

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1154

2022 TOU3 1155

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement
par

Laure JOULIÉ et Cathy LOLL

le 08 décembre 2022

**RETOUR D'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DE HAUTE-GARONNE FACE À LA NÉCESSITÉ D'UNE
RÉORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES EN PÉRIODE
DE PANDÉMIE COVID-19.**

-

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Directrice de thèse : Dr Laëtitia GIMENEZ

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ

Assesseur

Madame le Docteur Valérie GARAMBOIS

Assesseur

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1154

2022 TOU3 1155

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement
par

Laure JOULIÉ et Cathy LOLL

le 08 décembre 2022

**RETOUR D'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DE HAUTE-GARONNE FACE À LA NÉCESSITÉ D'UNE
RÉORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES EN PÉRIODE
DE PANDÉMIE COVID-19.**

-

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Directrice de thèse : Dr Laëtitia GIMENEZ

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ

Assesseur

Madame le Docteur Valérie GARAMBOIS

Assesseur

TABLEAU DU PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE



FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE Francois
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSÉ Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Huques
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétiq	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
P.U. Médecine générale	Professeur Associé de Médecine Générale
M. MESTHÉ Pierre	M. ABITTEBOUL Yves
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Mme BOURGEOIS Odile
	M. BOYER Pierre
	M. CHICOULAA Bruno
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	M. PIPONNIER David
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène
	Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. Curot Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leïla
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

**À Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,
Professeur des Universités de Médecine Générale,**

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail.

Nous vous remercions pour votre engagement dans notre formation.

Soyez assuré de notre profond respect.

**À Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN,
Professeur Associé de Médecine Générale,**

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury.

Nous admirons votre exercice passionné de la médecine générale.

Nous sommes heureuses de soumettre notre travail à votre expertise.

Recevez nos chaleureux remerciements.

À Madame le Docteur Valérie GARAMBOIS,

Nous sommes ravies de vous compter parmi les membres de notre jury.

Votre engagement au sein de votre territoire est inspirant.

Nous sommes heureuses de bénéficier de votre intérêt pour notre travail.

Nous vous remercions chaleureusement.

À Madame le Docteur Laetitia GIMENEZ,

Cheffe de Clinique Universitaire de Médecine Générale,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse malgré tes nombreuses responsabilités.

Tu as su nous accompagner avec beaucoup de bienveillance tout au long de ce parcours.

Nous sommes très reconnaissantes d'avoir bénéficié de ton expérience dans le domaine de la recherche.

Nous pouvons ainsi présenter notre travail avec fierté aujourd'hui.

Sois assurée de notre profonde gratitude.

À nos participants,

Merci d'avoir pris le temps de répondre à nos questions et d'avoir accepté de nous partager votre vécu.

À Léonie, Antoine, Marjorie, Claude, Irène et Charlotte,

Merci pour votre aide précieuse au cours de notre travail. Nous vous en sommes très reconnaissantes.

REMERCIEMENTS DE LAURE

À mes parents,

Merci de m'avoir donné la chance de devenir la femme que je suis aujourd'hui, grâce à vos belles valeurs transmises, votre soutien sans faille, à chacune des étapes de ma vie.

Maman, toi qui a appris à te mordre la langue, toi qui a sacrifié des nuits sur un petit matelas, toi qui étais là pour tous mes résultats...

Papa, mon soutien de l'ombre, dont le regard est toujours resté bienveillant et empli de fierté, malgré mon choix d'orientation, loin du milieu agricole.

Je suis fière d'être votre fille.

Je vous aime.

À ma sœur,

Mon exemple de travail et de rigueur. Tes valeurs, dont je me suis inspirée, m'ont amené au bout de cette scolarité. Notre complicité, mélange d'amour inconditionnel, de disputes et d'authenticité, est un pilier de ma vie.

Merci pour tous les souvenirs passés et ceux à venir.

Je t'aime.

À mes frères,

Aux moustaches de chat qui m'ont appris très tôt à m'endurcir. Vous avez contribué à ma richesse (10 francs la voiture) mais pas que financière : votre présence et votre amour sont un soutien précieux.

À Marie et Mélanie,

Vos maisons sont toujours ouvertes, offrant des moments de partage qui sont à l'image de votre douceur et votre gentillesse. Vous avez même su faire naître, chez certains, l'amour pour les animaux domestiques.

À Clément,

Te remercier n'est ni fait ni à faire. Mais surtout, ne change pas.

À mes neveux, Emilien, Tom et Victor,

Merci de faire perdurer si Jouiement notre nom.

J'espère que la fin de ma scolarité me rapprochera de la vôtre.

À la famille Gatinol,

Vous m'avez recueilli, loin de mon Aveyron natal. Je vous remercie d'avoir rendu cet éloignement si agréable, me construisant même un appartement. Merci pour toutes ces soirées prolongées...

À ma famille,

À mes oncles, mes tantes, mes cousins, et cousines,

À la Gabénie, aux Bolosses,

Je saisis la chance d'avoir une si belle et grande famille, où chacun d'entre vous est cher à mes yeux. Proche ou loin, je sais pouvoir me reposer sur vous. Merci d'être là.

À Eva,

Quel chemin parcouru, depuis le collège jusqu'à ton mariage. Merci pour toutes ces années partagées à tes côtés et ces discussions sans fins. Nombreux se sont demandés ce que nous avons encore à nous dire. Notre amitié et notre complicité sont précieuses.

Merci de faire partie intégrante de ma vie.

À Blandine,

Ton épanouissement dans chaque domaine de ta vie est une source d'inspiration. Merci pour tous ces beaux moments à tes côtés, des terrains aux escaliers nocturnes. Merci pour cette amitié, qui perdure malgré la distance.

A Juliette,

Merci pour ton amitié, toujours aussi fiable depuis notre enfance.

A Margaux,

Merci pour tes valeurs et ton franc parlé, et cette authentique amitié qui en découle.

À Marie C, la la la la la.

Merci pour ta souplesse, tes attentions, et tous ces beaux moments à tes côtés.

A Marie DB,

Merci pour ton naturel, rendant notre amitié simplement belle.

A Marie D,

Merci pour ta sagesse et ta bienveillance.

Sacrée équipe. Même loin des terrains, notre amitié n'est que plus belle. Je vous aime.

À mes amis de première année,

Certains ont été plus rapides que d'autres. Merci pour ces moments.

Aux coaches et poulines,

À Agathe, Annaëlle, Clara, Clémence, Joséphine, Marie, Mélanie, Léa et Valentine.

Quand on me demandait pourquoi choisir Clermont, j'aurais pu citer 9 bonnes et belles raisons. Merci pour ces magnifiques années d'externat. On a évolué ensemble, dans la bienveillance et le respect, qui font notre force. Même si le temps et la distance font que nos retrouvailles sont trop peu fréquentes, elles sont toujours aussi simples et belles.

Je vous aime.

À la team sous colle,

Cette sixième année à vos côtés m'a montré la force de notre amitié.

Elle nous a rapproché, beaucoup rapproché...

À Martin, le petit Lolo et Gianni,

Les petits rayons de soleil masculins de cet externat.

À mes co-internes et colocs de Carcassonne,

Merci pour ces premiers pas d'interne à vos côtés. Ce fut un très beau premier et long semestre grâce à vous, malgré ce milieu hostile et pandémique.

À Aligot Saucisse,

Merci pour ces six mois, riches et festifs, où j'ai découvert de nombreux amis. L'Aveyron ne déçoit jamais, même à Toulouse.

À mes colocs d'Albi,

Merci pour votre initiation celtique, votre sens du ménage et j'en passe. Finalement, le Tarn ce n'est pas si mal. Ou alors c'est vous qui êtes géniaux !

À mes maîtres de stage,

Je vous remercie pour votre bienveillance, votre gentillesse, votre écoute. Je me suis construite et enrichie à vos côtés, inspirée par votre dévouement et votre passion pour ce beau métier.

Cécile, tes conseils dont celui de toujours avancer résonne particulièrement en ce début de vie professionnelle.

Émile, nos discussions, sources de questionnements, ont été très enrichissantes.

Philippe, ton humanisme m'inspire. Quel plaisir de contempler les coquelicots.

Valérie, ton dévouement, mélangé à ton pragmatisme, guident mes pratiques futures.

Benoit, la force tranquille, que même les réseaux informatiques ne déstabilisent pas.

Merci aux Dr Frossard, Dr Malvezin-Marquis, Dr Descayrac, Dr Damase, Dr Lamotte.

Merci aux équipes des urgences de Carcassonne, des urgences pédiatriques d'Albi, des soins palliatifs et du SMIT de Rodez.

À tous celles et ceux que j'oublie, qui ont œuvré de près ou de loin à ma formation.

À Cathy,

À ce travail de thèse, qui m'a permis de découvrir une si belle personne. Merci de m'avoir entraîné dans cette folle aventure. Merci pour ton sérieux, ton intelligence, ta bonne humeur, ta vision de la vie, et surtout ta résilience à mon égard. Je suis fière et heureuse de devenir Docteur à tes côtés.

Une page se tourne (en fait environ 100), mais surtout une nouvelle va s'écrire, prémisse d'une belle et longue amitié.

À Antoine,

À cette rencontre impromptue, qui s'est pourtant révélée être une évidence par la suite.

À ton amour, ton soutien et peut-être même ton humour, qui m'ont permis de m'apaiser et de m'épanouir à tes côtés.

À tous ces moments de bonheur qu'on a encore à partager, ensemble.

Merci pour tout ce que tu sais et tout ce dont tu ne te doute même pas !

Je t'aime.

REMERCIEMENTS DE CATHY

Laure, toi avec qui j'ai débuté mon internat, toi avec qui je termine aujourd'hui. Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure ! Nos similitudes, aussi bien dans notre façon de travailler que dans notre vision de la médecine générale expliquent combien il fut agréable de travailler avec toi. Je n'aurais pu envisager meilleure co-thésarde. Merci pour nos week-ends Sétois, Aveyronnais et Gersoises : nos bulles de quiétude au milieu de cette vie à 200 à l'heure. Ton soutien m'as permis de me dépasser. J'ai appris beaucoup de choses à tes côtés... jusqu'à la couleur de la résilience !

À ma famille,

Bon papa, merci pour m'avoir encouragée et accompagnée tout au long de mon parcours. Tu es pour moi une force et un exemple à suivre. Merci pour tes visites à Montpellier, nos parties de cartes, tes cours de cuisine et tes si bons repas. J'ai hâte de me lancer dans de nouveaux projets avec toi.

Mes parents, **Anne** et **Patrick**, merci pour votre amour et votre soutien. J'ai toujours avec moi le petit mot que vous m'aviez laissé le jour où vous m'avez aménagé à Montpellier il y a 9 ans de ça !! Je suis heureuse de vous rendre si fiers.

Maman merci pour ton goût prononcé pour les œufs de lump.

Papa, je n'oublie pas notre accord : je garde mon nom de jeune fille sur ma plaque.

Mes sœurs, merci pour notre complicité. La belle, la drôle et l'intelligente, quel trio de choc! **Anneflo**, merci pour ta fantaisie. Même si on est obligé de grandir, tu sais me ramener en enfance et ça fait du bien. Un jour je t'amènerai visiter une rhumerie : la ville d'où viennent les romains.

Alicia, merci pour tous ces souvenirs d'enfance avec toi. Aujourd'hui princesse Lili a bien grandi. Ta force et ta douceur sont un véritable soutien dans les moments difficiles. Merci d'être là.

Rémy, merci d'être venu me chercher après mon entretien ce jour-là... c'est en grande partie grâce à toi que j'ai pris la décision de tenter ma chance en médecine.

Laura, merci d'avoir veillé sur moi durant ma 6^{ème} année. Pour m'avoir milles fois rappelé de « boire de l'eau » et de « faire des pauses ». Ta présence quotidienne m'a permis de traverser cette épreuve avec plus de sérénité. Tu me manques.

Mamie, merci d'avoir quitté ta Touraine pour t'installer près de nous. J'ai hâte de passer du temps avec toi, et d'apprendre à cuisiner tes bons petits plats !

Bonne maman, ma bonne étoile, et **Papy**. J'aurais voulu que vous soyez là aujourd'hui. Vous me manquez. Je suis sûre que là où vous êtes, vous êtes fiers de moi.

Nathalie, je te serai éternellement reconnaissante pour m'avoir accueillie chez toi, pour ta douceur et ta générosité. Sans toi, rien n'aurait été pareil.

Vincent et **Maeve**, pour m'avoir accueillie pendant un mois à Thuir. Quel bonheur ce fut de vivre avec vous, et de vous découvrir.

Et à toute **ma famille**. Mes oncles, mes tantes, mes cousins, cousines et neveux. Merci d'être là, et de prouver que malgré la distance, nous savons nous soutenir les uns pour les autres dans les moments durs. Il est vrai qu'on ne choisit pas sa famille, je mesure donc ma chance de faire partie de la vôtre !

À ma famille Gouzènes,

Pierre et **Eva**, merci pour m'avoir accueilli dans votre famille, et me porter autant de considération qu'à vos enfants.

Eva, **Christina** et bientôt **Laura**. Merci de m'entourer et me soutenir lors de mes premiers pas dans ce beau métier. Je mesure la chance que j'ai de pouvoir bénéficier de vos conseils et votre expérience.

Leslie, merci pour ta jovialité, et pour apprécier autant que moi le bon vin et les apéros. Grâce à toi je ne me sens plus seule à table lors de nos repas dominicaux !

À mes maîtres de stages,

Les **urgentistes** du CH de Carcassonne, pour votre encadrement durant mon premier semestre.

Arnaud et **Claire**, pour m'avoir accompagnée durant mon stage de PN1, pour ces repas du mercredi midi "comme à la maison", entourée de vos p'tits loups.

Martine, Michel, et tous les médecins du CH de Villefranche de Rouergue grâce à qui j'ai passé un très beau semestre, au cours duquel j'ai beaucoup appris.

Marie-Eve, merci pour ce semestre à tes côtés. Ta pratique de la médecine générale est très inspirante. Tu démontres que l'on peut être épanouie aussi bien dans la vie professionnelle que personnelle. Tu es un exemple pour moi.

Sophie, Adelaïde et tout le service du 5^{ème}, pour m'avoir donné goût à la pédiatrie.

Geneviève, pour m'avoir fait découvrir le monde de la PMA.

Elodie, merci pour nos échanges tout en bienveillance lors de mes premiers pas en SASPAS.

Jean-Christophe un grand merci pour ton accueil si chaleureux, tes conseils avisés, ta passion pour l'exercice de la médecine générale qui prouve que l'on ne s'ennuie jamais dans ce métier. Pour m'avoir donné la recette d'un travail en équipe de qualité (une cafetière à grain, des viennoiseries et de la convivialité : trois ingrédients majeurs) et pour m'avoir tant rappelé de « respirer par le nez ».

Nicole, Sylvie et Fabien pour votre accompagnement durant ce dernier semestre, la richesse de nos échanges et pour m'avoir permis de découvrir le Gers, qui m'a beaucoup séduite.

Marc, pour m'avoir donné goût à la pratique de l'échographie. Ta pédagogie, ton sens clinique, tes talents de chanteur et d'orateur sont autant de qualités qui contribuent à rendre si agréable d'apprendre à tes côtés. Je ne cacherai pas que les restaurants du midi y sont aussi pour quelque chose. Vive la gastronomie gersoise.

Enfin merci à tous les médecins et paramédicaux dont j'ai croisé la route durant mes études, qui m'ont formé et grâce auxquels je peux qualifier mon parcours d'idéal.

À mes amis,

Les Toulousains,

Les rescapés du lycée Clémence Royer : **Nicolas, Damien, Lucie**. Et **Marjorie**, arrivée peu de temps après. Merci d'être là depuis maintenant bien des années. Pour ces parties de poker qui durent jusqu'au matin, nos rendez-vous sur BGA lors du confinement, ces records battus aux escapes games (une escape à Agen aussi... quelle idée !). Pour tous ces moments

partagés, et pour tout ceux à venir : je vous dis un grand MERCI. Et un merci spécial à Marjo, pour avoir relu et corrigé ce travail avec le plus grand soin.

Fanny, merci pour ces années collègue et lycée à tes cotés. Pour notre complicité, notre gourmandise légendaire et notre humour décalé. Parce que tu m'as toujours encouragée à me lancer sur la voie de la médecine, et que tu n'as jamais douté que j'y arriverai : merci. Les années avancent et les chemins divergent, mais tu garderas toujours une place particulière dans ma vie.

Les Montpellierains,

Bénédicte et Mélanie, notre histoire commence sur les bancs de l'amphi anatomie, et depuis elle continue de s'écrire. Merci pour nos confidences autours d'une fondue au chocolat, nos karaokés, nos soirées de folies au cubanito, au panama et ailleurs. Il suffit que vous soyez là pour que la fête soit belle. Merci pour tout ça !

Laeti, Axel, Florine, Romane, Charlotte, et Marine alias la p'tite Bens : ma team de l'externat. Aux bonbon bananes, aux soirées au "QG", aux dégustations de whisky, à nos sessions de tennis et nos parties de times... Merci pour ces 5 ans avec vous ! Nos retrouvailles annuelles à Milhas sont une véritable tradition, qui j'espère va durer longtemps ! Je vous attends tous pour la 7eme édition.

Merci aussi à la **famille Ruscher**, pour ce séjour à la Réunion qui restera un de mes plus beaux voyages.

Johanna, ma binôme. Quelle chance j'ai eu de te rencontrer ! Un immense merci pour avoir été là chaque jour de mon externat, tu as été un de mes piliers. Pour notre passion partagée de la pâtisserie, des voyages, des puzzles (improbable mais vrai), pour avoir agrémenté ma vie de ta douceur, ta générosité, ta sincérité et ton amour : je te remercie profondément. Ta présence au quotidien me manque... mais tu restes ma Jojo, et ça ; ça veut tout dire.

A mes co-internes,

Les colocs de Carcassonne : **Paul, Pauline, Camille, Louis et Laure**. Mes compagnons de galère, avec qui j'ai survécu à la pandémie et aux inondations. Merci pour cette coloc festive, entre musique, sport, pain fait maison et frites de patates douces ; et ces petits déj-débriefs de retour de garde qui faisaient beaucoup de bien. Et puis cette prouesse de court-métrage, qui restera dans les annales.

Les colocs de Villefranche : **Paul, Jean et Bastien**. Merci pour ce semestre Aveyronnais : nos soirées sérieuses et nos parties de marioles mémorables, cet appartement aux allures de salle de sport, nos running jusqu'en haut du calvaire où je finissais sur les genoux. Grâce à vous j'ai atteint une condition physique jusque-là inégalée (et malheureusement déjà perdue) !

Les colocs de Saint Gau' : **Elise, Lena, Aurélie, Léa et Daisy**. Après une coloc de garçons, ça m'a fait du bien d'évoluer dans une ambiance plus féminine ! Merci pour avoir su rendre la vie douce et agréable dans notre maison commingeoise, pour ce nouvel an 2022 dont je me souviendrai, et pour m'avoir sensibilisée à l'écoresponsabilité. Et merci pour nos débriefings de fin de journée, importants pour moi au cours de ce premier SASPAS.

Les col'Auch : **Malory, Adrien, Marine, Pauline et Abdel**. Grâce à vous mon internat se clôture en beauté. Pour le soutien et de bienveillance dont vous m'avez témoigné, votre folie contagieuse, parce que vous savez mettre le feu où que vous soyez, et pour m'avoir appris à repérer la constellation du dragon (oui, c'est important) : je vous remercie ! Et un merci spécial à ma coach **Paupau**, pour avoir organisé ce WED qui nous a permis de clôturer la fin de notre internat comme il se doit.

Antoine, ta capacité à résumer en un mot tout un paragraphe est une qualité fortement appréciable. Merci pour ta sollicitude et tes encouragements.

Yvan, mon dernier et plus fervent remerciement te revient. Difficile de trouver les mots justes pour exprimer ma gratitude. Tout comme tu sais ce que j'ai traversé, pour avoir tout partagé avec moi durant ces 9 dernières années, tu sais aussi combien je te suis reconnaissante. Je te remercie pour ta patience, pour m'avoir sans cesse encouragée et rassurée quand j'étais persuadée que je n'y arriverai pas. Merci pour ton soutien inébranlable, sur lequel je me suis si souvent reposée. Si ce travail marque l'aboutissement d'une étape, il ouvre la voie à un nouveau chapitre de notre vie, dans lequel il nous reste mille choses à écrire ensemble.

« Lorsque nous ne sommes plus en mesure de changer une situation, nous sommes mis au défi de nous changer. »

VIKTOR FRANKL

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	21
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	25
2.1. Étude qualitative	25
2.2. Population cible	25
2.3. Échantillonnage.....	25
2.4. Recueil des données.....	26
2.4.1. Entretiens	26
2.4.2. Élaboration du guide d’entretien.....	26
2.4.3. Retranscription	27
2.5. Analyse des données.....	27
2.5.1. Théorisation ancrée	27
2.5.2. Analyse du contenu	27
2.6. Aspect éthique et réglementaire.....	28
3. RÉSULTATS.....	29
3.1. L’échantillon étudié	29
3.2. L’implication des médecins généralistes	30
3.2.1. Une compréhension des enjeux.....	30
3.2.2. Une implication visant à répondre à un triple objectif.....	31
3.2.3. Des médecins généralistes sur tous les fronts	34
3.2.4. Le meilleur exemple de cette implication : la vaccination.....	35
3.3. Une réorganisation à l’échelle du territoire permise par un travail en équipe et coordonné.....	37
3.3.1. La mise en place d’une réorganisation sur le territoire	37
3.3.2. Le développement d’un travail en équipe	38
3.3.3. Une réorganisation territoriale coordonnée.....	41
3.3.4. L’exemple des USD	44
3.3.5. Une crise sanitaire tremplin pour les CPTS	45
3.4. Des médecins généralistes résilients face à cette crise inédite.....	46
3.4.1. Une crise inédite.....	46
3.4.2. Des autorités peu adaptées	48
3.4.3. Des médecins généralistes en difficulté	52
3.4.4. Les ressources	58
3.4.5. La réorganisation des soins, une source d’apprentissage.....	61

3.5.	Une crise qui amène à une réflexion sur le système de soins.....	65
3.5.1.	Une fragilisation du système de soins.....	65
3.5.2.	Une réflexion sur le rôle du généraliste au sein du système de soins	70
3.6.	Les pistes d'amélioration	76
3.6.1.	Une plus grande délégation.....	76
3.6.2.	Une meilleure communication et coordination.....	77
3.6.3.	Une anticipation préalable.....	78
3.6.4.	Une politique de gestion de crise par les autorités à revoir.....	79
3.6.5.	Les outils	79
3.7.	Le schéma intégratif : MG résilient face au tsunami COVID-19	80
4.	<i>DISCUSSION</i>	82
4.1.	Les principaux résultats	82
4.2.	Les forces et les limites.....	82
4.2.1.	Le sujet	82
4.2.2.	L'échantillon	83
4.2.3.	Les investigatrices.....	83
4.2.4.	Le guide d'entretien	83
4.2.5.	Les entretiens	84
4.2.6.	La méthodologie.....	84
4.3.	La confrontation à la littérature et les perspectives.....	84
4.3.1.	L'expérience COVID globalement bien vécue par les médecins généralistes de Haute-Garonne 84	
4.3.2.	La réorganisation des soins primaires en période de crise, source de réflexion sur l'organisation du système de soin de demain	87
4.3.3.	Quelle est la place du médecin généraliste dans la réorganisation des soins en période de crise ?	89
4.3.4.	Quelques concepts fondamentaux de la médecine générale à redéfinir.....	92
5.	<i>CONCLUSION</i>	95
6.	<i>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i>.....	96
7.	<i>ANNEXES</i>.....	104
8.	<i>SERMENT D'HIPPOCRATE</i>	112

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CMG : Collège de Médecine Générale

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COREQ : Consolidating criteria for reporting qualitative research

COVID-19 : Corona Virus Disease 2019

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DGS : Direction Générale de la Santé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPI : Équipement de Protection Individuelle

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SARS-COV2: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SMIT : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSAN REB : Organisation de la Réponse du système de santé en situations SANitaires exceptionnelles pour les Risques Épidémiques ou Biologiques

USD : Unité de Soins Dédiée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

L'épidémie due au virus SARS-COV2, ou coronavirus, ou COVID-19, a commencé en décembre 2019 à Wuhan, en Chine. Deux mois plus tard (le 24 janvier 2020), la France notifie à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les trois premiers cas recensés sur son territoire. Le 30 janvier de la même année, le directeur général de l'OMS qualifie l'épidémie liée au COVID-19 « d'urgence de santé publique internationale ». Le 11 mars 2020, la pandémie mondiale est déclarée (1).

En France, et à l'instar de la plupart des pays occidentaux, la stratégie de réponse du système de santé s'est définie en réponse à la cinétique épidémique. Elle s'est basée sur le dispositif « ORSAN REB », mis en œuvre par chaque Agence Régionale de Santé (ARS), avec pour objectif de répondre graduellement, en trois stades. Les deux premiers stades correspondaient à une phase d'endiguement visant à limiter l'entrée du virus sur le territoire national. L'objectif y était de concentrer la gestion de l'épidémie dans des centres habilités. Il s'agissait d'hospitaliser et tester les cas incidents dans des services spécialisés sans recours aux soins primaires. Ensuite, chaque chaîne de transmission était reconstituée, permettant également d'identifier et d'isoler les cas contacts et contrôler l'épidémie (2).

Néanmoins, ces modalités n'ont pu contenir l'évolution virale avec une circulation active du virus sur l'ensemble du territoire. Ainsi, le 14 mars 2020, la France franchit le stade 3 du plan de lutte contre le COVID-19 et passe à une stratégie d'atténuation de la circulation active du virus (3). Cette stratégie repose sur 3 axes majeurs : protéger les populations fragiles, assurer la prise en charge des patients sans gravité en ambulatoire et ceux avec des signes de gravité en établissement de santé (2).

Malgré une politique de déprogrammation massive et une escalade des mesures de restriction sanitaire, l'évolution exponentielle du nombre de cas et le risque de saturation des capacités d'accueil du système hospitalier justifient une mesure radicale. Le confinement national est alors décrété le 17 mars 2020, jusqu'au 11 mai de la même année (4). L'effet souhaité est obtenu mais impacte profondément la prestation des soins de santé, sans épargner le secteur ambulatoire (5). Effectivement, on note une diminution de 23% du recours aux consultations de médecine générale lors du 1^{er} confinement comparativement à 2019, avec comme conséquence un risque de rupture dans la continuité des soins (6).

Fortes de ce constat, les autorités sanitaires produisent de nombreuses recommandations et mesures à destination des professionnels des soins primaires, permettant de se réorganiser pour répondre à trois objectifs : prendre en charge les patients souffrant du COVID-19, assurer la protection face au risque de contamination et assurer la continuité des soins (2). La mobilisation des professionnels du secteur ambulatoire s'est ainsi intensifiée. La logique d'action devient alors collective. Pour répondre à ces objectifs, les médecins généralistes (MG) français, en tant qu'acteur de premier recours, ont dû rapidement se réorganiser (7)(8).

Premièrement, prendre en charge l'afflux de patients COVID-19 en médecine générale a requis plusieurs modalités. Le report imposé des activités non urgentes s'est associé à une réorganisation structurelle interne, avec la création de filières dédiées aux patients suspects d'infection virale au cabinet. En cas d'impossibilité d'assurer cette prise en charge au cabinet, le recours aux Unités de Soins Dédiées (USD) est apparu comme un vrai soutien. En effet, à l'échelle nationale de nombreux centres aux missions variées (information, évaluation, diagnostic, prise en charge) se sont développés. Ils se sont organisés dans des lieux temporaires (gymnases, locaux municipaux) ou structures médicales préexistantes (Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), cabinets médicaux de groupe). L'organisation était majoritairement réalisée autour de la base d'une concertation entre acteurs des soins primaires (MG essentiellement) et autorités sanitaires. Ces USD ont été le moteur du lien entre le système hospitalier et ambulatoire. L'histoire naturelle de la pandémie, associée aux capacités de réorganisation des soins primaires, expliquent que ces centres ont progressivement disparu, après avoir été des lieux de tests et de vaccination. Pour répondre à ce même objectif, la télémédecine s'est largement répandue, le plus souvent soutenue par une tarification adaptée et un assouplissement des conditions d'utilisation. Son utilisation a permis une prise en charge précoce et la surveillance téléphonique des patients infectés. Il s'agissait également d'un outil fondamental dans le partage de données et d'informations entre la ville et l'hôpital.

Deuxièmement, les acteurs des soins primaires se sont inscrits dans un processus de limitation de l'exposition virale. Ils ont eu recours à de nombreuses modalités pour limiter la circulation active du SARS-COV2 sur le territoire. A l'échelle du cabinet, ils ont réorganisé de manière autonome leur lieu de travail. Des circuits ou des plages horaires dédiés séparant les patients selon leur statut viral ont été créés. Les salles d'attentes ont été réaménagées. Les consultations sans rendez-vous et/ou sans tri téléphonique préalable ont été annulées. Les locaux étaient méticuleusement nettoyés et des mesures de protection ont été instaurées, pour eux et leur patients (masque obligatoire, désinfection des mains au gel

hydroalcoolique) (9). La concentration des patients COVID-19 dans des USD présentait l'avantage de rendre les cabinets plus sécurisés tout en protégeant les professionnels de santé, avec mise à disposition d'Équipement de Protection Individuelle (EPI) en centres parfois inaccessibles en cabinet. La limitation du contact s'est démocratisée grâce à un recours massif à la télémédecine, permettant également aux médecins vulnérables de contribuer à la gestion de l'épidémie. Les visites à domicile ont pu être poursuivies voire encouragées pour limiter l'exposition virale.

Troisièmement, concentrer la prise en charge sur les patients COVID-19 et limiter la transmission virale exposaient malheureusement à un risque de rupture dans la continuité des soins et particulièrement la prise en charge des personnes vulnérables (10). En ce sens, les MG ont eu un rôle crucial à jouer pour limiter ces risques. En créant des cabinets propres, nombreux patients se sont sentis rassurés, offrant un lieu de communication, d'information et d'éducation. Les professionnels ont su développer rapidement des démarches proactives pour assurer une surveillance, un rappel et un suivi des patients vulnérables, considérés à risque. Ils se sont basés sur des listes de patients et ont eu recours à la télémédecine dans une majorité des cas. En cas d'impossibilité, les visites au domicile ou en structures (EHPAD) ont été maintenues. Afin de limiter les conséquences du confinement sur l'accès aux soins, des mesures plus spécifiques ont été proposées, incitant ainsi les patients à se soigner sans tarder, telles que la diffusion d'informations et la réalisation de consultations « bilan et vigilance ».

Les MG ont tenté à l'échelle nationale, de garantir une prise en charge à l'ensemble des patients, quel que soit leur statut viral, en réinventant leur pratique quotidienne, permettant d'éviter une saturation du système ambulatoire et hospitalier tout en minimisant du mieux possible l'effet rebond d'une rupture de la continuité des soins (6)(7)(11)(12)(13).

L'efficacité de cette dynamique fut permise grâce à un travail d'équipe coordonné à différents échelons. Au cabinet, les MG ont su mettre en commun leurs ressources, répartir les tâches, l'ensemble organisé autour de cellules de crise (14). A l'échelle territoriale, une approche collaborative s'est dessinée avec les professionnels hospitaliers (urgences, infectiologie), services de régulation médicale, acteurs locaux de la santé, acteurs de la recherche et le gouvernement. Ils se sont réunis pour créer différents parcours de soin et des outils médicaux numériques de suivi. La crise sanitaire a été l'occasion de développer ou de renforcer certaines collaborations avec le territoire : communes, communautés de communes, départements, collectivités territoriales, associations, entreprises. Enfin les liens

avec les autorités sanitaires telles que les agences régionales ou nationales de santé se sont développés (informations, formations, recommandations, gestion des EPI) (14)(15)(16).

Bien que peu impacté, le département de Haute-Garonne s'est saisi de l'enjeu de cette crise sanitaire et a su se réorganiser rapidement selon les modalités précédemment décrites. Les MG ont pu s'appuyer sur l'aide des mairies (mise à disposition d'emplacements gratuits pour les USD) mais également sur le Conseil Département de l'Ordre des Médecins (CDOM). Ce dernier est intervenu à plusieurs niveaux : coordination des différents parcours de soins, intervention directe dans les USD par l'intermédiaire d'une mise à disposition d'EPI et de réunions régulières entre les médecins coordonnateurs, transmission de recommandations auprès des professionnels de santé et d'informations fiables auprès de la population et collaboration avec d'autres professionnels de santé. Leur action s'est également portée sur l'assistance psychologique aux médecins (17)(18).

Il serait intéressant d'enrichir l'analyse des modalités de réorganisation des soins primaires du vécu des MG en période de pandémie COVID-19. En effet, s'y intéresser semble pertinent pour mettre en évidence certains freins ou leviers ressentis dans cette restructuration. Les comprendre et les anticiper pourrait nous aider à améliorer notre capacité à faire face à une crise sanitaire de grande ampleur.

Ainsi, l'objectif de ce travail est d'explorer le vécu des MG de Haute-Garonne face à l'exigence d'une réorganisation des soins primaires pour répondre à la crise sanitaire.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Étude qualitative

Les chercheuses ont choisi de mener une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés avec une approche issue de la théorisation ancrée. La recherche qualitative permet d'explorer des phénomènes, comprendre des personnes, et donner un sens à leur action ou représentation (19).

Cette méthode semblait la plus appropriée pour explorer le vécu des MG de Haute Garonne face à l'exigence d'une réorganisation des soins primaires pour répondre à la crise sanitaire. Un journal de bord a été tenu par chacune des investigatrices durant ce travail de recherche, au sein duquel étaient tracés leur avancement, leurs tâches respectives mais surtout leur ressenti à l'issue des entretiens et tout au long du projet. Il leur apportait une certaine réflexivité dans leur démarche.

2.2. Population cible

L'étude a été réalisée auprès des MG en activité et installés en Haute-Garonne avant mars 2020.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- MG non thésé en mars 2020
- MG non installé en Haute Garonne en mars 2020
- MG à la retraite

2.3. Échantillonnage

Les participants ont été sélectionnés selon leur genre, âge, milieu professionnel, leur mode d'installation, leur durée d'exercice et leur spécificité d'exercice.

L'échantillonnage raisonné s'est fait progressivement, dans le but d'obtenir une variabilité maximale de profil des participants.

Le recrutement a été effectué par les deux chercheuses, essentiellement par le réseau de connaissances des médecins chez qui elles avaient effectué leurs stages au cours de l'internat, et par l'intermédiaire du réseau de connaissances de la directrice de thèse. Les participants répondant aux critères de l'étude étaient contactés par mail afin de leur présenter le projet et de convenir d'une date et d'un lieu de rendez-vous pour l'entretien. Afin de garantir la neutralité de l'échange, l'entretien était mené par la deuxième chercheuse lorsque le recrutement était réalisé par lien de connaissance.

2.4. Recueil des données

2.4.1. Entretiens

Les entretiens ont été réalisés par les deux chercheuses, en parallèle. Il s'agissait d'entretiens individuels, semi-dirigés. Les chercheuses ont choisi de réaliser uniquement des entretiens individuels afin que l'effet de groupe n'entrave l'expression libre du vécu du participant, ainsi que d'éventuels sujets sensibles ou intimes.

Les entretiens étaient réalisés aux horaires et lieux de convenance des participants afin de faciliter leur participation.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone des téléphones portables des chercheuses. Des notes pouvaient être prises au cours de celui-ci pour enrichir les enregistrements sur le langage non verbal notamment (pleurs, rires, gestuelle, ton de la voix, mimiques, etc.).

Les participants étaient informés de l'objectif du travail de recherche et du statut de médecin généraliste des investigatrices.

2.4.2. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré par les deux chercheuses. Il a été testé lors d'entretiens réalisés auprès d'amis médecins puis validé avec la directrice de thèse avant la réalisation des premiers entretiens. Il était composé essentiellement de questions ouvertes afin de faciliter l'échange, l'expression des émotions, des sentiments et du vécu du participant. Il comportait une première partie permettant le recueil des données sociodémographiques puis une question « brise-glace » qui permettait de lancer l'entretien. Des questions de relance étaient également prévues dans le but de développer au mieux les réponses des participants. Au cours de ce travail, le guide d'entretien a été légèrement modifié afin de le recentrer sur le vécu des MG (annexe 4).

2.4.3. Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits sur le logiciel Word[®] par l'enquêtrice ayant mené l'entrevue, sans aucune modification ou reformulation. Les lieux et les noms des personnes ont été anonymisés et chaque participant s'est vu attribuer un numéro. Afin d'identifier qui parle, l'investigateur a été désigné par l'initiale de son prénom. Des indications sur le langage non verbal du participant étaient annotées entre parenthèses ou à travers la ponctuation.

2.5. Analyse des données

2.5.1. Théorisation ancrée

Les chercheuses ont opté pour une analyse inspirée de la théorisation ancrée. Il leur semblait judicieux de choisir cette méthode dans l'intention de développer une théorie, un schéma explicatif à partir du phénomène de réorganisation des soins primaires en période de pandémie COVID-19 sur les MG de Haute-Garonne.

2.5.2. Analyse du contenu

Une fois l'entretien entièrement rédigé, il faisait l'objet d'une lecture flottante, sans a priori par les deux chercheuses pour s'imprégner du texte. Ensuite, les investigatrices procédaient de manière indépendante, aux différentes étapes du codage, avant la mise en commun. La première étape du codage consistait à diviser le discours en unités de sens, appelées « verbatim », auxquelles était attribué un code descriptif qui en résumait le sens de manière plus synthétique. Un code descriptif pouvait correspondre à plusieurs verbatims. Ensuite, les codes descriptifs étaient regroupés en catégories, faisant émerger des thèmes plus larges.

L'ensemble de ces étapes a été réalisé manuellement à l'aide du tableur Excel[®], sans utilisation de logiciel d'aide au codage. En cas de désaccord, l'avis de la directrice de thèse était sollicité. La mise en commun, réalisée à chaque étape du codage, permettait de respecter le principe de triangulation des données afin d'améliorer la validité interne de l'étude.

La rédaction de ce travail a suivi la grille d'évaluation Consolidating criteria for reporting qualitative research (COREQ), qui définit 32 critères assurant la validité externe des études qualitatives (annexe 5).

2.6. Aspect éthique et réglementaire

Les chercheuses informaient, à l'oral et à l'écrit via la notice d'information, les participants de l'objectif de l'étude, les modalités d'enregistrement de l'entretien et les informations les concernant. Puis le formulaire de consentement anonymisé était signé par les participants en double exemplaire afin que ces derniers et l'investigateur puissent garder un exemplaire chacun (annexe 1). Ils étaient libres, à tout moment, de renoncer à leur participation et de se retirer de l'étude.

L'anonymisation des données était réalisée dès la retranscription des entretiens.

La collecte et le traitement des données individuelles respectaient les réglementations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Un avis de conformité à la méthode de référence MR-004 a été enregistré par le délégué à la protection des données du département universitaire de médecine générale (annexe 2 et 3). La méthode de ce travail était hors loi Jardé.

3. RÉSULTATS

3.1. L'échantillon étudié

Entre le 7 décembre 2021 et le 23 septembre 2022, onze entretiens ont été menés au total. Les coordonnées de 35 médecins généralistes ont été recueillies, 2 ont refusé de participer à l'étude, 20 n'ont pas répondu et 2 ont été exclus car ne correspondant finalement pas aux critères d'inclusion de l'étude.

La suffisance théorique des données a été obtenue au huitième entretien et a été confirmée par trois entretiens supplémentaires.

La durée moyenne des entretiens était de 58 minutes (variant de 24 à 102 minutes).

Le recrutement des participants s'est fait de façon concomitante et au fur et à mesure des analyses. Lors de chaque entretien, les caractéristiques des participants ont été recueillies afin de réaliser l'échantillonnage de la population. La description détaillée de l'échantillon est présentée dans le **Tableau 1**.

	Âge	Genre	Milieu professionnel	Durée d'exercice	Mode d'installation	Spécificité d'exercice
E1	33 ans	M	Urbain	3 ans	MSP	Néant
E2	56 ans	M	Urbain	28 ans	MSP	MSU
E3	50 ans	M	Urbain	22 ans	Cabinet de groupe monodisciplinaire de 2 MG	MSU
E4	31 ans	F	Semi rural	2 ans	MSP multisites	MSU
E5	59 ans	F	Urbain	22 ans	Seule	Néant
E6	57 ans	F	Semi-rural	29 ans	MSP multisites	Médecin scolaire, conseillère ordinaire titulaire, MSU
E7	42 ans	F	Urbain	15 ans	Cabinet de groupe monodisciplinaire de 3 MG	Consultations spécialisées VIH hospitalière
E8	74 ans	M	Rural	43 ans	MSP	Consultations spécialisées de bilan urodynamique hospitalière
E9	43 ans	F	Urbain	18 ans	MSP	Membre du conseil d'administration d'une CPTS, MSU
E10	39 ans	F	Rural	11 ans	MSP	Présidente d'une association de permanence des soins ambulatoire, MSU
E11	33 ans	F	Urbain	3 ans	Centre de santé	Néant

Tableau 1 : Caractéristiques sociologiques de l'échantillonnage

E : entretien ; M : masculin ; F : féminin ; MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle ; MG : médecin généraliste ; MSU : Maître de Stage Universitaire ; VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine ; CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

3.2. L'implication des médecins généralistes

3.2.1. Une compréhension des enjeux

3.2.1.1. Une prise de conscience de l'ampleur de la crise

En début de crise, la plupart des médecins ont eu le sentiment de vivre quelque chose d'intense, de grave. Certains ont eu le sentiment d'entrer en guerre.

« Je me rappelle venir le matin, t'avais pas un chat, t'aurait dit que t'étais en guerre, il n'y avait pas un chat dans les rues quoi. » E6

Parmi les mesures exceptionnelles mises en place, le confinement strict de la population est l'élément qui a marqué l'entrée brutale en état de crise sanitaire pour les participants.

« Le confinement c'est finalement le coup de massue. » E1

« Oh ça a été très brusque ... quasiment du jour au lendemain. » E6

3.2.1.2. Une mobilisation générale

L'ensemble des soignants a été réactif. Sans hésitation, ils se sont mobilisés dès le début, sans se soucier du risque d'exposition au virus ou des problématiques de rémunération.

« Et, bah ça a été très très très vite hein, puisqu'on a décidé le lundi soir qu'on ouvrait le mardi matin. » E6

« Au départ on ne s'est pas posé de question. Au départ, on est parti à la guerre (...) habillés comme ça, sans rien ! » E2

Certains médecins expliquaient avoir répondu de manière autonome à la gestion de la crise. Ils ont su improviser avec les moyens dont ils disposaient.

« À un moment, on était vraiment en autonomie (...) On fonctionnait en interne et entre professionnels. » E2

« On a fait ce qu'on a pu avec ce qu'on avait quand même. » E6

Beaucoup d'entre eux avaient la sensation d'être soumis à un devoir professionnel.

« Nous on s'est dit qu'il fallait qu'on joue ce rôle-là, donc on y est allé. » E3

« C'étaient les risques du métier (rire). » E5

Selon eux, cette réactivité a été facilitée par le mode d'exercice libéral.

« C'est là où tu vois que la médecine libérale est très réactive (...) L'hôpital (...) eux ils ont commencé à vacciner leurs professionnels je crois 3 semaines à un mois plus tard » E6

Les médecins ont fait preuve d'une implication permanente et volontaire durant la crise.

« Donc en fait c'était du non-stop. » E2

Néanmoins, l'implication des médecins semble avoir été disparate. Certains, souvent les mêmes, ont assumé de grandes responsabilités.

« On prend les mêmes on recommence ! » E10

Cette disparité a parfois conduit à un manque de tolérance envers les moins impliqués.

« Quand tu as été engagé et que tu te bats pour, moins tu as de tolérance. » E7

3.2.2. Une implication visant à répondre à un triple objectif

Les MG ont dû se réorganiser pour répondre aux trois objectifs majeurs précédemment cités : prendre en charge les patients COVID-19 tout en limitant l'exposition virale, sans délaissier la mission de continuité de soins. Ainsi, de nombreuses modifications ont été mises en place.

3.2.2.1. Des modifications de la pratique médicale

La réorganisation au sein du cabinet (mesures de protection, filière dédiée...) s'est faite en autonomie, sans tension, facilitée par la compliance et une vision commune partagée par l'ensemble des professionnels, malgré les contraintes inhérentes.

« Chaque cabinet faisait un peu comme il pouvait. » E11

« Tout le monde a toujours roulé dans le même sens, et dès qu'on proposait quelque chose c'était de suite oui ! » E10

Pour la majorité des participants, cette réorganisation a été satisfaisante et bien vécue.

« Après moi le positif que j'ai, c'est que je trouve qu'au cabinet on s'est bien organisé. (...) J'ai l'impression qu'on a quand même réussi, au cabinet en tout cas, à continuer à voir nos patients. » E7

La téléconsultation apparaît comme une des principales modifications de la pratique médicale pour répondre à la crise sanitaire. Si la totalité des participants l'ont mise en place, leurs avis sont contrastés. Elle a été principalement utile pour répondre aux trois objectifs, notamment le suivi de troubles psychologiques.

« On a trouvé beaucoup de confort à ça, et à la fois c'était protecteur pour nous et pour les patients les plus fragiles. » E3

« J'avais des suivis psy que j'avais en téléconsultation parce que là bah par contre c'est de l'entretien ... il fallait garder contact et c'est le seul truc que j'ai continué à faire, pour éviter qu'on les perde de vue. » E6

Elle a été d'utilité temporaire ou restreinte pour certains, vu comme un moyen « par défaut ».

« Il valait mieux les voir en téléconsultation plutôt que rien. » E2

Plusieurs freins limitaient son usage, principalement l'absence d'examen clinique, mais aussi l'inégalité d'accès (personnes âgées, réseau internet) et la difficulté pour certains de s'approprier cet outil informatique.

« C'était particulier de gérer un patient sans le voir. » E10

Des médecins ont exprimé une forme d'illégitimité dans la rémunération, d'autre une reconnaissance de leur travail.

« Moi ça me faisait braire si tu veux de prendre 25€ de téléconsultation sur des conseils qu'on donnait déjà avant gratuitement ! » E6

Tout ceci explique que l'utilisation de cet outil était inégale entre praticiens.

« Je crois qu'il y a une place pour la téléconsultation. » E2

En parallèle de la réorganisation des cabinets, les MG ont mis en place des USD ou « centre COVID » dans leur secteur.

« L'unité COVID a été créée pour voir les gens suspects de COVID pour ceux qui n'avaient pas des cabinets adaptés et qui ne voulaient pas les mélanger avec ceux non infectés. » E2

Ces centres ont présenté plusieurs avantages, permettant un accès à du matériel de protection, des facilités d'hospitalisation et des moyens de dépistages appropriés.

« On a été aidé dès qu'il y a eu le centre finalement, là on a eu le matériel. » E1

Le recours à ces centres était variable.

« Tous les covids du secteur pour les médecins qui le souhaitaient, mais tout le monde n'en a pas profité. » E9

Les avis des médecins divergeaient concernant l'intérêt des centres COVID. La plupart en étaient satisfaits.

« En centre COVID, je ne changerai rien parce que ça s'est bien passé globalement. » E9

Ils étaient nombreux à s'interroger sur l'utilité de ces centres durant la première vague, du fait du faible flux de patients.

« Il fallait bien voir qu'on recevait une à deux personnes par jour donc à un moment... » E3

En effet, au cours de la deuxième vague, l'accès aux moyens de dépistage a permis aux centres de gagner en intérêt.

« Alors la 1ere fois c'était plus pour laisser les cabinets propres au final, la 2eme vague c'était aussi pour laisser les cabinets propres et faire les tests en même temps. (...) là on a eu du monde ! » E9

Enfin, une minorité ont vu au travers des centres, une forme de concurrence.

« Il y a des médecins qui sont allés à dire stop, on arrête toute cette organisation parce que nous on ne travaille pas. » E6

3.2.2.2. Un devoir plutôt qu'un besoin

Pour certains praticiens, l'implication dans la gestion de crise répondait plus à un devoir qu'à un véritable besoin. En effet, ils exprimaient le fait d'avoir agi pour faire acte de présence, par solidarité pour leurs confrères plus impactés par la crise.

« Il fallait qu'on montre qu'on était présent, parce qu'à l'hôpital ça n'allait pas, donc on était présents mais on n'avait pas beaucoup de boulot. » E1

Face à ce constat, quelques-uns ont fait part d'un sentiment d'inutilité et de perte de temps. Pour eux, les moyens mis en place ont été démesurés devant le peu de cas COVID sur le territoire. Les actions entreprises ne répondaient pas aux besoins des patients.

« Grosse organisation qui pour ici il n'y avait pas lieu d'être quoi, il n'y avait personne. » E6

« On fait un centre COVID, on est tous habillés en cosmonaute, on reçoit des gens (...) et on leur dit voilà votre ordonnance de doliprane restez chez vous. » E1

Des interrogations ont émergé sur la pertinence de leur présence en centre de vaccination. Ils auraient préféré être plutôt au cabinet ou avec leur famille.

« Est-ce que c'était vraiment intéressant qu'on soit là plutôt que dans nos cabinets ? pas sûre. » E7

Cette impression de répondre présent plus pour la forme que pour le fond a été mal vécue par quelques participants.

« Le fait de venir travailler pour rien je ne l'ai pas trop bien vécu. » E1

3.2.3. Des médecins généralistes sur tous les fronts

Les MG ont dû gérer, de front, leur travail habituel au cabinet et la gestion de la crise.

3.2.3.1. Une conciliation difficile

La réorganisation des soins en période de pandémie a été difficile à gérer car elle entraînait une charge de travail supplémentaire, s'ajoutant à une activité médicale déjà chargée.

« J'ai trouvé qu'ensuite la problématique c'est qu'on est déjà très chargé en fait au cabinet. » E11

Les réunions de crise, le travail dans les USD, la gestion des personnes à risques de forme grave, la surveillance des cas positifs et leurs procédures administratives, l'information des patients et la gestion de leurs angoisses étaient autant de tâches qui s'effectuaient parfois au détriment du travail au cabinet.

« Au final on gérait les non malades pour les informer, les malades, la prévention, les relations avec l'hôpital... » E7

« C'était un peu chaud et là ça retentissait sur le fonctionnement du cabinet car ça prenait beaucoup de temps et beaucoup d'énergie. » E2

A posteriori, divers médecins ont eu le sentiment de s'être éparpillés.

« Je me demande si sur notre territoire, il n'y a pas eu trop de choses qui se sont montées en fait, à trop d'endroits et que ... les gens ça les perdait plus qu'autre chose. » E11

3.2.3.2. Une gestion de la crise accaparée par les médecins généralistes

Bien que de nombreux participants ont fait part de leur épuisement lié à la gestion de la crise, ils n'ont pas sollicité l'aide de leurs confrères spécialistes ou paramédicaux.

« Très honnêtement, on ne leur a pas demandé pour le coup. (...) Ce n'est pas le rôle des cardiologues de venir faire de la vaccination ou du dépistage COVID. Enfin c'est ridicule quoi, à aucun endroit les spé n'y sont allés quoi. » E6

Bon nombre d'entre eux se sont emparés de postes à responsabilités. Il s'agissait d'une volonté partagée entre les autorités sanitaires et leur sentiment de légitimité pour endosser ce rôle.

« Il a mis des généralistes à la tête quasiment de chaque centre [le président du CDOM 31]... Je pense qu'il ne voulait pas qu'on perde la main. » E9

« Pourquoi, parce que c'était logique que ce soit un médecin. » E10

Certains reconnaissaient leur difficulté à déléguer des tâches.

« Je ne sais pas si ça aurait été possible... Le fait d'être responsable de ça de ça de ça, j'aurais peut-être plus délégué. Mais à un moment il faut bien avoir l'info aussi... » E2

3.2.4. Le meilleur exemple de cette implication : la vaccination

3.2.4.1. Les médecins généralistes ont saisi l'enjeu de la vaccination de masse

La vaccination a été perçue par les MG comme une mission dont ils devaient se saisir.

« Il va falloir vacciner tout le monde » E7

Ils ont été poussés par des pressions politiques ou populaires. Ainsi, la vaccination est apparue pour beaucoup comme la solution permettant de sortir de la crise.

« Il y avait des millions de personnes à vacciner, on avait des objectifs par mois c'est à dire qu'en début de mois ils nous disaient « il y a tant de centaines de milliers de personnes à vacciner en Haute-Garonne » donc votre objectif c'est d'en faire tant par jour, 7J/7. » E9

« Tout le monde espérait que ça allait être la solution pour passer le cap. » E2

Les médecins se sont mobilisés de façon massive, retraités et internes compris.

« Les internes sont venus nous aider là-bas. [Au centre COVID] » E6

Ils ont eu le sentiment de s'être engagés au maximum pour vacciner le plus grand nombre.

« Je pense que nos patients ils sont pas mal vaccinés. » E7

Néanmoins, certains ont exprimé un sentiment d'inefficacité voire d'échec devant le refus des patients.

« Je ne réussis pas à le faire vacciner. » E8

3.2.4.2. Selon différentes modalités

Pour répondre à cet enjeu de vaccination, des centres de vaccination, puis des vaccinodromes, ont été mis en place. Ce système de vaccination en centre a été jugé globalement satisfaisant par les MG, rendant la vaccination plus agréable et efficiente.

« Le centre de vaccination j'ai trouvé ça très très bien. Je pense que c'était un format très pratique parce que pour le coup je pense qu'on était plus efficace en faisant du travail à la chaîne. » E11

Tant est si bien que certains ont eu recours uniquement à ces lieux pour vacciner.

Cependant, un participant a exprimé une forme de retenue quant au vaccinodrome, trouvant cette organisation déshumanisante, ne se reconnaissant pas dans cet état d'esprit.

« Ça donnait des trucs un peu moins sympas et moins humanistes on va dire. » E7

Cette campagne de vaccination fut également effective en cabinet, avec une implication variable selon la volonté des médecins.

« Moi je fais beaucoup de vaccinations au cabinet oui. » E6

La majorité des praticiens s'accordait pour dire que cette vaccination était pénible de par sa complexité organisationnelle, notamment dans la gestion des rendez-vous, la conservation des vaccins et le conditionnement en flacons multidoses, peu adaptés à une vaccination en cabinet. Pour toutes ces raisons, la vaccination impactait le fonctionnement habituel du cabinet, rendant impossible pour certains médecins de concilier les deux.

« C'était très compliqué d'organiser ça au cabinet...c'était vraiment pénible ...donc ça j'avoue qu'au cabinet je n'en ai pas fait. » E1

« Au niveau logistique c'était compliqué car quand on ouvre un flacon il fallait pour pas jeter des doses convoquer dix patients fragiles. Donc ça demande beaucoup d'organisation, ça nous demandait beaucoup d'appels ou de coordination des patients. »

E3

3.2.4.3. Une charge de travail supplémentaire

En centre ou au cabinet, cette vaccination représentait une charge de travail supplémentaire. En effet, elle était chronophage, obligeant parfois les médecins à travailler sur leur temps libre pour s'en occuper.

« Les vaccinations je les ai faites en dehors de mes heures de consultations. J'ai pris sur mon temps libre. » E5

S'agissant d'un nouveau vaccin, il était soumis à de plus grandes précautions, avec des protocoles et une charge administrative d'autant plus lourde.

« Les fiches du départ, c'était à mourir de rire, ça mettait vraiment beaucoup beaucoup de temps. » E1

Cette charge de travail supplémentaire a pesé d'autant plus sur les référents de centre, qui y étaient investis de façon permanente.

« J'étais au centre tout le temps pour aller voir ce qu'il s'y passait » E6

Ainsi, l'ensemble des médecins s'accordait pour dire que cette campagne de vaccination était difficile à vivre.

« Je n'ai pas forcément un bon souvenir de cette période-là. » E1

« Les centres de vaccinations ça m'a épuisé ! Fin il fallait le faire mais ça ça m'a pompé. » E2

3.3. Une réorganisation à l'échelle du territoire permise par un travail en équipe et coordonné

3.3.1. La mise en place d'une réorganisation sur le territoire

3.3.1.1. Une mise en place progressive

La réorganisation des soins sur le territoire n'a pas été immédiate. Initialement, la gestion de la crise s'est effectuée uniquement à l'échelle du cabinet.

« La crise, là au départ, le 12 mars, c'était intra-muros... » E10

Les médecins ont progressivement pris conscience de la nécessité d'une organisation coordonnée sur le territoire.

« Il va falloir s'organiser, l'organisation n'était pas encore posée ! » E10

Certains l'ont réalisé, notamment lors de la première réunion au CDOM 31, en mars 2020, qui a marqué, pour eux, l'entrée dans une gestion coordonnée de la crise sur le territoire de Haute-Garonne.

« Dès le 21 mars, ça a été quand même vachement coordonné par le président de l'ordre avec cette 1ere réunion. » E10

3.3.1.2. Une mise en place libre

Les modalités d'organisation sur le territoire étaient variables. Celles-ci l'étaient essentiellement sur la base du secteur de garde, mais parfois sous la forme d'une nouvelle organisation coordonnée avec les communes voisines.

« Nous on s'était réorganisé toute la crise COVID avec notre secteur, notre bassin de garde. » E1

« Globalement le bassin de population, les habitudes de population c'est ce secteur-là, du coup on a choisi de se rassembler, (...) ce n'est pas tout à fait le secteur de garde, (...) mais c'était plus logique. » E10

Cette organisation concertée sur le territoire n'était pas imposée, si bien que certains cabinets n'y ont pas pris part.

« Alors on drainait tous les médecins qui le voulaient du secteur. » E9

« Un cabinet n'a pas voulu participer dans le secteur. » E1

La majorité des médecins sont satisfaits de cette organisation territoriale.

« Tout le monde s'y était un peu mis. Mais a posteriori ça avait été une super organisation. » E6

3.3.2. Le développement d'un travail en équipe

De manière unanime, les médecins ont apprécié ce travail d'équipe qui a été une ressource essentielle pour eux.

« Ça a été une belle expérience parce qu'on a travaillé tous ensemble ! » E6

3.3.2.1. Au sein du cabinet

Tous les membres du cabinet ont participé à sa réorganisation, chacun contribuant à la hauteur de ses moyens.

« Chacun a mis la main à la pâte en fait. » E4

Citons pour exemple, le soutien psychologique apporté par les psychologues, la régulation des entrées d'une MSP par les kinésithérapeutes ou encore les formations sur la prise en charge du COVID dispensées par un médecin en arrêt maladie.

« Lui ne pouvant pas travailler et en plus étant à risque, c'était la seule aide qu'il pouvait faire, donc il était à fond. » E4

Les médecins se sont répartis les tâches dans la gestion du COVID. Certains effectuaient un travail « d'arrière-ligne » pour permettre à d'autres d'être « sur le front », au contact des cas suspects. Ce partage de tâches permettait de concilier la gestion de crise et le fonctionnement normal du cabinet, mais également la mise en retrait des médecins les plus vulnérables.

« Je n'étais pas sur le front parce qu'on m'en dispensait. J'ai vécu en essayant d'absorber ce que les autres ne pouvaient pas faire. » E8

Les MG ont perçu une forte solidarité au sein du cabinet, aussi bien sur le plan matériel, que psychologique et financier, avec la mise en commun des recettes.

« Du fait qu'elle était enceinte et qu'elle consultait un peu moins, on a mis en commun nos recettes et on a divisé en quatre. » E2

3.3.2.2. Au sein du territoire

Premièrement, il y a eu un renforcement des liens entre médecins durant la crise.

« Je pense que ça assure plus de cohésion entre médecins. Ça a occasionné des rencontres y compris avec les médecins d'autres secteurs, ça a permis d'avoir une meilleure cohésion. » E8

La majorité des médecins se sont soutenus, dans un climat de bienveillance et de confiance mutuelle. Ce fut une ressource importante pour bon nombre des participants.

« Aller dans le centre et discuter avec les autres, voir qu'on se pose les mêmes questions, voir que finalement ils le font. C'est bien de voir qu'on est plusieurs à se poser les mêmes questions. » E7

Deuxièmement, les liens interprofessionnels se sont également consolidés. Cela s'inscrivait dans une dynamique nationale antérieure à la crise.

« Faire du pluri pro ... C'est ce que tout le monde fait sur le plan national. » E4

Certains médecins avaient déjà conscience de l'importance du travail pluriprofessionnel. Selon eux la crise l'a obligé à se développer.

« Je pense que ça a obligé, nous on était une MSP donc on était convaincus mais je pense aux médecins qui travaillaient dans leurs coins. » E2

Ce rapprochement pluriprofessionnel a été permis par l'implication de l'ensemble des professionnels de santé, aussi bien les paramédicaux que les pharmacies ou laboratoires biologiques. De nombreux praticiens ont saisi l'importance du rôle des professionnels paramédicaux.

« Je trouve vraiment que tout le monde a joué le jeu. » E3

« Les paramédicaux, ils sont indispensables, parce que des fois on a tendance à l'oublier ! » E1

La gestion des cas COVID positifs en ambulatoire, à partir de protocoles élaborés par les médecins et IDE, a illustré le fonctionnement efficace de ce travail en équipe.

« Il y a eu tout un travail avec les infirmiers puisqu'il y avait des positifs qu'on surveillait à domicile (...) qu'on rappelait. Après pour ceux qui étaient un peu moins graves, qui restaient à domicile mais qui nécessitaient une surveillance, il y avait tout un travail avec les infirmiers qui faisaient un suivi (...) qu'ils nous transmettaient. Ça avait été une super organisation. » E6

Bon nombre de médecins ont vu à travers la crise, une opportunité de rencontre et de partage avec les professionnels de santé de leur secteur. Ils reconnaissaient qu'une meilleure connaissance de leur réseau a favorisé un travail en équipe de meilleure qualité.

« On y gagne quand même pas mal à connaître les autres. Parce ce que du coup, on se connaît mieux donc on va plus réussir à s'appeler, poser des questions. C'est pas mal de travailler ensemble quand même, ça aide notamment quand tu es en crise. » E7

Ce travail pluriprofessionnel a apporté un soutien psychologique et une réassurance aux médecins.

« On n'est pas tout seul donc ça c'est hyper important. Une certaine confiance en soi aussi. » E7

Troisièmement, pour certains médecins, la crise sanitaire a entraîné un renforcement du lien ville-hôpital, principalement avec le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) et les urgences.

« Je trouvais que rarement comme cette époque il y a eu une fluidité dans les rapports spécialistes hôpital-médecine de ville. » E3

Par l'intermédiaire de réunions, d'un numéro direct et de l'utilisation d'un logiciel commun de suivi des cas COVID avérés, la communication et l'accessibilité ont été renforcées.

« C'était très simple de les joindre puisqu'on avait un numéro direct au SMIT. (...) Un logiciel commun entre la médecine de ville et le SMIT, ce qui fait que s'il y avait une complication quand les gens arrivaient au SMIT ça permettait à l'infectiologue de voir ce qui c'était passé avant, (...) Ouais c'était pas mal. » E9

Ce travail en commun a permis de mieux définir le parcours ville-hôpital des patients COVID et de faciliter les hospitalisations lorsque nécessaires.

« Au niveau de l'hôpital, il faut bien reconnaître qu'eux aussi ils ont étoffé leurs services, donc il y avait quand même une réponse assez rapide par rapport aux patients COVID. (...) Je trouvais qu'à cette époque-là il y avait un lien privilégié ou tout le monde jouait un peu le jeu plus que l'ordinaire pour une fluidité de la prise en charge. » E3

Le travail d'équipe n'a jamais été aussi présent que lors de cette pandémie.

« On s'est serré les coudes comme peut être jamais je ne l'ai aperçu ou senti dans mon activité professionnelle. » E3

3.3.3. Une réorganisation territoriale coordonnée

Selon les participants, un travail pluriprofessionnel de qualité doit bien s'organiser.

« Je reste persuadé que ça reste bien de travailler en pluri pro et qu'il faut le faire ! Mais pas n'importe comment. » E2

3.3.3.1. La place fondamentale de la communication

Pour la totalité des médecins, la communication était la clé de la cohésion de groupe.

« Une cohérence sur le territoire...Ouais, mais bon pour ça il faut communiquer. » E1

Elle permettait de se coordonner, de se conseiller et d'amener à un fonctionnement de groupe efficient.

« On avait des visios régulières pour heu...pour rendre compte de ce qu'on faisait, pour se donner des idées des fois tout bêtement. » E6

« On savait qu'on fonctionnait bien ensemble qu'il y avait une bonne communication. » E1

Cette communication était nécessaire pour diffuser une information uniforme et centralisée sur le territoire, afin de permettre à chacun d'adapter sa pratique en conséquence.

« D'avoir une idée, de savoir ce qui se passait dans les autres centres, sur les autres secteurs, ça a été assez intéressant pour savoir comment nous on pouvait s'adapter. » E4

A contrario, la multiplication des sources d'informations fut à l'origine d'un défaut de compréhension des messages.

« Au bout d'un moment, trop d'info tue l'info ! » E2

Durant la crise, la diffusion d'informations s'est effectuée à différentes échelles. Au sein des cabinets, la communication entre collègues était jugée par de nombreux médecins comme satisfaisante. Dans une MSP, un médecin en arrêt maladie avait pour rôle de collecter, centraliser puis de transmettre les informations en lien avec la pandémie à ses collègues.

« Notre collègue qui était en arrêt maladie, il avait passé son temps à regarder et il nous avait fait des petits power point, ça c'était vachement bien. » E4

A l'échelle territoriale, citons les coordinatrices de MSP voisines qui se sont parfois concertées pour retranscrire, centraliser et diffuser des informations à l'ensemble des professionnels du secteur.

« Une coordinatrice de la MSP X et une coordinatrice à la MSP Y. s'étaient mises en lien et nous aidaient sur le plan administratif à formaliser tout, à passer les infos. » E10

Entre les différents territoires, certains médecins ont communiqué avec ceux des secteurs voisins afin d'unifier leurs pratiques.

« On avait des réunions, tous les trois pour essayer de fonctionner un petit peu en lien, voir ce qui se faisait là-bas et qu'ils soient au courant de ce qui se faisait chez nous. » E10

A l'échelle départementale, le CDOM 31 a eu un rôle de synthèse et de diffusion d'informations. Ainsi, bon nombre de médecins ont vu leur pratique médicale uniformisée, basée sur des informations fiables et centralisées.

« L'ordre peut être que ça, ça a rendu plus pratique des choses qui ne l'étaient pas pour un médecin standard qui recevait 10 mails de la DGS par jour. » E2

Enfin à l'échelle nationale, la communication de la part de la Direction Générale de la Santé (DGS) put être perçue comme un moyen d'uniformiser la pratique.

« Donc les mails de la DGS oui étaient utiles pour essayer d'avoir une pratique à peu près commune. » E1

Différents moyens de communication se sont développés durant la crise. Les médecins ont participé à de nombreuses réunions en présentiel ou en visioconférence.

« On a fait beaucoup de réunions, en téléconférence. » E8

Ils se sont appuyés sur les réseaux sociaux, l'application WhatsApp® a notamment été largement utilisée et appréciée.

« On a un groupe WhatsApp de la MSP, on faisait passer les infos comme ça. » E10

Ces réseaux sociaux ont été une ressource pour certains médecins en début de crise, leur permettant ainsi de s'inspirer de l'expérience de confrères d'autres régions, plus impactées par le virus.

« J'ai beaucoup utilisé les réseaux sociaux des médecins. Du coup de l'expérience des médecins généralistes de l'Est en fait. » E7

Certains centres de vaccination avaient des newsletters hebdomadaires, qui permettaient de diffuser les nouvelles recommandations.

« On a mis la newsletter en place où on refait passer les quelques info importantes (...) voilà des petits trucs qui nous semblaient importants. » E7

3.3.3.2. Un rôle de référent indispensable pour une coordination de soins sur le territoire

La plupart des participants avaient conscience qu'un référent était indispensable dans la gestion de la crise. Ils le considéraient même comme l'élément moteur principal de la réorganisation.

« Nous on s'est bien organisé entre nous mais encore une fois grâce à X, il n'aurait pas été là..., moi j'ai beaucoup participé mais j'ai aidé quoi, ce n'était pas moi l'élément moteur principal alors que lui franchement si ! » E7

Il y avait un référent à chaque échelon de l'organisation des soins sur le territoire. En effet, certaines MSP avaient un « référent COVID » chargé de la coordination avec le reste du secteur.

« Au niveau du COVID (...) c'était plutôt une personne identifiée sur la MSP. » E10

Au sein d'un secteur, un seul médecin participait aux réunions avec le CDOM 31, représentant ainsi son territoire.

« L'ordre organisait des réunions toutes les semaines, c'était les vraiment les portes parole désignés par secteur qui y allaient (...) qui nous faisaient des comptes rendus. » E1

Un référent COVID avait même été désigné au sein de l'ARS pour communiquer spécifiquement avec les médecins.

3.3.4. L'exemple des USD

La mise en place des USD a illustré la réorganisation effectuée par les médecins au sein du territoire.

« On a très très rapidement fait un centre COVID avec tous les médecins du secteur. » E1

Les cabinets se sont coordonnés pour assurer une permanence de consultation COVID sur le secteur, en utilisant des modalités d'organisation variables.

« Ils nous ont installé dans la salle des fêtes des petits chapiteaux et donc on consultait là-bas. Il y avait deux autres cabinets à part de notre maison de santé et donc on tournait tous ensemble. C'était un médecin qui était de permanence par après-midi. » E4

« On a fait à un moment tout était centralisé ici, au rez-de-chaussée de la maison de santé, et il y avait un médecin, ... on faisait un roulement avec tous les médecins de ces trois maisons de santé. » E10

Les USD ont été un tremplin pour le développement du travail pluriprofessionnel. Aussi bien lors de leur création que dans leur fonctionnement, avec la participation de nombreux corps de métiers différents, aux compétences complémentaires.

« On était très complémentaire, on ne s'occupait pas des mêmes choses sur le centre. » E9

Ces centres ont été perçus par de nombreux médecins comme un lieu de rencontres et d'échanges, favorisé par la promiscuité physique et le temps à disposition.

« Ça a permis de travailler en pluri pro, ça a permis de se connaître, de mettre des visages. On restait 4h dans ces petites baraques en Algeco donc bon ... » E2

« Une médecin s'installe avec nous... Je ne l'aurai jamais rencontrée en dehors du centre. » E9

Chaque centre était régulé par un référent, relais entre les autorités politiques, sanitaires et les soignants.

« J'étais le relais avec le conseil de l'ordre, j'étais le relais avec la mairie et j'étais le relais avec les infirmières. » E2

3.3.5. Une crise sanitaire tremplin pour les CPTS

La majorité des médecins étaient satisfaits de cette organisation en équipe, coordonnée au sein d'un territoire, et souhaitaient que celle-ci perdure dans le temps.

« Je dirai que le bénéfice c'est ça. C'est de se dire que la médecine ce n'est pas que voir ton petit patient dans ton bureau et suivre ton agenda et peut être voir tes deux collègues autours et voilà. Ça va plus loin que ça. » E6

Ainsi, la crise sanitaire a permis de valoriser la place des CPTS.

« On s'est découvert sur la maison de santé, on s'est découvert sur le territoire. D'ailleurs là on est sur un projet de CPTS et ça découle vraiment de ça quoi ! » E6

L'émergence de nombreux projets de CPTS au décours de la crise témoignait de leur engouement pour ce type d'exercice.

« Ça a permis en fait de créer du lien, ça a permis de montrer que ça pouvait marcher en réseau et donc là on créait la CPTS. » E4

Si la plupart des médecins ont témoigné de leur enthousiasme vis-à-vis de la création de CPTS, d'autres étaient plus mitigés, mettant en avant le fait que les relations entre confrères n'étaient pas aussi étroites qu'elles ne l'ont été durant la crise.

« Les CPTS c'est bien joli mais pour l'instant ça n'a pas aussi bien marché que le centre de vaccination pour rencontrer les collègues. Ça reste des organismes très froids quelque part, ça va venir avec le temps mais notre CPTS elle est beaucoup trop grande. » E9

3.4. Des médecins généralistes résilients face à cette crise inédite

La plupart des médecins ont fait preuve de résilience face aux difficultés rencontrées au cours de cette crise sanitaire.

« Mais nous je crois qu'on s'adapte à tout ! On n'était pas les plus malheureux » E2

3.4.1. Une crise inédite

3.4.1.1. Un manque d'anticipation

Malgré des éléments d'alerte, des praticiens ont déploré un manque d'anticipation. Un participant s'est rappelé avoir essayé d'alerter ses confrères, sans être considéré.

« Au début, on avait des patients qui avaient des viroses un peu compliquées. Mais c'était un peu spécial. On voyait que l'exercice se modifiait un petit peu. » E4

« On commençait un peu à se préoccuper de ce qui allait se passer. On avait essayé d'aborder le sujet, personne n'avait voulu discuter et du coup on n'avait pas été trop entendu. » E1

Ainsi la majorité des médecins n'a pris conscience que tardivement de la situation de crise. En conséquence, ils évoquaient un manque de ressources, en termes de moyens diagnostiques, de moyens personnels, et surtout en termes de matériel de protection.

« Au départ on n'avait rien vu qu'on n'avait même plus les masques de l'H1N1. » E2

« On n'avait pas de test donc ça c'était quand même un peu compliqué, c'était que de la clinique. (...) difficile des fois de faire la part des choses entre un COVID ou non. » E9

Ce manque de ressources a été difficilement vécu par certains professionnels. L'absence de moyen diagnostique leur donnait un sentiment d'inutilité, l'absence de moyen de protection, un sentiment de vulnérabilité.

« Et mon test ? ah bé on n'a pas de test ! on se sent vraiment inutile. » E1

Néanmoins beaucoup ont su faire preuve de résilience, s'accommodant de ce peu de ressources disponibles et relativisant par rapport à la situation de certains pays européens voisins.

« En Espagne, eux ils étaient mal lotis. Quand tu ouvres un peu les œillères, je trouve qu'on était plutôt bien loti ici. » E3

3.4.1.2. L'inédit : source d'incertitude

L'inédit de cette pandémie et, de ce fait, le manque de connaissances sur la dangerosité, l'évolution ainsi que la prise en charge du virus ont été sources d'angoisse.

« On savait pas du tout si c'était grave ou pas grave. (...) On se demandait si on allait perdre la moitié des soignants ou pas ! (...) Les quinze premiers jours on ne savait pas trop dans quel sens ça allait partir quand même. On était un peu inquiet. » E2

Certains médecins ont manifesté une inquiétude pour leur santé, leurs revenus financiers, le pronostic de leurs patients infectés par le COVID et les conséquences de la rupture de la continuité des soins.

« Au début je n'étais pas très très rassuré, quand je voyais des gens qui sont venus consulter et dont il s'est avéré qu'ils étaient COVID après coup. » E8

« C'était un peu stressant parce que du coup en tant que MG au début il y a quand même eu une perte de revenus qui est quand même un peu angoissante quand on est libéral. » E11

« Assez vite on s'est inquiété pour certaines populations, les patients infectés bien évidemment (...) on s'est dit ça va être compliqué pour les personnes âgées, (...) pour tout ce qui est prévention ça va être chaud. » E2

La majorité d'entre eux ont également eu peur de transmettre le virus à leurs proches.

« La peur de le transmettre à mes parents (...) ouais c'était stressant ! » E9

Parallèlement, certains ont été perçus par leurs proches comme une potentielle source de contamination.

« Une amie a préféré qu'on ne se voit pas au cas où je pourrais la contaminer. » E5

Bon nombre de médecins ont dû gérer l'inquiétude, le besoin de réassurance et parfois l'agressivité réactionnelle de certains patients, majoritairement les plus jeunes.

« J'ai quelques patients qui sont devenus complètement hypochondriaques. Ce sont des gens qui sont jeunes. Ils viennent une fois par semaine pour pas grand-chose à chaque fois, mais qui ont besoin d'être rassurés. » E1

« On a eu beaucoup de violence des gens qui étaient très inquiets et très agressifs. » E4

Ce climat anxiogène a été accentué par la médiatisation autour de la pandémie et les changements permanents de directives.

« On a une actualité qui vient en remplacer une autre. Donc au bout d'un moment, il y a un côté anxiogène, les gens ne sont pas bien. » E3

3.4.2. Des autorités peu adaptées

Pour une majorité de MG, les autorités sanitaires n'étaient pas adaptées pour répondre à leurs besoins durant la crise.

3.4.2.1. Sur le plan structurel

La plupart des médecins décrivaient l'organisation du système de soin sur un mode pyramidal, avec une autorité descendante.

« J'ai eu le sentiment que l'ARS subissait ça autant que nous (...) En fait, il répercutait, c'était pyramidal. » E9

Les « hautes-autorités » leur apparaissaient détachées du reste du système de soin, considérées comme inaccessibles par la plupart des médecins.

« Alors le ministère il est un peu loin ! » E10

« Tu les entendais se congratuler [le ministère de la santé] de leur bonne réussite de la vaccination sauf qu'ils n'étaient pas sur le terrain quoi. » E9

D'ailleurs certains médecins interrogés ne connaissaient pas le rôle concret de ces autorités.
« L'ARS je sais qu'il organisait beaucoup beaucoup de réunions, après j'avoue que j'ai moins de notion de leur rôle. » E1

Durant la crise, la majorité des médecins se sentait non décisionnaire, tributaire des décisions des autorités.

« Au départ ce n'est pas nous qui avons décidé de faire un vaccinodrome ça c'était vraiment une décision de l'ARS et du conseil de l'ordre. » E1

Un participant signale notamment un abus de pouvoir de la part de l'ARS.

« L'ARS ça c'est vrai, dans les points négatifs, c'est que parfois ils ont outrepassé leurs droits. Un jour, ils m'ont demandé notre planning parce qu'ils voulaient nous forcer à ne plus prendre de salariés des cliniques ou des hôpitaux. » E9

Cependant, ils se sentaient livrés à eux même. Beaucoup déclaraient bénéficier de peu d'aide de la part des autorités, se sentant isolés dans leur exercice libéral.

« C'est vrai que plus haut, on s'est senti un peu seul. C'était à nous tout seul de gérer. » E4

« Véran, il dit il faut ouvrir des centres dès samedi, et après c'est démerdez-vous. » E7

« Le travail hospitalier est différent du travail en libéral. Au cabinet, tu es tout seul à gérer ton stress, le stress du patient, ce que tu sais, ce que tu ne sais pas. » E7

Ainsi, pour toutes ces raisons, bon nombre de médecins ont eu le sentiment d'avoir endossé un rôle ingrat durant la crise.

« Au départ quand tu ne savais pas, c'était nous. (...) En gros « oh bin on va faire faire par les médecins généralistes ! » (...) Donc là pour le coup on va vraiment avoir tout le COVID à gérer, parce que finalement c'est encore nous qui allons gérer. » E7

3.4.2.2. Sur le plan pratique

Les médecins ont dénoncé un manque de réactivité de la part des autorités, avec un manque de matériel de protection, un manque de protocoles, etc.

« On ne les a pas vus, fin on va dire que c'était très retardé. On a dû mettre en place tout un tas de chose nous, avant qu'on voit quelque chose. » E4

Les participants ont éprouvé un sentiment de manque de transparence du gouvernement. Un des médecins estimait que le gouvernement avait menti et trouvait cela impardonnable.

« Moi le reproche principal que je leur ferais c'est tout au début : le message « les masques ne servent à rien », ça par contre je pense que personne ne leur pardonnera. » E9

« Notre ministre à l'époque qui sort que le virus n'atteindra pas le littoral français, ça je ne l'ai toujours pas avalé non plus ! Le premier ministre qui dit qu'il faut aller voir son médecin qu'en cas d'urgence, bon... » E9

Pour la plupart des médecins, la communication de la part des autorités était mauvaise. Les informations manquaient de clarté, de synthèse. Certaines n'étaient pas scientifiques, inadaptées à la réalité du terrain voire contradictoires.

« C'étaient les informations un peu alambiquées, pas très scientifiques au départ. » E3

« Je me plaignais au début qu'il n'y avait pas trop de recommandation. Bin là, il y en a eu beaucoup beaucoup beaucoup, peut-être trop, car on était un peu noyé sous les informations. » E11

« En terme pratique zéro pour nous parce que les infos étaient parfois contradictoires. C'était difficile d'être clair et pratique, adapter en fonction parce que ça changeait tellement. » E2

Les informations officielles étant tardives, secondaires au traitement médiatique, les participants n'ont pu devancer le questionnement des patients.

« On était informé après les patients, donc ils venaient nous poser des questions donc on ne savait pas. Donc c'était eux qui nous apprenaient les choses et c'était difficile à vivre. (...) Répondre et gérer l'angoisse des gens face au fait qu'ils avaient plus d'infos que nous c'était compliqué » E4

Ils accusaient également un temps de latence dans l'application des annonces faites ou des prises de décisions trop tardives et donc désuètes.

« Quand ils faisaient un effet d'annonce heu que ce soit immédiat, c'est à dire quand ils te disent à partir du 1er septembre on va vacciner (...) ils te le disent le 23 aout. Toi tu te fais engueuler au centre quoi ! » E9

Devant une difficulté à se maintenir à jour, ils utilisaient des moyens d'information annexes, tels que les médias, réseaux sociaux, centres COVID, le partage d'informations entre confrères ou avec les patients.

« Ça c'était un peu chiant effectivement, parce que on a souvent appris des trucs en regardant la télé. » E8

« Je faisais partie du réseau centre COVID par lesquels on avait beaucoup d'infos, plus rapidement peut-être que par le gouvernement. » E5

En parallèle, il fut difficile de faire remonter revendications et besoins du terrain aux autorités.

« Quand il y avait ce fameux webinar avec Olivier Véran, on ne pouvait poser aucune question. On faisait monter les questions à l'ARS, on avait la réponse des fois 15 jours après, soit-on ne l'avait jamais. » E9

Cette mauvaise communication entre médecins et autorités a été source d'incompréhension et d'insatisfaction de la part de nombreux participants.

« Je pense à un moment, c'était tellement fouillis qu'on y comprenait que dalle ! » E2

« On était informé après les patients, donc c'était eux qui nous apprenaient les choses et c'était difficile à vivre. » E4

Les efforts d'adaptation, inhérents aux changements réguliers et intempestifs des directives, furent éprouvants pour de nombreux participants.

« C'est toujours pareil, on a la DGS tous les 4 matins du jour au lendemain ça change. Là on retombe dans les travers du début où tu changes du jour au lendemain. Ça a été dur moi je trouve. Ça, moi honnêtement ça a été vachement dur quoi. » E6

3.4.2.3. Des médecins généralistes compréhensifs

Malgré tout, les médecins sont restés compréhensifs face à la gestion inadaptée de la crise de la part des autorités.

« C'était normal que ça change tout le temps vu qu'on ne connaissait pas. C'est pas du tout une critique. Je comprends et je ne leur en veux pas. » E2

La majorité d'entre eux a reconnu que l'inédit de la crise rendait son anticipation impossible. Ainsi, les changements de directives étaient inévitables, liés aux différentes phases épidémiques.

« L'ARS Occitanie, ils ont fait ce qu'ils pouvaient je pense, ça aurait pu être mieux : pas changer les recos tous les 3 jours, mais ce n'est pas leur faute non plus. » E9

Ils estiment avoir su s'adapter. Leurs efforts ont été soumis au rythme des vagues épidémiques successives, et aux aléas rencontrés lors de la crise.

« Au début c'était mon collègue qui le gérât, et je me suis retrouvée à devoir le faire parce qu'il a été hospitalisé à cause du COVID. » E4

Les MG interrogés ont admis que la position des autorités n'était pas simple.

« Je pense que c'est dur de prendre des décisions donc je me garderais bien de critiquer les décisions qui ont pu être prises (...) Je ne suis pas sûre qu'on aurait pu faire différemment. » E11

3.4.3. Des médecins généralistes en difficulté

L'inédit de cette crise, associé à une gestion imparfaite de la part des autorités, ont contribué à mettre les MG en difficulté.

3.4.3.1. Un corps médical discrédité

Beaucoup de participants ont eu le sentiment d'avoir été discrédités face au patient.

« Les conduites à tenir précises qui étaient différentes, force est de constater, d'une période à l'autre. Donc nous ça nous demandait beaucoup d'efforts auprès des patients car c'est assez décredibilisant. C'est assez décredibilisant, dans le sens ou ça changeait régulièrement et ce qu'on avait dit 10 jours avant n'était plus vrai donc nous on se demandait pour qui on passait ? » E3

Les médias, s'emparant de la crise, ont joué un rôle dans ce discrédit.

« On perd en crédibilité mais ça moi j'en veux beaucoup aux journalistes parce qu'ils invitent que des scientifiques, des médecins, toujours les mêmes de merde qui disent n'importe quoi. Et là-dessus le gouvernement qui annonce des trucs qui changent du jour au lendemain donc c'est un peu difficile. » E7

Enfin, au sein même du corps médical, le discours a été désuni, menant à un clivage idéologique entre médecins. Certains scientifiques ou médecins ont avancé beaucoup d'affirmations à tort, et parmi les participants plusieurs reconnaissaient avoir relayé cette fausse parole à leur patient.

« Tu voyais bien au niveau des médias, des médecins qui n'avaient pas le même discours, ça noircissait beaucoup le tableau de la profession. » E3

« Je pense qu'il y a eu une vraie rupture, entre les gens qui sont sur le front depuis un an et demi et ceux non qui n'ont pas le masque, qui ont des discours antivax tout ça. Je pense qu'il y a une rupture de plus en plus importante. » E7

3.4.3.2. Des relations modifiées avec la population

Bon nombre de médecins témoignaient d'une divergence de vécu avec la population, notamment lors du premier confinement. En effet, cette période n'a pas été source de repos.

« On a toujours bossé ! fin je veux dire on aurait bien voulu se reposer à la maison. Quand moi je voyais les gens (...) ça m'aurait plu 1 mois de rien foutre ! (Rigole) ça m'a donné un peu envie ! » E2

Ils ont eu le sentiment d'avoir été en décalage avec la société et leurs proches.

« C'est un temps où on avait l'impression d'être un peu en décalage avec les gens l'entourage, enfin les amis, la famille et même le mari, les gosses qui étaient à la maison, donc ça c'était étrange. » E10

Les médecins ont fait face à la méfiance et à l'agressivité de la population vis-à-vis du corps médical, notamment durant la campagne vaccinale.

« Moi j'ai fait un peu de Astra Zeneca mais très rapidement j'ai vu que ça allait poser beaucoup de problèmes surtout la mauvaise pub. » E1

« J'ai géré l'insatisfaction des gens, leur agressivité parce qu'ils voulaient absolument être vaccinés. » E9

Certains ont même reçu des plaintes venant de leurs patients, qui étaient mécontents de leur prise en charge.

« On a eu des plaintes parce que ça n'allait pas assez vite. On a reçu des plaintes à l'ordre parce que les gens qui agressaient les infirmières on ne les vaccinait pas et les gens trouvaient ça scandaleux. » E4

3.4.3.3. Un impact sur la relation médecin-patient

Pour les MG, créer du lien avec le patient en période de crise sanitaire était compliqué.

« Le fait de plus du tout se serrer la main, ça met de la distance. (...) Le masque, tu perds de l'expression. » E9

« Je n'ai jamais vu mes patients sans masque (...) Créer du lien c'était un peu compliqué. » E4

Ils admettaient que leur agacement ainsi que celui des patients, face à une crise qui dure, a également eu un effet délétère sur leurs relations.

« Les gens, ils ne comprennent pas. Les gens ils sont à cran, ils sont à cran parce que la situation sanitaire ils en ont marre. » E6

« Il y a un peu d'énerverment aussi, mais même de notre part. » E7

Certains participants ont fait part de leur intolérance envers le manque de considération de cette situation de crise et le non-respect des gestes barrières de la part des patients.

« Je pense qu'on en a toutes marre des gens qui sont là qui ont les masques comme ça (sous le menton), qui disent « ah non mais vous savez docteur, le masque moi je ne supporte pas » toi tu es là, ça fait 2 ans que tu as le masque tout le temps tu te dis « mais qu'est-ce que tu ne supportes pas 10 min ? ». » E7

Si pour la plupart des participants la relation médecin-patient variait selon l'évolution de l'épidémie, pour une minorité d'entre eux, les difficultés relationnelles rencontrées ont abouti à un clivage avec une partie de la population.

« Je considère qu'il y a des gens j'ai plus envie, j'ai plus envie de leur parler quoi. Moi les antivax militants sur Facebook, pas des premiers cercles mais des gens que tu connais qui sortent des trucs, fin voilà moi je considère un an et demi après le truc je considère que ce sont des gens bêtes donc voilà, ce sont des gens qui ne m'intéresseront pas (rire). Fin voilà je pense qu'il y a eu une vraie rupture. » E7

Selon plusieurs médecins, les patients jugeaient les recommandations et directives sans connaissance scientifique, n'étant ainsi pas légitimes.

« Bah pourquoi pas le moderna chez les moins de 30 ans en rappel ? Parce qu'ils n'avaient pas fait les études aussi tout bêtement, mais ça les gens ils ne comprennent pas forcément. Après tout le monde a été médecin pendant 2 ans quoi, sauf qu'après quand tu grattes à peine tu comprends qu'ils n'ont rien compris en fait. » E9

D'autres avaient conscience que ce manque de connaissances pouvait être source de désespoir et d'agressivité.

« Parce que bah ils étaient un peu complètement démunis aussi, pas savoir quoi penser, quoi faire. » E10

Ainsi, pour de nombreux médecins, l'importance de la communication avec les patients a été renforcée en situation de crise. Ceux-ci ont donné des explications et des informations claires à leurs patients, notamment dans un objectif de prévention et d'éducation.

« Je pense avoir essayé de leur faire passer ce message que justement tout le monde avançait un peu dans le brouillard et que voilà on faisait au coup par coup. » E8

« Il a fallu expliquer (...) On s'est quand même bougé on les appelait, les patients ils étaient contents. » E7

3.4.3.4. Un impact sur la vie personnelle

La crise a pu avoir un retentissement personnel. Quelques participants exprimaient avoir mal vécu le confinement. A l'instar de la population générale, ils ont été impactés par le manque d'interactions sociales et d'activités, la restriction des visites en centres de soin ou encore la fermeture des frontières imposée par les mesures sanitaires.

« Ça a impacté ma vie personnelle en ce sens que bon il n'y a pas eu d'activité, les réunions familiales ont été limitées, pas de sorties. » E8

Beaucoup reconnaissent que la gestion de la crise a empiété sur leur temps personnel, évoquant même un sacrifice.

« Donc heu, impact sur la vie de famille hein la vaccination (...) Et les deux petits plus compliqués, j'ai été très absente hein, très très absente...J'étais la tête dans le guidon. »

E9

« Au prix quand même de sacrifices, de fatigue. » E7

3.4.3.5. Un sentiment de lassitude

Pour la majorité des participants, le COVID était omniprésent dans leur quotidien. Ils étaient sollicités de façon permanente par leurs patients, les autorités et leur entourage personnel, rendant difficile la prise de recul sur la situation.

« Personnellement, c'était compliqué parce que le boulot était constamment omniprésent dans l'organisation familiale. » E10

« J'ai l'impression que l'ensemble de mes connaissances n'ont jamais réussi à avoir leur médecin, donc c'est moi à chaque fois qui ai géré. » E7

« Il y a eu ça aussi, dans l'épuisement, il y a depuis un an dans toutes les consultations « Docteur, vous en pensez quoi des vaccins ? ». » E7

« C'est difficile de se détacher parce que la charge mentale était hyper importante, quand on n'était pas au cabinet on était confronté comme tout le monde au covid. » E7

De nombreux participants ne s'attendaient pas à ce que la crise dure si longtemps. Lors de leur entretien, environ un an et demi à deux ans après le début de la crise, ceux-ci avaient parfois un souvenir flou des débuts de la pandémie.

« On entendait parler du COVID depuis 2 ans maintenant. » E6

« On n'a pas pris conscience de la durée. » E2

En s'installant dans la durée, cette crise a été source d'épuisement physique et psychologique pour une grande partie des participants. La période de vaccination ressort comme ayant été particulièrement fatigante.

« Après bah oui c'est fatiguant physiquement et psychologiquement. Mais ce n'était pas trop à l'époque, c'est maintenant que c'est lourd. On est à 2 ans bientôt et c'est lourd quoi ! » E6

« Vraiment il y a eu des moments au printemps quand on montait le centre de vaccination, des moments où j'en avais vraiment marre. » E7

Quelques médecins ont ressenti une phase de burnout à la fermeture des centres de vaccination, contre-coup de leur investissement sans relâche.

« J'étais la tête dans le guidon, je m'en suis plutôt rendu compte quand le centre a fermé. Parce que du coup je pensais que ça allait être une libération et en fait non. (...) Je pense que tu es dans une espèce de vide abyssal, tu te dis « Je ne sers plus à rien, je m'ennuie. ». Fin je ne m'ennuyais pas il y avait le cabinet, mais heu plus envie de voir les patients. Je réfléchissais, je me dis tu déplaques. » E9

Certains des participants ont vu leurs confrères prendre une retraite anticipée du fait de la crise.

« Dr X, il a bossé il savait qu'il allait partir à la retraite. À un moment, réunion COVID, il nous a dit « En octobre je pars, quoi qu'il en soit je pars. ». Parce que bah souvent il y en a beaucoup qui disent bon allez je continue 6 mois de plus le temps que ... mais là il a dit non. Ça se comprend complètement, et je pense que c'est beaucoup comme ça. » E10

L'ensemble des médecins a témoigné un sentiment de lassitude.

« Quand est-ce que ça va finir ? » E6

« Moi j'ai dit non j'ai dit je fais plus, ça fait un an et demi. » E7

Ils estimaient qu'il y a eu un manque de reconnaissance de leur investissement de la part des politiques, de la population en général et de certains patients.

« Un peu plus de reconnaissance, j'aurais bien aimé. » E7

« Ils venaient nous dire qu'on ne faisait pas assez, alors que franchement on était au four et au moulin. » E6

Ainsi, certains médecins se sont progressivement désinvestis de la gestion de la crise. Ils ont eu le sentiment d'en avoir assez fait.

« Ils venaient d'annoncer la réouverture des centres donc bien sûr « Vas-y tu repars ? ». J'ai dit bah non, je pense que je me suis assez investie au bout d'un moment ça fait un an et demi, j'ai l'impression c'est toujours les mêmes. » E7

3.4.4. Les ressources

Si les participants ont connu plusieurs difficultés durant la crise, ils ont néanmoins pu s'appuyer sur différentes ressources.

3.4.4.1. Le CDOM 31

L'ensemble des médecins s'accordait pour dire que le CDOM 31 a été présent et mobilisé.

« Le conseil de l'ordre, le président, très très présent. » E10

Il a fait preuve de réactivité, dès le début, et tout au long de la crise.

« Alors le 1er présent, qui nous a soutenus (...) c'est le CDOM. » E6

Le CDOM 31 a apporté une aide adaptée aux médecins. Il a mené des actions concrètes, telles que l'assouplissement des conditions de travail des remplaçants/adjoints, la négociation de financements, la mise à disposition de moyens logistiques et matériels et la diffusion d'informations pertinentes.

« Alors l'ordre, ils ont mis en place des trucs pratiques. » E2

« Au début ils nous ont beaucoup aidé, ils nous ont envoyé du matériel, des blouses [le CDOM 31] quand il s'est avéré qu'il en fallait et qu'on n'en avait pas. » E6

« On était au courant, on n'avait pas besoin d'aller chercher l'info, elle venait à nous (...) Une info qui était validée, neutre, et en générale aidante quoi. » E10

Le CDOM 31 a également eu un rôle de relai entre les médecins et les hautes autorités sanitaires, les rendant plus accessibles.

« C'est eux qui géraient tout ce qui était relation avec l'ARS. » E9

Il a aussi apporté un soutien qualifié de « psychologique » par certains médecins.

« Le soutien je dirai même entre guillemet « psychologique ». » E6

Pour beaucoup le fait que le président du CDOM 31 soit un MG était un avantage, lui permettant d'avoir conscience de leurs besoins réels.

« Ça n'aurait pas été géré pareil par quelqu'un qui n'avait ni l'envie, ni le réseau, ni le contact avec le premier recours. Il se trouve qu'il avait ça. » E2

***« Donc l'avantage d'avoir un conseil de l'ordre avec un président qui est médecin généraliste, je pense que là-dessus il avait bien la conscience de ce qui nous manquait. »
E1***

La totalité des participants étaient ravis du soutien et de l'implication du CDOM 31, certains la jugeaient même irréprochable.

« L'ordre, plutôt très aidant, franchement je n'ai rien à dire sur l'ordre. » E9

« Vraiment, ils ont été d'un soutien extraordinaire. » E6

Ils s'estimaient reconnaissants et chanceux de cette implication, comparé à d'autres départements.

« Et on a eu nous la chance par rapport à d'autres départements. (...) Heureusement que quelqu'un a fait la synthèse là sur la Haute Garonne et nous a filé les infos pratiques ! Mais je pense que tout le monde n'a pas eu ça ! » E2

« L'expérience des MG de l'Est (...) où tout le monde dit « bon bah au moins ça aura montré que c'était inexistant », j'avoue qu'à Toulouse quand même il est pas mal. [Le CDOM31] » E7

3.4.4.2. Les autres ressources

Bien que la principale ressource institutionnelle des médecins ait été le CDOM 31, ils ont également pu trouver de l'aide au sein du système de soin. En effet, certains d'entre eux jugeaient le travail des autres autorités cohérent.

« A mon avis ils ont quand même bien bossé, enfin ça me semblait assez cohérent ce qui a été fait. » E8

Pour quelques-uns, la gestion de la crise par le gouvernement français était parmi les meilleures d'Europe.

« Je pense que la gestion de la crise par les autorités françaises qu'elles soient politiques ou sanitaires a été quand même parmi une des meilleurs qu'on a vu en Europe. » E8

Les mails de la DGS étaient utilisés par certains praticiens comme un support dans leur pratique, leur permettant d'avoir plus de légitimité face aux patients. De même, ils jugeaient les protocoles de la HAS utiles.

« Les mails de la DGS oui étaient utiles pour essayer d'avoir une pratique à peu près commune, puis c'était le support aussi pour pouvoir expliquer aux patients. » E1

« Il y avait des protocoles HAS pas mal faits. Donc de temps en temps on avait des trucs clairs et simples. » E2

De nombreux médecins saluaient l'implication de l'ARS, la considérant réactive et disponible, notamment en mettant à disposition un référent ARS dédié au COVID. Elle leur a apporté un soutien financier, matériel et logistique.

« L'ARS, il y a quand même eu des gens qui ont été vachement investis. Tu pouvais l'appeler n'importe quel jour, le weekend, la nuit. » E6

« L'ARS ça a été surtout un financeur. » E10

La CPAM, en prenant en charge la gestion administrative des cas positifs, en assouplissant les modalités de téléconsultations et en remboursant la prise en charge psychologique des patients, a été une ressource citée par plusieurs participants.

« Maintenant le tracing, c'est bien c'est quasiment plus nous qui le faisons (...) il est contacté par la CPAM, c'est même plus nous qui gérons. » E7

Le système hospitalier, en augmentant sa capacité d'accueil et en simplifiant le parcours ville-hôpital des patients COVID, a été une aide pour certains médecins.

« Au niveau de l'hôpital, il faut bien reconnaître qu'eux aussi ils ont étoffé leurs services. Donc il y avait quand même une réponse assez rapide par rapport aux patients COVID. » E3

Quelques participants citaient également l'aide apportée par les autres professions médicales tels que les vétérinaires, ou médecins du monde.

« Il y a eu d'énormes problèmes de personnel au point que c'est médecin du monde à un moment qui intervenait. » E10

Les élus politiques locaux apparaissaient également comme une ressource sur laquelle de nombreux médecins ont pu s'appuyer.

« Comme on était très en lien avec la mairie bin ça a permis de faire avancer les choses plus vite. » E4

Ils ont collaboré avec les mairies ou bien avec les communautés de communes, sans que ne s'installe de rapport hiérarchique.

« Ils étaient informés, mais l'info allait de nous à eux, pas forcément l'inverse. On ne nous a rien imposé. » E10

Les élus politiques locaux ont été réactifs et ont apporté une aide logistique, matérielle, financière et un approvisionnement en personnel, répondant aux besoins des médecins.

« La mairie est venue tout de suite nous voir « Qu'est-ce que vous avez besoin ? Euh bin une secrétaire pour gérer ça. » Et c'est vrai que 3 jours après on avait une secrétaire dédiée juste pour ça, payée par la communauté de commune. » E4

« La mairie nous a beaucoup aidé :local et matériel. » E1

Ceux-ci ont été globalement très satisfaits du soutien et de l'implication de la mairie dans la gestion de la crise.

« Pour moi, ceux qui ont vraiment beaucoup aidé c'est le conseil de l'ordre et les mairies sur la gestion de la crise. » E1

Les médecins ont bénéficié de l'aide de la part de personnes extérieures au système de soins, que ce soient les entreprises locales, leur entourage personnel ou encore la population.

« On a eu énormément d'apport de matériel par les entreprises qui avaient fermé. » E9

Enfin, les MG ont su s'appuyer sur des acquis préalables à la crise, tels que l'expérience des épidémies passées ou la dynamique pluriprofessionnelle territoriale existante.

« Après historiquement, tu vois bien que ça dure entre trois et cinq ans qu'on y est à peu près et qu'au bout d'un moment ça finira par disparaître. » E3

3.4.5. La réorganisation des soins, une source d'apprentissage

3.4.5.1. Une acquisition de moyens et de compétences

Tout au long de la crise sanitaire, les médecins ont gagné en moyens et en compétences, tels que les tests de dépistage, le matériel de protection, mais aussi les connaissances, notamment sur le virus ou le rôle des autorités.

« On avait les tests au 2^{ème} confinement qu'on n'avait pas au 1^{er}. » E1

« J'ai beaucoup appris là, en un an et demi, sur l'organisation, sur comment fonctionnait l'ARS. » E6

De nombreux médecins ont eu le sentiment d'avoir développé des compétences en gestion de crise et en travail de coordination. La gestion des cas COVID en ambulatoire et la vaccination, devenant un acte technique et non médical, en sont des exemples.

« On se dit que s'il y avait un nouveau confinement on ne fera pas les mêmes erreurs, et ça se mettra en place encore plus vite. » E1

« On faisait des réévaluations téléphoniques systématiques à J6 J7 (...) on en fait plus. À l'heure actuelle, si tu veux les COVID on les voit plus, parce qu'il y en a plus qui vont mal. Donc on prend le coup de téléphone (...) on donne des conseils et ça s'arrête là. » E10

Ils ont appris à mieux gérer leurs émotions, à se ménager et à faire preuve d'humilité.

« C'est comme tout, tu sors de l'émotion et tu vis avec quoi. » E3

« Je pense en plus qu'au point de vue de l'ensemble de la profession médicale, ça a apporté un peu plus de modestie, on se rend compte qu'on ne sait pas encore tout faire. » E8

L'organisation territoriale s'est vue plus réactive et efficace à mesure de l'avancée de l'épidémie, notamment au travers des USD réutilisées et adaptées.

« Le 2eme centre COVID ça s'est mis en place plus vite, parce qu'on l'avait déjà fait une fois. » E9

Des modifications de pratiques se sont pérennisées, telle que la télémédecine, les réunions en visioconférence, les gestes barrières.

« Je pense aussi que même si on parle plus du COVID, dans quelques années sur les périodes d'épidémie hivernale, on sera tous avec les masques (...) On va garder ce reflexe ! » E1

3.4.5.2. Une prise de confiance

De nombreux médecins ont été réassurés sur leur capacité à réagir en urgence et se mobiliser sur le territoire.

« On a vu qu'on était capable sur une crise de réagir vite et de mettre en place beaucoup de choses rapidement. » E1

Ils étaient globalement satisfaits de leur implication volontaire, autonome et massive dans la gestion de crise, tout en gérant l'incertitude.

« Dans la guerre on voit comment les gens ont réagi. (...) Je préfère moi servir à quelque chose (...) Me dire que dès le départ on avait beau pas avoir trop de masques, pas savoir trop ce qui allait nous tomber dessus, bin on y est quand même allé, on a fait le truc. » E7

Les participants ont eu l'impression d'avoir agi au mieux et dans la mesure de leurs moyens.

« Je pense qu'on ne ferait pas différemment, avec les moyens qu'on avait on a mis en place tout ce qu'on pouvait. » E4

« À mon niveau, je ne vois pas ce qu'on aurait pu changer. On peut toujours faire mieux. » E2

Ils étaient ravis de l'organisation mise en place sur le territoire et du travail pluriprofessionnel qui s'y est développé.

« Au niveau de ce qui a été fait ici, je ne vois pas de grande chose, je ne peux pas dire ça ça a été fait de travers. » E8

« Je trouve qu'on a vachement bien travaillé ensemble les libéraux. » E7

Les participants ont éprouvé de la fierté personnelle, un sentiment d'utilité, des sentiments valorisants et motivants.

« On s'est senti utile quand même, il faut le dire. Dans ton karma de vie, dans les moments où ça ne va pas, où tu es fatigué, où t'en peux plus, c'est quand même bien de te dire que tu as été utile, c'est quand même un point positif. (...) Je suis contente de me dire que je sers à quelque chose » E7

La plupart des médecins se réjouissait de la reconnaissance de leur proches et leurs patients. Ces derniers étaient satisfaits de l'organisation médicale et de leur implication, notamment à travers la vaccination de masse.

« La seconde qui a 14 ans aussi, elle était rigolote parce qu'elle me disait « Maman tu sauves des vies ! » » E9

« Les gens étaient contents qu'on soit là ! Ils nous l'ont dit. » E2

Pour certains médecins, cette crise fut l'occasion de renforcer la relation médecin-patient. En effet, les patients ont témoigné leur confiance, venant chercher de la réassurance auprès des professionnels.

« J'ai beaucoup de patients qui ne voulaient pas être vaccinés, mais parce qu'ils nous faisaient confiance ils le faisaient quand même. Ils étaient quand même dans un rapport de confiance. » E11

Ainsi, pour bon nombre de participants, cette pandémie a finalement entraîné une revalorisation du rôle du MG. Cette revalorisation s'intégrait dans le système de soin, mais également auprès des patients. Ils sont apparus comme indispensables dans la gestion d'une crise sanitaire.

« Les MG, voilà je pense que c'est bien de se rendre compte qu'en cas de crise finalement on porte pas mal de chose. » E7

« Que ça soit les unités COVID, que ça soit les centres de vaccination, que ça soit le cabinet, c'était une période où ils se sont aperçus que c'était important qu'on y soit. » E2

Les médecins qualifiaient cette période de crise comme étant une expérience dont ils souhaitaient tirer des leçons.

« Ça a été une belle expérience. » E6

« Donc maintenant qu'on l'a vécue effectivement il faut que ça serve d'expérience. » E10

Certaines leçons ont déjà été apprises, notamment l'importance des gestes barrières, du travail pluriprofessionnel, de la communication, et de la capacité d'anticipation.

« On l'a déjà en place : garder un stock non périmé de masque à l'avance (rigole). » E4

La plupart des médecins retiraient du positif de cette expérience. Pour eux, la crise a été riche d'enseignements sur le plan personnel et professionnel.

« Sur le plan personnel, moi j'en tirerai d'avoir beaucoup appris. » E6

Certains ont traversé cette crise sans difficulté.

« C'était très facile pour moi. Franchement très facile. Je n'ai pas vu de difficulté. » E3

D'autres participants étaient plus mitigés.

« Non le vécu, c'est oui mitigé. Ce n'est pas la période la plus agréable. » E1

Si certains participants assuraient qu'ils se réimpliqueraient sans soucis en cas de future crise, ils espéraient ne pas y être de nouveau confrontés.

« J'espère qu'on sera prêt si on en a une autre (rigole), j'espère qu'on n'en aura pas. » E9

3.5. Une crise qui amène à une réflexion sur le système de soins

3.5.1. Une fragilisation du système de soins

La pandémie COVID-19 a affaibli le système de soins primaires.

« Ça a fait mal à la médecine générale sur pas mal de plans je dirais. Le fait que sorti de ça on est en grande difficulté. » E10

3.5.1.1. Une crise qui exacerbe des difficultés préalables du système de soins

Si un participant semblait temporairement impacté, les autres admettaient que la crise sanitaire a des répercussions délétères sur leur exercice professionnel encore aujourd'hui.

« Non je ne peux pas dire que dans ma vie il y a eu un avant et un après, il y a eu une période un peu tendue. » E8

« Ça a eu des conséquences qu'on a encore (...) Tu vois ça a quand même eu des conséquences en 2eme, 3eme degrés importantes. » E6

Premièrement, la crise sanitaire a exacerbé le problème de démographie médicale préalable.

« Je pense que c'était fragile, après les forces ont été mobilisées pour le COVID, ont répondu présentes et étaient là. Sauf que derrière, cet équilibre fragile n'est plus en équilibre, et les gens sont aussi épuisés. » E10

« Alors il y a 2 choses qui ont fait tilter, il y a le COVID mais il y a qu'en même temps, nous ici on s'est pris de plein fouet le problème de démographie. » E6

En effet, cette crise a occasionné des départs à la retraite précipités, les personnes fragiles étant arrêtées, ou des reconversions professionnelles.

« Pendant ce COVID, on a perdu des médecins, on a perdu 5 ou 6 médecins (...) ce qui a fini d'aggraver la situation. » E6

De nombreux médecins déploraient le manque de remplaçants dans les cabinets, ces derniers étant fortement mobilisés dans les centres de vaccination.

« Avant le COVID, on trouvait un remplaçant (...) Aujourd'hui c'est plus le cas. Je pense que le COVID a travaillé là-dedans. Les remplaçants ont beaucoup travaillé sur les centres de vaccination qui étaient intéressants au niveau financier. » E10

Pour quelques médecins, ces problématiques démographiques allaient même jusqu'à mettre en péril l'offre de soin du territoire. Un participant expliquait l'avenir incertain de sa MSP dans ce contexte.

« Ne serait-ce qu'ici, on ne sait pas du tout si au 1er janvier, il y aura encore une MSP. (...) Là clairement, les 2 collègues qui s'en vont, avec Dr X on se demande si on reste. » E10

Deuxièmement, pour certains, la crise a majoré le manque de communication ville-hôpital.

« Déjà que c'est un peu le problème hein les relations entre l'hôpital et le cabinet, mais alors là c'était zéro. » E7

Certains médecins déploraient la charge de travail supplémentaire occasionné par le manque de communication de l'hôpital envers les familles.

« Gros gros gros reproche que j'ai à faire à l'hôpital c'est qu'ils ont tout fermé, visites interdites ect, et ça encore c'est nous qui avons tout géré. Ce que j'ai trouvé hyper dur c'est que j'ai des patients zéro nouvelles à la famille... et en fait nous on a dû gérer ça et moi j'ai trouvé ça mais scandaleux. » E7

Ils regrettaient aussi la difficulté d'hospitaliser leurs patients.

« Bin on a autant galéré que d'habitude a trouvé voir peut-être plus des places mais bon comme c'est le cas depuis... C'est la croix et la bannière toujours. » E4

Quelques médecins ont eu le sentiment d'un manque de considération de la part du système hospitalier mais restaient conscients des problématiques hospitalières.

« Le problème c'est les relations avec l'hôpital. Ça n'a pas permis de briser, chacun voit son côté, chacun dans son monde, alors aussi parce que chacun été débordé et ça n'a pas aidé. Je pense que l'hôpital devrait prendre conscience qu'il n'est pas le seul acteur de santé du territoire. » E7

3.5.1.2. Des dommages indirects liés à la crise

Pour maints participants, les principaux dommages liés à la crise étaient la conséquence d'une rupture de la continuité des soins.

« Il y a eu de la casse et des diagnostics un peu tardifs ça c'est évident quoi. Probablement, des choses qui ont été prises un peu tardivement qui auraient pu être prises de plus tôt, ça il y en a eu c'est sûr. » E6

En effet, le confinement, la déprogrammation hospitalière, l'interdiction pour certains paramédicaux d'exercer, la concentration des MG sur la gestion de la crise et la crainte des patients de venir consulter ont entraîné une rupture de la continuité de soin.

« Le plus embêtant surtout le premier confinement c'était l'absence de kiné pendant plusieurs mois. Moi j'ai eu une patiente (...) pas de kiné pendant 3 mois, elle ne remarque toujours pas. » E1

« Au départ, personne ne voulait venir, pensant qu'ils allaient se contaminer chez nous. » E5

Celle-ci a été aggravée par les messages véhiculés par le gouvernement.

« Ce qui a décuplé les choses c'est le 1er ministre, je crois que c'était à l'époque Edouard Philippe, qui avait dit sur une conférence de presse « N'allez voir votre médecin qu'en cas d'urgence ». » E9

Cette rupture était brève pour beaucoup de médecins. Pour d'autres, elle s'est installée dans le temps.

« Il y a eu juste au moment du confinement où tout le monde est resté à la maison, mais je ne sais même pas si ça a duré la semaine. » E10

« Il y a des patients qu'on n'a pas vu pendant 6 voire 9 mois. » E9

Ce phénomène a eu pour conséquences l'absence de prévention, de dépistage, le retard de diagnostic et de prise en charge.

« Après moi j'ai eu des retards de prise en charge sur de l'onco essentiellement, sur des mammo de dépistage non faites, sur des suivis qui n'ont pas été faits, ou des colo qui n'ont pas été faites parce que tout était fermé. » E9

Des décès étaient imputables à la réorganisation des soins, selon quelques praticiens.

« J'ai des patients qui sont décédés à l'EHPAD, qui ne seraient pas décédés hors COVID. » E9

D'importants dommages psychologiques et sociaux sur la population ont été soulevés par la majorité des participants.

« Nous on a été vraiment au front là-dessus, avec beaucoup de gens qui venaient avec un moral dans les chaussettes. » E3

Selon eux, ces troubles psychologiques étaient principalement liés au confinement et touchaient surtout les personnes âgées, les jeunes, les patients de bas niveau socio-économique et le milieu urbain.

« Un impact psychique lié au confinement (...) donc forcément on a fait beaucoup de social et de psy. (...) Ce qui a été dur c'est peut-être cette masse d'étudiants qui est venue avec des syndromes anxio-dépressifs assez marqués. Ça je pense qu'à la campagne, on préserve un peu plus le côté psychologique. » E3

« C'est que quand ça a commencé à durer (...) On s'est dit ça va être compliqué pour les personnes âgées. » E2

Les médecins ont constaté une augmentation du taux de dépression. La prise en charge de ces dégâts psychologiques a pu être une source de charge de travail plus importante que la gestion de la crise en elle-même.

« J'ai augmenté ma prescription d'antidépresseur, il y a eu beaucoup de gens qui étaient très très anxieux. » E4

« Je pense qu'on a été plus mis en porte à faux par le côté psychologique des choses que par la pandémie elle-même. » E3

3.5.1.3. La gestion des EHPAD : un exemple parlant de la fragilisation de l'offre de soin en période pandémique

L'organisation des soins médicaux en EHPAD a été bouleversée pendant toute la crise sanitaire, afin de protéger les résidents fragiles. Leur accès étaient soumis à des mesures d'hygiène très strictes, voire interdit.

« Dans toutes les EHPAD, ils ont restreint. Ils ont déjà annulé toutes les visites de famille. (...) On avait prise de température à l'accueil partout. On a appelé beaucoup car on y allait moins. » E1

« Pas de relation avec les EHPAD. Mais je parle des 6 premiers mois quasi zéro, ils étaient bunkérisés. » E2

Ces restrictions d'entrée ont entraîné une rupture dans la continuité des soins, malgré une gestion parfois assurée par le médecin coordinateur, ou à distance.

« On n'avait pas le droit d'y aller. Donc c'étaient les médecins co. qui géraient. » E2

La pénurie de personnel s'est aggravée dans ces structures, au point que certains ont dû faire appel à des IDE libéraux voire à médecins du monde.

« Parce qu'en fait le plus gros souci sur les EHPAD ça a été les soignants-patients qu'on a récupéré au cabinet ici et qu'on a été obligé d'arrêter parce qu'ils étaient au bout du rouleau quoi. Du coup il y avait ceux qui étaient malades, ceux qui étaient contact à la maison et les autres qui étaient au bord de l'épuisement et qu'on avait pas d'autre solution que d'arrêter aussi. » E10

« Il y a eu d'énormes problèmes de personnel au point que c'est « médecin du monde » à un moment qui intervenait. Les infirmières, c'étaient les libéraux qui avant leur tournée à 5h du mat venaient. » E10

Ces difficultés de gestion ont eu des conséquences directes sur la qualité de vie des résidents. Ce fut difficile à vivre pour la majorité des participants, essentiellement sur le plan humain.

« Les EHPAD j'ai trouvé que c'était dur quand même. » E6

« Les EHPAD c'était surtout ce plan-là : c'était déshumanisant. » E10

3.5.2. Une réflexion sur le rôle du généraliste au sein du système de soins

Bon nombre de participants ont émis des remarques et des questionnements concernant leur rôle durant la gestion de la crise.

3.5.2.1. La prise en compte de l'individualité de chaque médecin

Premièrement, le vécu de chaque médecin était lié à son histoire personnelle et à son individualité. Il dépendait de leur lieu d'installation. Ceux exerçant en milieu urbain ont eu moins de difficultés pour gérer la crise, du fait des nombreuses ressources disponibles et d'un réseau de soin développé.

« Oui puis l'activité urbaine, voilà confortable car ça a été beaucoup épongé par tous les point de chutes médicaux qui peut il y avoir autour de nous. » E3

A l'inverse en milieu rural, les médecins avaient parfois le sentiment d'être plus isolés et étaient le seul point de repère de proximité des patients.

« Je pense qu'à la campagne ça a dû être beaucoup plus compliqué, plus de suivi, plus d'implication, car ça devait être le seul relai médical absolu, donc le point de réassurance. » E3

De plus, le vécu de la crise était dépendant du type de patientèle. Certains avaient des patients jeunes, peu fragiles et n'ont pas été confrontés à des formes grave de COVID, ou à la nécessité d'hospitalisation.

« J'ai une patientèle jeune, donc j'ai eu très peu d'hospitalisations. » E5

A l'inverse les praticiens confrontés aux formes graves, ont exprimé un ressenti personnel et professionnel divergent.

« Une chose qui a été très très dure, si très très dure à vivre, enfin moi que j'ai vécu moyennement c'est tous les décès dans les EHPAD. » E6

« Nous on a quand même eu mon collègue qui a fini en soins intensifs. » E4

Enfin, le vécu de cette crise était dépendant de la durée d'installation du médecin. Un participant récemment installé faisait part de sa difficulté à user de la téléconsultation avec des patients qu'il ne connaissait pas.

« Surtout moi, c'était moins d'un an après une installation. On a envie d'autre chose que ça sur la deuxième année. (...) Mes patients, je ne les ai pas connus sans masque donc c'est difficile de les avoir qu'au téléphone, qu'en visio. » E4

Deuxièmement, le degré d'implication des médecins variait en fonction de facteurs intrinsèques. Ainsi, les médecins antérieurement impliqués sur leur territoire l'ont été plus durablement durant la crise. Par exemple, certains médecins investis dans la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) de leur secteur se sont impliqués dans la création et la gestion des USD.

« Ce sont les mêmes personnes, qui dans chaque secteur, s'occupent de la PDSA. » E6
« Pour monter le centre de vaccination, ils nous ont appelé nous parce qu'on était référent du centre COVID du secteur. » E9

L'investissement des médecins durant la crise dépendait aussi de leur réseau de connaissances. En effet, ceux dont le réseau était vaste, y compris avec les autorités sanitaires ou les élus locaux, se sentaient plus légitimes pour s'investir dans la gestion de la crise.

« Au départ, ils ont géré avec moi parce que j'étais présidente de la maison de santé, je connaissais l'ARS, j'avais eu affaire avec les politiques locaux. » E6
« J'y ai pris part plus tôt, plus que quelqu'un d'autre parce que j'étais un relais assez facile. C'était plus facile de s'appuyer sur moi que sur quelqu'un qui n'avait pas de réseau. » E2

Leur implication découlait également de leur vie personnelle. Certains ayant peu d'impératifs personnels s'investissaient plus facilement.

« Mais après c'est aussi parce qu'il y a mon compagnon qui m'aide. Si j'avais des enfants, un mari qui travaille, je pense que ça peut quand même devenir compliqué quoi. » E7

Un participant tout juste installé en début de crise expliquait avoir eu des difficultés à prendre part à la réorganisation des soins du territoire du fait de son arrivée récente.

« Sur le début de l'organisation ce n'était pas moi, ça faisait très peu de temps que je m'étais installé donc je n'ai pas géré tout ça. » E4

Enfin, l'expérience des participants vis-à-vis des cas graves de COVID influençait leur investissement dans la crise. Pour certains, le fait de ne pas être confronté à ces formes ne leur a pas donné envie de s'investir dans la crise, minimisant sa gravité.

« Donc à l'échelle individuelle, si je ne reçois pas une information mondiale, j'ai l'impression que c'est une grippe. Je n'ai jamais perçu une gravité absolue autour de moi qui aurait peut-être révélé une sensibilité ou un effort supplémentaire. » E2

A contrario, pour d'autres, le décès de leur proches à cause du COVID a expliqué leur grande implication.

« Après moi, j'ai une histoire un peu personnelle, c'est que mes deux grands parents sont morts du COVID avant la vaccination. Donc c'était aussi pour moi une façon de me dire « Bon je n'ai pas pu les vacciner parce que bah tant pis ils sont morts avant mais il faut que je fasse quelque chose quand même. » » E9

3.5.2.2. Au-delà du rôle de soignant

Durant la crise, l'ensemble des participants s'accordait pour dire que le rôle du MG allait parfois au-delà du domaine médical pur. Notamment lors de la vaccination, où certains médecins se sont occupés de la partie administrative et logistique, impliquant un rôle non médical.

« Gérer tout le reste, c'est à dire les ressources humaines, le recrutement, le planning, les remplacements, toute la gestion des doses (...) ça a été des centaines d'heures (...) Est ce que c'était vraiment la place du généraliste d'être là ? Je n'en suis pas sûre. (...) On est sorti de notre rôle de médecin généraliste. » E9

Cependant, quelques participants ont rappelé qu'avant la crise, le rôle du MG dépassait déjà celui du soin. Selon eux, le MG est aujourd'hui gestionnaire d'entreprise.

« Alors hors COVID, déjà notre rôle il est plus juste MG. Il est gestionnaire d'une entreprise clairement. Aujourd'hui à partir du moment où tu as un salarié, tu es gérant d'une Société Interprofessionnelle de Soins ambulatoires (SISA). Là on a l'assemblée générale, tu vois avec un avocat, un comptable, donc oui il y a plein de choses au quotidien qui dépassent notre rôle de médecin généraliste. » E10

Pour divers participants, l'organisation des soins en période de crise revenait naturellement au MG.

« Finalement au sein du COVID, bah moi je trouve que c'était un peu notre rôle a nous aussi, donc si on ne le faisait pas qui le faisait ? Donc ce n'était pas du soin pur, mais finalement est ce que notre rôle c'est de faire que du soin pur ? (...) Gérer l'organisation du soin sur un moment de crise ... il fallait réagir quoi, et qui d'autre que nous pouvait le faire ? Là pour le coup je pensais que c'était assez à nous de le faire. » E10

3.5.2.3. Un rôle de référent / coordinateur

Plusieurs des médecins interrogés ont endossé le rôle de référent coordinateur de soin durant la crise. Ils ont effectué un travail de coordination, étant le relais entre les différents acteurs de la réorganisation de soins que sont les soignants, les élus locaux et les autorités sanitaires.

« Je pense que tous les centres avaient besoin d'un leader qui prend le truc, qui passe son temps à appeler la mairie. Il fallait faire les trucs avec les instances, fallait qu'il voit avec l'ordre. Je veux dire un nombre de réunions incalculable. » E7

Les référents assuraient la partie logistique, récupérant du matériel, gérant les stocks de vaccins et autres fournitures, bien qu'ils reconnaissaient ne pas avoir de compétences dans ce domaine.

« Donc on gérait tous les stocks, les commandes de papiers, de cartouches, on achetait les cotons, l'alcool, les pansements...tout ce qui était logistique. On gérait le côté médical, le côté administratif et le stock. » E9

« Ce qui manque c'est un peu ce côté professionnel qui n'est pas notre métier en fait, ce métier là on l'a fait en plus de notre métier en fait. Nous on ne sait pas faire. » E7

Ils ont également eu un rôle administratif et de ressources humaines, assurant la gestion des plannings et le recrutement du personnel des USD.

« Fallait organiser les plannings des infirmières, des médecins. Les plannings, c'est nous qui les organisons. » E6

« Le recrutement ça a été des centaines d'heures : trouver des vaccinateurs, des préparateurs, trouver des médecins, trouver des internes ... » E9

Ces médecins référents étaient attentifs au bien être des soignants.

« Au moment des centres de vaccination, il y avait sur l'argent qu'ils remettaient on pouvait avoir droit d'utiliser en prévention du burnout. Donc nous on l'a utilisé pour mettre en place de la sophrologie, du yoga, des choses comme ça. On a mis en place parce qu'on s'est dit avec le coordinateur que c'était important. » E4

Pour finir, ils ont eu un rôle de gestion financière, s'occupant des problématiques de rémunération, de gestion des subventions ou de comptabilité.

« On avait un coordinateur qui regardait tous les documents qu'il fallait remplir pour demander les subventions. » E4

Comme vu précédemment, ces référents ont été fondamentaux dans la construction d'une organisation territoriale adaptée à une situation de crise sanitaire. Néanmoins, cela a été une surcharge de travail majeure pour les médecins, qui se sont emparés de ces responsabilités. La plupart estimaient que ce rôle de référent dépassait le cadre de leur fonction. Ils n'en avaient pas conscience au moment de prendre ces responsabilités.

« Moi quand le président du CDOM 31 m'avait demandé de prendre en charge le centre, il m'avait dit « Tu ne seras que la caution médicale du centre, c'est à dire tu seras là pour organiser les choses, pour dire il faut faire comme ça, pour que tout soit respecté dans l'hygiène, dans la sécurité des patients, la circulation » mais par contre il ne m'avait pas prévenue qu'il faudrait gérer tout le reste. » E9

La problématique de la rémunération du travail de coordination a été soulevée par les médecins.

En effet, si dans un premier temps ce travail a été réalisé de façon bénévole, les médecins ont, par la suite, demandé à percevoir un financement dédié à cette activité.

« Je n'ai pas été payée pour ce travail, les vacations c'est tout, je n'ai pas eu d'honoraires de coordination, pas un euro. » E9

« Nous on est arrivé à se rémunérer quand même in fine, alors au début c'était du gratos et in fine, on est arrivé à se rémunérer convenablement des périodes de coordination. » E10

Les médecins ayant perçu une rémunération spécifique pour ce rôle voyaient en celle-ci une forme de reconnaissance pour leur travail.

« Du fait qu'on soit référent, il paraît qu'on va toucher quelque chose pour ce qu'on a fait au printemps. Une espèce de forme de reconnaissance. » E7

Les modalités de rémunération de la vaccination en centre se sont modifiées au cours de la crise, passant d'une rémunération à l'acte à une rémunération forfaitaire.

« Les unités COVID, les médecins passaient la carte vitale. » E10

« Pour les centres de vaccinations c'était des forfaits, enfin nous on fonctionnait en forfait on ne fonctionnait pas à l'acte. » E10

Ainsi, les modalités de financement de la réorganisation des soins primaires en situation de crise sanitaire étaient mal définies. Quelques participants ont eu un usage détourné des financements alloués à leur MSP afin de rémunérer leur travail de coordination ou bien ont utilisé le compte de leur SISA pour se fournir en matériel de protection.

« Avec les Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) de la MSP c'est à dire les financements de l'ARS sur la MSP, on a choisi d'équiper un peu tous les professionnels. Il y a plein de projets de toute façon qui tombaient à l'eau parce que pas de consult, pas de patient, tout limité, donc on a utilisé ces financements pour équiper tout le monde. » E10

« Et après parce qu'on avait une SISA, on a acheté en commun en fait. Au début c'est la SISA qui a avancé et après on payait derrière. » E4

Ces modalités de financement ont été sources de négociation entre les médecins et les autorités durant la crise.

« On passait des contrats avec l'ARS pour avoir des financements, on avait des financements pour le COVID après. Alors on mettait là-dedans pleins de choses, on pouvait mettre du matériel, on pouvait mettre de la coordination, on pouvait mettre de la rémunération de personnel. (...) l'ARS en fait nous filait une enveloppe qu'on répartissait. » E10

3.5.2.4. Des enjeux de crise qui dépassent le cadre médical

Selon de nombreux médecins, la crise sanitaire a été source d'enjeux politiques. Ainsi, ils relaient parfois des relations compliquées avec les politiques, notamment lors de la campagne de vaccination.

« La politique compliquée, puisque nous on a eu de grosses frictions entre la mairie et l'ARS et la préfecture, et nous on était au milieu, ça nous dépassait largement parce que c'était très loin du centre de vaccination. C'étaient des enjeux d'urbanisme. » E9

La crise sanitaire a entraîné des « guerres de pouvoir » entre les autorités, les médecins pouvant être pris à partie.

« Le préfet de Haute-Garonne est venu à la salle pour calmer le jeu (...) il a fait sa conférence de presse, donc il y avait France 3, la Dépêche, tout le cabinet du préfet, 3 ou 4 mecs de l'ARS. J'ai dû rester à droite du préfet pendant toute la conférence de presse, j'étais super mal à l'aise ce n'était pas ma place, je n'avais rien à faire là. » E9

Par ailleurs, quelques participants expliquaient que certains de leurs confrères profitaient de la médiatisation autour du COVID pour régler des conflits extérieurs.

« Des gens qui intervenaient parce que l’infectiologue de Paris ne s’entend pas avec celui de Bordeaux. Ils prenaient la scène médiatique avec des discours qui contrecarraient celui qui était là les deux jours avant. » E3

Beaucoup de praticiens avaient également conscience de l’enjeu financier que pouvait représenter cette crise. Selon eux, certains soignants participaient à la vaccination uniquement à visée lucrative.

« J’ai dit c’est bon, si c’est pour à nouveau gérer des trucs de fric « Oui machin il veut être payé plus. » Moi ça ne m’intéresse pas. » E7

Différents enjeux se sont opposés lors de la crise sanitaire rendant la position des MG difficile. Ils étaient soumis aux pressions politiques pour avoir des réponses rapides, alors qu’ils avaient besoin de temps pour donner des informations valides, et tirer des leçons de cette crise. Ainsi, le point de vue et les attentes des politiques, des médias et celles des médecins étaient différents, voire antagonistes.

« Je veux dire c’étaient plusieurs mondes qui s’intriquaient et c’est compliqué, car il y a le temps de la science, le temps des médias, le temps de la politique et ce n’est pas les mêmes. Nous on a besoin de beaucoup de recul, de temps pour poser les réflexions et surtout de tirer les conclusions médicales. Et tu sentais bien qu’au point de vue humain, ou médiatique, ou politique, il fallait une réponse tout de suite, et donc un décalage entre les deux. » E3

3.6. Les pistes d’amélioration

Les participants ont soumis plusieurs pistes d’amélioration pour donner suite à la gestion de cette crise.

3.6.1. Une plus grande délégation

Tout d’abord, nombreux praticiens ont insisté sur le fait qu’ils auraient dû déléguer plus de tâches, que ce soit à leurs collègues au cabinet, les professionnels paramédicaux ou les médecins spécialistes.

« Le fait d’être responsable de ça de ça de ça, j’aurais peut-être plus délégué. » E2

« Peut être effectivement d'emblée inclure plus de monde, mieux former les paramédicaux, par exemple les kinés à vacciner ou à machin, pour peut-être un peu moins mobiliser les médecins. » E6

Pour certains, le recours à des corps de métier extérieurs au domaine médical, tel que des logisticiens formés à la gestion de crise, voire l'armée, serait pertinent.

« Nous on ne sait pas faire, mais l'ARS ne sait pas faire non plus, mais qu'ils prennent un logisticien quelqu'un dont c'est le métier. Il y a des gens dont c'est le métier de faire ça, ça serait pas mal. » E7

« L'armée moi typiquement je n'ai pas compris, l'armée ils savent très bien faire des trucs de chaîne, l'armée ils te montent un hôpital là en 2-2, ils savent faire quoi, pourquoi ils n'ont pas fait ça ? (...) ça aurait pu être une ressource. » E7

Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, les médecins estimaient que le travail pluriprofessionnel était fondamental, devant se maintenir sans pour autant dénaturer la spécialité de médecine générale.

« Je reste persuadé que ça reste bien de travailler en pluri pro et qu'il faut le faire ! (...) Mais il y a un équilibre à trouver si on ne préserve pas un certain équilibre, ça va être tendu et tout le monde va perdre ! » E2

3.6.2. Une meilleure communication et coordination

Pour beaucoup, les techniques de communication étaient à améliorer.

« Les canaux d'info, si un jour on a une pandémie il va falloir qu'on réfléchisse à comment, quel canal d'info faire. » E2

Ils souhaitaient bénéficier d'informations plus centralisées et uniformes, d'une meilleure coordination entre les instances nationales et l'organisation territoriale.

« Je pense que c'est une vraie réflexion de comment on peut amener l'info sans noyer les gens sous l'info. » E2

« Tu voyais bien au niveau des médias des médecins qui n'avaient pas le même discours (...) Je pense qu'ils auraient dû mettre au front quelqu'un qui tenait les rênes, avec un monsieur vaccin, un monsieur COVID. » E3

« Je pense que dans l'éventualité d'une autre crise un jour, il va falloir qu'on repense (...) ce côté descendant très fin indispensable dans un pays de 66 millions d'habitants (...) et faire un genre de mix entre les organisations locales et des messages nationaux. Ça je pense qu'il va falloir essayer de réfléchir à comment faire. » E2

Certains insistaient sur l'importance de bien vérifier la véracité de leurs sources d'information avant de délivrer des messages à leurs patients.

« Je me serais moins avancé sur certaines affirmations que je croyais scientifiques et qui m'ont mis un peu en porte-à-faux. » E3

De même, la communication ville-hôpital devrait être améliorée.

« Il faut que l'hôpital se rende compte que la médecine générale existe et qu'ils ont besoin de nous aussi. » E7

3.6.3. Une anticipation préalable

Tous les médecins s'accordaient pour dire que l'élaboration de protocoles organisationnels, en cabinet ou à l'échelle du territoire, serait nécessaire en cas de nouvelle crise.

« Mais moi ce que j'aurais aimé avec la MSP, c'est qu'il y ait un protocole qui puisse être fait pour que si ça revient tu aies juste à sortir le protocole et hop, tu sais comment tout fonctionne, tu as plus à te casser la tête. (...) C'est vrai que ouais aujourd'hui il faudrait qu'on arrive à marquer sur un papier clairement. (...) Tu peux protocoliser au sein de la MSP et puis peut-être aussi au sein du territoire. » E10

Ils souhaitaient que des moyens logistiques soient à dispositions et mobilisables, que des référents de crise soient identifiés.

« Il faudrait s'il y a une nouvelle crise que ce soit déjà là, ce soit déjà fait, que dans chaque mairie il y ait un référent santé pas un médecin hein, mais un référent qui sache où il y a des masques, qui sache gérer un centre. » E7

3.6.4. Une politique de gestion de crise par les autorités à revoir

Ainsi, une réflexion sur la politique de gestion de crise s'imposait. Ils espéraient que les autorités soient à même de répondre de façon plus adaptée en cas de future crise.

Les participants attendaient de la part des autorités sanitaires un cadre et un financement mieux défini.

« Que à L'ARS aussi il y ait des trucs beaucoup plus carrés pour nous aider. » E7

« J'aurai demandé un forfait de coordination médicale dès le début du centre. » E9

Selon certains, les modalités d'organisation de la campagne vaccinale n'étaient pas toujours adaptées. A titre d'exemple, quelques participants pensaient que la vaccination aurait dû se dérouler, dès le début, dans des vaccinodromes.

« Au final je pense que des grands centres dès le départ ça aurait été mieux plutôt que se disperser dans tous les sens. » E9

3.6.5. Les outils

Enfin, divers participants expliquaient qu'en cas de future crise, ils auraient recours à la téléconsultation plus rapidement. Ils n'hésiteraient pas à y avoir recours directement depuis leur domicile, leur permettant de mieux vivre une telle situation de crise.

« Si c'était à refaire, déjà je prendrais la téléconsult tout de suite. (...) Gérer de la téléconsultation chez moi et puis voilà. » E1

3.7. Le schéma intégratif : MG résilient face au tsunami COVID-19

La métaphore d'un tsunami a été utilisée afin d'illustrer l'expérience des MG de Haute-Garonne dans la réorganisation des soins durant la pandémie COVID.

La vague symbolise l'épidémie COVID-19 qui s'est abattue sur le système de soins.

Le MG fait front à cette vague. Il se tient sur un radeau, un vaccin à la main, illustrant son implication malgré un manque de moyens, en usant des moyens du bord. Il doit répondre au triple objectif, dont les composantes sont représentées en vert, précédés d'un astérisque.

Les notions en orange témoignent la résilience dont les MG ont fait preuve.

Un second radeau représente le système de soin primaire, qui s'est mobilisé dans son ensemble durant la pandémie.

Les autorités sanitaires sont représentées sur la plage, signifiant leur gestion de crise distancielle. La tour de surveillance, sur laquelle elles reposent, marque leur détachement du reste du système de soins. Le drapeau vert représente leur manque d'anticipation et leur gestion parfois peu adaptée durant la crise.

Le cercle reliant le MG, les autorités et le système de soin primaire modélise le rôle central du travail en équipe coordonnée au sein du territoire dans la gestion de la pandémie.

La personne figurant en plus grand sur le radeau « système de soin primaire », représente-le référent, dont le rôle a été indispensable.

Les mégaphones présents aux côtés de chacun des acteurs de la réorganisation de soins matérialisent la nécessité de communication.

Le paquet, largué par l'avion, et la bouée de sauvetage, représentent les ressources dont les MG ont pu bénéficier.

Les difficultés évoquées par nos participants sont représentées par le nuage.

Les éclairs symbolisent la fragilisation du système de soin, aggravée par la crise.

Le MG présent en arrière-ligne, assure la continuité des soins dans son cabinet. Il soulève également une réflexion sur sa place au sein du système de soin.

Le groupe de patients présent sur la plage est à risque immédiat de contamination.

Le soleil met en lumière l'aspect globalement positif du vécu de cette crise par les participants.

Enfin, le bateau représenté après la vague met en évidence l'apprentissage permis par cette crise et la bulle la réflexion des MG pour une gestion plus efficiente en cas de nouvelle crise.

MG résilients face au tsunami COVID-19



4. DISCUSSION

4.1. Les principaux résultats

Les MG, se sont sentis impliqués dans la nécessité d'une réorganisation des soins pour faire face à la pandémie COVID-19. Présents sur tous les fronts, ils ont su répondre au triple objectif : prendre en charge les patients COVID-19, limiter l'exposition virale, et préserver la continuité de soins. Ils ont saisi l'enjeu d'une telle crise. La prise de conscience de l'importance du travail pluriprofessionnel et coordonné à l'échelle territoriale a représenté un moteur principal de cette réorganisation. La crise sanitaire a été perçue comme un véritable tremplin des CPTS. Dans ce contexte inédit, les médecins généralistes ont fait preuve de résilience, et ce, malgré des directives émanant des autorités sanitaires peu adaptées à la réalité du terrain et aux besoins inhérents. Ils ont su être réactifs, et s'adapter. Ils s'estiment riches de nombreux apprentissages faisant de cette pandémie une expérience positive. Ils ont parfois été en difficulté, au sein d'un système fragilisé. Néanmoins, l'ère COVID-19 aura contribué à apporter une réflexion sur le système de soins, et plus particulièrement les rôles qu'y tient le MG.

4.2. Les forces et les limites

4.2.1. Le sujet

Cette étude traite d'un sujet actuel et original. Beaucoup d'études portent sur la réorganisation des soins ou sur le vécu des MG durant la pandémie, mais peu portent sur l'expérience de la réorganisation des soins du point de vue du MG en France.

4.2.2. L'échantillon

L'échantillon des médecins interrogés est varié sur de nombreux paramètres. Les chercheuses ont tenu à explorer un maximum de profils professionnels, permettant d'avoir un panel d'expériences différentes et complémentaires, renforçant ainsi la validité externe de l'étude. Cependant, il ne balaye pas l'ensemble du territoire de Haute-Garonne en termes de lieux d'exercice, particulièrement le nord-est du département. Les Maîtres de Stage Universitaire (MSU) sont également surreprésentés, car plus accessibles mais potentiellement plus impliqués. Une autre limite de l'échantillon réside dans le déséquilibre de la représentation des genres. Enfin, l'échantillon a permis d'arriver à une suffisance théorique des données, facteur essentiel de la validité externe de l'étude.

4.2.3. Les investigatrices

Ce premier travail de recherche qualitative pour les deux chercheuses a pu favoriser l'émergence de biais lors du recueil et l'analyse de données. Leur inexpérience a été compensée par la lecture du livre « Initiation à la recherche qualitative en santé »(19). Les ateliers méthodologiques proposés par le DUMG et les conseils de leur directrice de thèse ont permis de guider leur rigueur scientifique. Leur subjectivité a été limitée par une remise en question, permise par la tenue d'un journal de bord. Enfin, chacune des chercheuses a réalisé, dans le cadre de sa soutenance de Diplôme d'Études Spécialisées en Médecine Générale, une revue narrative de la littérature. L'une explorant les modalités de réorganisation des soins primaires, l'autre la santé mentale des MG, durant la pandémie, à l'échelle internationale. Ces travaux, réalisés en parallèle de l'étude, ont apporté aux chercheuses des connaissances complémentaires, et ont constitué une base de données bibliographique pertinente pour la réalisation de ce travail.

4.2.4. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien était constitué de questions ouvertes, neutres, afin de ne pas entraver l'expression des participants. Les questions ont été recentrées sur le vécu des MG, au fur et à mesure des entretiens. Elles abordaient des thèmes variés, renforçant la validité interne de l'étude. La réalisation des entretiens, à distance du début de la pandémie, a permis d'établir une vision d'ensemble du vécu des MG. Il existe cependant un possible biais de mémorisation dans les réponses des participants.

4.2.5. Les entretiens

Un biais de désirabilité sociale a pu influencer certaines réponses, avec des réticences et des non-dits par crainte d’être jugé par des pairs. Le format individuel des entretiens a limité ce biais. La période de recueil des entretiens, s’étalant sur une durée de dix mois, a pu entraîner un biais d’investigation. Les entretiens ont été réalisés majoritairement en présentiel et sans limite de temps, permettant ainsi d’échanger en profondeur, avec une meilleure perception des expressions.

4.2.6. La méthodologie

La retranscription manuelle et immédiate des entretiens, associée à la triangulation des chercheuses à chaque étape du codage et de l’analyse, a permis de renforcer la validité interne de l’étude, en faisant une de ses forces principales.

La rédaction s’est appuyée sur les critères de la grille COREQ (annexe 5) pour en consolider la rigueur méthodologique.

4.3. La confrontation à la littérature et les perspectives

4.3.1. L’expérience COVID globalement bien vécue par les médecins généralistes de Haute-Garonne

4.3.1.1. Des résultats discordants avec la littérature

L’expérience de cette pandémie COVID-19 a été décrite par la majorité des personnes interrogées comme positive et source d’apprentissage. Bien que cette crise ait impacté leur vie professionnelle et familiale, ceux-ci n’exprimaient pas avoir été en souffrance.

Ces résultats sont discordants avec l’analyse de la littérature. En effet, la méta-analyse de Jefferson et al. évaluant l’impact de la COVID-19 sur la santé mentale et le bien-être des médecins de premier recours, retrouve des niveaux d’anxiété, de dépression et de stress post-traumatique élevés à travers le monde (20). De plus, selon Frajerman et al, 75% des médecins généralistes ont éprouvé un sentiment de burn-out lors du deuxième confinement, tandis que 34% ont eu recours à une consommation de psychotropes (21).

Enfin, certains travaux mettent en évidence l’impact négatif de l’incertitude et du manque de soutien gouvernemental sur la santé mentale des médecins généralistes français (22)(23).

A l'instar des données de François et al, nos résultats soulignent l'impact de l'incertitude, exacerbée en période de crise et liée aux connaissances scientifiques instables, aux exigences répétées des patients, aux difficultés de transmission d'informations en temps réel (24).

Néanmoins, selon notre échantillon de Haute-Garonne, bien que mal vécue, cette incertitude ne semblait pas avoir généré de troubles psychiques majeurs.

Après analyse de nos résultats, plusieurs hypothèses semblent expliquer ces divergences. Nous les détaillons ci-dessous.

4.3.1.2. L'implication du CDOM 31, garant du bien être des MG durant la crise

A l'unanimité, la présence, l'implication et le soutien du CDOM 31 ont été perçus comme une des principales ressources adaptées, durant cette crise, ce qui n'a pas été vécu uniformément sur le territoire national, soumis à l'initiative territoriale (25)(26).

Le CDOM 31 a su répondre aux missions fixées par l'ordre national des médecins et aller au-delà des attentes initiales (27).

Le fait que le président du CDOM 31 soit MG a été vu comme un avantage indéniable par de nombreux participants. En effet, celui-ci avait conscience de la réalité du terrain, se montrant accessible et pragmatique en tant qu'interlocuteur entre MG et pouvoirs publics.

Disposer d'un tel intervenant apparaît être un avantage.

Ainsi, les rôles et attentes des instances de santé, notamment le CDOM, doivent être à l'avenir mieux définis pour permettre une gestion plus optimale des éventuelles crises futures.

4.3.1.3. Le travail pluriprofessionnel, facteur indispensable pour accroître la résilience des MG

Les MG de Haute-Garonne ont fait preuve de résilience pour faire face à cette crise.

L'analyse de la littérature met en évidence que cette résilience était un facteur protecteur sur la santé mentale des médecins durant la crise (28)(29). La résilience est corrélée à de nombreux facteurs individuels, qui s'acquièrent à travers le parcours professionnel des médecins (30).

Néanmoins, le bien être des MG est également secondaire au bénéfice du travail en équipe, apparaissant ainsi comme un facteur supplémentaire de résilience (31).

Au sein de notre échantillon, l'ensemble des participants évaluaient la collaboration pluriprofessionnelle comme une ressource essentielle et leur principale source de satisfaction. Ces résultats sont convergents avec plusieurs travaux, faisant état d'un sentiment de plus grande confraternité, le travail d'équipe apparaissant comme vital (32)(33).

4.3.1.4. La résilience : dépendante de notre reconnaissance personnelle et de celle de la société

L'originalité de nos résultats réside dans la temporalité du recueil d'informations. Contrairement à la majorité des travaux publiés, nous avons interrogé notre échantillon plus de 18 mois après le début de la crise, permettant une prise de recul sur le ressenti exprimé et la vision globale des faits.

Ainsi, il apparaît que la résilience dont ont fait preuve les MG explique leur retour majoritairement positif et satisfait sur cette gestion de la crise.

Le Pr Anaut, dans son article sur le concept de résilience, explique que ce qui importe pour le développement de la résilience c'est le regard que les personnes portent sur elles-mêmes face à l'adversité, leur perception de la situation, leur projection dans l'avenir (31). Cela fait écho à « la métaphore des casseurs de cailloux » de Boris Cyrulnik (2004), qu'elle cite dans son article :

En se rendant à Chartres, un voyageur voit sur le bord de la route un homme qui casse des cailloux à grands coups de maillet. Son visage exprime le malheur et ses gestes la rage. Le voyageur demande : « Monsieur que faites-vous ? » « Vous voyez bien, lui répond l'homme, je n'ai trouvé que ce métier stupide et douloureux ». Un peu plus loin, le voyageur aperçoit un autre homme qui lui aussi casse des cailloux, mais son visage est calme et ses gestes harmonieux. « Que faites-vous Monsieur ? », lui demande le voyageur. « Et bien je gagne ma vie grâce à ce métier fatigant, mais qui a l'avantage d'être en plein air », lui répond-il. Plus loin un troisième casseur de cailloux irradie de bonheur. Il sourit en abattant la masse et regarde avec plaisir les éclats de pierre. « Que faites-vous ? » lui demande le voyageur. « Moi, répond cet homme, je bâtis une cathédrale ! ».

De plus, le Pr Anaut ajoute qu'au-delà de cette propre auto-perception, le regard que les autres portent sur ces personnes est tout aussi important.

Cette analogie semble concorder parfaitement avec l'expérience qu'ont vécue les MG durant la crise.

En effet, comme le soulignent les résultats de Jefferson et al. les critiques émanant de la société et des patients à leur égard étaient sources de mal être (33).

A l'inverse, la satisfaction de la population et sa reconnaissance envers l'implication des MG étaient des facteurs de résilience, une source de fierté, éléments retrouvés dans nos résultats.

4.3.2. La réorganisation des soins primaires en période de crise, source de réflexion sur l'organisation du système de soin de demain

4.3.2.1. Vers un travail pluriprofessionnel coordonné au sein d'un territoire

Notre étude met en évidence que la réorganisation des soins en période de crise a été le tremplin du développement d'un travail pluriprofessionnel sur le territoire.

De plus, la littérature montre qu'une collaboration pluriprofessionnelle préalable à la crise a permis de catalyser la réorganisation des soins primaires à l'échelon territorial (34)(35).

Le travail pluriprofessionnel apparaît donc comme un cercle vertueux.

Nos résultats montrent que de nombreux projets de CPTS ont émergé sur le territoire de Haute-Garonne, dynamique retrouvée sur le territoire national (582 projets en 2021, 200 en 2018)(36)(37).

Au sortir de cette crise sanitaire, un nouveau système de soins primaires se dessine. Les médecins ont compris qu'actuellement, une offre de soins primaires de qualité passe par une concertation pluriprofessionnelle, pluri structurelle et territoriale (38).

Ainsi, chaque acteur de santé au sein de ces « unités territoriales » doit pouvoir identifier son rôle, sa mission et son action dans ses domaines de compétences, permettant une meilleure gestion en cas de nouvelle crise sanitaire.

4.3.2.2. Articulation entre directives nationales uniformes et besoins territoriaux spécifiques

Les mesures gouvernementales ont été jugées inadaptées aux problématiques du terrain par les MG.

L'application de directives régionales ou nationales ne peut être uniforme sur l'ensemble du territoire. L'enjeu étant une organisation en « unités territoriales », permettant de relayer et d'adapter les directives aux spécificités de chaque territoire, répondant ainsi à des objectifs concrets et identifiés (35)(39).

Ces unités pourraient constituer des éléments pivots dans la réponse à une crise sanitaire, notamment en se voyant confier la gestion de « plans blancs ambulatoires » (40).

4.3.2.3. Un plan blanc ambulatoire : pour améliorer notre réponse en cas de future crise

Tels que le soulignent nos résultats, les médecins généralistes ont souffert du manque d'anticipation face à une telle pandémie.

Ces données sont concordantes avec l'analyse de la littérature (41)(42).

Ils souhaitaient, à l'avenir, des protocoles organisationnels prédéfinis au sein du territoire et à l'échelle des cabinets.

Le Collège de la Médecine Générale (CMG) a qualifié cet enjeu « d'exigence de santé publique ». En ce sens, il a publié une proposition d'élaboration de plan blanc en médecine générale, adapté à chaque territoire (43).

Cette proposition a été plus récemment légiférée et publiée au Journal Officiel, en tant qu'avenant à l'ACI relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles (44).

Outre le manque d'anticipation, les MG se sont sentis submergés par une quantité d'informations non centralisées, peu synthétiques et parfois divergentes. Cela n'était pas adapté au quotidien des médecins, nécessitant un accès simple.

On recense une centaine d'outils numériques disponibles pour l'information des professionnels de santé, avec des sources de qualité très variable (45).

En ce sens, le CMG propose la mise en place de messageries sécurisées nationales, faciles d'accès, intégrant un annuaire opérationnel par secteur, rendant la communication entre professionnels médicaux et paramédicaux plus aisée (43). La CPAM propose la désignation d'une personne dédiée à la participation aux réunions institutionnelles, permettant de faire un retour aux professionnels, et une personne de « veille documentaire », dont le rôle est d'étudier les données de la littérature et d'en diffuser une synthèse au sein de chaque MSP. Enfin, la création d'une ligne directe entre les MSP et l'hôpital de secteur semble être nécessaire (43).

Si des difficultés ont été exprimées par les MG dans la communication descendante avec les autorités de santé, la communication ascendante a également fait défaut.

Comme mentionnée précédemment, la présence d'un interlocuteur, tel que le CDOM 31, fut d'une grande aide.

On note également le rôle de certains dispositifs, tels que la plateforme COVIGIE, permettant à tous les soignants et coordinateurs d'équipe de faire remonter aux autorités sanitaires, en temps réel, les initiatives, observations, questionnements et problématiques rencontrés sur le terrain (46).

Néanmoins, aucun professionnel de notre échantillon n'a mentionné cet outil, pouvant traduire un défaut de communication autour de ces dispositifs.

4.3.2.4. Réflexions éthiques et déontologiques

La réorganisation des soins durant la crise a entraîné des dégâts collatéraux, nos résultats rejoignent la littérature en ce sens (47)(48).

A ce titre, les EHPAD apparaissent emblématiques des risques que fait encourir le principe de précaution poussé à l'extrême, en écartant le soin relationnel et le soin social, qui luttent contre d'autres dangers (49)(50).

Cela amène à des réflexions éthiques et déontologiques : les MG se sont focalisés sur une politique de santé publique au détriment de la santé individuelle, allant à l'encontre d'un des principes de la déontologie médicale, la primauté à la personne que souligne Montaigne (51)(26).

Les modifications de l'organisation du système de soin accélérées par le COVID, doivent être désormais réfléchies afin de reposer sur des bases éthiques et déontologiques reconnues (52).

4.3.3. Quelle est la place du médecin généraliste dans la réorganisation des soins en période de crise ?

Au l'heure du développement de plans blancs ambulatoires, il paraît fondamental de redéfinir la place du MG en cas de crise.

4.3.3.1. Référent et/ou soignant : une conciliation difficile

A l'instar des données de la littérature, nos résultats mettent en évidence que le MG s'est illustré lors de la crise comme étant un acteur principal de la réorganisation et de la coordination des soins sur le territoire (53)(54).

Plusieurs participants de notre étude ont assumé le rôle de référent COVID.

Selon la CPAM, des référents doivent être identifiés pour chaque axe du protocole de crise inhérent aux plans blancs, ce qui, jusqu'alors, n'était pas mentionné par le CMG, pour qui le rôle du médecin appartient essentiellement au domaine du soin (43).

Naviguer entre l'exercice de coordination territoriale et la poursuite des soins médicaux a été source d'une conciliation difficile, d'épuisement chez nos participants.

Ainsi, ce nouveau rôle doit être questionné et analysé.

4.3.3.2. Une délégation à questionner

La délégation de tâches en situation de crise sanitaire semble indispensable pour certains médecins. Néanmoins, il leur apparaît délicat d'identifier à qui, comment et quelles tâches déléguer.

4.3.3.2.1. Déléguer le soin ?

Le système de soin évolue avec l'émergence de nouveaux métiers et de nouvelles responsabilités (Infirmier en Pratique Avancée (IPA), assistants médicaux, vaccination par les pharmaciens) (55).

Il existe une divergence de point de vue sur ces évolutions. Effectivement, certains professionnels sont réticents à l'idée d'endosser le rôle de médecins référents d'IPA et expriment un sentiment de concurrence (56)(53).

Un de nos participants exprimait spontanément le fait que cette délégation de tâches était nécessaire mais devait être réfléchie, ses propos rejoignant les données de la littérature (57).

Il apparaît donc que le rôle du MG évolue à mesure que le système de santé évolue également. S'il apparaît comme véritable maestro du parcours de soins du patient, il devient également le maestro de la coordination de soin sur le territoire.

Néanmoins, des limites claires doivent être établies, veillant à ce que le MG de demain ne se retrouve pas cantonné à des responsabilités de coordination et de management, au détriment de son exercice médical et de soin.

4.3.3.2.2. Déléguer la coordination des soins ?

Nos données mettent en évidence que les MG se sont naturellement imposés dans ce rôle de coordination, tout en admettant qu'il dépassait leur fonction et compétences habituelles. Certains participants ont exprimé une volonté de faire appel à des professionnels formés à la gestion de crise.

La collaboration avec des ingénieurs sur la création d'applications et outils numériques fut un atout considérable, dont les bénéfices se sont également fait ressentir sur la gestion plus globale de la crise. En effet, leur capacité à apporter des solutions rapides et coordonnées à un problème complexe et spécifique fut précieuse (58).

Le métier de coordinateur est en plein essor depuis plusieurs années (59)(60). Effectivement, le travail pluriprofessionnel et la gestion des tâches inhérentes vont de pair. Malheureusement, cette gestion était préalablement effectuée par des professionnels de santé au sein des structures médicales, sans rémunération malgré la charge de travail supplémentaire. En 2017, la signature de l'ACI octroyant des rémunérations dédiées à l'activité de coordination a permis le développement de ce métier à part entière (61). Néanmoins, lors de la crise sanitaire, les MG ayant effectué ces tâches au sein d'USD n'ont initialement pas été rémunérés pour ce travail.

Il apparaît donc fondamental que cette profession se pérennise, le coordonnateur devenant ainsi un membre à part entière de l'équipe médicale.

Certains participants interrogés ont regretté le manque d'implication des services de l'Armée et proposaient leur intervention en cas de crise future, sentiment partagé par les Français (62). Cette organisation coordonnée pourrait s'inspirer du modèle militaire, fondé sur une organisation en centres opérationnels dans la gestion de crise (63). La Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France, quant à elle, dénonçait le manque de considération à leur égard (64). Leur implication n'ayant pas été uniforme sur le territoire, notamment en Haute-Garonne où ils n'ont pas été mobilisés. Il serait utile de réfléchir à la place de ces corps de métier dans l'organisation des soins en période de crise, tout en conservant un rôle décisionnel aux acteurs ambulatoires, particulièrement les MG dans cette organisation (43). Ainsi, en période de crise, le médecin doit savoir s'appuyer sur son réseau avec subtilité et naviguer entre logique patient-centrée et logique de santé publique afin d'assurer les soins de la grande majorité de la population tout en se positionnant comme acteur majeur et incontournable auprès des instances.

4.3.4. Quelques concepts fondamentaux de la médecine générale à redéfinir

La crise COVID-19 met en lumière l'évolution du métier de MG, qui s'intègre dans une évolution plus globale du système de soins primaires, en lien avec la crise démographique médicale actuelle.

Elle amène également à reconceptualiser certains fondements de l'exercice du MG.

4.3.4.1. Repenser la « consultation »

La télémédecine semble avoir été un élément de réponse aux trois objectifs énoncés par les autorités sanitaires. La mise en place de la télémédecine à grande échelle a permis de limiter la rupture de la continuité des soins secondaire à la crise et au problème actuel de démographie médicale (65). Ainsi, elle apparaît comme un élément de pratique quotidienne facilitant le suivi des patients, dans le plan « ma santé 2022 » (66).

L'essor spectaculaire de la télémédecine offre l'opportunité de repenser le concept de consultation médicale qui, de principe, est présente. La téléconsultation n'étant plus uniquement un moyen de pallier un déficit temporaire ou permanent d'accès aux soins, mais une nouvelle modalité pertinente et justifiée en pratique courante (67).

Son emploi doit être encadré autour d'un cadre législatif.

A l'instar des données de la littérature, notre étude souligne plusieurs limites à l'utilisation de la télémédecine, notamment un défaut d'acceptabilité des patients et des professionnels particulièrement attachés aux liens développés en présentiel, ainsi que des inégalités d'accès créant des inégalités de prise en charge (68)(69).

4.3.4.2. Une revalorisation nécessaire du rôle d'information et d'éducation du MG envers ses patients

Pour la première fois dans l'histoire, l'information a été véhiculée à grande échelle sur les réseaux sociaux et médias, en temps réel (70)(71).

Cette surabondance d'information est source de confusion et d'inquiétudes, qualifiée d'infodémie par l'OMS (72).

Ainsi, la relation entre le patient et le médecin, basée sur la confiance, apparaît fondamentale aux yeux des patients. Ces besoins de compréhension, d'écoute, de réponse et conseils adaptés ont été exacerbés lors de la crise sanitaire (73).

Il existait un décalage entre le besoin immédiat d'information mentionné par les patients et l'évolution et la remise en question des données de la science quant à cette pandémie jusqu'alors inconnue. Ce décalage fut source d'incompréhension et de méfiance vis-à-vis du corps médical (74).

Il apparaît donc pertinent d'éduquer les patients au « temps de la science », à la recherche d'une information scientifique validée ; tout en faisant preuve d'humilité face à l'incertitude occasionnée par une telle crise (75)(76).

Au-delà des médias, les MG doivent également apporter aux patients une information facilement accessible. La trame du plan blanc de la CPAM propose ainsi de pouvoir communiquer des informations à nos patients par e-mail ou sur tableau d'affichage au cabinet.

Tout contexte confondu, à défaut d'avoir des réponses claires aux interrogations des patients, le fait de maintenir un lien et se montrer disponible pour recueillir leurs plaintes et leurs questions est fondamental. C'est pourquoi la trame de la CPAM propose de désigner un "réfèrent patient" chargé de cette mission.

Le MG doit envisager qu'il est lui-même le médicament le plus utilisé, et que son puissant ressort thérapeutique réside dans sa capacité relationnelle. Ainsi, il s'ouvre la possibilité de recevoir davantage de reconnaissance de son effort professionnel, accentuant in fine sa résilience (77)(78).

Enfin, nos résultats, à l'instar de la littérature, mettent en lumière le rôle sociétal voire politique des médecins, accentués en période de crise sanitaire. Par le serment d'Hippocrate, le médecin s'engage à ne pas exploiter le « pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences ». Il doit donc porter attention à ne pas chercher à influencer les opinions des patients, par son rôle de médecin (79).

4.3.4.3. Place au nouveau libéralisme ...

Nos données soulignent que la gestion de la crise était collective et inscrite dans une stratégie de santé publique.

Prendre part à la gestion territoriale de la crise n'était pas une obligation pour les MG.

Ainsi, il persiste une dichotomie selon la conception personnelle de chaque professionnel de santé. Comme le souligne la littérature et nos résultats, les médecins travaillant en MSP étaient plus enclins à réorganiser l'offre de soin en période de crise. A l'inverse, les MG exerçant seuls ont éprouvé plus de difficultés à remplir ce nouveau rôle (80).

Le libéralisme prône la défense des droits individuels, au nom d'une vision fondée sur l'individu et la coopération volontaire entre les humains (81). Cette notion est source de paradoxe pour le MG. Elle fait partie intégrante de son identité, attaché à une liberté et indépendance dans l'exercice de son art, avec une relation médecin-malade unique (82).

Néanmoins, il demeure évident que notre système de santé évolue vers un exercice coordonné, protocolisé et encadré autour de structures telles que les CPTS mentionnées dans le plan « ma santé 2022 » et qui tendent à marginaliser l'exercice libéral isolé (66)(83).

Ce constat rejoint celui du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), selon lequel deux formes de pratiques de la médecine libérale s'opposaient : un exercice très encadré par des institutions publiques et la préservation d'une caractéristique individuelle libérale dans la relation avec les patients (84).

Des travaux récents suggèrent que le concept de libéralisme tend inexorablement à évoluer et appellent à trouver un compromis entre un modèle libéral, qui laisse la possibilité d'exercer librement dans le cadre d'une relation unique avec les patients, et un modèle de santé publique qui répond aux problématiques démographiques actuelles, sans pour autant tomber dans un modèle d'hôpital public (53).

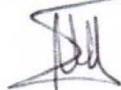
5. CONCLUSION

Cette étude qualitative explore l'expérience des médecins généralistes de Haute-Garonne face à la nécessité d'une réorganisation des soins primaires en période de pandémie COVID-19. Les participants, impliqués et réactifs, ont saisi les enjeux de la crise, répondant ainsi aux trois objectifs édictés, non sans sacrifices. Face à l'incertitude inédite, à un système de soin préalablement fragilisé, aux directives divergentes et peu adaptées, les médecins généralistes ont su faire preuve de résilience et s'adapter. Malgré les difficultés ressenties, le vécu est principalement positif, ils s'estiment riches de nombreux apprentissages. Le travail pluridisciplinaire et l'organisation territoriale apparaissent comme des pierres angulaires dans cette réorganisation et sont sources de pistes d'amélioration. L'anticipation paraît être fondamentale. Le développement actuel de plans blancs ambulatoires en est une illustration, attendue par les participants. Nos résultats mettent en évidence les ressources dont les médecins ont pu bénéficier, particulièrement le CDOM 31. Enfin, cette expérience met en lumière une évolution du métier de médecin généraliste, dont la logique n'est plus exclusivement centrée sur le patient, mais s'inscrit dans une démarche de santé publique. Ainsi, une réflexion doit être apportée sur les fondements de cette profession dont le rôle est central.

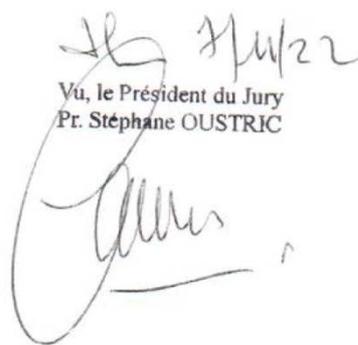
Toulouse, le 14/11/2022

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19 [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. Ministère des Solidarités et de la santé. Préparation au risque épidémique Covid-19 [Internet]. [cité 4 nov 2022]. 20 février 2020. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf
3. COVID-19 - Les actions du Gouvernement [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>
4. Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19. 2020-260 mars 16, 2020. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041728476>
5. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Analyse de l'activité hospitalière 2020 - COVID-19 [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4144/aah_2020_analyse_covid.pdf
6. Jardin M, Guerrera H, Davin-Casalena B. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2021;69(3):105-15.
7. Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J, Gilberg S, Frappé P, Schuers M, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. *BMJ Open*. déc 2020;10(12):e042119.
8. Global Family Doctor - WONCA Online [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.globalfamilydoctor.com/News/DonaldLiontheCoronavirus.aspx>
9. Bulletin De L'Académie Nationale De Médecine. Le médecin généraliste face à la COVID-19. *Bull Acad Natl Med*. juill 2020;204(7):712-3.
10. INSERM. Covid-19 : les confinements ont eu un impact délétère sur la sévérité du cancer colorectal métastatique [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2021 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/covid-19-les-confinements-ont-eu-un-impact-deleterere-sur-la-severite-du-cancer-colorectal-metastatique/43763/>
11. Bourgueil Y, Falcoff H, Ramond-Roquin A, Savigneau G, Bouchez T. La première vague de Covid-19 en France et les soins primaires. *Rev Médicale Suisse*. 2020;16(713):2123-6.

12. DREES. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? mai 2020 [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1150.pdf>
13. DREES. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. septembre 2020 [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201162-te%CC%81le%CC%81consultation-BAT.pdf>
14. Communiqué de Presse : Covid-19, enquête nationale Maisons de Santé et Centres de Santé face au Covid-19 et Résultats de la 1ère vague d'enquête [Internet]. AVECSanté. 2020 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/covid-19-enquete-nationale-maisons-de-sante-et-centres-de-sante-face-au-covid-19/>
15. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, van Weel C. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *Eur J Gen Pract.* 26(1):129-33.
16. Schweyer FX, Fiquet L, Fleuret S, Blois M, Garnier M, Géal A, et al. Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales. *Rev Francoph Sur Santé Territ* [Internet]. 17 mars 2021 [cité 4 nov 2022]; Disponible sur: <https://journals.openedition.org/rfst/976>
17. Gimenez L, Dupouy J, Chicoulaa B, Ricordeau P, Rouge-Bugat ME, Oustric S. Innovative healthcare organization to deal with COVID-19 in primary health care in the Haute-Garonne department, France. Disponible sur : <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/154862/Gimenez%20main%20article.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Gimenez L, Dupouy J, Ricordeau P, Durand P, Davila M, Bensoussan M, et al. Primary healthcare practitioners were in the front line to deal with COVID-19 and reorganize their practice to avoid inappropriate use of hospital services. *Presse Médicale Open.* juin 2021;2:100010.
19. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
20. Jefferson L, Golder S, Heathcote C, Avila AC, Dale V, Essex H, et al. GP wellbeing during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 22 mars 2022;BJGP.2021.0680.
21. Frajerman A, Colle R, Hozer F, Deflesselle E, Rotenberg S, Chappell K, et al. Psychological distress among outpatient physicians in private practice linked to COVID-19 and related mental health during the second lockdown. *J Psychiatr Res.* juill 2022;151:50-6.

22. L'inquiétant retentissement psychologique de la pandémie Covid-19 sur les médecins généralistes du Nord Pas de Calais. [Internet]. [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM026.pdf
23. Duchet C, Lavayssière V. Étude qualitative auprès des médecins généralistes des Hautes-Alpes : impact de la pandémie de COVID-19 en soins primaires. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03641248>
24. Féliu F, Juston Morival R, Le Hénaff Y, Cohen P, Martin T, Siefridt C, et al. L'exercice de la médecine générale à l'épreuve des crises sanitaires : de Lubrizol à la COVID. *Santé Publique*. 2021;33(6):911-21.
25. Covid-19 : initiatives dans les territoires [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2021 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/covid-19-initiatives-territoires>
26. Michel L, Schweyer FX. La sécurité sanitaire au village. La crise du Covid-19 vue d'en bas. *Rev Francaise Aff Soc*. 12 août 2021;(2):13-35.
27. Nos missions [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/missions>
28. Vilovic T, Bozic J, Zuzic Furlan S, Vilovic M, Kumric M, Martinovic D, et al. Mental Health Well-Being and Attitudes on Mental Health Disorders among Family Physicians during COVID-19 Pandemic: A Connection with Resilience and Healthy Lifestyle. *J Clin Med*. 15 janv 2022;11(2):438.
29. Labrague LJ. Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *J Nurs Manag*. oct 2021;29(7):1893-905.
30. Sylvie Molenda, Centre National de Ressources et de Résilience, France. Covid-19 : Renforçons notre résilience. 17 mars 2020;3. Disponible sur : <https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2020/03/Renforcons-notre-resilience.pdf>
31. Anaut M. Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Rech Soins Infirm*. 2005;82(3):4-11. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-4.htm>
32. Faucon.F. Étude qualitative auprès des médecins généralistes du havre : ressentis durant la crise sanitaire du covid-19. Septembre 2022 [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03138705/document>
33. Jefferson L, Heathcote C, Bloor K. General practitioner wellbeing during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study [Internet]. *Health Policy*; 2022 janv [cité 4 nov 2022]. Disponible sur : <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2022.01.26.22269874>

34. Baudier F, Ferron C, Prestel T, Douiller A. Crise de la Covid-19 et vaccination : la promotion de la santé pour plus de confiance et de solidarité. *Santé Publique*. 2020;32(5-6):437-9. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-5-6-page-437.htm>
35. Gautier S, Ray M, Rousseau A, Seixas C, Baumann S, Gaucher L, et al. Soins primaires et COVID-19 en France : apports d'un réseau de recherche associant praticiens et chercheurs. *Santé Publique (Bucur)*. 2021;33(6):923-34. Disponible sur: <https://www-cairn-info-s.docadis.univ-tlse3.fr/revue-sante-publique-2021-6-page-923.htm>
36. E.Fauchier-Magnan et V.Wallon. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article705>
37. Compte rendu du Conseil des ministres du 21 avril 2021 [Internet]. *Gouvernement.fr*. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/compte-rendu-du-conseil-des-ministres-du-21-04-2021>
38. Fournier - Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.pdf>
39. Blondet.E ThibaultC. Place de l'offre de soins libérale dans la réponse aux crises sanitaires | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. 2022 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1279847921001002?token=AC84764D737F23558B9669ABC627E2D44A90CE92808AC6822F39EA8B30FC536DFE31590B9E06D3137FBF76563783D4BF&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221114125522>
40. Saison J. L'organisation territoriale des soins de premier recours à l'épreuve de la covid-19 : les enseignements d'une crise sanitaire. *Droit Ville*. 22 juill 2021;91(1):11-23. Disponible sur : <https://www-cairn-info-s.docadis.univ-tlse3.fr/revue-droit-et-ville-2021-1-page-11.htm>
41. Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques - Rapport final [Internet]. *vie-publique.fr*. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/279851-gestion-crise-covid-et-anticipation-de-risques-pandemiques-rapport-final>
42. Chappoz Y. Covid-19 : une crise organisationnelle, Paris, Presses de Sciences Po, 2020. *RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep*. 20 déc 2021;4510(4):106-10. Disponible sur : <https://www-cairn-info-s.docadis.univ-tlse3.fr/revue-rimhe-2021-4-page-106.htm>

43. Collège de la Médecine Générale. Plan blanc pour la médecine générale. Mars 2021[Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur : <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2021/05/Plan-blanc-en-medecine-generale-2021.pdf>
44. Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046132269>
45. Service numérique de santé. Ce que la covid-19 a vraiment montré en matière de e-santé [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur : https://www.sesan.fr/wp-content/uploads/2020/10/GCS_SESAN_REX_Covid-19-vF2web.pdf
46. Piraux A, Mosnier A, Barthelmé T. Covigie, une plateforme pour les soignants et les coordonnateurs d'équipes de soins. *Actual Pharm.* oct 2020;59(599):54-6. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7574856/>
47. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encephale.* juin 2020;46(3):S43. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174176/>
48. Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ER1185.pdf>
49. Joiris et Lapierre - Étude de l'impact du confinement et des mesures de distanciation sociale en lien avec l'épidémie de Covid-19 sur l'autonomie, la locomotion, la nutrition, la psychologie, la mortalité et les comorbidités des résidents d'EHPAD de Haute-Savoie [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03547143/document>
50. M. Bismuth, V. Sidobre et al. Effets des mesures sanitaires de confinement sur la prévalence des chutes chez les personnes résidant en EHPAD. Étude observationnelle transversale rétrospective dans un groupe associatif de 19 EHPAD en Haute-Garonne: *Médecine.* 1 avr 2022;18(4):180-7. Disponible sur : <https://www.jle.com/10.1684/med.2022.766>
51. Trarieux AM. Questions éthiques et déontologiques posées par la COVID-19. *Médecine Catastrophe Urgences Collect.* juin 2022;6(2):90-3. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8666301/>
52. Julien H. Éthique, déontologie et CoVid-19. *Médecine Catastrophe Urgences Collect.* juin 2022;6(2):86-7. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8747940/>

53. Caroly S, Reboul L. Rapport REX médecins généraliste et crise covid - Projet RESOTON : Retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise Covid-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin. Disponible sur : <https://shs.hal.science/halshs-03712765/document>
54. Renforcer la première ligne - OECD [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1060_1060498-0iqry48nq8&title=Renforcer-la-premiere-ligne
55. Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie - Légifrance [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045538202
56. Colmas JF. La pratique avancée en soins infirmiers: mise au point et perspectives pour la médecine générale. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02507787>
57. Cann AL. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée: les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474701>
58. Almecija C. Métiers de l'ingénieur généraliste : sante [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur : https://mig.minesparis.psl.eu/wp-content/uploads/2021/01/MIG_sante.pdf
59. AVECSanté. La coordination en équipes de soins primaires. Février 2022[Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2022/02/guide-coordination-22-web.pdf>
60. Angot - Le coordinateur administratif en maison de santé [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01682423/document>
61. L'ACI: Accord Conventionnel Interprofessionnel [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.femasif.fr/laci-accord-conventionnel-interprofessionnel/>
62. Les Français et l'Armée [Internet]. ELABE. 2021 [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://elabe.fr/armee/>
63. Prieur J. La méthode militaire d'élaboration des décisions opérationnelles est-elle applicable à la gestion de la crise COVID-19 ? Médecine Catastr - Urgences Collect. 1 juin 2021;5(2):189-94.
64. Rôle des sapeurs-pompiers dans la gestion de la crise sanitaire - Sénat [Internet]. [cité 14/10/22]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2020/qSEQ201118950.html>
65. Webb E, Lenormand MC, Schneider N, Augros S. transformer les prestations de services de santé essentiels pendant la pandémie de covid-19. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351095?locale-attribute=fr&>

66. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
67. Hansmann KJ, Chang T. Defining the “New Normal” in Primary Care. *Ann Fam Med*. 2021;19(5):457-9.
68. Pujolar G, Oliver-Anglès A, Vargas I, Vázquez ML. Changes in Access to Health Services during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 3 févr 2022;19(3):1749.
69. Jardin M, Davin B. Retour d’expérience sur l’impact de la crise liée à la covid-19 sur les soins de premiers recours pendant les premiers confinement et déconfinement. Avril 2021 [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur : <http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/Synthese-impact-epidemie-soins-premier-recours.pdf>
70. Coronavirus, une médiatisation sans précédent [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.kantar.com/fr/inspirations/publicite-medias-et-rp/2020-coronavirus-une-mediatisation-sans-precedent>
71. ÉTUDE INA. Covid-19 dans les JT : un niveau de médiatisation inédit pour une pandémie [Internet]. *La Revue des Médias*. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur : <http://larevuedesmedias.ina.fr/pandemie-covid-19-coronavirus-journal-televisé>
72. OMS. Gestion de l’infodémie sur la COVID-19 : Promouvoir des comportements sains et atténuer les effets néfastes de la diffusion d’informations fausses et trompeuses [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>
73. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007: Evolution en 25 ans de l’image du praticien et des attentes des patients. Résultats d’une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734348>
74. La communauté scientifique s’interroge sur la communication autour du Covid-19 | CNRS [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrs.fr/fr/cnrsinfo/la-communaute-scientifique-sinterroge-sur-la-communication-autour-du-covid-19>
75. Premières propositions issues du RETEX Communication durant la pandémie Covid-19 [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: http://www.malinfemerg.org/documents_public/PropositionsRetexComCOVIDvf25nov20.pdf

76. Institut national de santé publique du Québec. COVID-19 : Stratégies de communication pour soutenir la promotion et le maintien des comportements désirés dans le contexte de la pandémie. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/3026-strategies-communication-promotion-comportements-covid19.pdf>
77. Balint M, Valabrega JP. Le médecin, son malade et la maladie. Nouv. éd. [Paris: Payot & Rivages]; 1996. (Bibliothèque scientifique Payot).
78. Asioli. F. Crise de la relation médecin-patient : «Les médecins doivent apprendre à s'administrer eux-mêmes» [Internet]. [cité 7 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.esanum.fr/today/posts/crise-de-la-relation-medecin-patient-brles-medecins-doivent-apprendre-a-sadministrer-eux-memesbrprofesseur-asioli>
79. Pougnet.R, Pougnet.L. En quoi la pandémie Covid-19 a-t-elle mis en question le pouvoir médical? | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. 2021 [cité 7 nov 2022]. Disponible sur:<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1765462921000908?token=67BA29F8E0EBEEC9D380F4C1E8D779A43CAD19B07038ED865AB3535B9B6B0B396AA9D71E8A9F684984A5E907F8139502&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221107102248>
80. Duez.M, Mermier.M. COVID-19 : rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches-du-Rhône. Décembre 2020 [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03100226/document>
81. Steudler F. Médecine libérale et conventionnement. *Sociol Trav.* 1977;19(2):176-98.
82. Lenglet F. Exercer en libéral : perception par le médecin généraliste. Étude qualitative réalisée en 2015 auprès de 11 médecins généralistes installés en Picardie. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01342737/document>
83. Bontemps A. Accompagner la structuration des soins primaires après la Covid-19 : un nécessaire renversement du fonctionnement des institutions publiques de la santé. *Regards.* 2020;57(1):225-41.
84. Legmann.M « Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins » Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. 2010 [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.snof.org/sites/default/files/Rapport-Legmann.pdf>

7. ANNEXES



Notice d'Information - Recherche qualitative

Intitulé de la structure : Université Toulouse III - Paul Sabatier (UPS) représentée par son Président M. Jean-Marc Broto

Vous êtes invité.e à participer à une étude menée par Laure JOULIE et Cathy LOLL, dans le cadre de leur thèse de médecine générale qui sera soutenue à la faculté de médecine de Toulouse III – Paul Sabatier.

Cette note d'information résume les modalités prévues par le code de la santé publique et l'article 6 du RGPD (règlement général sur la protection des données) concernant la licéité du traitement des données personnelles, pour s'assurer de votre non-opposition à participer à cette étude le jour de l'entretien. La base légale de ce traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public (recherche scientifique). Je vous prie de bien vouloir prendre connaissance de l'ensemble des informations figurant ci-dessous :

Procédure de l'étude

Vous serez interrogé.e.s au cours d'un entretien individuel en face-à-face afin de réaliser notre travail de recherche visant à recueillir l'expérience des médecins généralistes de Haute Garonne quant à la réorganisation des soins primaires de santé en période de pandémie COVID-19.

Cette étude a fait l'objet de formalités déclaratives réglementaires pour la protection des données personnelles auprès du délégué à la protection des données à caractère personnel (DPO) de l'Université.

Destinataires des données collectées

Coordinateur de la recherche : Dr Laetitia GIMENEZ
Investigateurs et responsables du traitement des données : Laure JOULIE, Cathy LOLL

Risques potentiels de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, ni de test thérapeutique. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude permettra d'explorer le vécu des médecins généralistes face à la réorganisation des soins primaires pour répondre à la crise sanitaire récemment traversée, d'identifier les difficultés rencontrées au cours de cette réorganisation et enfin identifier les pistes d'amélioration, les ressources nécessaires pour répondre de façon plus appropriée en cas de nouvelle crise sanitaire. Elle n'est en aucun cas un moyen de juger de ces pratiques ni d'étudier leur efficacité.

Annexe n°1 : notice d'information et recueil de consentement

Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Il n'y a aucun caractère obligatoire. Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Droits des participants

Vous avez un droit d'accès, de rectification, un droit à l'effacement et à la limitation du traitement, ainsi qu'à la portabilité des données vous concernant, à tout moment sur simple demande auprès de l'investigateur de l'étude. Vous avez également le droit de faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel.

Durée de conservation des données

Les données à caractère personnel seront conservées jusqu'à 2 ans à compter de la date de la soutenance de la thèse concernée par ses données et seront définitivement supprimées par la suite.

Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de l'étude à laquelle Laure JOULIE et Cathy LOLL vous propose de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Il s'agit des données concernant votre genre, âge, lieu d'exercice, mode d'exercice professionnel, durée d'exercice professionnel, spécificité d'exercice. Ces données seront pseudonymisées et leur identification anonymisée.

Coordonnées des personnes à contacter pour obtenir des renseignements complémentaires ou pour exercer vos droits

Vous pouvez faire appel auprès Pr Pierre Boyer, Délégué à la protection des données, Département Universitaire de Médecine Générale – 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex ou par mail dpo@dumg-toulouse.fr

CONSENTEMENT :

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude :
Je m'engage à respecter les obligations énoncées ci-dessus :

Nom de la chercheuse :

Le à

Signature :

Consentement libre et éclairé :

Je déclare accepter de façon libre et éclairé la participation à cette étude après avoir lu et compris les informations du formulaire ci-dessus :

Le à

Signature :

Annexe n°1 : notice d'information et recueil de consentement
(suite)



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme JOULIE Laure

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 02/12/2021

sous le numéro : **2021JL42**

Fait à Toulouse, le 05/11/2022


Pr. BOYER

Annexe n°2 : avis de confirmation d'enregistrement au CNIL – Laure Joulié



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme LOLL Cathy

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 02/12/2021

sous le numéro : **2021LC41**

Fait à Toulouse, le 05/11/2022


Pr. BOYER

Annexe n°3 : avis de confirmation d'enregistrement au CNIL – Cathy LOLL

VERSION FINALE DU GUIDE D'ENTRETIEN

Question brise-glace : **Quand et comment avez-vous pris conscience de l'état de crise sanitaire en lien avec la pandémie de COVID 19 ?**

A – Environnement et pratique professionnelle au cabinet :

La littérature a montré que les objectifs des soignants étaient d'assurer la protection sanitaire des patients face à cette pandémie, tout en continuant de les recevoir pour assurer leur suivi.

- 1- **Comment avez-vous vécu le fait de devoir modifier votre organisation du cabinet pour répondre à ce double objectif ?**

Type d'éléments à aborder : Matériel – Filière dédiée – Téléconsultation- VAD

B– Travail pluridisciplinaire, organisation territoriale :

En Haute Garonne, beaucoup de territoires se sont réorganisés pour assurer le soin des patients atteints de COVID et de la population générale.

- 2- **Quelles ont été les modifications d'organisation sur votre territoire et comment y avez-vous pris part ? Qu'en pensez-vous ?**

Relance :

- *Y-a-t-il eu des changements dans votre façon de collaborer avec les autres acteurs du réseau de soins de votre territoire ? si oui, comment vous l'avez vécu ?*
- *Quelle a été votre expérience vis-à-vis des USD ?*

Type d'éléments à aborder : relation avec les autres professionnels – Hôpitaux- EHPAD - USD

C – Vaccination

Plus récemment, le système de soins primaires a dû s'organiser pour mettre en place la vaccination de masse.

- 3- **Racontez-moi votre expérience vis-à-vis de la vaccination ?**

Relance :

- *Comment avez-vous vécu cette campagne vaccinale ?*

D – Places des autorités sanitaires :

- 4- **Selon vous, quel a été le rôle des autorités sanitaires dans cette réorganisation de soins ? et qu'en avez-vous pensé ?**

Type d'éléments à aborder : Communication d'informations - Mise à disposition de moyens - Directives - Protocoles

Annexe n°4 : version finale du guide d'entretien

E- Impact de la réorganisation sur la relation au patient :

- 5- Selon vous, comment votre relation avec vos patients a-t-elle été impactée par cette réorganisation ?

Relance :

- Avez-vous constaté des modifications dans vos relations avec vos patients en lien avec la crise sanitaire ? comment l'avez-vous vécu ?

Type d'éléments à aborder : Suivi - Téléconsultation – Gestes barrières - Réassurance des patients et/ou méfiance des patients

F- Impact personnel :

- 6- Comment avez-vous vécu personnellement cette nécessité de réorganisation de soins ?

Relance :

- Cette réorganisation a-t-elle eu un retentissement sur le plan psychologique ou physique pour vous ?

G - Conclusion, analyse de cette expérience :

- 7- Selon vous, quel a été le rôle du médecin généraliste pendant la pandémie ?

- 8- Quelles sont les évolutions bénéfiques pour la pratique de la médecine générale que vous tirez de cette expérience ?

- 9- Pour vous, est ce qu'il y a eu un avant et un après COVID ? Et pourquoi ?

Et si c'était à refaire :

- 10- Qu'auriez-vous fait différemment ?

- 11- Auriez-vous besoin d'autres ressources ? Si oui, lesquelles et pourquoi ?

- 12- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe n°4 : version finale du guide d'entretien (suite)

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Annexe n°5 : grille COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe n°5 : grille COREQ (suite)

8. SERMENT D'HIPPOCRATE



Serment d'Hippocrate

«Au moment d'être admis(e) 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 leur 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.»

RETOUR D'EXPERIENCE DES MEDECINS GENERALISTES DE HAUTE-GARONNE FACE A LA NECESSITE D'UNE REORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES EN PERIODE DE PANDEMIE COVID-19

Contexte : La pandémie mondiale liée au virus SARS-COV2 a bouleversé l'organisation des soins, obligeant les médecins généralistes à réinventer leur pratique. En garantissant une prise en charge à l'ensemble des patients, ils ont su limiter le risque de transmission virale et minimiser l'effet rebond d'une rupture de la continuité des soins. Néanmoins, leur vécu n'a été que peu étudié.

Objectifs : Explorer le vécu de médecins généralistes de Haute-Garonne face à l'exigence d'une réorganisation des soins primaires pour répondre à la crise sanitaire.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisée par deux chercheuses auprès de médecins généralistes de Haute-Garonne. L'analyse des résultats s'est inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : Onze entretiens ont été réalisés entre décembre 2021 et septembre 2022. Impliqués et présents sur tous les fronts, les médecins généralistes ont su répondre au triple objectif préalablement fixé. Le moteur principal de cette réorganisation réside dans le travail pluriprofessionnel, territorial et coordonné. Malgré des directives peu adaptées à leur réalité quotidienne et un système de santé fragilisé, ils ont fait preuve de résilience, non sans difficultés, et s'estiment riches de nombreux apprentissages. Enfin, l'ère COVID-19 est source de réflexion sur le système de soins, ainsi que le rôle qu'y tient le médecin généraliste.

Conclusion : L'intégration du vécu des médecins généralistes face à une crise sanitaire apparaît comme essentiel, notamment dans l'élaboration de stratégies à venir.

MOTS-CLÉS : COVID-19 ; Médecins généralistes ; Soins primaires

General practitioners'(GP) feedbacks from Haute-Garonne on the need to reorganize the primary care during the COVID-19 pandemic

Context: The global pandemic linked to the SARS-COV2 virus disrupted the primary care organization, leading the GPs to adapt their practices. By guaranteeing all patients' health, they contributed to limit the viral risks and to minimize the rebound effect on the potential break in the care continuity. However, their experiences haven't been studied in detail.

Objectives: To explore the GP's experiences in Haute-Garonne at the time they faced the need to reorganize the primary care due to the global health crisis.

Method: Qualitative study by means of individual semi-directed interviews carried out by two researchers with some GPs from Haute-Garonne. The results analysis were done using some grounded theories.

Results: Eleven interviews were conducted between December 2021 and September 2022. The GP's, highly involved, met the threefold objective previously set. The main success factors for this reorganization were the multi-professional expertise, the local implication and the different workforce's coordination. Despite the directives that were not all adapted to their daily practices, the resilience they shown allowed a weakened health system to overpass the crisis. Finally, the COVID-19 pandemic will remain a learning case for healthcare organization, as well as the GP's role in it.

Conclusion: The integration of the GPs' experiences on the health crisis management appears to be essential, especially for the future strategies' development.

KEYWORDS: COVID-19; General practitioners; Primary care

Directrice de thèse : Dr Laëtizia GIMENEZ