu’ils auront vécu cette crise et avec tous ces avis contradictoires. (MG5)”.

- Education Thérapeutique

L'éducation aux gestes barrières et à la surveillance en période covid était une des conséquences retrouvées par 1 médecin sur 10 (10%) :

“Pour certains d’entre eux qui auront été attentifs c’est vrai que, bah si ça a pu les aider aussi à se prendre un peu mieux tout seul en charge sur le plan médical, bah je pense que c’est pas perdu. (MG7) - Après je vois maintenant, bah, traîner des saturomètres chez certains patients insuffisants respiratoires et qui savent les utiliser et qui savent me dire à combien ils sont d’habitude. (MG7)”

- Rapport à l'information.

La relation de la population à l'information et à la fausse-information est une des conséquences à long-terme de la crise sanitaire énoncée par 1 des 10 médecins (10%) :

“On est quand même à une époque où l’information véhicule très très vite via des... via internet [...]. Autant il y a des gens qui s’en saisissent de manière correcte, avec qui on peut avoir des discussions intéressantes, [...], autant y’a des gens qui s’en saisissent pour faire un petit peu n’importe quoi. (MG7)”.

- Syndrome anxieux.

L’augmentation de l’anxiété dans la société actuelle et à venir était rapportée comme une conséquence de la crise covid par 1 des médecins du panel (10%) :

“Même si y’a énormément de relâchement et autre, mais je pense que ça a mis socialement un...Certaines personnes qui étaient déjà anxieuses, sont encore plus anxieuses par rapport à... par rapport à la crise sanitaire. (MG3)”.

I. Autres.

1. Gestion de la crise en médecine générale au niveau local et national.

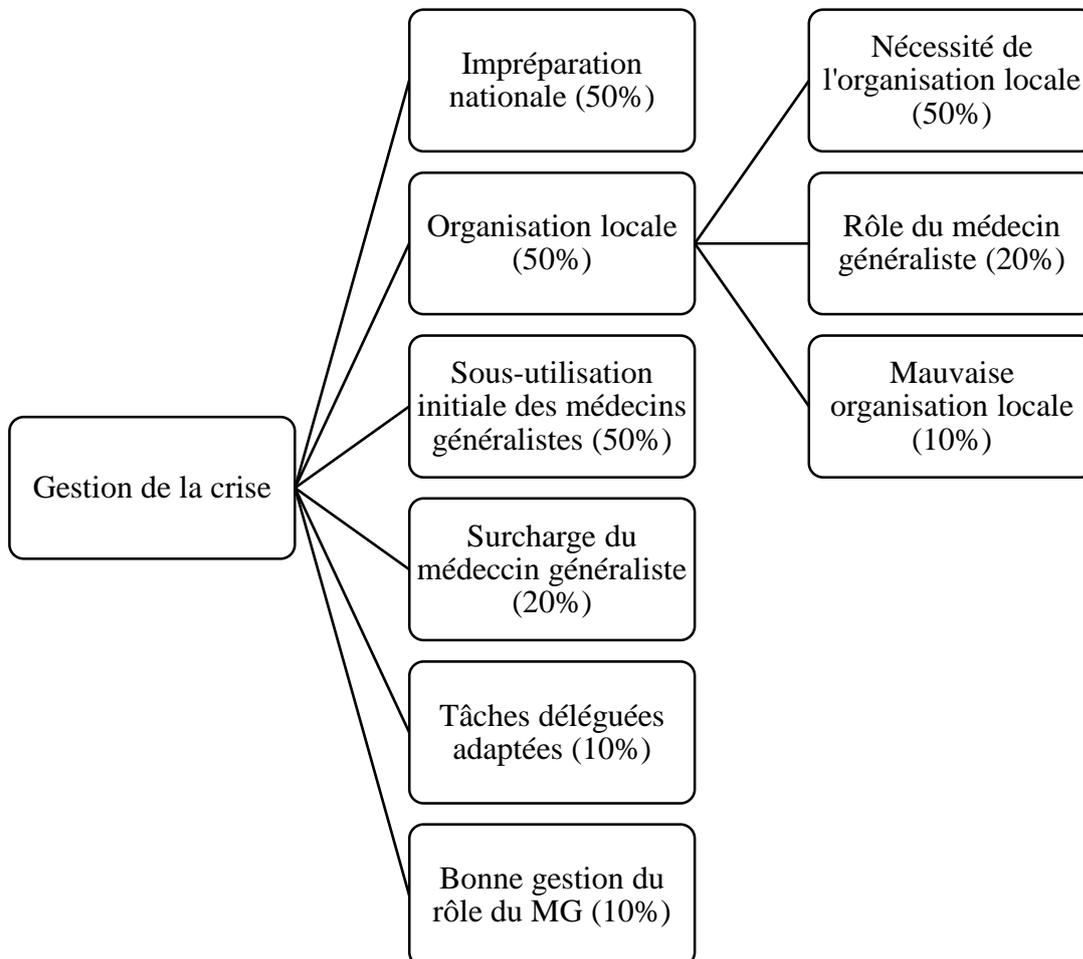


Figure 21 : Gestion de la crise en médecine générale au niveau local et national

- Impréparation nationale.

La gestion de la crise est caractérisée par une impréparation nationale et gouvernementale pour 5 médecins sur 10 (50%) :

“Les moyens alloués étaient vraiment médiocres, euh, et ça a eu des conséquences pour pas mal de collègues plus âgés quoi, enfin, pas les miens, mais de confrères ou consœurs qui sont décédés quand même, ou ont gardé des séquelles. (MG2) - Ils ont été pris au dépourvu finalement. (MG3) - Y’a pas eu d’anticipation, ça a été géré au coup par coup, en dernière minute, de façon trop... trop verticale. (MG4) - J’avais l’impression que la France était un pays du tiers-monde, c’était vraiment mon sentiment, on n’a même pas de masques on n’a rien, on est vraiment un pays du tiers monde. C’est pour ça que j’ai été très déçue de la France, qu’ils n’aient pas été capables d’anticiper ça. (MG9) - Je parlais, encore, le temps qu’on soit bien masqués..., ça a mis du temps, voilà c’était compliqué. Je pense qu’on n’était pas du tout préparés à gérer ça. Et puis on n’était pas forcément bien informés et informés un petit peu en retard ” (MG10).

- Organisation locale.

5 des 10 médecins (50%) évoquaient la nécessité d’une organisation locale en réponse à la crise :

“C’était avec les moyens du bord, on bricolait, ouais c’était beaucoup de bricole et de système D. Sinon j’ai pas eu l’impression au tout début de l’épidémie d’avoir été aidée. (MG1) - La gestion par les médecins, bah, ils ont fait le maximum avec ce qu’ils avaient, on peut pas vraiment critiquer dans une situation inédite. (MG2) - Alors que sur le terrain je trouve qu’on s’est beaucoup mieux organisés parce que on savait ce dont on avait besoin. (MG4) - Ça montre quand même un peu l’intérêt que..., euh...,qu’ils ont senti pour le local quoi. L’intérêt

que le gouvernement a senti dans notre organisation à nous. (MG4) - Si après, quand y'a eu le centre de vaccination, moi je me suis proposée. (MG5)".

2 médecins sur 10 (20%) mettaient en avant le rôle du médecin généraliste dans l'organisation et la gestion locale de la crise sanitaire avec une absence de soutien marquée :

“Débrouillez-vous quoi, faites comme vous pouvez avec ce que vous avez, faites quelque chose mais débrouillez-vous. (MG9) - On a été laissé un peu tout seul au début. Voilà, avec peu de moyen, la preuve on s'est tous plus ou moins organisés de manière locale. (MG10)".

Parmi ceux-ci, 1 des médecins (10%) du panel retrouvait également une mauvaise organisation locale et notamment hospitalière :

“Moi j'ai reçu un mail finalement, c'était le deuxième week-end du confinement, du premier confinement en mars, un mail pour faire la référence des internes qui étaient disponibles pour aller aider en réanimation pour le DV... [...] J'y suis allée. Finalement on n'avait pas besoin de moi pour le DV mais pour appeler les familles [...]. J'ai plutôt eu l'impression d'être une charge pour le service que d'être une aide pour le service. (MG3)”

- “Sous-utilisation” initiale du médecin généraliste.

La sensation d'avoir été mis de côté dans l'organisation en début de crise, était rapportée par 5 médecins sur 10 (50%) :

“ On a beaucoup tout recentré sur l'hôpital.(MG1) - On n'a pas été mis suffisamment en avant au premier confinement, on n'a pas eu de soutien de..., au niveau régional ou national. (MG3) - Une fois que tout le monde était au courant, nous on était les dernières roues de la

charrette. (MG4) - On est la cinquième roue la de charrette clairement. (MG5) - Ni l'hôpital ni les autorités ne nous ont contactés pour travailler, euh pour faire un truc un peu organisé. (MG5) - Finalement, on n'a pas délégué tant de tâches que ça au médecin. (MG8)".

- Surcharge du médecin généraliste.

On retrouve une surcharge de travail du médecin généraliste en terme de quantité mais aussi en terme de variété pour 2 des 10 médecins (20%) :

“On était là, à devoir gérer des patients qui étaient dans un état catastrophique. Donc je pense que notre rôle a été un peu sous-estimé. (MG1) - Je pense qu'on a fait comme d'habitude, on a mis du médecin traitant à toutes les sauces pour à peu près tout et n'importe quoi... Non mais en fait comme on est le premier interlocuteur, le médecin de premier recours, c'est qu'on a assez souvent dit aux gens : “bah je sais pas, parlez-en à votre médecin traitant. (MG7)”

- Tâches déléguées adaptées.

1 des médecins du panel (10%) estimait que les tâches déléguées aux médecins généralistes étaient adaptées à leur exercice :

“On nous a délégué des tâches de prévention, de santé publique, ce qui était vraiment plus adaptées pour la médecine générale. (MG8)”.

- Bonne gestion par rapport aux événements.

1 des médecins recrutés (10%) estimait que le rôle du médecin généraliste était cohérent compte tenu des événements :

“C'était cohérent, moi je trouvais. Juste c'était une question de moyens alloués. (MG2)”

2. Gestion des confinements.

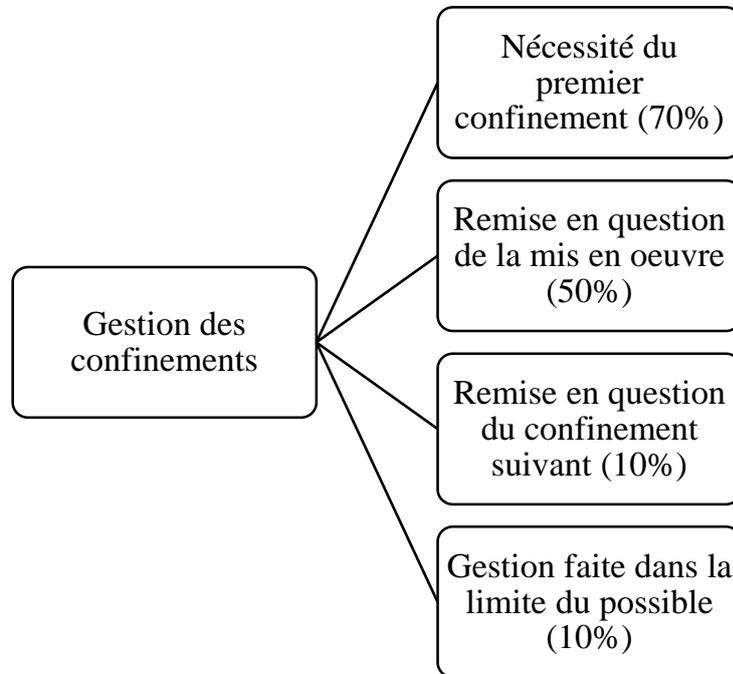


Figure 22 : Gestions des confinements

- Nécessité du premier confinement.

7 médecins sur 10 (70%) estimaient que le premier confinement était nécessaire dans la lutte contre le coronavirus :

“Je pense que les premiers étaient nécessaires parce qu’à l’époque on n’avait pas de recul. - L’idée, c’était vraiment de pas créer des embouteillages, et pas de rajouter une couche sur un système de soins qui est déjà extrêmement fragile. (MG1) - Je trouvais ça plutôt logique même si à priori il y a des antithèses. (MG2) - Les premiers étaient tout à fait justifiés et bienvenus. Et, au fur et à mesure, ça a pris des formes qui n’étaient pas forcément souhaitables. (MG5) - A mon sens, il n’y avait pas d’autre solution que le confinement (MG6)

- Je pense qu'elle a été efficace dans un premier temps. (MG8) - Le premier confinement était pour moi vraiment indispensable et je l'attendais. (MG9) - Ça a été brutal en 2020, c'est sûr que du jour au lendemain voilà les gens disent : "On a été privés de liberté." Mais ça a été absolument nécessaire. (MG10)".

- Remise en question de la mise en œuvre.

5 des 10 médecins (50%) remettaient en cause la manière dont le confinement avait été mis en œuvre :

"Je trouve ça un peu débile de signer sa propre autorisation de sortie. (MG2) - Ah la dérogation [...] Non c'était ridicule. (MG3) - C'était peut-être valable en ville, mais nous, à la campagne, franchement c'était un peu stupide. (MG4) - Après, ces histoires de promenade à un kilomètre dans la forêt... Il y a eu de la maladresse, certainement, mais euh, moi, à l'époque, je sais que je ne leur jetais pas la pierre parce que c'était tellement inédit, brutal, violent. (MG5) - il y a eu des aberrations, l'histoire des autorisations à se faire, à signer pour sortir, alors ça, c'est une connerie bien française. (MG6) "

- Remise en question du confinement suivant.

Le second confinement était remis en question par 1 des médecins du panel (10%) :

"Pour les suivants, je pense que si on avait expliqué tout simplement qu'il fallait porter un masque dès qu'on sort, peut-être qu'on aurait eu autant de réussite qu'en confinant, avec moins de dégâts. (MG9)".

- Gestion faite dans la limite du possible.

1 médecin parmi le panel (10%) rapportait une gestion faite dans les limites du possible dans le cadre de la crise sanitaire :

“Par rapport à ce qui a été fait au niveau gouvernemental, là vraiment, ils ont fait comme ils ont pu avec ce qu’ils avaient. (MG7)”

3. Communication en période de crise.

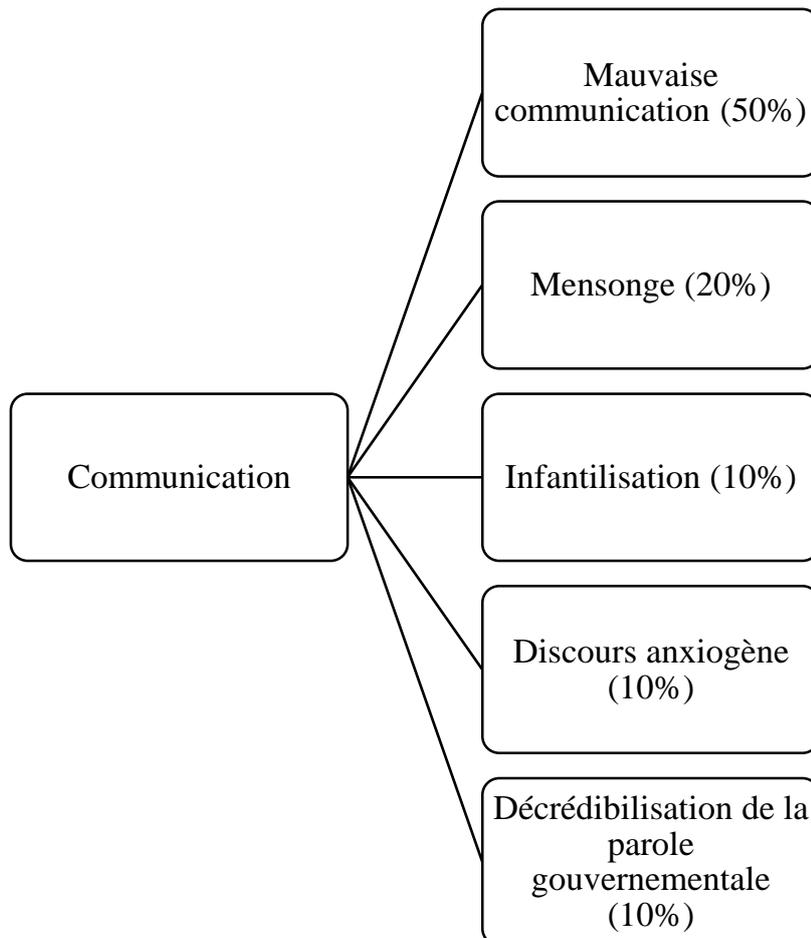


Figure 23 : Communication en période de crise

- Mauvaise communication

5 médecins sur 10 (50%) faisaient remonter une mauvaise communication avec un manque de clarté :

“J’ai l’impression que c’est des gens qui sont pas du tout formés à gérer ce genre de truc qui étaient là, à ce moment-là. (MG2)”

parfois associé à un retard des informations :

“C’était pas toujours très clair et c’était pas très... Ils communiquaient pas beaucoup avec nous [...]. Ou tardivement. (MG4) - Ce qui était par contre embêtant, c’était les recommandations qui changeaient et qui étaient annoncées à la télé avant d’être transmises aux médecins généralistes. (MG5) - Il y a eu trop de communication, trop et mal gérée, pas bien ciblée (MG6) - Je me suis dit : “Mais purée, il faut qu’on nous informe sur cette maladie!” (MG9)”

- Mensonge

2 médecins du panel (20%) regrettaient les mensonges dans la communication gouvernementale :

“J’aurais préféré entendre de la part aussi du ministre de la santé, que du président, enfin tous les hommes politiques qui se sont exprimés à cette période-là : “Bah en fait, on ne sait pas ce qui se passe et, en fait, on va voir au jour le jour parce qu’on en est rendu là, parce que l’épidémie est récente et qu’on ne peut pas apporter de réponse définitive. Alors qu’ils ont systématiquement essayé de faire croire qu’ils savaient alors que non, qu’ils ont plusieurs fois retourné leur veste de manière grossière. (MG7) - J’aurais préféré qu’on soit clair dès le

départ, qu'effectivement on n'aurait pas de test pour tout le monde, effectivement on ne testerait pas, effectivement les masques allaient manquer. - Je pense qu'un mea culpa n'aurait pas fait de mal et on n'en aurait pas été plus dur avec nos autorités s'il y avait eu un mea culpa d'emblée. (MG9)''

- Infantilisation.

Une infantilisation dans le discours qui était retrouvé dans la communication en période de crise par 1 des médecins (10%), mais qui lui semblait également nécessaire :

''Je pense que les français en ont besoin dans leur majorité par rapport à tout ce qui était campagne de sensibilisation, il y avait un côté très très infantilisant mais une fois de plus, je pense que les français ont besoin de ça. (MG1)''

- Discours anxiogène

La communication gouvernementale était jugée anxiogène pour les patients par 1 médecin du panel (10%) :

''c'était beaucoup plus anxiogène pour nos patients qu'autre chose. (MG1)''

- Décrédibilisation de la parole gouvernementale.

Le conflit entre la parole gouvernementale et celle des autres médecins et ''pseudo-scientifiques'' entraînait une décrédibilisation de la communication gouvernementale selon 1 médecin sur 10 (10%) :

“Le problème, ça a été les communications gouvernementales qui rentraient en conflit avec les communications des autres pseudo-scientifiques, médecins... Et ça je pense que ça a vraiment mis à mal la communication gouvernementale. (MG8)”

4. Politique vaccinale.

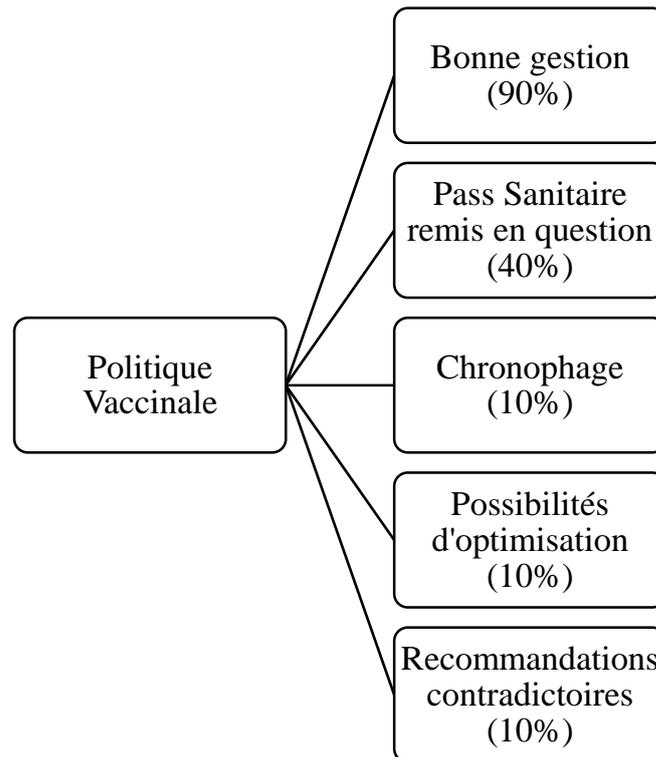


Figure 24 : Politique vaccinale

- Bonne gestion.

La bonne gestion de la mise en place de la vaccination était mise en avant par 9 des 10 médecins (90%) :

“Pas de grosse critique à faire. (MG2) - Je suis la politique vaccinale et je vaccine. J’ai pas trop d’avis là-dessus. (MG3) - Non je trouve que ça allait. (MG4) - Au début c’était un petit peu la galère, mais est-ce qu’ils y pouvaient quelque-chose? Je ne crois pas. (MG5) - Je vois

pas trop non plus ce qu'on aurait pu, à l'époque, modifier. (MG6) - On s'est quand même bougés relativement vite pour avoir des vaccins disponibles, il y a eu de la communication par rapport à ça. Il y a eu une extension de la possibilité vaccinale à d'autres professionnels que les médecins, y'a eu des centres enfin non, pour moi on a quand même permis à la population de se vacciner assez rapidement. (MG7) - Les centres de vaccination ont été ouverts mais euh... Ouais... On était limités en termes de doses disponibles. (MG8) - Il fallait vacciner. Après, de prioriser les vaccins, oui je pense que c'était une bonne chose de prioriser. (MG9) - La vaccination, elle était nécessaire. La rendre obligatoire c'est sûr que c'était un petit peu compliqué. - C'était peut-être brutal comme façon, il y aurait peut-être eu d'autres moyens de faire, mais voilà je pense que les français sont tellement antivax qu'on était obligé de leur imposer quelque chose. (MG10)''

- Obligation ("pass sanitaire") remise en question.

4 médecins sur 10 (40%) critiquaient pourtant la mise en place de l'obligation vaccinale par le pass sanitaire :

“Le fait de le rendre obligatoire, ça suscite tout de suite les soupçons, donc voilà, c'était un petit peu, un peu paradoxal. (MG1) - Le pass pour aller voyager ou autre... Mais ça, c'était ridicule en soi. (MG3) - Sauf, l'obligation vaccinale était un petit peu embêtante pour des... nous on a eu des gens qui ont eu des grosses complications suite à la vaccination. (MG4) - Le pass sanitaire? [...], c'était un peu excessif. Mais c'était sûrement pour mettre la pression pour encourager la vaccination. - C'est dommage parce que ça a engendré des antivax qui restent encore bien cantonnés dans leur position. (MG9)''

- Chronophage

Le facteur chronophage de la vaccination était cité par 2 médecins du panel (20%) :

“ C’était des heures au téléphone, plus des heures à expliquer, plus injections. (MG2) - C’était chronophage pour rien. (MG4)”

- Possibilités d’optimisation.

1 des médecins du panel (10%) faisait quand même remonter des possibilités d’optimisation de la vaccination, notamment par la gestion des stocks de vaccins par les médecins eux-mêmes :

“En tout cas, commander par l’intermédiaire des pharmaciens, c’était compliqué parce qu’on n’avait pas la gestion du stock. - On devait commander des vaccins, on les recevait la fin de semaine d’après donc, pour gérer [...] les plannings, les rendez-vous de vaccins, c’était très compliqué quoi. - On nous disait : “ Vous pouvez donner des rendez-vous à partir du moment où vous avez reçu le mail que vos vaccins vont être livrés en pharmacie”. Donc c’était du dernière minute. (MG4)”

- Recommandations contradictoires à l’évolution trop rapide.

Les recommandations évolutives et parfois contradictoires étaient énoncées par 1 médecin sur 10 (10%) :

“On est toujours dans pas mal d’injonctions contradictoires. - Et le fait que les règles changent au fur et à mesure, ce n’était pas là pour nous aider à faire preuve de pédagogie. (MG5) “

5. Médias pendant la crise

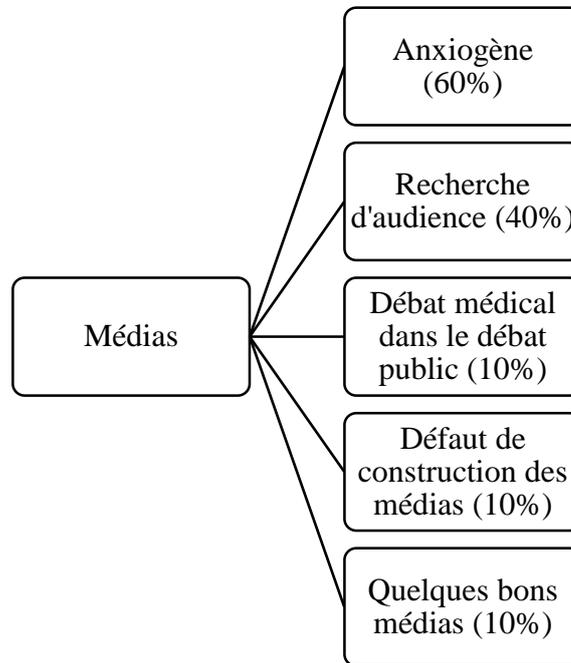


Figure 25: Médias pendant la crise

- Anxiogène.

Pour 6 des 10 médecins (60%) la couverture médiatique de la pandémie de coronavirus était anxiogène pour la population :

“ Il n’y avait pas d’autre sujet d’information. Mais en fait, ils parlaient que des choses qui n’allaient pas bien, que des gens qui n’allaient pas bien. (MG1) - Il aimait bien faire monter un peu la sauce, entre les gens un peu stressés à fond à suivre ce qu’on leur disait et les autres un peu plus dans la remise en question voire dans le complotisme. (MG2) - ça a été sur-médiatisé, on n’entendait plus que ça. Du coup ça a créé une anxiété, je pense, à tout le monde. (MG3) - Ce qui était compliqué, c’était les changements dans les schémas vaccinaux qui intervenaient et qui pouvaient flouter un petit peu le discours et générer de l’inquiétude

chez les patients. (MG5) - Et ce qui a quand même participé à l'anxiété générale. (MG8) - Et vous aviez les autres qui jouaient sur l'angoisse et l'anxiété en mettant des vidéos, des photos voilà, de gens intubés. (MG10)"

- Recherche d'audience plutôt que d'information.

Une recherche d'audience plutôt qu'une recherche d'information était prôlée aux médias durant la crise sanitaire par 4 médecins du panel (40%) :

"C'était de la recherche d'audience plus qu'autre chose. (MG1) - J'ai eu l'impression qu'il y a eu comme la recherche de sensationnel et de... d'article vendeur pendant la crise. (MG8) - Tous les jours à ramener un petit truc supplémentaire pour faire marcher l'audimat. (MG6) - Ce n'était pas vraiment un job de l'information, c'était plutôt un job du sensationnel. (MG9)".

- Transposition d'un débat médical en débat public.

Une transposition d'un débat et d'une prise de décision médicale dans le débat public était avancée par 1 médecin sur 10 (10%) :

" "Oh, mais il y a 80% des gens qui sont pour et on ne nous la prescrit pas, comment ça se fait ? " Bah parce que les gens n'ont pas à avoir d'avis sur la chloroquine hein, clairement, c'est un médicament, c'est chacun son domaine de compétence. (MG5) "

- Défaut de construction des médias.

1 des 10 médecins recrutés (10%) estimait que les médias en temps de crise recherchaient la rapidité plutôt qu'un sujet bien construit :

“On aurait pu se permettre d’attendre 2-3 jours pour se permettre de véhiculer des infos plutôt que de se précipiter sur le premier cas dont on avait vaguement entendu parler quoi. - On aurait des fois gagné en fait à avoir de l’information un petit peu moins constante et un petit peu plus construite. (MG7)”

- Quelques bons médias

1 médecin du panel (10%) admettait qu’il y avait cependant des médias faisant un travail correct durant la crise :

“Il y a de tout. Il y a des vrais médias qui invitaient des vrais spécialistes et voilà, qui avaient des paroles rassurantes pour les gens, des paroles rationnelles. (MG10)”

6. Sujet non abordé

- Impact psychologique de la crise sanitaire sur les soignants.

1 médecin sur 10 (10%) aurait souhaité approfondir l’impact psychologique de la crise sanitaire sur les médecins :

“On sous-estime vraiment l’impact psychologique de la pandémie sur les médecins. (MG1)”

- Impact du covid sur la vague de départ en retraite des médecins.

1 des médecins du panel (10%) mettait en avant l’augmentation des départs en retraite en post-covid comme sujet non abordé :

“On a quand même ressenti, dans le secteur, un départ en retraite entre guillemets, de plusieurs collègues, confrères, consoeurs, suite à cette crise covid. (MG8)”

- Absence de sujet non abordé.

Enfin, 8 des 10 médecins recrutés (80%) estimaient que l'ensemble des sujets dont ils souhaitaient parler avaient été abordés :

“non ça me semble complet. (MG2) - Non, tout a été abordé. (MG3) - Je crois qu'on a tout... tout vu. (MG4) - Non, on a abordé beaucoup de sujets déjà. (MG5) - je crois que je vous ai dit suffisamment de choses. (MG6) - Non, j'ai pas d'idées supplémentaires, je pense avoir tout dit. (MG7) - Y'a rien à rajouter de plus. (MG9) - Vous avez dû aborder à peu près tous les items. (MG10)”

IV. Discussion

A. Choix du sujet et méthodologie

Le choix d'une étude qualitative a été fait au vu du nombre restreint d'études sur le sujet au moment de l'élaboration de ma thèse. L'approche via des entretiens semi-dirigés associés à des questions ouvertes permet une plus grande flexibilité, une plus grande adaptabilité mais aussi une plus grande ouverture dans le recueil des données qu'un questionnaire en ligne. Le fait d'élaborer chaque entretien comme une discussion peut amener le médecin à se confier plus facilement, parfois à préciser des questions si elles ne sont pas ou mal comprises.

B. Limites de l'étude

Il existe quelques biais dans notre étude comme dans tout travail de recherche.

En premier lieu nous pouvons mettre en avant un biais de sélection. En effet, l'échantillon de notre étude est réduit, ce qui restreint fortement sa puissance. D'autre part il n'est pas suffisamment représentatif de la population générale à laquelle cette étude s'adresse. Ceci peut en partie s'expliquer par le fait que la participation à cette étude est faite sur la base du volontariat et donc les personnes y ayant répondu sont peut-être aussi celles qui étaient les plus intéressées par ce travail. Ce biais peut ainsi amener à sous-estimer certains effets de la crise du covid-19 sur une partie de la population n'ayant pas souhaité répondre. Afin de pallier ce biais de sélection nous avons mis en place un processus de relance répétitif afin de

recruter le plus grand nombre de participants. Nous avons aussi varié les canaux de recrutement. Et surtout, la saturation de données a été atteinte avec notre échantillon.

D'autre part, le fait d'incorporer les médecins remplaçants ayant été internes durant la crise pose également une question supplémentaire : N'aurait-il pas mieux valu réaliser l'évaluation du ressenti des internes dans une autre étude ? Leur ressenti de la crise covid peut-il s'intégrer dans l'évaluation du ressenti des médecins généralistes durant la crise covid ? Les internes ont participé de manière active à la prise en charge des patients durant la crise et ils ont, pour la plupart, terminé l'internat pendant la crise sanitaire. Leur modalité de fonctionnement s'en trouve nécessairement impacté et vient apporter un nouvel éclairage aux différentes questions de l'enquête.

Ensuite, un biais de mémorisation est également présent. Du fait de la réalisation du recueil en 2023, les souvenirs des différents participants ont, très certainement, pu être mis en défaut concernant certains aspects de la crise. Mais d'un autre côté cette évaluation à moyen terme permet également de relever les éléments ayant le plus marqué les participants.

Enfin, les biais d'évaluation, d'interprétation et de subjectivité sont bien sûr présents. Ils sont liés à la réalisation et l'analyse de tous les entretiens par un seul intervenant. Ces biais sont en partie compensés par la mise en place d'un canevas d'entretien avec une trame de questions restant la même d'un médecin à l'autre. D'autre part, l'enregistrement audio de l'ensemble des entretiens a permis une retranscription fidèle des propos des participants.

Par ailleurs, la réalisation d'entretiens induit nécessairement un biais de désirabilité sociale car, dans chaque interaction sociale, chaque individu souhaite se montrer sous son meilleur jour, montrer une facette positive, pouvant fausser le recueil de données. La mise en confiance par l'intervieweur et le déroulé de l'entretien sous forme d'une discussion ont partiellement pu atténuer ce biais.

C. Caractéristiques de la population

La France compte 99941 médecins généralistes sur son sol avec pour âge moyen 51 ans et comme pourcentage homme/femme 50%. L'exercice des médecins installés est libéral pour 70% des médecins français et mixtes pour les 30% restants.

En Alsace, en 2023 on comptait : 2528 médecins généralistes selon l'ARS, avec un âge moyen de 52 ans et une proportion homme/femme de 55%.

Pour rappel, dans notre étude notre panel comportait un ratio homme/femme de 20% ainsi qu'un âge moyen de 44,1 ans.

La population de notre panel n'est donc pas parfaitement représentative de la population visée par notre étude. La présence de trois remplaçants dans notre étude peut expliquer la différence d'âge moyen entre notre panel et la population de référence étudiée. La différence de proportion de population féminine de notre travail est un facteur également retrouvé dans plusieurs travaux portant sur des sujets similaires (35) (36) (24) (37). Dans une de ces études s'intéressant au stress des médecins généralistes d'Auvergne Rhône-Alpes durant la

pandémie, les autrices M. Dutour et A Kirchhoff rapportent comme possibles explications à cette différence, le biais de la sélection du panel par informatique. Cet outil était, expliquaient-elles, probablement plus facilement saisi par la jeune génération de médecins qui est à majorité féminine (24). Cependant plusieurs autres travaux ne retrouvent pas cette différence (27) (38) (26) voire présentent une majorité masculine (28) (30) (39).

D. Etat émotionnel du médecin généraliste durant la crise covid

1. Ressenti

L'angoisse et le stress ressentis par les médecins généralistes du panel est un sentiment retrouvé dans de nombreuses autres études portant sur les impacts de la crise Covid-19 sur les praticiens (19) (24) (27) (28) (31) (33) (35) (36) (38) (39) (40) (41). A. Frajerman dans son travail, retrouvait une prévalence significativement plus élevée de détresse psychologique et de stress liés à la pandémie chez les médecins généralistes que chez les autres spécialistes libéraux en France (40).

Dans notre étude, cette angoisse était notamment en lien avec une crainte de contamination personnelle, ceci est également retrouvé dans une partie de ces études (31) (36) (35) (39).

Dans notre travail, nous retrouvions plus souvent une angoisse en lien avec la peur de contaminer ses proches, celle-ci est également retrouvée dans la littérature (24) (28) (31) (33) (35) (39).

La moitié de notre panel nous exprimait une crainte professionnelle notamment en lien avec la réorganisation du cabinet et la recherche de fournitures, sentiment également retrouvé dans plusieurs autres études (36) (38).

Deux médecins de notre panel rapportaient une angoisse en lien avec une peur pour les patients comme rapporté dans diverses autres études (19) (24) (33) (36) (42). Dans son étude sur le vécu des médecins généralistes des Bouches du Rhône durant la crise covid, J. Luzet mettait en avant les réponses données par les médecins aux peurs et interrogations des patients comme source de stress (38).

Ces craintes de contamination personnelle mais également de proches et de patients étaient retrouvées d'une manière générale dans la population médicale française dans une enquête nationale réalisée en 2020 (42).

L'absence de crainte pour sa propre santé rapportée par une partie du panel était également retrouvée dans la littérature (38).

Un médecin avançait une explication à cette absence de crainte pour sa santé par la surprotection de ses patients. Cette explication pourrait trouver un écho dans l'étude de M. Dutour et A. Kirchhoff pour qui les médecins qui ne s'estimaient pas affectés par l'anxiété de leur patients étaient corrélés avec un score PSS-10 (score d'évaluation du stress utilisé dans leur étude) moins élevé que les autres, et donc une perception subjective du stress plus basse (24).

Le sentiment de colère que nous retrouvions était également mis en lumière dans deux études, l'une ayant exploré le ressenti des médecins généralistes dans la ville du Havre en 2020 réalisée par F. Faucon (28), l'autre s'intéressait au vécu émotionnel des médecins français et allemands réalisée par F. Fiedler (36). Cette colère était à l'encontre des politiques (28) mais également envers la société et était notamment en lien avec l'acceptation générale du traitement des personnes en EHPAD (36).

Le sentiment d'isolement qui nous était rapporté par un médecin au sein de notre étude a également été retrouvé dans la littérature notamment dans l'étude de F. Faucon, qui rapportait l'isolement social des médecins (28) et également dans une étude explorant le retour d'expérience des médecins généralistes haut-rhinois après la première vague de covid 19 par W. Delorme (35). Dans leur étude analysant le stress et ses déterminants chez les médecins généralistes, M. Dutour et A. Kirchhoff retrouvent que le sentiment de solitude est un facteur augmentant significativement le score PSS-10 leur servant à évaluer le stress (24). Tandis que dans l'étude de A. Monterrosa-Catro, c'est le fait d'avoir été discriminé en raison de sa profession de soignant qui était un facteur aggravant du stress (31). Dans l'étude de B. Anoun, l'isolement était lié à un sur- risque de dépression, de stress et d'épuisement professionnel (27). De même dans le travail de W. El Hage, l'isolement social était un facteur de risque d'apparition de symptômes psychiatriques (19).

S. Richa évoque quant-à-lui la stigmatisation des soignants du fait de leur lien avec la maladie, comme évoqué par un de nos médecins. Il l'explique du fait de l'incompréhension de cette maladie qui conduit à la peur de l'inconnu et à une peur des autres (43).

Le sentiment d'abandon de la part des institutions que nous rapportaient deux médecins se retrouvait également dans plusieurs autres études (24) (30) (36) (35) et notamment une relatant le retour d'expérience des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône dans le cadre de la crise sanitaire (26). Ces travaux objectivaient notamment comme symbole de cet abandon le manque de préparation gouvernementale et le manque de protection fournie.

Lors de nos recherches dans la littérature, nous avons également retrouvé le sentiment de culpabilité par rapport aux soins apportés à certains patients que nous rapportait un médecin (24) (36) (42).

Le sentiment d'exaspération par le confinement confié par un médecin est également cité dans la littérature, notamment en lien avec la garde des enfants à domicile (28). On retrouve également ce sentiment en lien avec une crainte de dérives politiques dans la restriction des libertés dans une étude de C. Grujard portant sur l'état d'esprit et l'organisation des médecins généralistes au cours de la pandémie de SARS-CoV-2 (33).

Le sentiment d'être évité par la crise que nous rapportait une partie des médecins de notre panel est également cité dans l'étude de F. Fiedler avec la notion de vacuité et ne pas être à sa place. Ce sentiment d'être évité par la crise était associé à une frustration due à un sentiment d'inutilité pour un de nos médecins, cette frustration est également retrouvée dans l'étude de F. Fiedler (36), mais également dans une enquête du « Quotidien du Médecin » (42).

La problématique de la gestion de l'incertitude est récurrente dans la littérature concernant le vécu des médecins généralistes durant la crise de covid 19 (26) (28) (39) (35) (33). F. Fiedler dans son étude rapporte le sentiment d'être sans repère (36). Dans son article, G. Bloy explore cette incertitude selon deux paramètres : la vigilance scientifique par rapport au niveau de preuve et recommandations et la considération accordée à la plainte profane. D'après cette interprétation, l'exercice de la médecine générale traditionnelle se trouverait au croisement de ces deux paramètres dans une incertitude qu'elle nomme « relativisée » (44). Selon F. Féliu, durant la crise Covid, cette incertitude s'est progressivement déplacée vers une augmentation

de la vigilance scientifique et une diminution de la considération de la plainte profane (45), se positionnant dans une zone d'incertitude que G. Bloy nomme « incertitude balisée », avec l'apparition d'une certaine protocolisation des prises en charge covid-19. F. Féliu rappelle qu'avant et en parallèle de cette « protocolisation » il existe une incertitude qu'il nomme « radicale » dont il parle ainsi « *Cette forme d'incertitude radicale, au moins concernant les savoirs en construction, se traduit en premier lieu par l'incapacité à produire de l'information pour le patient, bien davantage que par une incapacité à agir (par le diagnostic ou la prescription médicale). [...] plus que l'incertitude sur les savoirs eux-mêmes, c'est donc leur gestion dans le cadre de la rencontre avec le patient qui s'est avérée problématique. Ce savoir, considéré comme non (encore) scientifiquement étayé, trop complexe [...], ou trop dense, les place dans une position inconfortable vis-à-vis de patients en quête de réponses.* » (45).

2. Solutions

Les solutions pour soulager l'anxiété décrites par certains médecins étaient le partage, l'échange d'information, la demande d'avis avec les collègues et les confrères. Ce recours est également retrouvé dans plusieurs études. Duez et Mermier retrouvent également le partage d'informations via les réseaux sociaux et les groupes de discussions dans leur étude (26). Dans les travaux de F. Faucon, ce sont les liens sociaux avec les collègues entre autre qui sont mis en avant, les décrivant également comme source d'information (28). La communication avec des confrères est une des actions de gestion du stress dans l'étude de K. Amanzou (30). C. Grujard rapportait dans son étude que la discussion entre confrères était un élément clé de la réassurance des médecins (33).

Deux médecins ont décrit un recours à un professionnel de santé pour faire face au ressenti. Le recours à un professionnel de santé est également retrouvé dans la littérature avec notamment le recours à un confrère pour des prescriptions médicamenteuses, mais également pour des traitements non médicamenteux (27) ainsi que l'aide d'un psychologue où, dans l'étude de K. Amanzou, 30% des médecins interrogés auraient accepté une aide psychologique si elle avait été proposée (30), constat fait aussi par un médecin de notre panel.

Le fait de relâcher la pression, se reposer, avoir des activités pour s'aérer l'esprit est décrit dans notre étude mais aussi dans le travail de F. Faucon où il est décrit comme le temps libre des praticiens (28). On retrouve également cette solution dans le travail de K. Amanzou (30) et de M. Dutour (24).

Le fait de relâcher la pression et de se reposer peut être associé à la notion de contrôle de son planning avec une limitation de la masse de travail qui était rapporté par un médecin de notre panel comme facteur soulageant. Celle-ci peut également faire écho à la notion de temps libre déjà susmentionnée de l'étude de F. Faucon (28). Dans l'étude de M. Dutour et A. Kirchhoff, la quantité de travail modérément excessive était significativement associée à une augmentation du stress, le contrôle du temps de travail serait donc par conséquent une solution de gestion de cette augmentation de stress (24).

La consommation d'alcool décrite par un médecin fait partie des facteurs d'exploration de la santé mentale des médecins libéraux dans l'étude de A. Frajerman (40). Ce facteur n'était pas significativement corrélé à une altération de la santé mentale des médecins généralistes au contraire de l'augmentation de la consommation de psychotrope (psychotropes non cités dans notre étude). Plusieurs études retrouvent également une augmentation de la consommation

d'alcool chez les soignants durant la crise covid, cette consommation étant identifiée comme une stratégie de coping (46) (47).

« Le *coping* représente, ainsi, l'ensemble organisé des efforts cognitifs et comportementaux, que fournissent les personnes pour anticiper et détecter des agents de stress potentiels ou pour aménager (par exemple, prévenir, minimiser ou contrôler) la demande née des transactions entre elles-mêmes et leur environnement » (48).

Certains des médecins ont avancé un investissement professionnel comme facteur améliorant leur stress. Le fait d'être en accord avec son travail et de se sentir utile dans son travail était un facteur significativement lié à une diminution de stress dans la littérature (24). Le travail était cité comme une action adoptée par les médecins généralistes pour gérer le stress dans l'étude de K. Amanzou (30).

La protection personnelle comme facteur diminuant le stress cité dans notre étude est également retrouvée dans la littérature (33) Dans son étude, B. Anoun rapporte que 40% des médecins ne se sentant pas en sécurité dans leur pratique modifiaient leur pratique afin de majorer leur protection (27).

L'effet de l'information sur le stress est retrouvé dans l'étude de F. Faucon (28).

L'isolement comme facteur de protection des proches permettant de diminuer le stress de transmettre la covid-19 au domicile est retrouvé dans l'étude de B. Anoun (27). Plusieurs études mettent en avant l'adoption de mesures d'hygiène et de protection sans pour autant les

mettre en lien avec une amélioration du stress ou une diminution de la peur de contamination de l'entourage (28) (30) (33).

L'absence de mise en place de solution au ressenti était également présente dans l'étude de K. Amanzou (30).

Dans notre étude ainsi que dans la littérature, les solutions apportées par les professionnels de santé à leur ressenti durant la crise covid-19 était la mise en place de protection pour soi et ses proches, le partage entre pairs et la recherche d'information ; et enfin l'adaptation du temps de travail avec recherche de distraction et/ou recours à un professionnel de santé.

Notre travail met donc en avant des actions propres à chaque médecin mais également des actions et systèmes pouvant être améliorés/proposés pour faire face à une prochaine crise.

E. Les patients

1. Anxiété

La principale réaction des patients -tel que perçu par leurs médecins- était l'anxiété, le stress et l'angoisse. Ces sentiments étaient également rapportés dans l'étude de F. Faucon (28) ainsi que dans celles de S. Laconi (49). Duez et Mermier rapportaient également ce sentiment dans leurs travaux (26). A. Page dans son étude explorant les peurs en période de pandémie rapporte également un sentiment de peur au sein de la patientèle d'un cabinet médical durant la crise (50).

On peut faire un lien entre l'anxiété des patients et celle des médecins grâce à l'étude de J. Luzet montrant une corrélation entre un niveau de stress important et l'incapacité à répondre aux peurs et interrogations de la patientèle (38). Dans un retour d'expérience de la région

Provence Alpes Côtes d'Azur, une augmentation des demandes de soins pour stress, troubles anxieux ou dépressifs était rapportée par les médecins généralistes (51).

2. Syndrome dépressif

Une des conséquences de la crise de covid 19 retrouvée dans notre travail était l'augmentation d'état dépressif durant les confinements, puis aux déconfinements, mais également en post-crise sanitaire. Selon une article de la DREES, une augmentation des consultations pour stress, troubles anxieux ou dépression est rapportée (52).

Dans son article, M. Leboyer évoque des résultats de recherche évoquant une augmentation des cas de dépression, de troubles de stress post-traumatique (TSPT) et troubles anxieux après les épidémies de SARS et de MERS (53). L'augmentation de risques de TSPT, d'anxiété, de dépression et d'insomnie en lien avec une infection par le Covid 19 est également citée (53) (54). Une augmentation des décompensations des maladies psychiatriques du fait de la crise de covid-19 est également rapportée (55).

3. Les réactions à la crise comme étape du deuil

Les différentes réactions des patients rapportées par les médecins : Sidération, banalisation, agacement/complotisme/lassitude, dépression, acceptation ; pourraient être rapprochées des étapes du deuil développé par Kubler-Ross (56) avec le choc et le déni initial, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Hanus décrit un processus de deuil en 4 phases (56) avec la sidération, la recherche, la destruction et la reconstruction, processus dans lequel on peut également retrouver quelques similitudes dans la réaction des patients décrite par les médecins du panel. Ceci pourrait évoquer le deuil de la normalité que réaliseraient les patients durant le confinement.

Dans son travail, J. Luzet retrouvait que 35% des médecins du panel estimaient que leurs patients n'avaient pas eu un comportement adapté pendant la crise (38).

Cette interprétation de la réaction des patients est originale dans notre travail et n'est pas retrouvée dans la littérature. Malgré les grandes similitudes de réaction de ces deux situations, cette hypothèse ne peut être vérifiée dans notre travail. Elle semble pourtant intéressante et un travail exploratoire auprès des patients serait nécessaire pour l'étayer.

4. Réticence à la vaccination

Une certaine réticence à la vaccination de la part des patients était mise en avant dans notre étude. Plusieurs études ont également retrouvé ce fait (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66). Les raisons de ces hésitations retrouvées dans la littérature seraient les orientations politiques (57) (59) (63) (67), le sexe féminin (57) (58) (62) (63) (64) (66) (68), le manque de confiance dans les professionnels de santé, dans le système de santé et dans la science en elle-même (63) (67) (68), les appartenances ethniques (58) (63) (65), l'absence d'activité professionnelle ou un bas revenu professionnel (63) (58), l'appartenance religieuse (63), un bas niveau d'éducation (57) (58) (63) (65) (61) (66) (68), un âge plus jeune (57) (62) (63) (66), l'absence de comorbidités à risque (57) (64) (66), le manque d'accès à une information de qualité ou la désinformation (65) et l'absence d'antécédent d'infection à covid-19 (60).

Cependant, selon une étude de O. Epaulard, les médecins auraient du mal à identifier les patients qui ont une perception négative de la vaccination (69).

Cette méfiance contraste avec l'opinion des médecins envers la vaccination. En effet, selon une première enquête de la DREES 8 médecins sur 10 sont favorables à la vaccination (70), dans une deuxième enquête ils sont même 97% à y être favorables (71). Dans l'étude de R.

FILISOIU, 84% des médecins estimaient être suffisamment informés sur les vaccins anti-covid 19 (72). Dans cette même étude, l'auteur rapporte que les médecins réticents à la vaccination sont rares dans son échantillon (72).

Une certaine réticence à la vaccination est retrouvée dans la littérature. Les raisons ainsi que les populations à risques semblent être reconnues et sont nombreuses, sans en sortir un profil type. Les données de la littérature pourraient aider les professionnels de santé, notamment ceux que décrit notre travail, dans une meilleure compréhension et donc prise en charge des patients hésitants voire réticents à la vaccination.

5. Conséquences infantiles de la crise sanitaire

Deux des médecins interviewés évoquaient les conséquences infantiles du covid-19 et du confinement.

S. Dutta rapporte des conséquences psychologiques infantiles de coronavirus avec notamment du stress et de l'anxiété (73). Dans son étude, A. Gherasim explore les conséquences psychologiques de la pandémie de coronavirus chez l'enfant et retrouve un impact psychologique négatif sur les enfants avec notamment une anxiété et une insécurité ayant nécessité la mise en place de coping émotionnel par les enfants (74).

Pour K. Dubois-Comtois, l'anxiété infantile durant le confinement était associée à une insécurité d'attachement, une anxiété parentale ainsi qu'une aversion à la solitude (75).

Dans l'étude CONFAMI de R. Zebdi, on retrouvait des conséquences infantiles négatives du confinement telles que de l'inquiétude, de la colère, de l'irritabilité et de l'ennui, mais également heureusement des conséquences positives telles que l'amélioration de l'autonomie ainsi que l'amélioration des relations familiales (76) (77).

M. Leboyer évoque dans son article les potentielles conséquences à long terme pour les enfants nés dans les suites d'un stress maternel important (guerre, catastrophe naturelle, épidémies...), ces nouveaux-nés seraient plus à risques de développer des TSA et des troubles schizophréniques (53). Dans son article, H. Bottemanne rapporte un risque plus élevé de syndrome anxieux et dépressif durant la période périnatale pendant la crise sanitaire, les conséquences infantiles des enfants nés durant cette période sont encore à évaluer (78).

Les conséquences scolaires sont également un sujet abordé par X. Thiery montrant un maintien du travail scolaire avec cependant une baisse globale du travail quotidien (77). Celui-ci retrouve également dans son travail une augmentation du temps passé devant les écrans et une apparition de troubles du sommeil (77).

Selon une enquête menée par la PMI, au décours du premier confinement, 29,5% des familles interrogées rapportaient des troubles du sommeil chez leur enfant avec une persistance de ses troubles pour 35% d'entre elles à 5 mois. Dans cette même étude, un retard dans le suivi préventif habituel des enfants de 0 à 2 ans était présent chez 33,7% des familles interrogés en octobre 2020 (79).

Dans le cadre des conséquences infantiles de la crise sanitaire, l'ONPE rapporte une augmentation de plus de 80% des appels pour violences infantiles au 119 durant le premier confinement, cette augmentation est à associer à une augmentation de 48% du nombre d'interventions des forces de l'ordre en lien avec des contacts via le 114 (80). Plusieurs autres études corroborent cette augmentation de violence infantile durant les confinements en lien avec la crise sanitaire (81) (82).

Notre travail retrouvant une inquiétude des médecins généralistes envers les conséquences infantiles de la crise sanitaire et notamment celles du confinement se trouve complété par les

données de la littérature. Il s'agit pour les professionnels de la santé d'être attentif à ces conséquences dans le suivi de leur jeune patientèle. Un suivi à long terme de ces générations semble important afin de documenter plus profondément les conséquences de la crise sanitaire du point de vue somatique mais aussi psychologique et comportemental.

6. Renoncement au soin

Un renoncement au soin de la part des patients était ressenti par les médecins dans notre travail ainsi que par les médecins interrogés dans plusieurs autres articles (28) (35) (39) (41) (83) (84) (85) (86). Cependant, un renoncement aux soins a été objectivé dans plusieurs études (51) (87) (88), avec un taux de renoncement allant jusqu'à 60% du panel dans le travail de H. Revil et en moyenne deux actes de soins renoncés par renonçant durant le premier confinement dont 39% étant une consultation chez le médecin généraliste (89).

Les causes de renoncement avancées par les médecins du panel étaient la peur et le message véhiculé par les médias. Les médecins interrogés par F. Faucon rapportaient les mêmes causes dans son travail mais celles-ci étaient également associées au manque d'information des patients et du caractère bénin des motifs de consultation (28). La peur était aussi retrouvée comme cause du renoncement par W. Delorme (35). H. Revil dans son travail liste les raisons de renoncement aux soins en médecine générale par ordre de fréquence décroissant : peur de surcharger le médecin, cabinet fermé, peur d'être contaminé par le coronavirus, motif bénin, échec à l'obtention d'un rendez-vous (89). La recommandation d'éviction des cabinets médicaux par les médias est également retrouvé dans la littérature (27).

Certains de ces renoncements aux soins ont conduit à des ruptures totales de soins comme le rapportent certains médecins de l'étude de W. Delorme (35) comme dans notre étude.

Un report et un retard de suivi spécialisé mais également un retard diagnostic était avancé par les médecins du panel. Ce retard était également mis en avant dans le panel de W. Delorme (35) ainsi que celui de N. Landais (55). Le renoncement des soins spécialisés compte pour 25% des soins renoncés dans l'étude de H. Revil (89).

Un médecin de notre panel évoque des retards diagnostics par invisibilisation des autres pathologies par la covid 19. Dans plusieurs autres études, les médecins généralistes semblent rapporter le même sentiment (26) (33) (35) (36) (39) (55). Cependant, celui-ci peut également être nuancé par l'étude de I. Bardoulat qui retrouve une réelle baisse de survenue de plusieurs pathologies infectieuses à la faveur du confinement et des gestes barrières (90).

La prise de nouvelles par voie téléphonique comme limitation au renoncement de soins et comme surveillance des populations les plus fragiles, est retrouvée dans le panel de C. Grujard (33), de F. Fiedler (36) et de B. Anoun (27). L'étude de M. Swinnen sur la téléconsultation retrouve également cette pratique (91).

Dans notre étude, plusieurs renoncements aux soins étaient rapportés, la plupart sans gravité. Cependant la mise en évidence de rupture de suivi ainsi que des retards diagnostics dans notre travail ainsi que dans la littérature laisse présager des conséquences pour la santé publique dont l'importance ne sera sans doute réellement estimée que dans les années à venir.

L'invisibilisation de certaines pathologies par la sur-vigilance au Covid-19 a pu participer à ces retards diagnostics.

Le rôle des médias dans cette éviction/retard est un élément de réflexion pour les crises futures.

Pour les médecins du panel, la téléconsultation a participé à la fois à ce renoncement aux soins, mais également en a été un facteur de limitation de ce renoncement selon les cas.

7. Téléconsultation

La téléconsultation était perçue comme un changement important par les médecins de notre panel avec une importante majoration de son utilisation retrouvée dans la littérature (33) (38) (51) (85) (86) (92) (93) (94) (95). Selon une enquête de la DREES, 7 médecins sur 10 ont mis en place la téléconsultation durant le premier confinement (96). A. Catherine expose dans son travail l'essor de la téléconsultation puisque l'Assurance maladie a dénombré 601 000 téléconsultations entre le 1^{er} et le 28 mars 2020, contre 40 000 le mois précédent (97). S. Gautier rapporte dans son travail que les MG à risque de forme grave de COVID-19 avaient deux fois plus de chance d'avoir utilisé la téléconsultation que ceux non à risque de forme grave (98).

Quelques indications étaient énumérées par les médecins du panel avec notamment les pathologies aiguës et la poursuite de soin. L'élimination de l'urgence des pathologies aiguës et le maintien de contact étaient également les raisons de réalisation de téléconsultations dans l'étude de M. Swinnen avec cependant la nuance de la connaissance préalable du patients et de son dossier et le fait de bien délimiter le cadre sa pratique au préalable (91). Dans son étude, R. Biscotti retrouvait comme indication les motifs dermatologiques, les arrêts de travaux et les renouvellements d'ordonnance (99). Dans son travail, M. Voyen mentionnait les avantages retrouvés par les professionnels de santé et les patients à la téléconsultations, ceux-

ci étaient la limitation des déplacements, son utilité et sa complémentarité au suivi habituel et surtout son intérêt en période de pandémie (92).

Un des médecins du panel avançait la possibilité de rémunération d'actes jusque -là non payés, élément qui revient dans le travail de A. Sory (84).

Plusieurs limitations étaient retrouvées notamment le manque d'examen physique. Ces sentiments étaient également retrouvés dans l'étude de R. Biscotti (99), de M. Swinnen (91), de M. Voyen (92), de P. Jaury (93), de C. Dibao-Dina (85), de A. Sory (84) ainsi que dans une enquête de la DREES (94). D'autres limitations sont rapportées dans de nombreuses études abordant la téléconsultations (26) (36) (83) (92) (99) (93) (55). L'une d'elles rapportée dans plusieurs études concernait le secret médical (83) (84) (99). L'étude de U. Kassana montre une moindre appréciation de la téléconsultation par les médecins généralistes les plus vieux et une meilleure évaluation par les 40-49 ans (37). Cet impact générationnel de la téléconsultation est également retrouvé dans l'enquête de la DREES (94). M. Voyen cite comme frein à la téléconsultation le manque de contact humain ainsi que le caractère irremplaçable des consultations classiques (92). Le manque de contact humain est également mis en avant par P. Jaury (93).

Un des médecins du panel évoquait la téléconsultation comme un renoncement partiel aux soins. Cette notion également retrouvée dans le panel de D. Hassimaly (83). En revanche, A. Sory avance la téléconsultation comme solution au renoncement aux soins dans un contexte de confinement (84).

La distanciation médecin/patient est une des conséquences rapportées de la téléconsultation. Cette modification de la relation médecin/patient engendrée par la téléconsultation est retrouvé par M. Swinnen (91) mais également J. Ramaroasy (39).

La téléconsultation comme exercice fatiguant de la médecine était avancé par un médecin de notre étude, également retrouvé dans l'article de M. Swinnen (91).

La téléconsultation est un élément important de la crise sanitaire selon les médecins de notre panel. Dans le cadre des indications retenues par les médecins de notre travail et la littérature, elle implique de grands changements dans la pratique mais aussi dans la relation avec le patient.

8. Rôle du médecin généraliste en temps de crise

Dans notre panel, le rôle de réassurance du médecin généraliste auprès de sa patientèle était très représenté. Plusieurs autres études de la littérature rapportent une représentation similaire du rôle du médecin généraliste (26) (28) (36) (39) (55).

Un rôle d'information du patient est également retrouvé dans le cadre de la crise covid-19 (28) (36) (55).

Ce rôle d'information est également associé à celui de prévention (36).

Un des médecins de notre panel énonçait le rôle du médecin généraliste comme chaînon organisationnel local en réponse à la crise sanitaire, ce rôle est aussi retrouvé dans la littérature (26) (85).

Une certaine modification du rôle de médecin généraliste est décrite dans notre travail.

- Dans notre panel, plusieurs médecins évoquaient une sortie du rôle de médecin généraliste. Un médecin évoquait un glissement vers un rôle de contrôle des populations notamment en lien avec le pass sanitaire. C. Bommier évoque en ce sens la transformation de la décision médicale non plus comme décision scientifique (les données scientifiques étant inexistantes ou insuffisantes pendant un temps) mais comme résultat d'influences extérieures réduisant le rôle du médecin à celui de prestataire de service (100). On retrouve également cette idée à travers la notion de partage de données au travers du contact-tracing dans l'article de A. Catherine (97).
- Un des médecins de notre panel évoquait une transformation de sa pratique avec une impression de réaliser une médecine « hospitalière » en ambulatoire, une sorte de transfert des actes hospitaliers en ambulatoire. Cette notion de médecine ambulatoire simili-hospitalière n'est pas retrouvée telle quelle au sein de la littérature. De fait, la gestion de médication hospitalière a été autorisée en ambulatoire.

Le rôle du médecin généraliste, va de pair avec des responsabilités évolutives.

- La mise en place de la vaccination était vécue comme une nouvelle responsabilité par des médecins de notre panel. Une augmentation de lourdeur administrative en lien avec la vaccination est rapporté par M. Heitzmann (41), ce qui semble expliquer ce sentiment de nouvelle responsabilité plutôt que la vaccination elle-même, qui est déjà faite pour de nombreuses autres pathologies en médecine générale ambulatoire.

- Dans notre échantillon, l'apparition de nouvelles responsabilités administratives était décrite. La déclaration des cas contact à la CPAM et le tracing des cas-contacts étaient également rapportés comme une nouvelle responsabilité administrative dans l'étude de Duez et Mermier (26) ainsi que dans celle de J. Ramaroasy (39). A Catherine rappelle la responsabilité du médecin dans l'atteinte au secret médical de cette déclaration des infections covid-19 et des cas contact (97).

C. Jagastru rappelle également la problématique de la responsabilité légale et civile de « mauvaise pratique médicale » dans le cadre de la crise sanitaire (101).

H. Julien décrit quant-à-lui une majoration de la responsabilité individuelle du fait de l'inadéquation entre la médecine en temps de crise ou de catastrophe et le code déontologique. Le médecin doit alors : « lorsqu'il est amené à s'affranchir des dispositions formelles du code de déontologie, il doit le faire de façon proportionnée aux contraintes liées à la situation à laquelle il doit faire face. » (102).

Notre travail conforte le rôle du médecin généraliste dans son rôle d'information et de réassurance face aux patients.

Dans notre travail, les médecins incitent à prendre garde aux dérives du rôle du médecin généraliste dans le cadre de la crise sanitaire notamment dans le cadre d'un contrôle des populations avec entre autres le pass sanitaire, le contact tracing et donc le risque déontologique du respect du secret médical, préoccupation retrouvée dans la littérature.

Les médecins de notre travail confirment l'apparition ou la majoration de responsabilités notamment administratives du médecin généraliste durant la crise sanitaire COVID-19.

9. Relation médecin/patient

30% des médecins de notre panel estimaient que la crise sanitaire avait apporté un gain de confiance de la part des patients envers le médecin généraliste. Dans son étude, J. Luzet rapportait que 75% des médecins interrogés estimaient que cette crise avait renforcé la relation médecin-patient (38). Dans son article, R. Pougnet évoque une augmentation du « pouvoir médical » notamment à travers la dimension d'exemplarité du médecin (103). Dans un autre article, B. Vigneras explique le caractère bénéfique qu'a pu avoir la crise sanitaire sur la relation soignant-soigné en mettant les proches à distance. En effet, elle décrit une intrusion insidieuse des proches dans la relation soignant-soigné au fur et à mesure des années notamment chez les patients les plus âgés ou institutionnalisés. En mettant les proches à distance par la limitation des visites, la crise sanitaire aurait permis de remettre le patient au centre de cette relation (104).

A l'inverse, certains médecins de notre panel évoquaient une perte de confiance dans le corps médical ainsi qu'une dévalorisation de la parole médicale. Cette idée est également retrouvée dans la littérature (26) avec notamment une désacralisation de la parole du médecin pour J. Ramaroasy (39). Dans son article, C. Bommier évoque une « désagrégation du corps médical sous l'inadéquation et l'inconstance des discours médicaux ». Dans le même article, il résume le chamboulement du rôle du médecin induit par la crise de Covid- 19 : *« Le médecin-scientifique n'avait que peu de données à présenter (« chercheur qui n'a pas trouvé »), le médecin-prescripteur n'avait pas de médicament à prescrire (« prescripteur qui ne prescrit pas »), et pire que tout, le médecin-humaniste fut le colporteur d'un hygiénisme si extrême qu'il en venait à rompre le contact humain par le confinement ou l'application des gestes barrières (« l'humaniste qui déshumanise »). Tous les repères du sens donné aux soins étaient chamboulés, alors même que le devoir du médecin était d'être humble dans son information,*

parcimonieux dans ses prescriptions et bienveillant dans ses conseils. Si lui-même pouvait être convaincu de son bien-agir, nombreux sont les patients qui ont assimilé l'augure au coupable. Applaudi un temps, le médecin fut désigné comme geôlier par la suite : la notion de dictature sanitaire émergea. » (100). P. Buffaz émet l'hypothèse dans son article que cette perte de confiance envers le médecin est à mettre en lien avec l'essor des communautés virtuelles de santé (105). R. Pougnet quant-à-lui évoque cette méfiance et dévalorisation de la parole médicale comme suit : « Une certaine méfiance face aux pouvoirs de conseil s'est parfois manifestée, remettant en doute l'autorité savante des médecins, et des chercheurs en général, en une période de découverte progressive d'une nouvelle maladie. Certaines personnes ont sans doute éprouvé de la déception face au manque de traitements ; l'autorité de la médecine a été ébranlée par une puissance d'action en deçà des représentations de l'imaginaire collectif. Mais il y a eu aussi une crise de la communication : les évolutions des connaissances et des données scientifiques ont été fulgurantes certes ; elles ont surtout été l'objet d'exposition dans la sphère publique, touchant une population dépourvue des outils pour critiquer eux-mêmes les limites de ces données. » (103).

Un des médecins de notre panel retrouvait à la fois un gain et une perte de confiance de la patientèle réalisant une fracture au sein de sa patientèle. Cette idée de perte de confiance et de gain de confiance est parfois retrouvée au sein d'une même étude mais n'est pas décrite par un seul médecin au sein de sa propre patientèle dans la littérature.

Un glissement vers une relation de consommation de soin était mis en évidence dans notre recueil. A. Sory mettait ce glissement vers une consommation de soin en lien avec la

transformation de l'exercice par la téléconsultation, craignant la consommation commerciale et l'industrialisation de la médecine par la téléconsultation (84).

Un des médecins de notre panel décrivait sa déception en lien avec l'absence d'évolution de la relation médecin/patient, fondant de grands espoirs sur cette crise pour transformer le patient comme un allié et un acteur de sa propre santé. Cette notion n'est pas retrouvée dans la littérature.

Notre étude, comme retrouvé dans la littérature, met donc en évidence une modification de la relation médecin/patient entre majoration de la confiance soigné/soignant pour une partie de la population et profonde défiance pour l'autre. L'évaluation de l'impact de ces modifications à distance de la crise sur le soin pourrait être intéressante.

L'impact de la crise sanitaire sur les patients est important comme le rapportent les médecins de notre panel mais également les données de la littérature. Trois principales causes des impacts sur les patients ressortent.

Premièrement, les confinements et déconfinements découlant de cette crise ont apporté un sentiment d'anxiété, entraîné des états dépressifs et forcé la population à faire un deuil de la normalité. Ils ont également de lourdes conséquences sur la santé infantile dont les impacts réels restent encore à évaluer sur les années à venir.

Deuxièmement, le rôle des médias dans plusieurs réactions des patients est pointé du doigt avec notamment une responsabilité dans la réticence vaccinale, dans le renoncement au soin mais également dans la confiance accordée au médecin traitant. Dans ce climat d'incertitude,

parfois entretenu par les médias, le rôle de réassurance et d'information du médecin généraliste s'est trouvé renforcé en général.

Enfin, la téléconsultation, nouvelle pratique pour nombre de praticiens, posent plusieurs questions et défis. La relation entre la téléconsultation et le renoncement au soin semble être à explorer. Cette téléconsultation, signe et conséquence du changement de paradigme du système de soin, entraîne une mutation et un questionnement autour de la relation médecin/patient. Ce questionnement fut d'autant plus prégnant dans un contexte tendu de crise sanitaire.

F. Information professionnelle

Beaucoup de professionnels de notre panel rapportent une modification de la manière de s'informer. Cette modification, logique en cours de pandémie, est bien sûr retrouvée dans la littérature (27) (33) (55) (85) (106). Certaines sources citées dans notre panel, sont également citées dans l'étude de K. Amanzou (30) comme le DGS-urgent ou le site coronacliv.

L'émergence ou l'augmentation de l'échange informationnel entre médecins généralistes est revenue plusieurs fois dans notre étude ainsi que dans la littérature (26) (24) (33) (51) (85) (41). F. Féliu cite cette émergence de réseaux professionnels locaux comme une réponse à l'incertitude citée plus haut, mise en lien avec une insuffisance des informations officielles et visant ainsi à palier ses manques (45).

Dans de nombreuses études, les médecins interviewés rapportent l'accélération de l'information, l'augmentation de la masse de recommandations et le caractère changeant de celles-ci (26) (33) (36) (39) (41) (52) (55) (103) (107) (108).

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en rapport avec une information changeante et contradictoire était également mise en avant dans plusieurs articles (24) (26) (36) (51) (85) (103).

Dans son article, C. Bommier rapproche la saturation en information du médecin à la possibilité de commettre des erreurs médicales (100). Dans son Travail, R. Pougnet évoque la remise en question du « pouvoir de connaissance » de la profession médicale du fait de l'impossibilité pour un médecin seul de se tenir à jour de la littérature médicale concernant le covid-19 (103).

Un des médecins de notre étude déplorait la lenteur de l'information, cette idée est retrouvée dans la thèse de Duez-Mermier sous la forme d'une modification du rôle du médecin généraliste avec plus de recommandation à sa destination (26). R. Pougnet rappelle que la connaissance médicale est un héritage qui se construit, ainsi la société n'avait pas conscience qu'il faut du temps pour construire cette connaissance ; « *La temporalité de la recherche s'oppose parfois à celle du soin* » explique-t-il (103).

Dans un contexte où une forte incertitude a été évoquée dans notre travail, l'enjeu de l'information professionnelle s'en trouve renforcé. Les médecins de notre panel ainsi que la littérature rapportent une difficulté en lien avec une information changeante et trop volumineuse, contrastant avec la lenteur de mise à disposition de la « bonne » information.

Cette difficulté mène les médecins à pallier aux insuffisances des informations officielles par la mise en place de réseaux d'échange informationnel entre professionnels locaux.

G. Impact organisationnel

1. Changement dans la pratique

Ayant suivi les recommandations en vigueur, les médecins ont adopté des modifications organisationnelles (26) (27) (33) (37) (41) (51) (55) (85) (109).

Les modifications d'organisation étaient d'une part en lien avec la campagne de vaccination contre la covid 19 notamment les modifications de planning (109).

D'autre part, les modifications d'organisation au cabinet concernaient l'hygiène avec le port du masque, la mise en place des gestes barrières et du gel hydro-alcoolique, les modifications d'agencement des salles d'attente (écartement des chaises, suppression des journaux et jeux pour enfants), l'aération du cabinet entre chaque patient et le regroupement horaire des consultations pour infection covid-19 (27) (33) (55) (85) (41). C. Grujard évoque dans son étude une adaptation de l'examen physique mais également de la demande d'examens complémentaires en période de crise covid-19 (33).

Le fait de faire attendre les patients dans leur voiture plutôt que dans la salle était décrit dans notre étude, ce qui est également retrouvé dans la littérature (55).

L'arrêt des consultations sans rendez-vous et le passage au « tout rendez-vous » était décrit par plusieurs des médecins de notre panel, ce fait était également retrouvé dans l'étude de N. Landais s'intéressant à la réorganisation des soins en Maine et Loire à la faveur de la covid-19 (55).

La diminution initiale de fréquentation était un des impacts organisationnels de la pandémie rapportée par les médecins de panel, cet impact est rapporté par plusieurs autres études (55) avec, selon une enquête de la DREES, une diminution estimée entre 13% et 24% (96). Cette diminution initiale de fréquentation pourrait être mise en lien avec le renoncement au soin cité plus haut.

L'aménagement du cabinet pour permettre l'information des patients allait de pair avec une augmentation du temps dédié à l'éducation thérapeutique (106).

Une réorganisation du système de soin local évoqué par un des médecins du panel est également retrouvé dans l'étude de W. Delorme (35) ainsi que dans l'étude de C. Dibao-Dina (85).

Un des médecins de notre panel, intervenant en PMI, a mis en avant les modifications de son organisation. Dans un rapport de l'ONPE (Observatoire National de la Protection de l'enfance), la modification de pratique des PMI est évaluée avec notamment, dans un premier temps, la poursuite des suivis téléphoniques et par la suite la mise en place de visite à domicile pour les situations complexes comme le suivi des « petits poids » et les

renouvellement de vaccinations (110). A noter que le secteur de la PMI, également touché par la pénurie matérielle, a aussi été obligé de faire des compromis dans son organisation (110).

2. Mise en difficulté

La gestion de l'incertitude était une des difficultés mises en avant par les médecins de notre panel. R. Pougnet illustre une certaine décrédibilisation de la parole médicale comme suit : *« la pandémie de Covid-19 aura été l'occasion de voir proliférer les divergences d'opinions entre médecins, de les mettre en lumière sur les différents médias, tant et si bien que les personnes auxquels étaient destinés ces conseils et informations ont pu s'y perdre »* (103). C. Grujard met également en évidence les difficultés en lien avec l'incertitude (33), de même que J. Ramaroasy (39).

Un des médecins du panel évoquait la solitude comme principale difficulté durant la crise covid. Dans son étude, J. Luzet évoquait également le sentiment d'isolement (38).

Un des médecins du panel pointe l'absence de mise en difficulté. Celle-ci, bien que non retrouvée dans la littérature, peut toutefois être supposée du fait même qu'elle ne soit pas citée.

3. Appréciation du travail

Une certaine dépréciation du travail était évoquée, elle était mise en lien avec un manque de moyens. Le manque de moyens était également mis en avant par R. Pougnet, rappelant que le médecin en lui-même était bien impuissant sans le soutien d'un système structuré et de

connaissances et savoir-faire accumulés précédemment (103). Dans l'article de N. Landais, les médecins généralistes déclarent avoir été conduit à adopter des conduites inutiles voire dangereuses du fait du manque de moyens, ceci ayant pu conduire à une altération de la qualité des soins (55).

La limitation de soins était citée et semblait baisser l'appréciation de son propre travail chez certains médecins du panel. Un des médecins de notre panel évoquait également une dépréciation en lien avec la limitation thérapeutique dans le cadre de son activité hospitalière. Dans son article sur les enjeux éthiques de la pandémie de covid-19, S. Richa s'exprime sur la limitation de soin et rappelle que « *le médecin responsable peut se trouver confronté à des choix très difficiles. Bien des médecins ne peuvent s'y résoudre sans un déchirement personnel.* » (43). H. Julien explique également que le « triage », mis en place par l'impératif de sauver le plus de vies possibles, remplace le colloque consensuel médecin-patient (102).

Dans notre panel, un médecin mettait en avant une dépréciation de son travail en lien avec le vécu personnel de la crise. Dans l'étude de F. Fiedler, les médecins percevaient leur travail comme moins satisfaisant qu'avant la crise notamment du fait d'une fatigue en lien avec cette crise (36).

A contrario, une bonne appréciation de son travail en période de crise était également décrite dans notre étude par une partie du panel. Dans le travail de M. Dutour, 74% des médecins interrogés considéraient faire un travail de qualité (24).

Notre travail rapporte de nombreuses adaptations organisationnelles de la part des médecins dans le cadre de la crise sanitaire. Certaines de ces pratiques ont modifié durablement la manière de faire des médecins généralistes.

Ici encore, l'incertitude est citée comme un élément important ayant mis en difficulté les médecins.

Notre étude a permis de mettre en avant que le manque de moyens et la limitation forcée des soins toutes causes confondues, étaient des facteurs de dépréciation du travail de médecins généralistes dans la cadre de la crise sanitaire. Malgré cela, près de la moitié des médecins de notre panel estimait avoir bien agi dans ce contexte.

H. Impact relationnel avec les autres acteurs du système

Dans son étude, J. Ramaroasy rapporte une émulsion dans le secteur médical et médico-social avec de l'entraide et la protection des plus fragiles (39). W. Delorme retrouvait dans son étude une bonne coordination des soins ainsi qu'une cohésion entre les professionnels de santé y compris entre le monde libérale et le monde hospitalier (35). Il cite également une solidarité des libéraux (IDE, Pharmaciens, Médecins). Dans l'étude de F. Fiedler, les médecins interrogés décrivaient la crise sanitaire comme source de solidarité entre professionnels de santé (36).

Ce qui est cohérent avec le résultat de notre travail.

Dans notre étude, une modification du rôle de médecin était décrite en lien avec la prise d'importance des assistant(e)s médicaux durant la pandémie. Dans son étude, M. Heitzmann rapporte une nécessité de renfort de type assistants médicaux pour faire face aux lourdeurs administratives en lien avec la vaccination (41). A ce rôle administratif s'ajoutent l'accueil

des patients, la prise de constantes et la délivrance de certaines ordonnances dans l'étude de J. Ramaroasy (39).

Les relations avec les médecins hospitaliers sont également abordées par les médecins de notre panel avec des résultats comparables à la littérature. J. Luzet rapportait un lien ville-hôpital non optimal pour 62% des médecins généralistes (MG) du panel concernant les prises en charges des infections covid et 86% du panel concernant les autres pathologies (38). Dans son travail, N. Landais rapporte une modification de la relation MG- médecins hospitaliers notamment à travers la mise en place de protocoles de soins ainsi que les réunions de mise à jour des recommandations de soins. Dans cette étude, il était également rapporté une difficulté d'accès à l'hôpital pour des pathologies non covid (55). Les médecins interrogés par M. Dutour rapportaient une communication et une collaboration difficile avec l'hôpital, situation qui existait avant la crise. Cependant, ils citent aussi une amélioration parfois de cette relation à la faveur de la crise covid-19 grâce aux outils qui leur avaient été mis à disposition (24).

Une amélioration des relations avec les spécialistes était mise en avant dans notre travail. Les avis téléphoniques directs et les consultations en urgence du fait d'une plus grande disponibilité des spécialistes ont amélioré le lien MG- spécialistes dans notre travail comme dans l'étude de N. Landais (55). Un accès plus rapide était également mis en avant dans l'étude de M. Heitzmann (41). F. Fiedler décrit une amélioration de la coopération entre les médecins généralistes et spécialistes (36).

La relation avec les pharmaciens notamment avec le renouvellement d'ordonnance, perçue positivement dans notre panel, était variable dans la littérature (55).

Dans le cadre de l'organisation locale, la création des centres de vaccination est revenue le plus fréquemment dans notre étude. Dans son étude, N. Landais évoquait également des organisations locales de soin globalement appréciées par les acteurs locaux (55). M. Dutour décrit également une organisation locale notamment au travers de leur réseau libéral (24).

Plusieurs des médecins du panel citent une implication personnelle dans la gestion locale notamment via la vaccination. Dans un Retex (**R**etour d'**E**xpériences) concernant les soins de premier recours en Provence-Alpes-Cotes d'Azur, 3 médecins sur 10 ont participé à la prise en charge des patients covid au sein de centres dédiés (51). W. Delorme évoque la mobilisation et l'adaptabilité des professionnels de santé durant la crise sanitaire (35).

Quatre points ressortent de notre travail concernant les relations avec les autres acteurs du système.

D'abord, une amélioration des relations et des prises en charge avec les médecins spécialistes plus disponibles dans le cadre de la crise sanitaire COVID-19.

Ensuite, le sentiment globalement positif de la solidarité des acteurs du système local, dont sanitaire, et la bonne organisation locale.

Troisièmement, des difficultés entre la médecine de ville et l'hôpital qui semblent toujours persistantes dans un contexte sanitaire tendu.

Enfin, la crise semble avoir accru et renforcé la place des assistants médicaux dans les cabinets dans lesquels ils étaient présents.

I. Impact Financier

Une baisse initiale de revenu mise en lien avec une baisse de l'activité est mise en avant dans notre étude. La baisse initiale d'activité est retrouvée dans plusieurs études (33) (39) (41) (51) (52).

Une augmentation des revenus en lien avec la vaccination était rapportée dans notre étude. Dans le travail de M. Heitzmann, les plages de vaccination permettent de contrecarrer les pertes financières pour certains médecins (41).

Concernant le Dispositif d'Indemnisation à la perte d'activité (DIPA) :

- Plusieurs médecins rapportaient un vécu positif de ce dispositif compensatoire, ce sentiment était également retrouvé dans la littérature (55).
- Un des médecins du panel rapportait un vécu négatif de ce dispositif. D'autres médecins exprimaient des avis négatif notamment en lien avec une certaine difficulté d'accès aux aides (55). Dans l'étude de M. Dutour, 73% des répondants considéraient leur rémunération insatisfaisante (24).
- Plusieurs médecins expliquaient une absence de recours au dispositif. On retrouvait cette même attitude dans la littérature (55).

Notre travail met en évidence des impacts financiers du covid-19 globalement compensés et ne semblant pas être les préoccupations principales des professionnels.

J. Après la COVID 19

1. Personnel

Plusieurs médecins évoquaient des conséquences psychologiques en lien avec la crise sanitaire. Dans l'étude de B. Anoun, les médecins interrogés rapportaient des conséquences de la pandémie dans leurs relations personnelles et dans leur perception de leur profession de médecin (27). Dans son travail, W. El Hage rappelle qu'il est prouvé, qu'en période post-pandémique, les soignants exerçant dans des unités de soins dédiés aux patients infectés ont un sur-risque de développer des symptômes d'épuisement professionnel, de détresse psychologique, de TSPT et de conduites addictives (19). Dans l'étude de W. Delorme, il est évoqué une pression psychique accrue pouvant mener à une reconversion professionnelle ou une prise de retraite anticipée (35), évoqué par l'un de nos médecins en fin d'entretien.

Dans son étude s'intéressant aux conséquences psychologiques de la crise de la covid 19 chez les soignants, W. El Hage évoque le fait que certaines mesures concrètes, comme les aménagements de salles de repos et la possibilité d'avoir des loisirs et moments de détente, soient plus appropriées aux besoins des soignants qu'un soutien psychologique (19). Ceci peut faire écho au style de vie plus hédoniste adopté par certains médecins de notre panel en post-covid-19.

Dans notre panel, un médecin évoque sa prise de conscience de l'état du système de soins en France à la faveur de la crise sanitaire. Dans son travail, W. Delorme nous rapporte les difficultés d'accès aux soins, une crainte de pérennisation de la saturation hospitalière mais également une crainte d'explosion du système de santé de la part des médecins alsaciens (35).

Cette prise de conscience va de pair avec l'impact négatif sur le système de santé qui est également rapportée dans notre étude. Une dégradation des conditions de soins est citée dans

celle de J. Ramaroasy (39) mais également un épuisement des soignants cité dans celle de W. Delorme (35).

A. Catherine rappelle que la pandémie de Covid-19 a révélé les limites du système de santé français et son incapacité à prendre en charge l'afflux de patients infectés par le virus (97). D. Vinot nous explique que *« la pandémie du Covid-19 a fait apparaître au grand jour ce qui avait été oublié depuis 20 ans : la santé ne peut pas être traitée comme un bien marchand, et par conséquence, l'hôpital ne peut pas être géré comme une entreprise. »* (111).

Dans son baromètre, la Fédération Hospitalière de France évoque pour la période 2019 – 2023 un *« sous-recours national cumulé de 3,5 millions de séjours hospitaliers en médecine, actes peu invasifs et chirurgie. Si le niveau d'activité en 2023 a, au global, tous types d'hospitalisation confondus, retrouvé en apparence le niveau de recours aux soins attendu, les séjours non réalisés entre 2020 et 2023 interpellent quant à l'existence d'une forme de dette de santé publique, c'est-à-dire d'activité à rattraper ou de conséquences durables sur l'état de santé de la population de prises en charge intervenues avec retard. »* Selon l'enquête, ce sous-recours est concentré sur la population des plus de 45 ans. Cette situation révèle de nombreux risques pour la population. En premier lieu, l'étude retrouve une baisse de prise en charge des diabètes chez les plus de 35 ans associée à une hausse des prises en charge pour acidocétose diabétique. En second lieu, l'enquête révèle également une carence en matière de détection des cancers et notamment en terme d'endoscopie digestive avec près de 260 000 actes non réalisés depuis 2020.

Cette situation de « dette de santé publique » est aussi mise en lien avec les tensions sur les capacités hospitalières. Le baromètre rapporte qu'en 2023, en analysant l'ensemble des fermetures ponctuelles de lits à l'hôpital public, l'équivalent de 7% des capacités d'hospitalisation en MCO étaient fermées sur l'année et dans 6 cas sur 10, les tensions sur les effectifs étaient en cause (112).

2. Professionnel

Dans notre étude, les médecins évoquaient une évolution des règles d'hygiène au sein de leur cabinet pour l'après-covid. Les médecins du panel de l'étude de F. FAUCON exprimaient la volonté de maintenir une meilleure hygiène après la crise sanitaire (28). Cette même volonté était retrouvée dans le panel de l'étude de C. Grujard (33) ainsi que celle de F. Fiedler (36). Dans l'étude de L. Noblet-Roulin, on retrouvait des pratiques d'hygiène au cabinet s'étant rapprochées des recommandations de bonnes pratiques sans pour autant être uniformes (113).

Une évolution du rapport à l'information dans les pratiques professionnelles futures de notre panel est citée dans notre travail. Bien que sous-entendue par le rapport à l'information des médecins généralistes durant la crise sanitaire, aucune évolution du rapport à l'information dans leur future pratique n'est clairement citée dans la littérature.

La téléconsultation est une des évolutions citées par les médecins de notre étude. Dans l'article de N. Landais, l'évolution de la téléconsultation était partagée entre l'abandon de la pratique par certains MG et son développement pour d'autres (55). Cette évolution de la pratique vers la téléconsultation est citée dans plusieurs articles (28) (33) (36) (42).

La volonté d'un exercice professionnel en groupe était avancée par un médecin de notre panel. Nous pourrions mettre ce fait en écho avec la volonté des professionnels du panel de F. Fiedler à vouloir poursuivre à long terme les liens et les échanges entre pairs développés à la faveur du covid (36).

L'ancrage du rôle des assistants médicaux dans la pratique de certains des médecins du panel est une des conséquences à long terme de la crise pandémique. F. Fiedler rapportait également une grande modification de la pratique en lien avec la présence des assistantes notamment dans la population allemande de son panel (36).

Une meilleure préparation aux futures crises était évoquée dans notre panel. Cette idée est également retrouvée dans l'étude de C. Grujard (33) et de Duez et Mermier (26). L'amélioration de la préparation aux futures crises est également vraie pour le système de soin dans son ensemble et notamment le système hospitalier. H. Dumez nous rappelle que *« les enseignements à tirer d'une crise ne consistent donc pas à analyser comment la crise a été gérée en se demandant ce qu'il aurait fallu faire pour l'anticiper. Ils consistent à se demander comment, en fonction de ce qui s'est passé, améliorer les capacités à affronter la crise future qui, par définition, ne ressemblera pas à la crise de la Covid-19. »* (114).

3. Pour la profession

Une meilleure adaptabilité de la profession médicale a été mise en avant afin de faire face aux crises à venir. On retrouve cette idée dès 2020 dans un rapport du sénat citant plusieurs moyens d'adaptation et d'adaptabilité du système de soin (115).

Un médecin évoquait l'ouverture d'actes médicaux aux non-médecins. (42) Dans une étude de M. Landry s'intéressant à l'appréciation des médecins généralistes quant à la vaccination en officine, l'auteur retrouvait un avis favorable chez 68% des médecins (116). H. Julien rappelle que dans les services de réanimation, dans les services d'urgence, au sein des équipes de soins

le rôle des infirmiers, spécialistes ou non, s'est élargi et il se questionne sur l'avenir de ces modes d'exercice (102). Dans nos entretiens, les réponses du panel n'ont pas permis de retrouver un retour positif ou négatif quant à ce changement. Cependant, il a d'ores et déjà un impact sur la pratique des médecins généralistes.

4. Pour la société

L'absence d'impact au niveau de l'individu et la société était mis en avant par certains médecins de notre étude mais également dans l'étude de F. FAUCON (28). Dans notre travail, le retour à la normale et l'oubli de ces temps troublés étaient avancés par les médecins, ceci étant déjà partiellement visible dans leur pratique.

Dans notre travail, une prise de conscience des valeurs importantes de la part de la population était citée. Cette idée n'est pas retrouvée dans la littérature. Le fait de se recentrer sur les essentiels et notamment ses proches est donc un élément original de notre travail.

Un des médecins de notre panel évoquait la paupérisation de la population. Les médecins de l'étude de F. FAUCON ont également mis en avant une inquiétude économique pour les suites post-covid (28), comme dans l'étude de C. Grujard (33) ainsi que celle de F.Fiedler (36). W. Delorme aborde dans son travail les possibles dégradations de la situation économique et sociale pour l'avenir (35).

Une majoration à venir de l'anxiété dans la population générale mais également les conséquences des confinements étaient abordées par les médecins de notre panel. J.

Ramaroasy décrit une dégradation de la santé mentale des patients avec notamment un isolement mal toléré en lien avec les confinements (39). Dans l'étude de F. Fiedler, une inquiétude pour la santé à long terme de la population est évoquée par les participants à l'étude (36). Cette inquiétude est également retrouvée par les participants à l'étude de W. Delorme (35).

Une certaine méfiance des patients envers le système de santé et les médecins a été craint par une partie du panel. Dans le travail de W. Delorme, des médecins du panel s'inquiètent de la réticence des patients envers le vaccin anti covid-19 (35). J. Danjou cite également les patients réticents à la vaccination. Dans ce cadre, elle rapproche le processus de vaccination de celui d'information des patients et par là-même le rôle des médias dans la crise (117).

Une évolution du rapport à l'information de la part de population générale était mise en avant par les professionnels de notre étude. Dans son article, S. Richa rappelle le rapport à l'information avec notamment le fait que « *Les idées fausses, les rumeurs et la désinformation se propagent plus vite que l'épidémie* » (43). F. FAUCON rapporte lui les répercussions de « l'infodémie » de Covid-19 (28).

« *Mais nous ne combattons pas seulement une épidémie ; nous luttons aussi contre une infodémie. Les informations fausses se propagent plus vite et plus facilement que ce virus, et elles sont tout aussi dangereuses.* » cite l'OMS en 2020 (118).

Ce risque informationnel est étudié par G. Lits dans son étude Covicom. Dans son travail, il met en avant des facteurs de vulnérabilité informationnelle avec notamment une éviction des médias traditionnels ainsi qu'une défiance envers ceux-ci. La présence de ces facteurs étaient significativement liée à une plus grande opposition ou hésitation envers la vaccination contre

le coronavirus. Il retrouvait cependant une persistance de la confiance envers les professionnels de santé, ceux-ci étant un levier important pour retrouver une information fiable (119). C. Dolbeau-Bandin nous rapporte dans son travail que les médecins généralistes agissent en quelque sorte comme des « *gate keepers* » qui filtrent les fausses informations tout en étant présents et à l'écoute de leur patient et d'eux-mêmes (120).

Une des conséquences positives de la crise était la mise en avant de l'éducation thérapeutique de la population à la pandémie mais aussi d'autres populations à risques comme nous rapportait l'un de nos médecins. Cette idée est retrouvée dans l'étude de Duez et Mermier (26).

Dans les perspectives d'avenir, notre travail met en avant plusieurs pistes.

Sur le plan personnel, les médecins mettent en avant un style de vie plus hédoniste, une envie de profiter de la vie, probable conséquence des confinements et dans l'attente des crises à venir. Et ceci malgré des conséquences psychologiques de la crise sanitaire qui entraînent des prises en charge médico-psychologiques pour certains d'entre eux.

Sur le plan professionnel, notre travail met en avant l'impact fort et persistant des mesures hygiénistes de la crise sanitaire, la téléconsultation, l'évolution du rapport à l'information, l'ancrage des assistants médicaux et l'importance de la préparation aux crises futures.

Pour l'avenir de la profession, notre travail confirme l'inquiétude des professionnels du secteur quant à l'état de notre système de santé dont les limites ont été atteintes durant la crise sanitaire. De nombreuses conséquences de cette crise semblent encore être à venir.

Enfin, la crise du coronavirus a laissé son empreinte dans la société. D'une part, une majoration de l'anxiété de la population est observée et attendue par les médecins interrogés. D'autre part, une certaine méfiance envers le système de santé et les médecins associée à une évolution du rapport à l'information avec l'apparition d'« infodémie » posera probablement un défi pour les professionnels de santé dans le futur.

K. Autres

1. Gestion de la crise nationale

L'impréparation nationale rapportée par les médecins de notre panel est également retrouvée dans la littérature. Dans une enquête réalisée par « Le Quotidien du Médecin », 91% des médecins pensent que le pays n'était pas prêt à faire face à la pandémie (42). Dans plusieurs études, l'impréparation du gouvernement est citée par une partie des médecins des panels (28) (36,41). A. Catherine rappelle dans le cadre de l'impréparation nationale qu'une action est actuellement en cours devant la Cour de justice de la République (97).

Dans notre travail, les médecins étaient globalement d'accord avec la décision de mise en place d'un confinement. 60% des médecins interrogés dans l'enquête du « Quotidien du Médecin » sont également de cet avis (42). Dans un retour d'expérience réalisé auprès des médecins de Provence-Alpes-Cote d'Azur, les auteurs retrouvaient une augmentation du sentiment de protection après la mise en place du premier confinement (51). Dans l'étude de F. FAUCON, les médecins sont en accord avec la décision de confinement même s'ils reprochent le caractère tardif de celui-ci pour certains et le caractère général et non sélectif sur

la population pour d'autres (28). Le confinement est également salué par les médecins du panel de W. Delorme (35).

L'importance et la nécessité de l'organisation locale sont citées dans notre travail mais également dans l'étude de Duez et Mermier (26). Dans son article, L. Grimaldi rappelle l'importance de l'organisation locale toujours à mettre en relation avec la santé publique (121). Pour compléter cette indispensable relation, O. Pasche explique « *Pour que cela soit possible, il paraît urgent que médecins de famille et autorités améliorent la connaissance mutuelle des contingences et limites qui leur sont propres. Les médecins de famille ont besoin de sentir qu'ils font partie du réseau sanitaire, qu'ils sont entendus et que leur autonomie et leur créativité sont respectées.* » (122).

Dans notre panel, la sous-utilisation initiale du MG était rapportée par plusieurs médecins. On peut mettre cette sous-utilisation en lien avec le reproche fait par les médecins de l'étude de F. FAUCON sur la communication du gouvernement incitant la population à ne pas aller chez le médecin (28). On retrouve également cette notion dans l'étude de J. Ramaroasy (39) et de F. Fiedler (36). A. Catherine souligne en sus l'oubli initial complet des médecins généralistes et notamment en dotation de masques de protection : « *chez les médecins généralistes, oubliés des mesures de protection comme en témoigne l'ordonnance du 22 mai 2020 dans laquelle le Conseil d'État évoque la liste des professionnels auxquels sont distribués prioritairement les masques FFP2 dont ils ne font pas partie.* » (97).

2. Gestion de la vaccination

Un des médecins du panel jugeait la gestion des vaccins au cabinet chronophage avec beaucoup de temps passé au téléphone. Dans son étude, M. Dutour rapporte une majoration du temps passé au téléphone durant la crise sanitaire et que 54% des médecins interrogés

jugeaient le temps passé au téléphone excessif, ce qui est significativement lié à un stress plus élevé (24). M. Heitzmann retrouve également un aspect chronophage de la vaccination avec une lourdeur administrative et organisationnelle (41). J. Danjou retrouve cet impact organisationnel et chronophage dans la mise en place de la vaccination mettant en avant un investissement de temps personnel pour la vaccination (117). Ce facteur chronophage est également à mettre en lien avec la méfiance des patients envers le vaccin mis en avant dans cette étude, les consultations avec cette catégorie de patients pouvant être plus longues.

3. Les médias pendant la crise

Les médecins de notre panel critiquaient fortement l'intervention des médias durant la crise sanitaire. Plusieurs autres médecins partageaient le même avis dans plusieurs études (24) (28) (35). Dans l'étude de F. Fiedler, le rôle des médias dans la crise était décrit comme anxiogène et favorisait la circulation de fausses informations et de polémiques (36). Un article de « Le Monde » rappelle que l'audience des chaînes d'informations en continu a quadruplé en période de confinement mais également que les intervenants professionnels de santé sont devenus des acteurs majeurs de l'information en en faisant des « héros médiatiques » (123).

4. Communication Gouvernementale

Les avis sur la communication gouvernementale étaient partagés au sein de notre étude. Dans un retour d'expérience des MG de PACA, 53% des médecins faisaient confiance au gouvernement pour l'information des professionnels de santé, 55% lui faisaient confiance pour contrôler l'épidémie et 57% lui faisait confiance pour réorganiser les services sanitaires (51). Dans une enquête de la DREES en mai 2020, 53% des médecins interrogés faisait

confiance au gouvernement pour informer les professionnels de santé de premier recours tandis que 57% lui faisait confiance pour gérer l'épidémie (108). Les médecins interrogés par F. Fiedler jugeaient la communication gouvernementale particulièrement inadaptée (36).

Notre travail interroge donc sur la place de la préparation gouvernementale dans cette crise ainsi que sur la place et le rôle des médias associé à la communication gouvernementale.

L'importance de l'organisation locale et du rôle des médecins généralistes dans la crise sanitaire, un temps oublié, est mise en avant.

Notre travail ouvre donc plusieurs pistes d'amélioration dans le cadre de futures crises.

V. CONCLUSION

Notre étude a su cristalliser les ressentis, le vécu et les conséquences de la crise sanitaire sur les médecins généralistes de notre panel.

Les intervenants dans notre travail ont fait ressortir des conséquences positives de cette crise.

En premier lieu, plusieurs améliorations d'un point de vue informationnel ont été mis en exergue dans notre travail.

Tout d'abord, même si les informations prodiguées ont été critiquées, il est cependant à noter qu'une grande majorité des médecins interrogés utilisait DGS urgent, montrant donc que le canal informationnel était efficace.

Ensuite, la mise en place de réseaux professionnels locaux et une organisation locale sont ressorties positivement des différents entretiens. Ces échanges ont permis de discuter des recommandations et leurs adaptations locales mais également de dédramatiser la situation et de sentir une solidarité confraternelle.

Enfin, une certaine évolution du rapport à l'information était mise en avant de la part des interviewés avec une vigilance accrue et une manière différente de s'informer.

En second lieu, plusieurs conséquences positives en lien avec l'organisation et la pratique en cabinet ont été retrouvées.

D'une part, on retrouve une évolution de l'hygiène en cabinet médical avec des modifications à long terme notamment dans l'organisation des salles d'attente mais aussi dans la consommation de SHA et de masques. Ces modifications, au-delà des protections contre le covid-19, sont également une aide dans le cadre de viroses saisonnières.

D'autre part, nous avons aussi pu voir l'essor des téléconsultations. Celles-ci, malgré les limitations rapportées, ont permis une évolution de la pratique médicale notamment dans les indications de consultation rapportées par les médecins de notre panel.

Enfin, le rôle et la place des assistants médicaux s'en sont trouvés confortés. Ils se sont révélés d'une grande aide dans les cabinets dans lesquels ils étaient présents.

Un autre champ pour lequel les médecins de notre travail ont eu un retour positif était celui de l'éducation thérapeutique qu'avait pu avoir la crise sanitaire. Même s'ils ne représentent pas la majorité de la patientèle, certains patients, notamment ceux étant atteints de maladie chronique, ont pu bénéficier d'une certaine éducation thérapeutique et autonomisation lors de la crise sanitaire.

Une dernière catégorie retrouvant des avis positifs des médecins de notre panel était celle de la gestion gouvernementale de la crise. En effet, même si plusieurs critiques sont faites sur cette gestion, l'enquête de notre étude retrouve des avis globalement positifs par rapport à la mise en place du premier confinement mais aussi concernant la gestion de la campagne vaccinale.

Ainsi, la pandémie du coronavirus a pu mettre en place ou mettre en évidence des systèmes efficaces, des conséquences positives et des évolutions de pratiques pouvant être poursuivis à l'avenir voire améliorés encore.

Cependant, la crise sanitaire, au-delà de ces retombées constructives, a bien évidemment et malheureusement eu des conséquences néfastes et mis en évidence des systèmes dysfonctionnels.

Les médecins de notre panel rapportent tout d'abord une certaine anxiété.

Elle est à mettre en relation en premier lieu avec la situation d'incertitude engendrée par cette situation inédite de par son ampleur et sa soudaineté. L'incertitude n'est pas étrangère à la pratique quotidienne du médecin généraliste mais l'absence de données scientifiques et le caractère changeant des recommandations ont rendu l'exercice compliqué. Cette difficulté est à mettre en parallèle avec la réaction anxieuse des patients venant voir leur médecin traitant en quête d'information et de réassurance que celui-ci ne pouvait pas toujours leur donner.

En second lieu, l'anxiété des médecins du panel est à mettre en lien avec l'impréparation nationale qu'ils décrivent. Le symbole de cette impréparation est le manque de masque et d'équipement de protection. Les médecins ne pouvant se protéger eux-mêmes, ils voient leur risque d'être contaminés et de contaminer leurs proches augmenter.

Concernant l'avenir et notamment les conséquences que pourraient avoir cette crise sanitaire, les médecins du panel se sont exprimés sur plusieurs sujets.

Premièrement, ils ont évoqué les conséquences pour les patients. Ces conséquences regroupent plusieurs axes.

Dans un premier axe, nous pouvons citer les conséquences psychologiques de la crise sanitaire et des confinements dont des conséquences infantiles.

Dans un second axe, la question de la relation médecin-patient peut être abordé. Qu'elle se soit améliorée ou dégradée, cette relation s'est trouvée touchée par la crise. Nous pouvons y citer la question de la méfiance des patients envers le corps

médical que ce soit en lien avec la vaccination ou la remise en question et la « désacralisation » de la parole médicale.

Dans un dernier axe, nous pouvons citer une inquiétude sociale et économique en lien avec la crise sanitaire.

Deuxièmement, les conséquences de la crise sanitaire sur le système de soin sont une inquiétude : Quel avenir pour le système de soin ?

Troisièmement, la question des médias et de « l'infodémie » est également une préoccupation de la part des médecins. Lorsque le numérique et les chaînes de télévision touchent des millions de personnes avec un message qu'il soit vrai ou non, bien compris ou non, le médecin généraliste, lui, ne voit ses patients qu'un par un pour éclaircir le message et cela seulement si le patient a encore confiance en son médecin...

Enfin, pour conclure, plusieurs axes peuvent être explorés afin d'améliorer la prise en charge lors de futures crises.

D'une part, la mise en place d'un système d'information et de recommandations plus clair est une composante essentielle. Il serait à mettre en relation avec un réseau de pairs ainsi qu'une organisation locale.

D'autre part, une révision des pratiques des médias en période de crise. Selon les médecins du panel, leur rôle est caractérisé comme anxiogène chez une population confinée.

En dernier lieu, une meilleure préparation nationale logistique semble être nécessaire.

Les résultats dans notre étude ainsi que dans la littérature tendent à montrer que les réactions et prises de décisions lors de la crise sanitaire du coronavirus sont perfectibles. De plus amples recherches nous semblent indiquées afin de caractériser au mieux les changements qui doivent être apportés afin de préparer au mieux les futures crises qui se profilent à l'avenir.

le 4/07/2024



Professeure Valérie WOLFF
Professeure des Universités - Praticien Hospitalier
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Hôpital de Hautepierre
Unité Neurovasculaire
67098 STRASBOURG CEDEX
Tél. : 03 88 12 86 07 - Fax : 03 88 12 86 16
Email : valerie.wolff@chru-strasbourg.fr
N° RPPS : 10003988036

Vu et approuvé
Strasbourg, le **05 SEP. 2024**
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILLA



VI. Bibliographie

1. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde [Internet]. [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-clés-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>
2. Coronavirus : un troisième cas d'infection confirmé en France [Internet]. [cité 25 oct 2023]. 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
3. Un touriste chinois de 80 ans, infecté par le coronavirus et hospitalisé en France, est mort [Internet]. [cité 25 oct 2023]. 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
4. Statista [Internet]. [cité 25 oct 2023]. COVID-19 en France : nombre de malades, décès et guérisons 2023. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/1101667/contaminations-guerisons-morts-coronavirus-france/>
5. Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: <https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&view=map2>
6. Nirasay S. <https://www.cascoronavirus.fr/>. [cité 25 oct 2023]. ● Coronavirus Grand Est - suivez le COVID-19 en Grand Est (GES). Disponible sur: <https://www.cascoronavirus.fr/stats/france/region/grand-est>
7. France Culture [Internet]. [cité 15 août 2020]. La perpétuelle peur des pandémies. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/le-cours-de-lhistoire/la-perpetuelle-peur-des-pandemies>
8. Delumeau J. La peur et l'historien. *Communications*. 1993;57(1):17-23.
9. Lebrun F. Jean Delumeau, La peur en Occident (XIVe-XVIIIe siècles). Une cité assiégée. *Annales*. 1979;34(6):1262-6.
10. Moulin AM. Mourir de peur ? Rétrospective au temps du COVID-19. *médecine/sciences*. 1 juin 2020;36(6-7):647-50.
11. Fabre G. *Épidémies et Contagions: L'imaginaire du mal en Occident*. FeniXX; 1997. 313 p.
12. Prati G, Mancini AD. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychol Med*. janv 2021;51(2):201-11.

13. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 1 sept 2020;291:113190.
14. Batra K, Singh TP, Sharma M, Batra R, Schvaneveldt N. Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2020;17(23):9096.
15. da Silva Neto RM, Benjamim CJR, de Medeiros Carvalho PM, Neto MLR. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 10 janv 2021;104:110062.
16. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* 1 juin 2020;288:112936.
17. Barbosa-Camacho FJ, García-Reyna B, Cervantes-Cardona GA, Cervantes-Pérez E, Chavarria-Avila E, Pintor-Belmontes KJ, et al. Comparison of Fear of COVID-19 in Medical and Nonmedical Personnel in a Public Hospital in Mexico: a Brief Report. *Int J Ment Health Addict [Internet].* 30 juill 2021 [cité 7 sept 2021]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00600-4>
18. Urooj U, Ansari A, Siraj A, Khan S, Tariq H. Expectations, Fears and Perceptions of doctors during Covid-19 Pandemic. *Pak J Med Sci.* mai 2020;36(COVID19-S4):S37-42.
19. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale.* 1 juin 2020;46(3, Supplement):S73-80.
20. [plateforme-soutien-medico-psychologique-professionnels-covid-19.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plateforme-soutien-medico-psychologique-professionnels-covid-19.pdf) [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plateforme-soutien-medico-psychologique-professionnels-covid-19.pdf>
21. Les dispositifs de soutien et d'écoute aux professionnels du secteur de la santé [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.hospimedia.fr/actualite/analyses/20200416-ressources-humaines-les-dispositifs-de-soutien-et-d>
22. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 7 sept 2021]. Aides logistiques et psychologiques aux professionnels. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/aides-logistiques-et-psychologiques-aux-professionnels>
23. [Affiche CoviPsy67.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2020-12/Affiche%20CoviPsy67.pdf) [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2020-12/Affiche%20CoviPsy67.pdf>
24. Dutour M, Kirchhoff A. Analyse du stress et de ses déterminants chez les médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes durant la première vague pandémique de la COVID-19 [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-...., France]: Université Grenoble

- Alpes; 2021 [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03154677/document>
25. Colas-Charlap AL. Approche du vécu des médecins généralistes au cours de la crise sanitaire liée à la Covid-19 [Thèse d'exercice]. [France]: Sorbonne université (Paris). Faculté de médecine; 2020.
 26. Duez M, Mermier M. COVID-19: rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches-du-Rhône [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020 [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03100226>
 27. Anoun B. Description de l'état de santé des médecins généralistes en activité durant la pandémie du Covid-19: enquête réalisée dans les Hauts de France [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2021 [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM065.pdf
 28. Faucon F. Étude qualitative auprès des médecins généralistes du Havre : ressentis durant la crise sanitaire du Covid-19. 22 sept 2020;83.
 29. Gokdemir O, Pak H, Bakola M, Bhattacharya S, Hoedebecke K, Jelastopulu E. Family Physicians' Knowledge about and Attitudes towards COVID-19 - A Cross-sectional Multicentric Study. *Infect Chemother.* déc 2020;52(4):539-49.
 30. Amanzou K. Impact de l'épidémie COVID-19 sur les médecins généralistes au sein des structures SOS Médecins dans les Hauts-de-France [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2020 [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM543.pdf
 31. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *J Investig Med.* oct 2020;68(7):1228-34.
 32. Fromont I. Santé mentale des médecins généralistes pendant l'épidémie de SARS-COV2: une évaluation de l'anxiété, des troubles du sommeil et de la dépression [Thèse d'exercice]. [France]: Sorbonne université (Paris). Faculté de médecine; 2020.
 33. Grujard C. Exploration de l'état d'esprit et des modifications individuelles d'organisation de médecins généralistes au cours de la pandémie de SARS-CoV-2: le cas d'un cabinet médical [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2020.
 34. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 20.
 35. DELORME W. Retour d'expérience des médecins libéraux du Haut-Rhin face à la première vague de COVID-19 [Internet]. Université de Strasbourg; 2022 [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://bu.unistra.fr/opac/ressource/BUS5960797>
 36. Fiedler F. Vécu émotionnel de la pandémie de COVID-19 par les médecins généralistes en France et en Allemagne. 29 sept 2022;137.

37. Kassana U. Organisation de la pratique des médecins généralistes de l'Oise face à la pandémie de la Covid-19. 9 mars 2021;73.
38. Luzet J. Crise du COVID-19: Vécu des médecins généralistes des Bouches-duRhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020 [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03023953>
39. Ramaroasy J. Quels facteurs de risque et les facteurs de protection de stress des médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure face à la crise du Covid-19 ? [Internet] [other]. Université de Rouen Normandie; 2022 [cité 25 oct 2023]. p. 100. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03633607>
40. 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'Encéphale [Internet]. 6 avr 2023 [cité 25 oct 2023]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001370062300043X>
41. Heitzmann M, Nervé É. Vécu des médecins généralistes pendant la pandémie COVID-19 en Auvergne-Rhône-Alpes : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. 25 nov 2021;61.
42. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 14 nov 2023]. Enquête Res publica : le Covid, un vrai choc pour les médecins. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/politique-hospitaliere/enquete-res-publica-le-covid-un-vrai-choc-pour-les-medecins>
43. Richa S, Richa N, Choucair Alam N, Scheuer M. Enjeux éthiques majeurs de la pandémie du Covid-19. 15 janv 2021;
44. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Sante*. 2008;Vol. 26(1):67-91.
45. Féliu F, Morival RJ, Hénaff YL, Cohen P, Martin T, Siefriid C, et al. L'exercice de la médecine générale à l'épreuve des crises sanitaires : de Lubrizol à la COVID. *Sante Publique (Bucur)*. 2021;33(6):911-21.
46. Chebib E, Chiesa-Estomba CM, Radulesco T, Barillari MR, Mayo-Yáñez M, Hans S, et al. Assessment of Sleep Features, Mental Health Outcomes, and Alcohol and Tobacco Consumption in Residents and Fellows in Otolaryngology Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Otolaryngol Neck Surg*. 1 août 2022;148(8):719-23.
47. Madoz-Gúrpide A, Leira-Sanmartín M, Ibañez-Cuadrado Á, Ochoa-Mangado E. Incremento de la ingesta de alcohol y drogas como estrategia de afrontamiento en trabajadores hospitalarios durante el brote de COVID-19: Estudio transversal. *Adicciones*. 23 nov 2021;35(2):143-50.
48. Delelis G, Christophe V, Berjot S, Desombre C. Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Bull Psychol*. 2011;Numéro 515(5):471-9.

49. Laconi S, Ramaye D, Kalaitzaki A. Impact psychologique de la pandémie de la COVID-19 : comparaison entre des Français métropolitains et de l'île de La Réunion. *L'Encéphale*. 1 oct 2021;47(5):413-9.
50. Page A. Émotions en temps de crise: une clinique des peurs individuelles et collectives. Analyse qualitative des peurs en période de pandémie.
51. *Synthese-impact-epidemie-soins-premier-recours.pdf* [Internet]. [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <http://orspaca.org/sites/default/files/publications/Synthese-impact-epidemie-soins-premier-recours.pdf>
52. *2020_panel_mg_er_1160.pdf* [Internet]. [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2020_panel_mg_er_1160.pdf
53. Leboyer M, Pelissolo A. Les conséquences psychiatriques du Covid-19 sont devant nous.... *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 sept 2020;178(7):669-71.
54. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. oct 2020;89:594-600.
55. Nicolas L, Paul B, Charlotte L. (Ré)organisation des médecins généralistes en Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne, durant la première vague de Covid-19.
56. Lombard M. Du compromis au sacrifice : le concept du deuil au fil du siècle. *Études Sur Mort*. 2010;138(2):53-72.
57. Kessels R, Luyten J, Tubeuf S. Willingness to get vaccinated against Covid-19 and attitudes toward vaccination in general. *Vaccine*. 7 juill 2021;39(33):4716.
58. Bajos N, Spire A, Silberzan L. The social specificities of hostility toward vaccination against Covid-19 in France. *PLoS ONE*. 6 janv 2022;17(1):e0262192.
59. Ward JK, Alleaume C, Peretti-Watel P, COCONEL Group. The French public's attitudes to a future COVID-19 vaccine: The politicization of a public health issue. *Soc Sci Med* 1982. nov 2020;265:113414.
60. Velardo F, Watson V, Arwidson P, Alla F, Luchini S, Schwarzinger M, et al. Regional Differences in COVID-19 Vaccine Hesitancy in December 2020: A Natural Experiment in the French Working-Age Population. *Vaccines*. 20 nov 2021;9(11):1364.
61. Wong LP, Alias H, Danaee M, Ahmed J, Lachyan A, Cai CZ, et al. COVID-19 vaccination intention and vaccine characteristics influencing vaccination acceptance: a global survey of 17 countries. *Infect Dis Poverty*. 7 oct 2021;10(1):122.
62. Tavolacci MP, Dechelotte P, Ladner J. COVID-19 Vaccine Acceptance, Hesitancy, and Resistancy among University Students in France. *Vaccines*. juin 2021;9(6):654.
63. Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health*. 1 mai 2021;194:245-51.

64. Salomoni MG, Di Valerio Z, Gabrielli E, Montalti M, Tedesco D, Guaraldi F, et al. Hesitant or Not Hesitant? A Systematic Review on Global COVID-19 Vaccine Acceptance in Different Populations. *Vaccines*. août 2021;9(8):873.
65. Razai MS, Chaudhry UAR, Doerholt K, Bauld L, Majeed A. Covid-19 vaccination hesitancy. *BMJ*. 20 mai 2021;373:n1138.
66. Schwarzingler M, Watson V, Arwidson P, Alla F, Luchini S. COVID-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. *Lancet Public Health*. avr 2021;6(4):e210-21.
67. Verger P, Dubé E. Restoring confidence in vaccines in the COVID-19 era. *Expert Rev Vaccines*. 1 nov 2020;19(11):991-3.
68. Montagni I, Ouazzani-Touhami K, Pouymayou A, Pereira E, Texier N, Schück S, et al. Who is hesitant about Covid-19 vaccines? The profiling of participants in a French online cohort. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2022;70(3):123-31.
69. Epaulard O, Lescop J, Pennes B. Niveau de concordance entre l'évaluation par les médecins de l'adhésion à la vaccination de leurs patients et l'adhésion déclarée par ceux-ci. *Médecine Mal Infect Form*. 1 juin 2022;1(2, Supplement):S123.
70. er1187.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/er1187.pdf>
71. er910.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er910.pdf>
72. Filisoiu RC. Vécu et opinions des médecins généralistes de la Haute-Vienne quant à la pandémie COVID19 et sa vaccination = Experiences and opinions of general practitioners in Haute-Vienne regarding the COVID 19 pandemic and vaccination in 2021 [Internet]. Limoges; 2022 [cité 22 nov 2023]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-122282>
73. Dutta S, Bandyopadhyay ProfSK. Analysis of Stress, Anxiety and Depression of Children during COVID-19. *Int J Eng Manag Res*. 31 août 2020;10(4):126-30.
74. Gherasim A, Danet M. Pandémie de COVID-19 : attachement, anxiété, régulation émotionnelle et stratégies de coping chez les enfants d'âge scolaire. *Psychol Fr*. 1 sept 2022;67(3):249-67.
75. Dubois-Comtois K, Suffren S, St-Laurent D, Milot T, Lemelin JP. Child Psychological Functioning During the COVID-19 Lockdown: An Ecological, Family-Centered Approach. *J Dev Behav Pediatr*. sept 2021;42(7):532-9.
76. Zebdi R, Plateau E, Delalandre A, Vanwalleghem S, Chahed M, Hentati Y, et al. Étude CONFAMI : effets du confinement durant l'épidémie de la COVID-19 sur la vie des enfants et leur famille. *L'Encéphale*. 1 déc 2022;48(6):647-52.
77. Thierry X, Geay B, Pailhé A, Berthomier N, Camus J, Cauchi-Duval N, et al. Les enfants à l'épreuve du premier confinement. *Popul Sociétés*. 2021;585(1):1-4.

78. Bottemanne H, Joly L. Santé mentale périnatale en période de pandémie COVID-19 :protéger, dépister, accompagner. *Presse Médicale Form.* 1 août 2021;2(3):282-90.
79. Carayol M, Berraute E, Marmier M. ÉVALUATION DE L'IMPACT PERÇU DU PREMIER CONFINEMENT (17 MARS-11 MAI 2020) SUR LA SANTÉ DES ENFANTS ET DES FEMMES ENCEINTES VUS DANS LE SERVICE DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI) ET DANS LES CRÈCHES DE LA VILLE DE PARIS LORS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19. 26 mars 2021;Covid-19(10):2.
80. Violences sur enfants : hausse des signalements pendant le confinement | vie-publique.fr [Internet]. 2020 [cité 7 févr 2024]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/274213-violences-sur-enfants-hausse-des-signalements-pendant-le-confinement>
81. Pannizzotto S, Depuis Z, Frère J, Seghaye MC. [Impact of COVID-19 outbreak on domestic violence and child abuse]. *Rev Med Liege.* nov 2021;76(11):789-93.
82. de Oliveira SMT, Galdeano EA, da Trindade EMGG, Fernandez RS, Buchaim RL, Buchaim DV, et al. Epidemiological Study of Violence against Children and Its Increase during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2021;18(19):10061.
83. Hassimaly D. Quel est le vécu du médecin généraliste de l'utilisation de la téléconsultation durant la première vague épidémique de la crise COVID-19 ? [Internet] [other]. Université de la Réunion; 2021 [cité 25 oct 2023]. p. 127. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03635183>
84. LILU_DMDT_2020_023.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_Droit/2020/LILU_DMDT_2020_023.pdf
85. Dibao-Dina C, Frappé P, Saint-Lary O, Pouchain D. Comment les médecins généralistes ont-ils pris la première vague ? *Presse Médicale Form.* 1 août 2021;2(3):255-8.
86. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 juin 2021;69(3):105-15.
87. Vadel J, Bessou A, Blanchon T, Maravic M, Soria A, Launay T, et al. Impact de la crise de COVID-19 sur les consultations pour troubles psychiques en médecine générale en France, en regard de consultations pour maladies chroniques – Analyse de séries temporelles. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 nov 2022;70:S270-1.
88. Bertier M, Luyten J, Tubeuf S. Numéro 162 - avril 2021: Renoncement aux soins médicaux et confinement : les enseignements d'une enquête en ligne. *Regards Économiques* [Internet]. 1 avr 2021 [cité 23 nov 2023]; Disponible sur: <https://ojs.uclouvain.be/index.php/regardseco/article/view/61383>
89. Revil H, Blanchoz JM, Olm C, Bailly S. RENONCER A SE SOIGNER PENDANT LE CONFINEMENT.

90. Bardoulat I, Launay T, Souty C, Vilcu AM, Turbelin C, Guerrisi C, et al. Baisse de l'incidence de plusieurs maladies infectieuses en médecine générale depuis le début de la pandémie de COVID-19. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 juin 2021;69:S87.
91. Swinnen M. Quel est le vécu des médecins dans la relation thérapeutique qui ont dispensé des téléconsultations durant le premier confinement de la Covid ? 2023.
92. Voyen M, Paridans M, Pétré B, Nguyen-Thi PL. Téléconsultation - COVID-19 : Regards croisés patients, professionnels de santé (PS) en France et en Wallonie. *Santé Publique*. 2022;34(HS1):2a-2a.
93. 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*. oct 2021;205(8):852-6.
94. 2020_panel_mg_er_1162.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2020_panel_mg_er_1162.pdf
95. Minguet C. COVID-19 et médecine générale.
96. f1.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p07019q7/f1.pdf>
97. Catherine A. L'ingérence de l'État dans les pratiques de soins dans le cadre de la Covid-19. *Cah Rech Sur Droits Fondam*. 9 sept 2021;(19):65-74.
98. Gautier S, Bouchez T, Breton JL, Bourgueil Y, Ramond-Roquin A. Évolution de l'activité des médecins généralistes face à la COVID-19 : étude observationnelle. *Sante Publique (Bucur)*. 9 sept 2022;34(HS1):6a-6a.
99. Biscotti R. Exploration du vécu des médecins généralistes de l'utilisation de la téléconsultation durant la première vague épidémique de la crise COVID-19 à Mayotte. 9 juin 2022;80.
100. Bommier C. L'erreur dans la décision médicale à la lumière de la COVID-19. 2021;19(3). Disponible sur: http://www.analisiqualitativa.com/magma/1903/article_03.htm
101. Jugastru C. QUESTIONS RELATIVES À LA RESPONSABILITÉMÉDICALE DANS LE CONTEXTE DU COVID-19. *Universul Juridic*. 2021;(supliment):277-97.
102. Julien H. Éthique, déontologie et CoVid-19. *Me´decine Catastr Urgences Collect*. juin 2022;6(2):86.
103. Pougnet R, Pougnet L. En quoi la pandémie Covid-19 a-t-elle mis en question le pouvoir médical ? *Éthique Santé*. 1 mars 2022;19(1):31-8.
104. Blandine V, Sandrine P. Constat amer d'un dérapage dans la relation soignant-soigné-famille / proches ou quand la COVID-19 nous ouvre les yeux. *Rev Bioéthique Nouv-Aquitaine*. 2021;(8):9.

105. Buffaz P, Isseki B. L'influence des communautés virtuelles de santé mixtes sur la confiance des patients envers leur médecin habituel dans un contexte de crise sanitaire. Une étude exploratoire d'une communauté virtuelle de santé Covid-19 mixte. *Rev Int Psychosociologie Gest Comport Organ.* 2022;XXVIII(74):71-105.
106. Héritage Z, Féguéux S, Le Goaster C, Bonmarin I. Professionnels de santé libéraux, prévention, COVID-19 : Sources d'information. *Santé Publique.* 2022;34(HS1):6c-6c.
107. Minguet - COVID-19 et médecine générale.pdf [Internet]. [cité 28 nov 2023]. Disponible sur:
https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A230419/datastream/PDF_01/view
108. 2020_panel_mg_er_1151.pdf [Internet]. [cité 28 nov 2023]. Disponible sur:
https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2020_panel_mg_er_1151.pdf
109. Élise V. Perceptions des médecins généralistes sur la vaccination contre la COVID-19 : étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine. 9 juin 2022;81.
110. 20200505_premieres_observations_gestion_crise_sanitaire_protection_enfance_onpe_1.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2024]. Disponible sur:
https://oned.gouv.fr/system/files/publication/20200505_premieres_observations_gestion_crise_sanitaire_protection_enfance_onpe_1.pdf
111. Vinot D. Le management hospitalier à l'épreuve du Covid-19 : de l'épreuve des faits à l'épreuve de vérité. *Gest Manag Public.* 2021;94(4):155-9.
112. Présentation du premier baromètre FHF – France Info : Hôpital public, recours aux soins : quatre ans après le début de la pandémie, où en sommes-nous ? | Fédération Hospitalière de France [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur:
<https://www.fhf.fr/actualites/communiques-de-presse/presentation-du-premier-barometre-fhf-france-info-hopital-public-recours-aux-soins-quatre-ans-apres>
113. Noblet-Roulin L. Impact de l'épidémie de COVID-19 sur les pratiques d'hygiène en médecine générale. 21 oct 2020;84.
114. Dumez H, Minvielle E. Le système hospitalier français dans la crise Covid-19 [Internet] [report]. i3-CRG ; Ecole polytechnique X ; CNRS; 2020 [cité 8 mars 2024]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03053359>
115. Sénat [Internet]. 2023 [cité 30 mars 2024]. Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19 - Rapport. Disponible sur:
<https://www.senat.fr/rap/r20-199-1/r20-199-1.html>
116. Landry M, Rozaire O, Cambonie R, Janoly Dumenil A. Vaccination contre la grippe saisonnière et élargissement des vaccinations en officine : Qu'en pensent les médecins ? Enquête auprès des médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes. *Pharm Clin.* 1 déc 2022;57(4):e128.

117. Danjou J. Quel est le vécu des médecins généralistes à l'utilisation de la téléconsultation pendant la première vague de la crise Covid ? 28 sept 2021;220.
118. Conférence de Munich sur la sécurité [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/munich-security-conference>
119. Lits G, Cougnon LA, Heeren A, Hanseeuw B. Infodémie et vulnérabilité informationnelle liée au Covid-19 en Belgique francophone. Pratiques d'information, confiance envers les médias, les experts et les gouvernements, adhésion aux mesures, hésitation vaccinale, perception du risque, mésinformation et conspiration. 2021 [cité 19 mars 2024]; Disponible sur: <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:246777>
120. Dolbeau-Bandin C, Bouillon M. Les médecins généralistes face aux fausses informations liées au SARS-CoV-2. Enquête en région Auvergne-Rhône-Alpes. Balisages Rev Rech Enssib [Internet]. 8 févr 2024 [cité 19 mars 2024];(7). Disponible sur: <http://publications-prairial.fr/balisages/index.php?id=1219>
121. Minguet C. COVID-19 et médecine générale.
122. Minguet C, Cornuz J, Schertz CM, Cohidon C, Gouveia A, Gilberg S, et al. MÉDECINE DE PREMIÈRE LIGNE DANS LA GESTION DE LA PANDÉMIE SARS-COV-2 PERSPECTIVES INTERNATIONALES.
123. Le Monde.fr [Internet]. 2020 [cité 7 mars 2024]. Coronavirus : ces médecins qui crèvent l'écran. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/television-radio/article/2020/03/20/coronavirus-ces-medecins-qui-crevent-l-ecran_6033748_1655027.html

VII. Annexe

Annexe 1 : Mail d'invitation

Bonjour,

Médecin généraliste remplaçant, je réalise une thèse dirigée par le Dr Ngonu Atah sur le ressenti des médecins généralistes en lien avec la crise covid.

Notre étude cherche à explorer les impacts de la crise covid sur les médecins généralistes d'Alsace. Pour ce faire, nous réalisons des entretiens d'une vingtaine de minutes en présentiel ou en distanciel auprès des médecins généralistes de notre panel.

Si vous êtes médecin généraliste ayant une activité ambulatoire en Alsace quelle que soit votre activité (remplaçant ou installé, temps plein ou temps partiel) et que vous êtes intéressé pour participer à cette étude, merci de me contacter à l'adresse mail these.impactmgcovidalsace@gmail.com , afin de convenir d'un rendez-vous.

En vous remerciant d'avance de l'attention bienveillante que vous porterez à notre travail,

Bien Confraternellement,

Servan DAVID

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-dirigé

Présentation de l'enquête et de l'enquêteur

Bonjour, je m'appelle Servan DAVID actuellement en 3ème année post-internat de médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

L'étude à laquelle vous participez s'intègre dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale.

Le thème de celle-ci est orienté vers le ressenti du médecin généraliste dans le cadre de la pandémie de coronavirus et son attitude vis-à-vis de celui-ci.

Dans le but de répondre à cette problématique, je réalise des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes alsaciens. L'entretien est enregistré puis retranscrit par informatique. Les propos sont anonymisés et ne font pas l'objet de jugement.

L'enquêté et les questions

L'enquêté

Pourriez-vous préciser quelques informations vous concernant afin de mieux vous connaître ?

Age

Sexe

Durée d'exercice et d'installation

Cursus

Mode d'exercice au moment de la crise covid en 2020 : interne/installé, Secteur d'activité (urbain, semi-urbain, rural), groupé ou seul, installé ou remplaçant, activité salariale/hospitalière associée à l'exercice libéral, exercice en EHPAD

Mode d'exercice actuel : Secteur d'activité (urbain, semi-urbain, rural), groupé ou seul, installé ou remplaçant, activité salariale/hospitalière associée à l'exercice libéral, exercice en EHPAD

Situation familiale et personnelle au moment de la crise (célibataire/en couple, 0/plusieurs enfants)

Situation familiale et personnelle actuelle (célibataire/en couple, 0/plusieurs enfants)

Présence d'un médecin traitant autre que soi-même

Facteur de risque de complication covid : Âge > 70 ans ; Grossesse 3e trimestre

ATCD cardiovasculaires : Syndrome métabolique, HTA, AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque. Obésité IMC > 30. Insuffisance respiratoire chronique. Insuffisance rénale (patient dialysé). Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV. Cirrhose stade B ou plus. Diabète

Immuno-dépression (chimiothérapie, immunosuppresseur, biothérapie, corticothérapie à dose immunodépressive, VIH non contrôlé ou avec CD4 < 200/mm³, greffe, cancer métastaté).

Cancer ou hémopathie en cours de traitement

Maitre de stage

Questions

Avez-vous été atteint ou suspect d'une atteinte par le coronavirus ? en 2020, 2021 ou après ?

Avez-vous eu des patients atteints par le coronavirus ? parmi eux certain en sont-ils décédés ? en 2020, 2021 ou après ?

Avez-vous eu des collègues atteints par le coronavirus ? parmi eux certain en sont-ils décédés ? en 2020, 2021 ou après ?

Avez-vous eu des proches atteints par le coronavirus ? parmi eux certain en sont-ils décédés ? en 2020, 2021 ou après ?

Evolution au cours du temps : en 2020 ? en 2021 ? et maintenant ?

De quel ordre ?

Etat somatique

En cas d'infection covid, présentez ou avez-vous présenté une symptomatologie post-covid ou des séquelles ?

Comment ressentez-vous votre fatigue par rapport à d'habitude ?

Etat psychologique

Comment vous sentez-vous émotionnellement depuis le début de la crise sanitaire ?

Relance : avez-vous ressenti des symptômes ou sensations inhabituelles ?

Avez eu peur pour votre santé ?

Comment expliquez-vous votre ressenti ?

Relance : quels sont les facteurs déclenchants ?

Quelles sont les solutions (personnelles, professionnelles, technique) pour diminuer ce ressenti ?

Avez-vous ou avez-vous eu peur pour vos proches ? pourquoi ?

Si oui, qu'avez-vous fait ou mis en place pour protéger vos proches ?

Patients

Comment était l'état psychologique de vos patients durant les confinements ?

Relance : avez-vous remarqué une différence entre les différents confinements ? Une différence de réactions entre les patients ?

Certains de vos patients ont-ils renoncé au soins durant le premier confinement ? Si oui, pourquoi ?

Comment avez-vous perçu votre rôle, auprès des patients, en tant que médecin généraliste dans ce contexte de crise sanitaire ?

Relance : avez-vous vu une évolution du rôle de médecin généraliste depuis la crise sanitaire ? (Par rapport à avant la crise mais également au sein même de la crise ?) Avez-vous vu une évolution de la relation médecin/patient ?

Information

Comment vous informez-vous ?

Relance : quelles sont vos sources d'informations ? y-a-t'il eu une évolution au sein des sources d'information ? Vous informez autant ou d'une manière différente par rapport à l'avant crise ? avez-vous des critiques positives ou négatives sur les sources utilisées et les informations que vous avez utilisées ? Les sources d'informations dont vous disposez vous satisfont-elles ?

Trouvez-vous que l'information et les recommandations se sont accélérées ?

Relance : quelles conséquences cela a-t 'il sur vous, votre pratique, votre état de vigilance à l'information ?

Impact organisationnel

Quels changements la crise covid a-t-elle apporté dans votre pratique ? Quelles mesures avez-vous mises en place ? Quelles adaptations logistiques avez-vous du faire au sein de votre cabinet ?

Quel impact sur vos consultations durant les confinements ? Quel impact sur le temps de consultation ? Quel impact sur le délai entre les consultations ?

Quel est votre avis sur les téléconsultations ?

Avez-vous de nouvelles responsabilités à assumer ?

Vous êtes-vous senti plus ou plus souvent en difficulté lors de cette période ? Quelle appréciation avez-vous de votre propre travail durant cette crise ?

Impact relationnel avec les autres acteurs du système

Quels ont été vos liens avec les médecins et paramédicaux de votre secteur afin de faire face à cette crise ?

Relance : Quels ont été vos interactions avec vos confrères pour organiser le parcours de soin de vos patients ?

Qu'est ce qui a été fait dans votre secteur pour gérer la crise sanitaire ?

Relance : quelles structures ou organisations ont été mises en place ? Quel rôle y avez-vous joué ? quelles structures vaccinales ont été mises en place ? quelle organisation hospitalière a été mises en place ? Quel a été l'impact sur l'organisation locale ?

Quelle a été votre implication dans la gestion locale de la crise ?

Impact financier

Quel impact a eu la crise covid 19 sur votre cabinet en tant qu'entreprise ?

Relance : y a-t 'il eu des impacts différents au fur et à mesure de la crise ? sont-ils toujours présents ?

Avez vu ressenti cet impact au niveau budgétaire et financier ?

Quelles difficultés avez-vous maintenant en lien avec la crise ?

Après la covid 19

Si nous nous projetions à 10 ans, que pensez-vous que la crise covid aura apporté ? Au niveau personnel ? au niveau professionnel ? au niveau sociétale ?

Relance : avez des craintes et des espoirs par la post-pandémie ?

Autres

Quel est votre avis sur la gestion de la crise en médecine générale au niveau national et local ?

Relance : quel est votre avis sur la gestion des confinements ? Quel est votre avis sur la communication pendant la crise? Quel est votre avis quant au rôle accordé aux médecins généralistes dans la gestion de cette crise ? Quel est votre avis quant à l'évolution de ce rôle au sein de la crise ?

Quel est votre avis concernant la politique vaccinale contre la covid 19 ?

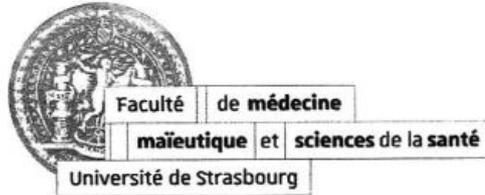
Quel est votre avis concernant la manière dont les médias ont traité la crise ?

Y a-t'il eu des sujets que je n'ai pas abordés dont vous auriez souhaité parler ?

Conclusion

Les résultats de l'étude vous seront communiqués. En vous remerciant du temps et des réponses que vous m'avez apporté, je vous souhaite une agréable journée.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : DAVID Prénom : Selvan

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A STULHOUSE , le 04/07/2024

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

CONTEXTE : En 2020, la crise sanitaire due au COVID-19 a ébranlé le monde. La France et son système de santé n'ont pas été épargnés. Lors de cette crise sanitaire, les médecins généralistes d'Alsace ont fait partie des professionnels de santé impactés par cette crise sans précédent.

OBJECTIF : Nous avons cherché à recueillir et à analyser le ressenti du médecin généraliste et son attitude par rapport à celui-ci durant la crise covid-19.

MATERIEL ET METHODE : Des entretiens semi-dirigés présentiels ou distanciels ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien auprès d'un panel de médecins généralistes volontaires sélectionnés via la liste de diffusion de l'URPS-ML et du groupe facebook "Rempla Médecine Générale Alsace".

RESULTAT : 10 médecins ont participé aux entretiens. Le sentiment prédominant rapporté par les intervenants était l'angoisse pour sa santé et celles de ses proches. Cette angoisse est à mettre en lien avec l'impréparation nationale à la crise et notamment le manque de protection individuelle mais aussi en lien avec l'incertitude engendrée par ce virus inconnu. Plusieurs solutions ont été mise en avant pour répondre à plusieurs problématiques. Pour répondre au défi du suivi en période de confinement, la téléconsultation s'est largement développée et avec elle ses avantages et ses inconvénients. Pour répondre à la problématique de l'information changeante, rapide et parfois contradictoire, les médecins généralistes se sont organisés en réseaux locaux de professionnels pour adapter les recommandations au contexte local. Les médecins du panel rapportent des inquiétudes pour l'avenir concernant les patients, le système de santé et sur le rôle des médias durant les crises.

CONCLUSION : Les résultats dans notre étude tendent à montrer que les réactions et prises de décisions lors de la crise sanitaire du coronavirus sont perfectibles. D'autres études sont nécessaires afin d'éclaircir les actions à réaliser pour préparer au mieux les crises qui se profilent à l'avenir.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : COVID-19, médecins généralistes, attitudes, ressenti, retour d'expérience

Président : Professeur Valérie WOLFF

Membres du Jury : Dr Mathieu LORENZO, Dr Thérèse NGONO ATAH

Adresse de l'auteur : 34, avenue de la neuvième division d'infanterie coloniale 68100

MULHOUSE