

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 6

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
Mention Médecine Générale

PAR

PFRIMMER Marion

née le 03/04/1994 à STRASBOURG

---

Évolution de l'organisation et des pratiques médicales dans les cabinets de  
médecine générale alsaciens pendant la crise de la Covid-19

---

Président de thèse : Pr Yves HANSMANN

Directeur de thèse : Dr Anabel SANSELME



## FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022  
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1993-1995)  
(1996-1998)  
(1999-2001)  
(2002-2012)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENCKER Michel  
M. SIBIJA Jean  
Hélène CHARLECOX Anne  
M. HANZ Jean-Marie  
M. VINCEMIN Guy  
M. GERLINDER Pierre  
M. LODES Bertrand  
M. VICENTE Gilbert  
M. STROHMANN Geoffrey



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
Directeur général : M. SALY Michail

### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

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

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

BAHIAN Sławek      Immunologie biologique  
DOLLUS Hélène      Génétique clinique

### A3 - PROFESSEUR(C)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (DU-PH)

NOM et Prénoms	Cl.	Services Hospitaliers au Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NR0 CS	+ Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AHLADIS Charif	NR0 CS	+ Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de gynécologie-obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRE Emmanuel	NR0 CS	+ Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MÉDEC) - Service de Médecine interne, Diabète et Maladies métaboliques/MC	53.01 Option : médecine interne
ANHEM Mehdi	NR0 NC3	+ Pôle tête et cou-CEFD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria-Cristina	NR0 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre + Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option Biologique)
Mme ANTONI Delphine	NR0	+ Pôle d'imagerie - Service de Radiothérapie / ICAMS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARNAUD Laurent	NR0 NC3	+ Pôle RHUMÉ - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	NR0 CS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHIAN Sławek	NR0 CS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'hématologie et d'immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option Biologique)
BAUMERT Thomas	NR0 CS	+ Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies Hépatiques et Néoplasiques/IC	52.01 Gastro-entérologie ; <b>Hépatologie</b> Option : hématologie
Mme BEAU-CALLER Hélène	NR0 NC3	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	43.03 Biologie cellulaire (option Biologique)
BEAUJEU René	NR0 CS	+ Pôle d'imagerie - OAR / Activités transversales + Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option Clinique)
BECHEUR François	NR0 NC3	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NR0 CS	+ Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BETSCHY Gilles	NR0 CS	+ Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIBARY Guillaume	NR0 NC3	+ Pôle d'imagerie - Service d'imagerie 3 - NeuroRadiologie-Imagerie cardiovasculaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option Clinique)
BILBAUT Pascal	NR0 CS	+ Pôle d'Urgences / Admissions médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.01 Médecine / <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NR0 NC3	+ Pôle de gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.05 Médecine interne ; Addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODR Frédéric	NR0 NC3	+ Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Otorhinologie
BONNEMARS Laurent	NR0 NC3	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service du Pédiatre 2 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NR0 CS	+ Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Manège (Hôpital / HP)	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURGEOY Frédéric	NR0 NC3	+ Pôle de spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS <sup>2</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Estève	RR90 CS	+ Pôle Tête et Cou - CEFD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BISCARD Coïlle	RR90 RCS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / Hôpital	53.01 Chirurgie générale
BLUMET-RODIER Catherine	RR90 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Maxillo-faciale / Hôpital	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CALLARD-DELMANN Sophie	RR90 RCS	+ Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAN Vincent	RR90 RCS	+ Pôle Urgences - Réanimations Médicales / Centre antipanique - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAMPE Robert	RR90 CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	RR90 RCS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / Hôpital	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	RR90 RCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPOT Anne	RR90 RCS	+ Pôle Tête et Cou - CEFD - Serv. d'Œto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / Hôpital	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHEMAID-NEU Marie-Pierre	RR90 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Anatomie et cytologie pathologiques Option Biologique
CLAVERT Philippe	RR90 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / Hôpital	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	RR90 RCS	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-DEJOUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation- Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	RR90 RCS	+ Pôle Tête et Cou-CEFD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et Hôpital	49.01 Neurologie
COSBER Bernard	RR90 CS	+ Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	60.02 Dermato-vénérologie
de BLAY de GADY Frédéric	RR90 CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	RR90 CS	+ Pôle Tête et Cou - CEFD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - 445 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBY Christian	RR90 CS	+ Pôle Tête et Cou - CEFD - Serv. d'Œto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / Hôpital	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DESSALLE Philippe	RR90 RCS	+ Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de gynécologie-obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, option gynécologie-obstétrique
Mme DEJULIS-WACHMANN Hélène	RR90 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUNGIER Mathieu	RR90 RCS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hôpital	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme ENTE-WERLE Maléolte	RR90 RCS	+ Pôle médical-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Cybèle	RR90 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SES Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAF-HREMER Sabine	RR90 CS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire Institut de Biologie / PIM BUS et Faculté	49.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière Option Bactériologie-Virologie Biologique
FATOT François	RR90 RCS	+ Pôle de Pathologie digestive, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / Hôpital	53.02 Chirurgie générale
FALCZÉ Pierre-Emmanuel	RR90 RCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNODER Luc-Mathieu	RR90 RCS	+ Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion option : hématologie
GALLIX Benoît	RCS	+ IIRU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et Imagerie médicale
GARDIACHIN	RR90 CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A. Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et Imagerie médicale Option Clinique
GARRON Julien	RR90 RCS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A. Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et Imagerie médicale Option Clinique
GAUCHES David	RR90 RCS	+ Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	66.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	RR90 CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	RR90 RCS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / Hôpital	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	RR90 CS	+ Pôle médical-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.01 Chirurgie Infantile
GUYCOT Bernard	RR90 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MERNED) - Service de Médecine Interne et de Nutrition / Hôpital	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	RR90 CS	+ Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/Hôpital	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS <sup>6</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Carrefil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Diè	NRPO CS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	55.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRPO CS	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / IHC - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / IHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RPE NCS	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / IHC - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / IHC	45.03 Ophtal - Maladies Infectieuses
Mme HELIAS Julia	NRPO NCS	• Pôle Urgences - Médiations Médicales / Centre antipolion - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPO NCS	• Pôle Tête et Cou - CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPEDELE Alessio	NRPO NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICAH	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOGBEN Marie-Eve	RPE CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAILHAC Benoît	NRPO CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / ICM-INSU et Faculté	41.01 Ophtal - Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDOUÉ Nathalie	NRPO CS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / IHC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JEBEL-HOUREL Laurence	NRPO NCS	• Pôle d'activités médico-chirurgicales Cardio-vasculaires - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPE CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	51.01 Ophtal - gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESLER Laurence	NRPO NCS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/Méd. G / IHC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESLER Soimah	NRPO NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPO NCS	• Pôle d'activités médico-chirurgicales Cardio-vasculaires - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOV Anne-Sophie	NRPO CS	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / IHC - Service de Médecine interne et Immunologie Clinique / IHC	47.03 Immunologie (ophtal clinique)
KREMER Stéphanie	NRPO CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Médecine Ostéoarticulaire - Pédiatrie / IHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (ophtal clinique)
KUHN Pierre	NRPO CS	• Pôle médecine chirurgicale de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation Néonatale (Pédiatrie) (IHP)	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPE NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie / ICAH	47.02 Ophtal - Cancérologie (clinique)
Mme LALAÏNE Laurence	NRPO CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes / Addictologie (Ophtal - Addictologie)
LARG Hervé	NRPO NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAURE Vincent	RPE CS	• Pôle médecine-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPO NCS	• Pôle d'activités médico-chirurgicales Cardiovasculaires - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / IHC	51.04 Ophtal - Chirurgie vasculaire
LEMINOR Jean-Marie	NRPO NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et Interventionnelle (IHP)	43.01 Anatomie
LESSIGIER Jean-Marc	RPE CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / IHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	42.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPONER Dan	NRPO NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVINEAUX Philippe	RPE NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - 305 Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPO NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Onco-logie médicale / ICAH	47.02 Cancérologie, Radiothérapie Ophtal - Cancérologie
MARK Manuel	NRPO NCS	• Pôle de Biologie - Département Génétique fonctionnelle et cancer / IGBHC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (ophtal biologique)
MAZIN Thierry	NRPO NCS	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / IHC - Service de Médecine interne et d'immunologie Clinique / IHC	47.03 Immunologie (ophtal clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPO NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Corinne	NRPO CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Biologie / ICHS	54.03 Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIELLE Laurent	NRPO CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie, Transfusion Ophtal Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS <sup>6</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Carrefour National des Universités
MAZUCOTTELI Jean-Philippe	NRPO CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	11.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPO NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM YCS)	43.02 Parasitologie et mycologie (option Biologique)
MERTES Paul-Michel	RPS CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (Type mixte)
MEYER Alain	NRPO NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPO NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Bioéthiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEDANI Farhat	NRPO CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipaléar - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MUNAGODI Laurent	NRPO CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie Cardio-vasculaire- SA729/ Fac	49.03 Option : Pharmacologie Fondamentale
MOREL Olivier	NRPO NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRPO CS	• Pôle de spécialités médicales - Néphrologie / IMC - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RPS NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAHER Zile Jacques	NRPO CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICARE	41.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPO NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICARE	47.02 Oncologie ; Radiothérapie (option Radiothérapie biologique)
NOUËT Eric	NRPO NCS	• Pôle d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
ONINA Mickael	NRPO NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	49.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
OHUMANN Patrick	RPS CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OULAND Anne	NRPO NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPO CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie II / Hôpital de Neckerpierre	54.01 Pédiatrie
PELACOR Thierry	NRPO NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales (SAMU-SMUR) - Centre de Formation et de recherche en pédiatrie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence (option : Médecine d'urgence)
Mme PERRETTA Elvane	NRPO NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPO CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PÉTIT Thierry	CDG	• ICARE - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option : Cancérologie Clinique)
PÉNOT Xavier	NRPO NCS	• ICARE - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option : Cancérologie Clinique)
PETTESCHER Jilles	NRPO CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales (SAMU-SMUR) - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation, Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPO NCS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Gériatriologie (MARNEZ) - Service de Médecine Interne et Nutrition / Hôpital de Neckerpierre	44.04 Nutrition
PROJET François	NRPO CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Neckerpierre	49.02 Neurochirurgie
PI BAUL Jean-Sébastien	NRPO CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences Médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et Droit de la santé
ROHMUND Jaah-Ahane	NRPO NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-centre-immunologie et d'assistance nutritionnelle / HP	52.01 Option : nutrition-immunologie
PIRECCI Roméo	NRPO NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du Développement et Cellules souches / ISMNC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPO CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	52.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPO NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	52.02 Chirurgie générale
Mme ROUSSEAU-BERNARD Sylvie	NRPO NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie II / Hôpital de Neckerpierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPO CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	49.02 Radiologie et Imagerie médicale (opt. clinique)
SABARIS Noémi	NRPO NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de gynécologie-obstétrique / HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale (option : Gynécologie-Obstétrique)

NOM et Prénoms	CS*	Services hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPE NCS	• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / OMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	11.01 Ophtalmologie
SAUTERU Eric-André	NRPE NCS	• Pôle de santé publique et santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	44.04 Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (option biologique)
SAUTENE Christian	NRPE CS	• Pôle chirurgie, Morphologie et Dermatologie - Service de chirurgie plastique / Nouvel Hôpital Civil	11.04 Urologie
Mme SCHAET Claude	NRPE CS	• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / OMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	11.01 Ophtalmologie
Mme SCHUTH-BOLAID Gerilise	NRPE NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Françoise	NRPE CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre Antipolion - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Neuchâtel	41.01 Réanimation
Mme SCHÖDER Carmen	NRPE CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPE NCS	• Pôle Tête et Cou - CETU - Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie service-faciale / HP	11.01 Oto-rhino-laryngologie
SERRATY Lawrence	NRPE CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'hépto-gastro-entérologie et d'Assistance Nutritionnelle / HP	11.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SHOUK Awa	NRPE NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Gériatologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Neuchâtel	11.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPE CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires HTA-Pharmacologie clinique / HC	11.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHARD Christa	NRPE CS	• Pôle Tête et Cou - CETU - Service de Neurologie / Hôpital de Neuchâtel	49.01 Neurologie
WILSON Francis	NRPE CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 2 - Imagerie vasculaire, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Mirella	NRPE NCS	• Pôle de santé publique et santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et économie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	44.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VITTEZ Denis	NRPE NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Gériatologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	11.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALLET Pierre	NRPE CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'urgence, de Soins et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.01 Psychiatrie d'adultes
VIRLIZ Stéphanie	NRPE NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	14.06 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOUË Thomas	NRPE CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Liberté	11.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPE CS	• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / OMO - Service de Médecine interne / Nouvel Hôpital Civil	11.01 Option : Médecine interne
WOLFF Stéphane	NRPE NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de chirurgie générale et de Transplantation multigangues / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HP	11.01 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPE CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Neuchâtel	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Neuchâtel - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PHE = Plateau technique de microscopie  
 \* : CS (Chef de service) ou MCS (non Chef de service hospitalier) - Csp : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)  
 CU : Chef d'unité fonctionnelle  
 PO : Pôle RAO (Responsable de Pôle) ou NRPE (non Responsable de Pôle)  
 Cons. : Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef(fe) de service)  
 DR : Directeur

#### AA – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CAUVEL Laurent	NRPE CS	• Pôle spécialité médicale - Ophtalmologie / OMO - Service de Soins palliatifs / HC	41.05 Médecine palliative
HABESSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie / NHC	11.01 Gastro-entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête et Cou - Centre d'évaluation et de traitement de la douleur / HP	49.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

## 01 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HÔPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGN Artaud		• Pôle d'imagerie • Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICMC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme AYMÉ-GESTRICK Stéphanie		• Pôle de Pharmacologie • Unité de Pharmacologie Clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMARE Ilies		• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de néphrologie - Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Hélène		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option Biologique)
BUNDET Cyrille		• Pôle d'imagerie • Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICMC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSTRES Olympe		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biochimie et biologie moléculaire
BOYEV Harra		• Pôle de Biologie • Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie - <b>Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option Bactériologie - <b>Virologie</b> biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PIM HUS) • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	46.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'imagerie • Service de médecine nucléaire et Imagerie moléculaire / ICMC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARARTO Raphaël		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Bastien		• Pôle d'imagerie • Service d'imagerie à Interventionnelle / NHC	49.02 Radio-biologie et Imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		• Pôle Tête-Cou • Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERLINE Jocelyn		• Pôle de Biologie • Département de Biologie structurale intégrative / ISMHC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; radiothérapie (option Biologique)
CHEBBER Thomas		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option Biologique)
CHOUQUET Philippe		• Pôle d'imagerie • UFR237 - Imagerie Prénatale / HP	49.01 Biophysique et médecine nucléaire
CEZBI-ZHC Raphaël		• Pôle Urgences - Médiations Médicales / Centre Antipolion • Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEAUX Eléna Millaud		• Pôle Spécialité Médico-Chirurgicale Cardiovasculaire • Service des Maladies vasculaires HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DAD-HOUCEF Amrout Nassim		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.03 Biochimie et biologie moléculaire
DARON François		• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies Infectieuses
DELDORNE Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie générale et digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEYVS Olivier		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option Biologique)
Mme DWELACKER Véronique		• Pôle Tête et Cou - CETO • Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.03 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / ISMHC	44.02 Physiologie
Mme FABRUCER-BACAMON Audrey		• Pôle de Biologie • Service de Médecine légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine • Institut de Médecine légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETO • Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXIS / Hôpital de Hautepierre	49.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FUSSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie • Labc. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PIM HUS et Faculté	46.02 Parasitologie et mycologie (option Biologique)
FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale • Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option Clinique)
SANTNER Pierre		• Pôle de Biologie • Laboratoire (Institut) de Virologie / PIM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie - <b>Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option Bactériologie - <b>Virologie</b> biologique
GUARINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option Biologique)
IBES Vincent		• Pôle de spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Médecine interne et d'immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option Clinique)
SPILLON Antoine		• Pôle de Biologie • Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PIM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (Biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUSTIN Eric		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélie		• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / IHC • Service de Médecine Interne et d'Immunologie (Biologie) / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-MASTEL Laura		• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	45.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBBLE Fabrice		• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS • Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	45.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie • Département Génétique fonctionnelle et cancer / IGHIC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Yvonne		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOOR Guillaume		• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (option clinique)
Mme KRADY-FACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation • Institut Universitaire de Réadaptation / Cédarsaou	40.01 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNE SAATHIC		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALL Thomas		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECONTE Lise		• Pôle de gynécologie-obstétrique • Service de gynécologie-obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.01 Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale (option) ; gynécologie-obstétrique
LEBOHARD Cécile		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie • Service de dermatologie / Hôpital Civil	50.01 Dermato-Vénéréologie
LHSWITTE Benoît		• Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et dermatologie • Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.01 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
HIGUET Laurent		• Pôle de Biologie • Laboratoire chromatinologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.01 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline Ép. GUNTHER	CS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / OHC0 Schillingheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAI Aline		• Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (option Clinique)
Mme NOURY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail • Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	48.01 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
DENSBACH Sylvain		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
STAFF Alexander		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM HUS)	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie • Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	45.02 Radiologie et Imagerie Médicale (option Clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie • Service de Santé Médecine / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie • Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie - (Biologie) (Clinique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REA Nathalie		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC • Service de Chirurgie / ICANS	45.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIZU Marlène		• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROQUE Patrick (CF. AZ)		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme SOLLAND Delphine		• Pôle de Biologie • Laboratoire d'hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : hématologie)
Mme SURFEST Elisabeth		• Pôle Tête et Cou • Service de Neurologie - Unité de Pathologie du sommeil / HC	46.01 Neurologie
Mme SABOU Aline		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDTCHER Sophie		• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénom	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
DOIRANNE Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / IFRM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Margala		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (M&E2) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	53.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOU, Emille		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / IFRM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie Myxocaire - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / IHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabella		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marcus		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CHU Schleichelin	54.03 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
SALAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-BUCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital CVL	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / IFRM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALDZYS Arlene ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOU Joffrey		• Pôle de Pathologie Myxocaire - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IHC	44.02 Physiologie (option clinique)

### B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAF Christian P0396	Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---	----	---

### B3 – MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABIAN Éline	CVSE-UMR 7357 - Équipe IM1 / Faculté de Médecine	66	Neurosciences
M. DILLENZUS Jean-Philippe	CVSE-UMR 7357 - Équipe IM1 / Faculté de Médecine	66	Neurosciences
Mr KESSER M3	Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LASERE Lionel	CVSE-UMR 7357 - Équipe IM1 / Faculté de Médecine	66	Neurosciences
Mme HIRALDE Cécile	Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARDINE Marlyne	Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alex	Laboratoire d'Épidémiologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques

### C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

Dr Ass. DEMAS Claire  
 Dr Ass. DRIS Jean-Luc  
 Dr Ass. GOCH-BERTHOI Anne  
 Dr Ass. GUYOT Philippe  
 Dr Ass. HUI Philippe  
 Dr Ass. KOUCHE Fabien

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

Dr CHAMBE Juliette  
 Dr LORENZO Mathias

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

Dr DELACOUR Christèle  
 Dr GIACOMINI Amélie  
 Dr HOLLANDER David  
 Dr SANDRIE Anne-Élisabeth  
 Dr SCHMITT Yannick

### E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation Néonatale spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr DEMARCHI Martin	- Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICMS
Mme Dr SOURIEUX Bénédicte	- Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Distribution / Nouvel Hôpital Civil
Dr KOCHER Patrick	- Pôle de Néonatalité - Service de Soins de Suite de Langue Bretonne et d'Hébergement pédiatrique / SHBAO / Robertine
Dr LEBLANC Nicolas	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NSARD Gabriel	- Pôle de Santé Publique et Santé au Travail - Service de Santé Publique - CHU / Hôpital Civil
Mme Dr PETIT Fanny	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UICSA
Dr ROYELLO Chantal	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / SMO
Dr REY David	- Pôle Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr RONDE-QUITEAU Céline	- Pôle Locomoteur - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hauteplaine
Mme Dr RONGIERES Catherine	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CHC
Dr TCHOMANDY Olivier	- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hauteplaine
Mme Dr WOOD Anne	- Pôle Urgences - SAMU? - Médecine intensive et Réanimation - SAMU

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

## i. de droit et à vie (membre de l'institut)

CHAMON Pierre (Biochimie et Biologie moléculaire)  
 MANDEL Jean-Louis (Génétique et Biologie moléculaire et cellulaire)

## ii. pour 10 ans (1er septembre 2020 ou 31 août 2021)

BULLOUD Jean-Henry (Service de Pathologie)  
 CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)  
 GANON Jean-Marie (Psychiatrie)  
 GRUCCO Daniel (Physique biologique)  
 KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)  
 KOPPELSCHENITZ Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)  
 MILLER André (Carrière d'évaluation et de traitement de la douleur)  
 ROU Gabriel (Cardiologie)

## iii. pour 10 ans (1er septembre 2021 ou 31 août 2020)

GANON Arvis (Psychiatrie, addictologie)  
 DIEHLKOPF Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)  
 HERBERICH Hervé (Hématologie)  
 STEF Jean-Paul (Chirurgie du rectum)

## iv. pour 10 ans (1er septembre 2022 ou 31 août 2021)

Mme DUBOIS Elisabeth (Pneumologie)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. BELLET Luc CNU-01 4000

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHAMON Dominique	(2019-2020)
Pr HARTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAVO Mattia U.	(2019-2020)
Dr MAH Armène	(2019-2020)
Dr VASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr RESE Jacques	(2019-2020)
Prs SONGIBARO Catherine	(2019-2020)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

KOZUP Michel (Chirurgie générale) / 01.06.84	KUNTZMAN Michaël (Dérivés) / 01.06.87
LABE Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.06.81	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.06.88
LEBACQ Jean-Jacques (Gynécologie-obstétricale) / 01.06.81	LANCÉ Gabriel (Orthopédie et Neurologie) / 01.06.88
LEBRET Pierre (Cardiologie) / 01.06.82	LANCÉ Bruno (Gynécologie) / 01.06.88
LEZIMONZIO ALDO André (Anatomie histologique) / 01.06.85	LEVY Jean-Marie (Médecine) / 01.06.85
LEHMANN René (Médecine-généraliste-entérologie) / 01.06.82	LENGLET Jean (Physiologie) / 01.06.82
LEHNERAT Jean-Pierre (Cardiologie) / 01.06.82	LITZELTHAN Dominique (01.06.88)
LEHNERAT Jean (Dérivés) / 01.06.88	MAILLON Cécile (Anatomie humaine) / 01.06.82
LEHNERAT Michel (Gynécologie-obstétricale) / 01.06.84	MATTE Michel (Biochimie et Chimie médicale) / 01.06.82
LEHNERAT Jean-Pierre (Infectiologie interne) / 01.06.87	MARTEL Jean-Louis (Dérivés) / 01.06.88
LEUCHNER Pierre (Neurologie) / 01.06.82	MARTEL Pierre (Médecine Légale) / 01.06.88
LEHNERAT Jacques (Physiologie) / 01.06.82	MARTINOU Christian (Neurologie) / 01.06.85
LEUCHNER Pierre (Neurologie) / 01.06.82	MARTINOU Jacques (Chirurgie générale) / 01.06.88
LEUCHNER Pascal (Pharmacologie) / 01.06.88	MARTEL Jean (Pédiatrie) / 01.06.87
LEUCHNER Pascal (Cardiologie) / 01.06.88	MARTEL Jean (Pédiatrie) / 01.06.87
LEUCHNER Jean-Pierre (Gynécologie-obstétricale) / 01.06.81	MARTEL Christian (Chirurgie générale) / 01.06.82
LEUCHNER Guy (Neurologie) / 01.06.88	MARTEL Pierre (Généraliste, ville-urgence-médecin) / 01.06.88
LEUCHNER Claude (Pharmacochimie) / 01.06.88	MATTE Jean-Pierre (Neurologie) / 01.06.81
LEUCHNER Alain (Dérivés et Dérivés internes) / 01.06.85	MORAND Jean-Marie (Cardiologie) / 01.06.88
LEUCHNER Jean-Pierre (Médecine) / 01.06.82	NEAUME André (Gynécologie-obstétricale) / 01.06.88
LEUCHNER Maxime (Chirurgie) / 01.06.85	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.06.81
LEUCHNER Michel (Cardiologie) / 01.06.82	ORLANDO Jean-Louis (Neurologie-obstétricale) / 01.06.82
LEUCHNER Jean-Pierre (Généraliste) / 01.06.82	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Jacques (Chirurgie générale) / 01.06.82	Orsière Fabrice (Neurologie) / 01.06.81
LEUCHNER Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 01.06.88	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Maxime (Neurologie) / 01.06.82	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER André (Biophysique et Médecine nucléaire) / 01.06.81	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Jean-Louis (Neurologie) / 01.06.87	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Bernard (Médecine-généraliste-entérologie) / 01.06.81	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Michel (Chirurgie et Obstétrique) / 01.06.82	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Michel (Médecine) / 01.06.82	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Jacques (Gynécologie) / 01.06.88	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Jean-Pierre (Médecine-généraliste-entérologie) / 01.06.81	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Jean-Pierre (Neurologie) / 01.06.82	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Michel (Neurologie-obstétricale) / 01.06.88	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Georges (Neurologie-obstétricale) / 01.06.88	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Ernest (Neurologie) / 01.06.88	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER René (Médecine interne) / 01.06.88	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Didier (Neurologie) / 01.06.87	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Daniel (Chirurgie générale) / 01.06.81	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Michel (Médecine physique et Réhabilitation) / 01.06.84	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Jean-Louis (Anatomie) / 01.06.81	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.06.81	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Michel / 01.06.88	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.06.88	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Jean (Neurologie) / 01.06.87	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82
LEUCHNER Jean-Louis (Neurologie) / 01.06.88	ORTHO Michel (Neurologie) / 01.06.82

## Légende des adresses :

MAC : Faculté de Médecine - 8, rue Kirchler - F - 67083 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.88.38.50 - Fax : 03.88.88.35.10 ou 03.88.88.54.87

## HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- MAC - **Musée Hospitalier d'Art** : 1, place de l'Hôtelier - BP 426 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.55.07.38
- HC - **Hôpital CHU** : 1, place de l'Hôtelier - B.P. 426 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HD - **Hôpital de Neurologie** : Avenue Mérieux - B.P. 85 - F - 67080 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.88.00
- **Hôpital de La Roberte** : 103, rue Hermann - F - 67083 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.71
- **Hôpital de l'Esser** : 21, rue Cornely - 67000 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.66

ICARS : Institut de Chimie Biologie Strasbourg : 11, rue Albert Germerie - 67020 Strasbourg - Tél. : 03.88.78.67.67

ICND : Centre Médico-Chirurgical et Diagnostique : 19, rue Jacob Reuleux - BP 120 - Schiltigheim - F - 67033 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.80.00

ILSAM : Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Beermann - B.P. 96 - F - 67022 Bischwiller-Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.55.22.38

I.F.A.S. : Département Français de Sang - Alcool : 10, rue Spielmann - BP 476 - 67083 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.25.25

INRC : Institut Interdisciplinaire de Recherche sur le Cancer - CHU de Strasbourg et ICRCCM (autre pour le Centre des Recherches Internationales de Cancer d'Ordonne et Molinier) - 81, boulevard Dehlinger - 67083 Strasbourg Cedex

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

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

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

## Serment d'Hippocrate

---

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## Remerciements

---

*« L'esprit humain, c'est ce qu'il y a de plus énigmatique et tout à la fois de plus fascinant et de plus impressionnant dans l'aventure humaine »*

*L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*

*de P. Paillé et A. Mucchielli*

**À Monsieur le Professeur Yves HANSMANN,**

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

**À ma Directrice de thèse, le Docteur Anabel SANSELME, Maître de Conférence Associé des Universités,**

Je vous remercie d'avoir supervisé ce travail avec patience et bienveillance. Je vous remercie de l'intérêt pour le temps que vous m'avez offert pour en discuter ensemble. Recevez ici toute ma reconnaissance.

**À ma collègue et amie, le Docteur Elodie BEYER,**

Je te remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury et de prendre part à cette dernière étape de mon parcours universitaire.

**À mon tuteur, le Docteur Jean-Marc GARY,**

Merci de m'avoir soutenue durant les trois années de DES. Votre gentillesse et votre implication étaient une bouffée d'air frais durant les séances de tutorat.

**À mon mari Xavier, la plus belle rencontre de mon existence,**

Ensemble, nous déplaçons des montagnes. Tu es mon roc et l'amour de ma vie. Je t'aime.

**À Olivia, mon plus beau trésor,**

Par tes sourires, tu rends chaque journée plus étincelante que la précédente.

**À mes parents, Nathalie et Philippe,**

Merci pour votre soutien sans faille. C'est grâce à vous que j'en suis là.

**À ma sœur, Elise,**

Merci d'être à l'écoute de mes petits mélodrames et de mes grands chagrins.

Quel courage d'avoir pris le même chemin universitaire !

**À Mamie Annie,**

Merci de croire en moi depuis l'époque où tu m'as appris à lire.

**À Papy Robert,**

Merci de n'avoir jamais douté de mes capacités.

**À toute ma famille,**

Merci d'avoir été mes côtés dans toutes les étapes de ma vie et de m'accompagner aujourd'hui.

**À mes amies de toujours, Carole, Camille, Marie et Sophie,**

Merci d'être présentes pour moi depuis si longtemps.

**À mes compagnons de fac : Eloïse, Augustin, Camille, Claire, Emilie, Margot, et Yvon**

C'est dans la douleur que se forment les plus belles amitiés.

**À Aquarelle, Ragnar et Truffe,**

Sans vous, notre maison serait bien vide et triste.

# Table des matières

---

Serment d’Hippocrate.....	13
Remerciements.....	14
Table des matières.....	16
Table des Annexes.....	21
Abréviations et acronymes.....	22
I. INTRODUCTION.....	23
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	26
A. Type d’étude.....	26
B. Réalisation du guide d’entretien.....	27
C. Constitution d’un échantillon.....	28
D. Réalisation des entretiens.....	30
1. Déroulement de l’entretien.....	30
2. Recueil des données.....	30
E. Analyse des données.....	31
III. RÉSULTATS.....	32
A. Description de l’échantillon.....	32
B. Parcours de soin des patients au sein du cabinet médical pendant la crise sanitaire.....	33
1. Préparation de la venue des patients au cabinet médical.....	33
a) Secrétariat téléphonique et logiciel de prise de rendez-vous en ligne.....	33
b) Différer les consultations des patients fragiles.....	34
2. Accueil des patients.....	35

a)	Arrêt des consultations libres et mise en place de rendez-vous systématiques .....	35
b)	Signalétique informative .....	36
c)	Orientation et tri des patients.....	37
d)	Séparer les patients suspects ou atteints de Covid-19 .....	38
3.	Gestion de la salle d'attente.....	39
a)	Attente à l'extérieur du cabinet .....	39
b)	Sectorisation de la salle d'attente .....	39
c)	Limitation du nombre de personnes en salle d'attente .....	40
d)	Limitation du délai passé en salle d'attente.....	41
e)	Bannir les objets inutiles de la salle d'attente.....	41
4.	Déroulement de la consultation médicale au sein du cabinet.....	42
a)	Nombre d'accompagnateurs limité.....	42
b)	Limitation des contacts physiques entre médecin et patient.....	43
c)	Règlement de la consultation.....	44
5.	Suivre les patients différemment .....	46
a)	Les visites à domicile .....	46
b)	La reconnaissance de la téléconsultation.....	47
c)	Le renouvellement d'ordonnance facilité.....	50
d)	Suivi via les autres professionnels de santé.....	50
C.	De nouvelles règles d'hygiène .....	52
1.	Protection du patient.....	52
a)	Distribution de masques chirurgicaux.....	52
b)	Lavage des mains et mise à disposition de SHA pour les patients.....	53

c)	Signalétique informative concernant les règles d'hygiène requises .....	53
2.	Protection du secrétariat .....	54
3.	Protection du médecin .....	54
a)	Le retour de la blouse blanche ? .....	55
b)	Équipement de Protection Individuel (EPI) .....	56
c)	Un mot d'ordre : se laver les mains ! .....	58
d)	Déplacer des meubles pour se protéger au sein du bureau médical .....	59
4.	Nettoyage et désinfection .....	59
a)	Désinfection du matériel médical .....	59
b)	Désinfection des supports .....	61
c)	Aérer .....	62
d)	Usage de produits d'entretien adaptés .....	62
e)	Recours à une société de ménage ou une femme de ménage pour l'entretien .....	63
f)	Gestion des déchets .....	64
D.	Difficultés rencontrées par les médecins pendant la crise Covid-19 ayant limité leurs changements de pratiques .....	65
1.	Difficultés interindividuelles .....	65
a)	Conflits entre collègues .....	65
b)	Manque de compliance des patients aux nouvelles règles du cabinet .....	66
c)	Incompréhension et crainte de la patientèle .....	67
2.	Problématiques institutionnelles .....	68
a)	Surcharge administrative .....	68
b)	Manque d'information, informations contradictoires, « fake-news » .....	69

c)	Un manque de soutien de la part des instances supérieures ? .....	71
3.	Difficultés d'organisation.....	72
a)	Usage d'EPI et désinfection des supports.....	72
b)	La désinfection, une perte de temps ? .....	73
c)	Surcharge du standard téléphonique.....	74
d)	Des locaux inadaptés à une réorganisation de l'activité ? .....	75
e)	Baisse d'activité .....	76
4.	Impact psychique de la Covid-19.....	77
a)	Gestion de l'inconnu .....	77
b)	Crainte de tomber malade et de contaminer des proches .....	78
c)	Crainte de contaminer des patients fragiles.....	79
d)	Crainte du « retard diagnostic » par retard d'accès aux soins .....	79
e)	Epuisement professionnel.....	80
E.	Peut-on relever des points positifs à cette crise sanitaire? .....	81
1.	Facteurs ayant facilité la lutte contre l'épidémie pour les médecins généralistes .....	81
2.	L'approvisionnement en EPI.....	82
3.	Renforcement des liens entre les professionnels de santé .....	84
4.	Réapprendre à se former et se « débrouiller » seul .....	84
5.	Tirer des enseignements afin d'être prêt pour l'avenir.....	85
IV.	DISCUSSION .....	87
A.	Forces et limites de l'étude.....	87
1.	Utilisation d'une méthode qualitative .....	87
2.	Utilisation d'entretiens semi-directifs .....	88

3. Limites de l'approche qualitative par entretiens semi-dirigés.....	89
B. Pistes de réflexion .....	90
1. Temporalité .....	90
2. Incertitude.....	92
V. CONCLUSION .....	97
VI. ANNEXES .....	100
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	110

## Table des Annexes

---

ANNEXE N°1 : Modèle du courrier adressé aux Médecins Généralistes afin de leur proposer de participer à l'étude.

ANNEXE N°2 : Formalités réglementaires 2020 en recherche en santé, CNIL. Document soumis au service de protection des données de l'Université de Strasbourg.

ANNEXE N°3 : Formulaire de consentement pour les participants à l'étude.

ANNEXE N°4 : Première trame d'entretien semi-dirigé.

ANNEXE N°5 : Deuxième trame de l'entretien semi-dirigé.

## Abréviations et acronymes

---

<b>CNIL</b>	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>EPI</b>	Équipement de protection individuel
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>ICTV</b>	Comité International de Taxonomie des Virus
<b>MG</b>	Médecin Généraliste
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>SARS-CoV-2</b>	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
<b>SHA</b>	Solution hydro-alcoolique
<b>USPPI</b>	Urgence de Santé Publique de Portée Internationale

# I. INTRODUCTION

---

C'est dans la province de Wuhan, en Chine, sur un marché d'animaux vivants, qu'a été identifié pour la première fois en janvier 2020 un virus à tropisme respiratoire à l'origine d'une épidémie de pneumonies(1). Par la suite, il sera dénommé « SARS-CoV-2 » pour « severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 » par l'ICTV, c'est-à-dire le Comité International de Taxonomie des Virus(2). Son origine reste pour l'instant inconnue, bien qu'une transmission zoonotique (c'est-à-dire d'origine animale) soit la piste privilégiée par la recherche(1). L'animal vecteur reste à ce jour inconnu.

La transmission du SARS-CoV-2 est interhumaine, par gouttelettes via un contact étroit ou une aérosolisation(3,4). Initialement, l'épidémie s'est propagée sur le territoire chinois, avant de rapidement devenir mondiale.

Le 30 janvier 2020, l'Organisation mondiale de la Santé déclare l'état d'urgence de santé publique internationale (USPPI) en dénommant cette infection « Covid-19 »(5). Suite à cela, la propagation virale se poursuit jusqu'à obtenir le statut de « pandémie mondiale » le 11 mars 2020 (5).

Alors que l'épidémie ralentit sur le territoire français, la Covid-19 continue ses ravages sur l'ensemble du globe avec 760 millions de cas recensés et près de 7 millions de morts (6).

La symptomatologie de l'infection à Covid-19 est variable, cependant on retrouve le plus fréquemment : une hyperthermie, un syndrome pseudo-grippal et une toux. Des céphalées, une anosmie et une agueusie peuvent également être présentes. Les patients relatent de manière inconstante des symptômes gastro-intestinaux, tels qu'une diarrhée en début d'infection (3,7). Notons que les cas paucisymptomatiques ou asymptomatiques sont nombreux (8).

Une dyspnée ou un état de détresse respiratoire, consécutifs à une atteinte du parenchyme pulmonaire, sont présents dans les cas sévères.

Des facteurs de risque de survenue de Covid-19 sévère ont pu être identifiés grâce à des études auprès des personnes hospitalisées en service de Réanimation. Ces facteurs de risque sont : un âge avancé,

être de sexe masculin, être porteur d'une maladie chronique (cardiovasculaire, respiratoire, métabolique), une obésité morbide, une néoplasie évolutive ou une immunodépression (9).

Afin de limiter la propagation de l'épidémie et le nombre d'hospitalisations en secteur de soins intensifs, le dépistage précoce de l'infection est au centre des préoccupations depuis le début de la crise sanitaire. Le diagnostic de la maladie repose sur un test RT-PCR qui recherche la présence d'ARN viral du SARS-CoV-2 au niveau du nasopharynx. C'est le gold standard actuel pour la confirmation d'une maladie Covid-19 (10).

Le dépistage est également possible par des tests antigéniques, moins fiables, mais avec une obtention plus rapide des résultats.

À distance de l'infection, il est également possible d'effectuer une sérologie afin de confirmer la présence d'anticorps post-viraux ou post-vaccinaux.

Dans les formes peu sévères de SARS-CoV2, le traitement est uniquement symptomatique. Dans les formes graves, une prise en charge en milieu hospitalier est nécessaire. Elle s'accompagne d'oxygénothérapie et de corticothérapie systémique (11), voire d'une ventilation mécanique. Depuis quelques mois, il est également possible d'adjoindre un traitement par anticorps monoclonaux à ces thérapeutiques.

La stratégie de lutte contre la Covid-19 est centrée autour d'une vaccination intensive de la population afin d'obtenir une « immunité collective ». Cette vaccination a débuté le 26 décembre 2020 en France (12).

Cette pandémie mondiale touche l'ensemble du corps médical et social. Massivement relayée par les médias, la situation hospitalière a été critique à plusieurs reprises au cours des premières vagues de l'épidémie. Oubliés des caméras, les soins primaires ont cependant joué un rôle important dans la limitation de la propagation de l'épidémie, notamment grâce au « contact tracking » (13) qui permet de recenser les personnes ayant été en contact avec un malade.

Assaillie par les patients et en première ligne de cette pandémie, la médecine de ville a dû changer

fondamentalement ses pratiques en cabinet (14,15). On a assisté à une montée de la télémédecine. Elle est devenue une nécessité dans le contexte sanitaire et a été favorisée par un assouplissement de ses conditions de réalisation et de facturation (16).

Dans l'obligation d'assurer la continuité des soins malgré l'épidémie et de limiter la propagation du virus, les médecins généralistes ont été dans l'obligation de limiter le risque de contagion au sein de leur cabinet. Ainsi, cette crise a vu émerger une recrudescence des mesures d'hygiène en soins primaires. En effet, l'une des craintes de médecins était d'être eux-mêmes vecteurs de la maladie auprès de leurs patients (17).

Les médecins généralistes ont dû faire preuve de créativité pour maintenir l'offre de soin et limiter le risque de contagion au sein de leur cabinet. Quels enseignements peut-on tirer de l'épidémie de la Covid-19, en terme organisationnel et d'hygiène, en cas d'épidémie future ?

C'est grâce à une étude qualitative auprès des médecins généralistes alsaciens que nous comptons répondre à cette problématique.

## II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

---

### A. Type d'étude

Pour ce travail de recherche, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative sous forme d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant en Alsace. Ce travail a été inspiré du modèle de la théorisation ancrée (18).

Le but poursuivi est de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes en matière d'hygiène et d'organisation depuis le bouleversement induit par l'épidémie de SARS-CoV-2.

La méthode qualitative est issue des sciences humaines. Elle nous a paru la plus pertinente pour ce travail, car ce sujet est neuf et l'analyse qualitative permet d'explorer des terrains inconnus ou peu documentés en fournissant un éventail d'expériences personnelles. Cette méthode inductive est parfaitement adaptée lorsque les facteurs étudiés sont difficilement quantifiables et subjectifs, car intimement liés au vécu des sujets interrogés (19).

Les entretiens semi-dirigés ont été préférés à la réalisation d'un questionnaire afin de ne pas brider la parole des médecins interrogés. L'enquête par entretien individuel, riche d'une interaction particulière interviewer-interviewé, permet d'orienter les thèmes abordés afin d'obtenir une information de qualité et répondant à la problématique soulevée. Cette méthode permet l'émergence d'idées nouvelles et parfois imprévues (20).

## **B. Réalisation du guide d'entretien**

Préalablement à l'étude, des recherches ont été menées afin d'établir des données bibliographiques sur la plateforme du SUDOC, ainsi que sur PUBMED. Avec les termes: « coronavirus[MeSH Terms] AND (general practitioner[MeSH Terms] ».

Les documents mis à disposition des professionnels de santé sur le site internet du Gouvernement et la lecture de divers témoignages médicaux ont permis de faire émerger les thématiques à évoquer lors des entretiens.

Afin de mener les entretiens semi-dirigés et de répondre à la problématique de l'étude, une première trame d'entretien a été réalisée (cf Annexe 3). Elle débutait par l'énoncé de la problématique. S'en suivait un recueil de quelques données épidémiologiques sur les sujets interrogés, puis une question brise-glace afin d'ouvrir la conversation et de mettre l'interviewé à l'aise. Ensuite, les questions s'enchaînaient selon les thématiques pertinentes recueillies dans la littérature. Le guide s'achevait par une question conclusive qui permettait d'ouvrir la voie vers de nouveaux sujets d'étude.

La trame d'entretien a été améliorée et complétée à la suite du cinquième entretien (cf Annexe 4). Certaines questions ont été reformulées afin d'être plus intelligibles par les sujets interrogés et de nouvelles questions ont émergé suite aux rencontres avec les praticiens précédents.

Notre guide d'entretien permettait d'aborder des sujets qui n'étaient pas spontanément évoqués par les participants, sous forme d'une question ouverte générale afin de ne pas les influencer.

Chaque guide était rédigé sous forme de thème et sous-thèmes, écrits sous forme de mots/phrases courtes dans le but de laisser un maximum de liberté à l'interviewé, sans omettre de mentionner tous les points nécessaires. Les nouvelles idées qui ont émergé des interviews sont venues enrichir le guide au fur et à mesure de l'avancée des entretiens.

La trame n'a pas forcément été suivie à la lettre lors de chaque entretien, car elle devait s'accorder aux propos des médecins interrogés.

## C. Constitution d'un échantillon

La Covid-19 ayant montré un important gradient sud-nord dans notre région lors de la première vague épidémique, il nous a semblé essentiel de couvrir l'ensemble du territoire lors des interviews. Notre étude se limitant au territoire alsacien, nous avons pris contact avec plusieurs médecins de la région.

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste et exercer en Alsace dans un cabinet libéral.

Le critère d'exclusion était d'avoir un associé déjà interrogé pour cette même étude.

L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée afin qu'il soit panaché. Ce recrutement n'avait pas pour but de représenter fidèlement la population des médecins généralistes, mais plutôt de recueillir des réponses diverses et variées sur la problématique énoncée, afin d'enrichir notre travail.

Nous souhaitions obtenir les témoignages de médecins de sexe féminin ou masculin, de tous âges, exerçant une activité libérale en milieu rural ou urbain.

Les praticiens ont été approchés par courriel (cf Annexe 1) pour leur proposer de participer à l'étude.

Cet email décrivait brièvement le sujet de notre travail et expliquait que les entretiens seraient réalisés en visioconférence ou par téléphone. Il spécifiait également que les données collectées seraient retranscrites de manière anonyme.

Les mails ont été envoyés au fur et à mesure de l'avancée des entretiens, car le nombre d'entretiens n'a pas été fixé préalablement à l'enquête, afin de satisfaire au critère de saturation des données.

Comme pour la plupart des études qualitatives de ce type, les entretiens ont été arrêtés après saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'aucune information ou thématique nouvelle n'a plus émergé des données collectées(21).

Sur 16 médecins généralistes contactés, 10 ont répondu favorablement à notre demande.

Les premiers médecins à avoir été contactés faisaient partie du réseau de connaissance acquis durant nos années d'études. Puis nous avons élargi notre spectre à d'autres médecins, en ayant pour objectif de satisfaire aux critères de sélection géographique, de sexe et d'âge différents.

Nous avons obtenu l'accord du Service de la Protection des données de l'Université de Strasbourg

pour mener notre étude, après avoir rempli les Formalités réglementaires 2020 en recherche en santé (ANNEXE 2), selon les recommandations de la CNIL.

Lorsque les médecins répondaient favorablement à notre proposition, nous choisissons conjointement une date d'entretien, puis nous leur transmettions un formulaire de consentement à retourner signer avant leur participation à l'étude (ANNEXE 3). Ce formulaire spécifiait que toutes les données recueillies ont été rendues anonymes.

## **D. Réalisation des entretiens**

### **1. Déroulement de l'entretien**

Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre le 06/11/2020 et le 18/01/2021. Étant donné l'évolution de la crise sanitaire et les restrictions de déplacements, les entretiens ont été réalisés en visioconférence plutôt qu'en présentiel, via diverses plateformes en ligne (BigBlueButton, Zoom, Clickdoc, etc.) selon la préférence de chaque participant.

L'intervieweur et les interviewés ont pu mener ces visioconférences indifféremment depuis leur domicile ou leur lieu de travail. Avant de débiter l'entretien semi-dirigé, notre problématique était expliquée en termes clairs aux sujets interrogés.

Les participants ont tous été remerciés pour leur participation.

### **2. Recueil des données**

Chaque entretien a été enregistré dans son intégralité sous forme audio sur l'application "dictaphone" de notre smartphone. De plus, pour les visioconférences réalisées via la plateforme en ligne Zoom, une deuxième sauvegarde a été réalisée sur le site lui-même par mesure de sécurité.

Les enregistrements ont été précieusement stockés sur notre téléphone et sur le disque dur de notre ordinateur portable.

Chaque enregistrement a ensuite été retranscrit dans son intégralité sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word), en indiquant également le langage non verbal lorsque cela était possible (mimiques, ton ironique, rire, etc.)

La retranscription du verbatim a été réalisée mot pour mot. La ponctuation a été déterminée selon le ton et la cadence verbale du sujet interrogé.

Lorsque l'intégralité des enregistrements a été retranscrite, les données audio ont été supprimées pour garantir l'anonymat des participants.

## **E. Analyse des données**

La démarche intellectuelle mise en œuvre dans cette étude qualitative consistait à rechercher des lois générales à partir de l'observation de faits particuliers(22).

Après leur retranscription, les verbatims de chaque entretien ont fait l'objet d'une analyse thématique selon la méthode de la théorisation ancrée. Cette méthode inductive permet la construction d'une théorie à partir du recueil de données empiriques grâce à une comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain(18).

Dans un premier temps, chaque entretien a été analysé séparément, afin d'en dégager toutes les idées susceptibles de répondre à notre problématique. Ces idées ont été regroupées au sein de thèmes sur un tableur informatique (Microsoft Excel).

Suite à l'analyse de l'ensemble des verbatims séparément, les données collectées ont été regroupées en unités thématiques au sein d'un tableau de synthèse. Ces thèmes n'étaient pas définis à l'avance, mais ont émergé au fur et à mesure de l'avancée de l'analyse.

Enfin, les données ont été mises en forme au sein de ce travail pour vous fournir des résultats lisibles.

### III. RÉSULTATS

---

#### A. Description de l'échantillon

Le nombre de participants à cette étude s'élève à 10 sujets.

Les entretiens ont duré en moyenne 35 minutes et 30 secondes, la durée la plus longue étant de 55 minutes et la plus courte de 22 minutes.

Les médecins généralistes interrogés avaient entre 29 et 60 ans. Six d'entre eux étaient de sexe masculin et quatre de sexe féminin. Cinq d'entre eux exerçaient en milieu urbain, quatre en milieu semi-urbain et un seul en milieu rural. Tous exerçaient une activité libérale en cabinet d'association ou Maison de Santé.

Selon leurs affirmations, tous ont reçu en consultation plus de 20 patients atteints de Covid-19 avant notre entretien.

#### Caractéristiques de sujets interrogés :

(ces données sont dévoilées dans le désordre afin de ne pas rompre l'anonymat des participants)

Âge	Sexe	Type d'activité	Milieu d'exercice	Nombre estimé de patients atteints de Covid-19 suivis depuis janvier 2020
47 ans	Masculin	Libéral, cabinet d'association	Rural	Entre 20 et 50 (30)
59 ans	Masculin	Libéral, cabinet d'association	Semi-rural	Plus de 100
31 ans	Masculin	Libéral, cabinet d'association	Urbain	Entre 20 et 50
43 ans	Féminin	Libéral, cabinet d'association	Semi-rural	Entre 20 et 50
54 ans	Masculin	Libéral, cabinet d'association	Urbain	Environ 50
58 ans	Masculin	Libéral, cabinet d'association	Semi-rural	Entre 50 et 100
35 ans	Masculin	Libéral, Maison de Santé	Urbain	Entre 20 et 50
29 ans	Féminin	Libéral, cabinet d'association	Semi-rural	Au moins 50
60 ans	Féminin	Libéral, Maison de Santé	Urbain	Plus de 100
56 ans	Féminin	Libéral, Maison de santé	Urbain	Entre 20 et 50

## **B. Parcours de soin des patients au sein du cabinet médical pendant la crise sanitaire**

La réorganisation des cabinets de médecine générale a profondément changé le fonctionnement de la consultation médicale dite « classique ». Nous avons pris le parti de détailler ces changements en suivant le parcours réalisé par le patient au sein du cabinet.

### **1. Préparation de la venue des patients au cabinet médical**

#### **a) Secrétariat téléphonique et logiciel de prise de rendez-vous en ligne**

Depuis quelques années le secrétariat téléphonique, ainsi que la prise de rendez-vous médicaux en ligne via des plateformes spécifiques se sont beaucoup développés.

Les avis des médecins généralistes interrogés concernant ces nouveaux outils de gestion d'agenda sont très variables.

Trois médecins interrogés se sont appuyés de ces outils pour mieux répondre à la demande de soins pendant la première vague : « *On travaillait déjà à l'époque sur Doctolib, on l'a utilisé un petit peu plus* » (MG6).

Un des médecins nous a raconté qu'il « *avait donné des consignes à [ses] secrétaires à distance sur euh... ben... privilégier les téléconsultations dès qu'il y a une suspicion de Covid* » (MG5). Ainsi, un premier triage était réalisé en amont de l'arrivée des patients au cabinet.

Pour ceux qui les ont utilisés, ces outils ont aussi permis de diffuser les nouvelles mesures d'hygiène du cabinet médical avant l'arrivée des patients sur place : « *L'information c'était aussi sur le répondeur, sur Doctolib il y a eu des infos* » (MG6).

D'autres médecins interviewés ont préféré faire le choix de se passer de ces outils au plus haut de la première vague afin d'avoir plus de contrôle sur le flux des patients et d'évaluer la réelle nécessité de la réalisation d'une consultation :

- « *On n'a pas facilité la prise de rendez-vous [...] par le secrétariat téléphonique, on leur demandait quand même de venir pour gérer les flux en fait.* » MG7
- « *On avait un secrétariat téléphonique à distance qu'on a décidé d'arrêter pour prendre nous-mêmes nos appels pour pouvoir [...] faire un petit peu le tri dans les appels nous-mêmes donc avec nos secrétaires sur place* » MG3

### **b) Différer les consultations des patients fragiles**

Un des enjeux lors du premier confinement était d'éviter d'exposer inutilement les patients à risque de Covid-19 sévère. Dans cette optique, plusieurs médecins nous ont rapporté avoir refusé certaines consultations en disant à leurs patients : « *si c'est pas grave ou urgent, essayez de rester chez vous* » (MG3). L'enjeu réel était d' « *essayer de voir si c'était grave/pas grave, essayer de voir par téléphone s'il y avait vraiment nécessité de venir* » (MG3) au cabinet.

Deux des médecins interrogés nous ont même raconté qu'ils ont « *décidé que tout ce qui est chronique, ceux-là ils restent à la maison, ils ne viennent pas* » (MG6) au cabinet médical.

Des alternatives à la consultation classique ont été privilégiées par certains médecins interrogés « *pour les patients à risque qui présentent... qui sont considérés comme à risque, on essaye aussi de privilégier les téléconsultations* » (MG5).

Pour limiter l'afflux de monde au cabinet médical, plusieurs médecins ont eu recours au renouvellement d'ordonnance facilité et ils disaient aux patients : « *si c'est pour renouveler votre traitement on vous le renouvelle, on le faxe ou on le maile à la pharmacie directement* » (MG3).

## 2. Accueil des patients

### a) Arrêt des consultations libres et rendez-vous systématiques

Afin de limiter le nombre de personnes en salle d'attente, notamment lié aux consultations libres, sept des dix médecins interrogés ont décidé de ne plus réaliser de consultation libre. Ils sont passés « *que sur rendez-vous pour éviter que les gens ne se croisent* » (MG10) :

- « *à partir du premier confinement, le 16 mars, on a changé notre façon de travailler, on a fait plus que du rendez-vous* » (MG10)
- « *on n'a fait plus que des consultations sur rendez-vous pour éviter qu'il y ait de l'attente dans la salle d'attente et qu'il y ait beaucoup de gens dans la salle d'attente, parce que quand on est en consultation libre, ça peut arriver qu'il y ait 10, 15 voire 20 personnes en salle d'attente. Donc ça c'est pas possible avec le Covid, donc du coup on est passés que sur rendez-vous* » (MG5).
- « *on a décidé de mettre tout le monde sur rendez-vous* » (MG3).

Notons que certains médecins ne fonctionnaient déjà que sur rendez-vous déjà avant la crise sanitaire.

La solution intermédiaire entre la consultation libre et le rendez-vous programmé, choisie par plusieurs médecins, était d'organiser des « pseudo-rendez-vous » c'est-à-dire de que les patients « *viennent chez la secrétaire et on leur donne un ordre de passage. C'est des pseudo-rendez-vous* » (MG6) :

- « *On faisait déjà venir les gens et la secrétaire évaluait un petit peu et donnait un horaire de passage et après ils repartaient. Ils n'étaient pas obligés de rester en salle d'attente déjà avant en fait. On leur donnait un ordre de passage* » (MG7).

Cependant, ce système de rendez-vous n'a pas été choisi par tout le monde : trois des médecins interrogés ont conservé leur fonctionnement en consultation libre. Ils ont décidé de conserver ce mode d'exercice pour différentes raisons : refus des collègues de changer le mode de fonctionnement ou

préférence pour la consultation libre :

- « *j'aurais voulu passer en rendez-vous exclusifs [...] mes collègues n'ont pas voulu* » (MG1).
- « *j'ai gardé exactement mon schéma précédent, c'est-à-dire trois plages de libre et deux plages de rendez-vous. Je n'aime pas beaucoup les rendez-vous* » (MG4).
- « *on continue à faire nos consultations libres* » (MG8).

## **b) Signalétique informative**

Le recours à une signalétique informative était presque systématique chez les médecins interviewés.

Les panneaux indicatifs se sont multipliés chez certains :

- « *On a mis des petites affiches en bas du cabinet, devant la porte, dans la salle d'attente* » (MG5)
- « *j'ai mis des panneaux dans le cabinet [...] des panneaux rouges, des panneaux bleus, des grands panneaux, des petits panneaux* » (MG1)

La signalétique a permis d'informer les patients sur le nouveau fonctionnement du cabinet médical.

Les médecins ont « *mis des affiches partout : en bas du cabinet, dans la rue et dans le cabinet et devant la porte pour dire que c'était que des consultations sur rendez-vous* » (MG5).

Les panneaux permettaient également d'orienter les patients au sein du cabinet et de « *flèche[r] les salles d'attente* » (MG1) afin qu'« *il n'y [ait] pas de croisement de patients* » (MG2) :

- « *on a mis des barrières physiques pour respecter tout ça* » (MG3)
- « *on en a mis [du scotch] par terre aussi pour faire 1m – 1m50 entre chaque patient pour quand ils attendent au niveau de la secrétaire* » (MG3)
- « *on a mis des scotchs orange sur une chaise sur deux pour condamner les chaises* » (MG3)

Un des médecins nous raconte avoir mis en place un circuit au sein de son cabinet pour éviter tout contact entre les patients : « *On avait fait un circuit avec les patients qui rentraient dans la salle d'examen et qui ressortaient par notre salle de soins, vers le local-poubelle pour que personne ne*

*croise. C'était un circuit* » (MG2). Cette solution n'a pas pu être utilisée par les autres médecins interrogés en raison d'un agencement des locaux qui ne le permettait pas.

Il s'agissait pour plusieurs médecins interrogés de séparer les patients symptomatiques des patients dits « sains » :

- « *on avait une signalétique propre pour dire : "Ici les places réservées aux patients avec des symptômes infectieux" et "Voilà les zones pour les autres patients"* » (MG4).
- « *des panneaux que j'avais faits moi-même : « Veuillez signaler au médecin dès votre arrivée, si vous avez de la fièvre* » (MG1).

### **c) Orientation et tri des patients**

L'entrée du cabinet est pour la plupart des médecins devenue une zone de triage. Ils ont mis en place un « *filtre à l'accueil pour séparer les patients* » (MG8).

Ce filtrage était réalisé, soit par le secrétariat soit par le médecin lui-même. Dès l'arrivée des patients dans l'enceinte du cabinet, « *on leur demandait ce qu'ils avaient* » (MG1) :

- « *Avant les gens toquaient, entraient et se mettaient dedans, là c'est : ils toquent et ils attendent que ce soit elle [la secrétaire] qui demande ce qu'il en est* » (MG4)
- « *On faisait déjà venir les gens et la secrétaire évalue un petit peu* » (MG7)
- « *Les personnes qui géraient le secrétariat demandaient à chaque personne si elle avait de la fièvre, toux, si jamais ils étaient revenus de vacances. Donc ça nous permettait — en tout cas avant qu'on confîne tout le monde — de savoir si peut-être ils étaient positifs ou pas, ou suspects* » (MG9).

Certains médecins se sont appuyés sur un arbre décisionnel, faits par leurs soins, afin de mieux orienter les patients lorsque les tests PCR n'étaient pas encore disponibles : « *on avait une espèce d'arbre décisionnel : "les gens toussent", "ils ont de la fièvre", "faire ceci, faire cela". Enfin bon à l'époque on n'avait pas de tests donc on essayait de dispatcher* » (MG3).

#### d) Séparer les patients suspects ou atteints de Covid-19

Afin de limiter le risque de contagion, certains médecins ont séparé les patients positifs ou suspects de Covid-19 des autres patients en les convoquant sur des plages horaires de consultation spécifiques et à distance des patients dits « sains ».

Plusieurs médecins ont appliqué des « *consignes usuelles : si fièvre, on les mettait sur des créneaux – ou tout autre symptôme – on les mettait sur les "créneaux suspects de Covid-19" [...] pour éliminer vraiment tout risque de contamination* » (MG9) :

- « *C'était plutôt le matin qu'on avait les non-malades et l'après-midi les vrais malades, les fiévreux, touseurs* » (MG6)
- « *Alors, ceux pour lesquels on savait – moi je savais – que c'était des Covid je leur disais de venir en fin de consult* » (MG7)
- « *on a des créneaux rendez-vous Covid* » (MG8)
- « *on mettait les personnes à risque en premier le matin et puis les personnes suspectes l'après-midi* » (MG9)

Un des médecins interrogés nous a expliqué le nouveau mode de fonctionnement au sein de la Maison de Santé où il exerce. Ils ont créé une « filière Covid » qui relève d'une organisation et d'un lieu de consultation différent des patients dits « sains » :

- « *on a modifié pas mal notre organisation pour accueillir les patients avec une filière spécifique, donc avec un bureau séparé, une organisation en demi-journée sur qui reçoit les patients euh... atteints de la Covid* » (MG8)

### 3. Gestion de la salle d'attente

Pour la plupart des médecins interrogés, la salle d'attente des cabinets médicaux est une zone à risque majeur de contamination. Afin de limiter ce risque, ils ont utilisé de différentes méthodes pour limiter les contacts.

#### a) Attente à l'extérieur du cabinet

En cas de flux trop important de patients, certains médecins faisaient attendre leur patientèle à l'extérieur du cabinet pour ne pas surcharger la salle d'attente :

- « on les mettait dans un coin ou dehors si le temps s'y prêtait » (MG1)
- « On a une espèce de paravent dehors, sous lequel on a mis des sièges et où les gens pouvaient attendre » (MG1)
- « Ils attendaient dehors [...] et comme ça dès qu'il n'y avait plus personne en salle d'attente on faisait rentrer le suivant » (MG10)

Certains médecins allaient même « chercher les gens dans la voiture sur le parking » (MG2) pour éviter de les faire patienter en salle d'attente :

- « on leur disait de sortir, de rester à l'extérieur, d'aller dans leur voiture et il n'y avait qu'une seule personne dans la salle d'attente à chaque fois » (MG7)
- « on a le parking devant avec les gens dans les voitures et ils se signalent au secrétariat par téléphone » (MG2).

#### b) Sectorisation de la salle d'attente

Les patients étaient le plus souvent triés dès leur entrée au cabinet médical selon leur symptomatologie. Ce triage s'est souvent poursuivi en salle d'attente. L'enjeu était de créer « un secteur "infecté" et un secteur "non-infecté" » (MG3) :

- « J'avais mis une salle d'attente dédiée aux gens touseurs » (MG1)

- « *On a eu la chance d'avoir deux salles d'attente, dont une salle d'attente qui est plus dédiée à tout ce qui est malades, tousseurs, cracheurs, fiévreux...* » (MG6)
- « *Toux, fièvre, courbatures, céphalées... J'essayais de les mettre à part* » (MG1)
- « *on a une salle d'attente séparée, c'est-à-dire que euh... normalement on a une salle d'attente commune pour tout le monde, et puis en fait là, on a mis des chaises dans un couloir à l'étage dans un endroit où il n'y a pas d'autre patient qui passe. Et donc voilà, les patients qui toussent, les patients qui ont de la fièvre, les patients qui sont suspects de Covid à l'accueil sont dirigés vers cette salle d'attente séparée* » (MG8)

### **c) Limitation du nombre de personnes en salle d'attente**

Afin de limiter le risque de contamination, huit des dix médecins interrogés se sont vus obligés de limiter le nombre de patients en salle d'attente :

- « *Les consignes à la secrétaire c'était : "Plus personne en salle d'attente"* » (MG2)
- « *L'idée c'était vraiment que les gens viennent à une heure donnée [...] pour qu'il n'y ait personne dans la salle d'attente ou, 2 voire 3 personnes maximum* » (MG3)
- « *Ce qui a fonctionné par contre c'est qu'il y ait 2 ou 3 personnes maxi en salle d'attente et qu'on les dispatchait le plus loin possible les unes des autres* » (MG3)
- « *Dès le début, on n'a autorisé qu'une personne à la fois dans la salle d'attente* » (MG7)
- « *Les gens ils arrivent un par un. Maintenant il y a quand même plusieurs personnes en salle d'attente, mais pendant le premier confinement c'était une seule personne* » (MG10)

Pour limiter ce nombre de personnes, plusieurs médecins ont condamné les chaises :

- « *on a condamné les chaises de sorte qu'il y ait 5 places aujourd'hui, là où il y en a plus de 20 d'habitude* » (MG2)
- « *on a mis des scotchs orange sur 1 chaise sur 2 pour condamner les chaises* » (MG3)
- « *on a verrouillé une chaise sur deux* » (MG7)

#### d) Limitation du délai passé en salle d'attente

Plusieurs médecins ont essayé de faire en sorte que « *les gens attendent moins* » (MG3). Le délai passé en salle d'attente a été réduit afin de minimiser les risques de contagion :

- « *vu qu'il n'y a presque pas d'attente, ça va très vite* » (MG3)
- « *J'essayais de ne pas trop les faire attendre et de prendre les gens qui présentaient ces symptômes plus rapidement* » (MG1)
- « *On donnait des rendez-vous, on tenait à peu près nos rendez-vous par quart d'heure ou par vingt minutes selon les habitudes de chacun et on avait pris notre délai, notre temps et comme ça dès qu'il n'y avait plus personne en salle d'attente on faisait rentrer le suivant* » (MG10)

#### e) Bannir les objets inutiles de la salle d'attente

L'ensemble des médecins interrogés nous ont expliqué avoir banni tous les objets inutiles de leur salle d'attente. En effet, cette mesure permettant de limiter le risque de transmission manuportée a été dictée par le Gouvernement au sein d'une fiche nommée *Organisation des cabinets de ville dans un contexte de poursuite de l'épidémie Covid-19 et en phase de déconfinement*(23).

Les médecins ont « *tout enlevé. Les jouets, les magazines. [...] Tout a dégagé* » (MG2) :

- « *on a viré tous les jouets. Dans ce coin enfant on avait des petits jouets, des petites tables, des petits tapis, des trucs pour dessiner... enfin bref! on a tout enlevé. On a enlevé les revues qu'il y avait dans la salle d'attente pour qu'il n'y ait rien à toucher* » (MG3)
- « *Les jouets des enfants, les magazines, on a tout enlevé tout de suite au tout début du confinement en mars* » (MG7)
- « *on a dû enlever les magazines, on a dû enlever les jouets pour enfants. Toujours pas remis d'ailleurs. Bon c'est un peu triste la salle d'attente, mais du coup on a laissé que les chaises et la table basse. Il n'y a plus de prospectus, de documentations. Il n'y a rien quoi* » (MG8)
- « *On a enlevé ben tout ce qui revues, tout ce qui était jouets pour les enfants. On n'a laissé que les chaises* » (MG10)

## 4. Déroulement de la consultation médicale au cabinet

### a) Nombre d'accompagnateurs limité

Toujours dans un souci de limiter le risque de contamination au sein du cabinet, il était essentiel de limiter le nombre de personnes y ayant accès. Ainsi, le nombre d'accompagnateurs par patient était limité. « *On a aussi demandé à ce qu'il n'y ait personne qui accompagne les patients au cabinet* » (MG5) ou bien « *on demandait aux gens de ne pas être plus de deux* » (MG1) lors de la consultation médicale. La règle était claire : « *Ne viennent que ceux qui sont malades !* » (MG3) :

- « *Les couples par exemple, je les ai pris l'un après l'autre, au lieu de les voir tous les deux* » (MG2)
- « *Les enfants qui accompagnent les personnes âgées, j'ai dit au fils qui emmène sa maman : "Je vais faire rentrer uniquement votre maman pour limiter simplement le nombre de personnes dans la salle de consultation"* » (MG2)
- « *s'ils étaient à plusieurs, moi je les voyais l'un après l'autre dans mon bureau et le reste restait en salle d'attente* » (MG3)
- « *La secrétaire disait : "Qu'une seule personne !"* » (MG7)

Cette règle d'interdire les accompagnants a cependant ses limites, notamment lorsqu'il y a « *besoin d'un accompagnant pour la traduction* » (MG7) :

- « *s'il y avait besoin d'un traducteur, on prenait une deuxième personne* » (MG10)

Cette interdiction d'être plusieurs était également compromise dans le cas de consultation pédiatrique ou gériatrique :

- « *Quand il y avait des enfants, on essayait de les garder dans une autre salle* » MG1
- « *Pour les enfants, il y avait un des deux parents qui pouvaient accompagner l'enfant, mais pas les frères et sœurs ou pas l'autre parent. Et pour les personnes âgées, on demandait à ce que les enfants ne soient pas présents ou on essayait de limiter le plus possible le nombre*

*d'accompagnants* » (MG5)

- « *C'était "patient non accompagné" ou alors pour les gamins on n'a pas le choix. Euh... mais il y avait pas toute la smala hein, toute une ribambelle de personnes, et je crois que c'était pas plus mal d'avoir limité un petit peu* » (MG6)

### **b) Limitation des contacts physiques entre médecin et patient**

Qu'il s'agisse de l'accueil des patients ou de l'examen médical, les praticiens ont été unanimes : il est important de limiter les contacts pour limiter le risque de contagion. Cela se ressent notamment lors de l'accueil des patients. Le médecin ne « *serre plus la main aux gens* » (MG5) et empêche le patient de toucher le mobilier ou les poignées de porte :

- « *On évitait de serrer la main* » (MG1)
- « *on appelle la personne, on lui indique où s'installer. C'est moi qui ouvre de toute façon la porte pour sortir* » (MG2)
- « *On ne serre pas les mains. La plupart du temps j'essaye d'ouvrir et de fermer la porte pour que pas qu'eux-mêmes ouvrent et sinon je passe un petit coup derrière. C'est vrai qu'on avait, on touche beaucoup moins les gens, sauf si on doit les examiner évidemment* » (MG3)
- « *avant on serrait la main quand on accueillait les gens ou quand on leur disait "au revoir", maintenant ça c'est fini, on ne le fait plus* » (MG5)

Cette distanciation physique et ce besoin d'instaurer des barrières physiques ont aussi un impact lors de la pratique médicale. « *La distance [...] elle est aussi perceptible dans l'examen clinique* » (MG2). Les médecins généralistes évitent certains gestes dans leur pratique afin de se protéger, notamment l'examen de gorge et ils « *ne réalise[nt] plus non plus de Peak-flow ni de Streptotest* » (MG7) :

- « *on va creuser l'anamnèse vraiment, pour ensuite se mettre d'accord sur les objectifs de la consultation et faire un examen de ce qui est strictement nécessaire et je l'explique. Je dis par exemple : "dans cette situation, il n'y a pas besoin de regarder la gorge" ou "il y aura besoin de regarder les oreilles" en fonction des symptômes allégués par le patient.* » (MG2)

- « *quand c'est du Covid, je ne vais plus examiner la gorge pour ne pas prendre de risque inutile pour un examen qui n'apportera rien de plus dans ma prise en charge* » (MG4)
- « *On n'a plus fait de Streptotest [...] on faisait quand même beaucoup moins d'examens ORL. On évitait d'être invasif en fait.* » (MG5)
- « *Je vais plus à l'économie des gestes. Évidemment s'il faut vraiment les examiner je les examine, mais on fait vraiment le... faut être efficace, mais on fait le minimum* » (MG7)

L'un des médecins interrogés nous explique également que depuis le début de la pandémie, il s'astreint à toucher le moins d'objets possible pendant qu'il examine ses patients afin de ne pas véhiculer d'éventuels virus : « *quand je fais ma consult : une fois que j'entame l'examen clinique, je ne réponds plus au téléphone, je ne circule plus trop dans le cabinet, je me concentre sur l'examen clinique, j'utilise des objets dédiés. Quand la consultation est finie, je nettoie les objets, je me lave les mains et je retourne au poste de travail. Et là je réponds de nouveau au téléphone.* » (MG1)

### **c) Règlement de la consultation**

Les mesures de limitation des contacts physiques se ressentent également lors du règlement de la consultation. Presque tous les médecins interrogés nous ont indiqué qu'ils « *privilégiaient la carte bancaire* » (MG10) et le paiement sans-contact pour limiter les risques de transmission du virus. Certains nettoyaient également le TPE.

- « *j'ai mis le lecteur de carte du côté chez eux et c'est eux qui doivent le... qui doivent mettre la carte dedans. Pour le paiement c'est vrai qu'on a favorisé quand même plus le paiement sans contact. Après... de toute façon ça change rien, on nettoie quand même le TPE* » (MG7)
- « *On avait déjà le paiement sans contact avant donc on a continué avec et les gens étaient plutôt favorables à ça* » MG9
- « *Les gens touchaient au clavier et on nettoyait* » (MG10)

Concernant l'usage de la monnaie, les avis retrouvés au cours des différents entretiens menés étaient

assez variés. Alors que certains médecins n'en utilisaient pas du tout, d'autres laissaient la monnaie en quarantaine :

- « *Les gens posaient leur monnaie sur un petit mouchoir et on laissait aérer la monnaie pendant plusieurs jours.* » (MG2)
- « *je mettais aussi la monnaie en quarantaine. En fait je mettais ma monnaie dans une enveloppe, que je ramenait à la maison et que je touchais que vingt-quatre heures après* » (MG7)
- « *Ils ont évité de toute façon de payer avec la monnaie* » (MG10)

Une partie des médecins interrogés n'a pas changé ses habitudes concernant le paiement des consultations :

- « *Nous on prend déjà la carte bancaire et on fait le sans contact donc ça ça existait déjà avant, donc ça on a continué. Après... la monnaie euh non. Il n'y avait pas de monnaie en quarantaine* » (MG5)
- « *Alors, monnaie en quarantaine non, chèque en quarantaine non. Le sans-contact, la CB je l'ai toujours prise. C'était super d'avoir augmenté le plafond à cinquante euros. Non j'ai pas vraiment modifié.* » (MG6)
- « *Moi ça fait très longtemps que je suis en tiers payant systématique et ça fait très longtemps qu'on a le sans-contact. On privilégie les paiements par carte donc rien n'a changé.* » (MG8)

## 5. Suivre les patients différemment

La consultation au cabinet n'est pas le seul mode de suivi des patients pour les médecins généralistes et l'adaptation des pratiques ne s'est pas limitée au cabinet, les visites à domicile ont aussi été impactées.

La crise sanitaire a vu émerger un nouveau mode de consultation : la téléconsultation.

### a) Les visites à domicile

Au début de la crise sanitaire, certains médecins ont « abandonné un certain nombre de visites. Parce que les visites c'est quand même des patients, logiquement, plus fragiles et fallait pas leur ramener le virus. » (MG6) :

- « C'est vrai que dans un premier temps on a essayé, on n'a quasiment pas fait de visites quoi parce que les visites c'est souvent des personnes fragiles, plus âgées et du coup on a essayé de limiter au maximum parce qu'on savait pas trop. On se disait : "on ne va pas nous leur ramener le virus". » (MG3)
- « les patients qu'on voit en visite à domicile ou en maison de retraite, eux on les a beaucoup moins vus du coup parce qu'on évitait d'aller les voir » (MG5)
- « aux mois de mars-avril, on a considérablement réduit toutes les visites, c'était plus que les visites très urgentes ou impératives qu'on a effectuées. » (MG6)
- « Alors, tout tout tout au début on a eu la frousse d'y aller parce que je voulais pas les contaminer, alors effectivement on a annulé les visites. » (MG7)

Après quelques semaines d'acclimatation, la plupart des médecins qui avaient limité les visites initialement sont revenus à leur pratique antérieure concernant les visites, ne pouvant pas éternellement repousser le suivi des patients :

- « au départ on a fait très très peu de visites. Après c'est revenu un petit peu » (MG3)
- « au tout début de l'épidémie, j'ai différé des visites à certains patients très âgés, très fragiles où je ne suis pas allé les voir pour pas les contaminer quoi. Mais non là, depuis ces six

*derniers mois, à part les mesures d'hygiène c'est redevenu comme avant. » (MG8)*

- *« quand on avait les masques eh ben on s'est un petit peu acclimatés et on y est retournés. » (MG7)*

Cependant, certains médecins traitants ont *« continué à faire des visites comme avant, voire un peu plus, pour les patients atteints » (MG4)* de Covid-19 :

- *« Je faisais des visites, mais c'était principalement des Covid je pense. Et souvent à la demande des gens » (MG1)*
- *« C'était des gens qui n'allaient pas bien du tout et je les voyais à domicile parce que : Un : ça évitait d'emmener du virus. Deux : parce qu'ils n'étaient pas déplaçables. Trois : j'avais du matériel directement dans le coffre » (MG2)*
- *« Alors les patients chroniques âgés, on a quand même continué d'aller les voir à domicile. Et on a suivi à domicile des Covid aussi d'ailleurs. » (MG10)*

Dans le cas particulier des EHPAD, les visites par les médecins traitants extérieurs n'étaient la plupart du temps permises par l'administration des établissements :

- *« on a limité dans les EHPAD parce que certains EHPAD ne souhaitaient pas avoir de médecin extérieur. Ceux qui étaient indemnes de Covid voulaient avoir le moins d'entrées possibles. [...] j'ai continué à aller dans les EHPAD qui n'avaient pas de médecin co [coordinateur] et qui avaient besoin de passage de médecins extérieurs. » (MG10)*
- *« en EHPAD on passait moins » (MG9)*

## **b) La reconnaissance de la téléconsultation**

Depuis le début de l'épidémie, de nombreux médecins ont *« commencé à faire des téléconsultations, ce qu'on faisait pas avant » (MG8)*. Pour plusieurs médecins interrogés, la téléconsultation a permis de garder les patients à distance du cabinet pendant un temps et de limiter le flux de patients en consultation classique. Si cette activité a été maximale pendant la première vague de l'épidémie, elle

reste encore aujourd'hui utilisée, mais de manière moindre :

- « *En plein confinement, je dirais que cela [la téléconsultation] représentait un quart de l'activité* » (MG1)
- « *les téléconsultations, il y en a eu beaucoup pendant la première vague et aujourd'hui, il y en a toujours* » (MG2)
- « *On a mis en place la téléconsultation [...] c'était nouveau pour nous et pour les patients, donc il a fallu qu'on s'adapte et qu'on... et que nos patients acceptent de faire des consultations par visioconférence.* » (MG5)
- « *on a fait un peu de téléconsult, un peu beaucoup même !* » (MG6)

Même si plus de la moitié des médecins interviewés ont fait usage de la téléconsultation, chacun semble utiliser cet outil de manière différente. Certains l'utilisent pour tous les motifs de consultation médicale, d'autres principalement pour le suivi des patients atteints de coronavirus léger afin de les maintenir isolés au domicile ou encore pour des petits motifs de consultation ne nécessitant pas forcément d'examen clinique :

- « *on essayait de voir nos patients Covid en téléconsultation* » (MG5)
- « *souvent les gens ils demandaient une téléconsultation pour une demande de prescription donc ça se terminait souvent par une prescription de médicament, d'arrêt de travail ou d'examens complémentaires* » (MG5)
- « *en fait la téléconsultation était plus pour les gens où on se dit : "Oh ben c'est peut-être bien s'ils ne viennent pas finalement", pour des petits trucs où en effet c'était peut-être pas la peine qu'ils viennent en salle d'attente.* » (MG7)
- « *On a fait de la téléconsultation surtout pour des arrêts de travail* » (MG10)

La problématique principale de la téléconsultation, qu'ont soulevée l'ensemble des praticiens interrogés, est l'absence totale d'examen clinique :

- « *Il y avait aussi la téléconsultation qui était autorisée par téléphone pour les personnes âgées... avec toutes les difficultés que ça engendre... Quelqu'un qui tousse beaucoup et qui est*

*un peu inquiétant, voire des facteurs de risque, on n'est pas toujours très à l'aise. Dans ce cas, on les reconvoque souvent au cabinet ou on va les voir. » (MG1)*

- *« les téléconsultations c'est quand même une pratique de la médecine qui est très différente que d'habitude parce qu'il n'y a pas d'examen clinique. [...] Souvent la partie interrogatoire est assez courte [...] il y avait beaucoup moins de discussions, de relation thérapeutique sur euh... je sais pas moi... la réassurance du patient, l'éducation thérapeutique, parler de l'environnement familial des gens, de leur travail, de leur consommation de tabac... Tout ce qui vient en fin de consultation en fait et qui nécessite de discuter pendant un peu... de prendre son temps. Et ça c'est passé complètement à la trappe, on le faisait plus du tout. En tout cas beaucoup moins. » (MG5)*
- *« De toute façon pour moi l'examen clinique est hyper important. Et pour tout ce qu'on essaye de faire des fois juste en téléconsult parce qu'on en a fait – genre des changements de traitement de tension pour des patients qui ont un tensiomètre à la maison pour faire des automesures – mais à chaque fois on se rend compte qu'il y a toujours un truc qui coince, qui va pas. Donc en fait la consultation, si elle dure vingt minutes au cabinet c'est pas pour rien » (MG9)*

Pour les raisons sus-citées, trois des médecins interrogés évitaient au maximum de pratiquer la téléconsultation :

- *« j'ai fait très peu de téléconsultations, j'ai dû en faire une dizaine. Je n'aime pas du tout ça, je ne considère pas ça comme de la médecine » (MG4)*
- *« on n'a pas tellement fait beaucoup de téléconsultation donc finalement on a toujours choisi de voir nos patients » (MG9)*
- *« on préférerait les voir plutôt que de faire de la téléconsultation » (MG10)*

### c) Le renouvellement d'ordonnance facilité

Le Gouvernement a facilité le renouvellement d'ordonnance au début de l'épidémie afin de limiter les consultations de suivi en cabinet de ville. « *Beaucoup de patients chroniques avaient la possibilité de se faire délivrer les médicaments sans consulter* » (MG10), ce qui a aidé plusieurs médecins traitants interrogés à limiter le nombre de patients à voir :

- « *les traitements on les a renouvelés à distance.* » (MG5)
- « *Ouais, en mars, on a... je les ai appelés, je leur ai demandé si tout allait bien, s'il n'y avait rien de spécial et on a renouvelé comme ça.* » (MG7)

Malheureusement, cette mesure d'aide provisoire n'a pas été comprise par tous les patients :

- « *j'ai plein de gens qui n'avaient pas compris par exemple qu'ils pouvaient renouveler leur ordonnance à la pharmacie avec une ancienne ordonnance* » (MG2)

### d) Suivi via les autres professionnels de santé

Depuis le début de la crise sanitaire, les différents professionnels de santé ont dû faire preuve d'entraide pour tenir. C'est à grâce à l'appui des infirmières libérales, ainsi que des kinésithérapeutes et des pharmaciens, que plusieurs médecins traitants ont pu assurer le suivi à domicile des patients atteints de Covid-19. Ce suivi en collaborations entre différents corps de métiers a été notamment facilité au sein des Maisons de Santé où il existe une collaboration préexistante à la crise sanitaire :

- « *il y a la surveillance infirmière. C'est plus facile d'être à domicile, d'être suivi par l'infirmière et ensuite qu'on les contacte effectivement par vidéo ou par téléphone pour voir comment ça évolue.* » (MG7)
- « *Et après toutes les personnes à risque, enfin toutes les personnes vraiment à risque de Covid-19 grave, on avait les infirmières qui passaient deux fois par jour à domicile pour tension, saturation.»* (MG9)
- « *on est dans une maison de santé, donc il y a un cabinet d'infirmières qui s'occupe du suivi*

*Covid à domicile par deux passages d'infirmières. Nous on y allait quand elles nous signalaient un problème. Et donc aussi la kiné qui a pris le relai, notamment pour la kiné respi. » (MG10)*

La nécessité d'une entre-aide entre les praticiens de santé a vu émerger une véritable cohésion au sein de praticiens de proximité :

- *« on a la chance d'avoir un pharmacien super avec qui on travaille tout le temps et des infirmières vraiment top ! – et on a réussi du coup à faire tout un groupe qu'on a sur WhatsApp qu'on a fait contre la Covid-19. Elles se sont regroupées du coup et donc du coup au sein du cabinet médical, on leur demandait de passer chez des patients Covid-positifs. Elles ont fait finalement un... euh une par jour qui passait chez tous les patients Covid positifs pour pas contaminer les autres et elles ont les mélanger tous les cabinets infirmiers d'où je suis pour qu'il y en ait une effectivement tous les jours qui passe. Et donc toutes les personnes âgées du coup qu'on surveillait de très près, elles passaient deux fois par jour pour tension et saturation. Ce qui nous a permis d'en garder quand même pas mal à domicile juste pour surveillance, euh voilà. Et puis elles avaient des consignes si jamais il y avait une désaturation, enfin elles appelaient le 15 ou elles nous appelaient nous, mais ouais. Ça c'était chouette parce que ça a permis quand même d'en garder pas mal à la maison. » (MG9)*

## C. De nouvelles règles d'hygiène

### 1. Protection du patient

#### a) Distribution de masques chirurgicaux

L'ensemble des dix médecins interrogés déclarent avoir distribué des masques chirurgicaux aux patients qui n'en avaient pas à leur arrivée au cabinet. Même si au début de la crise l'approvisionnement ne permettait pas systématiquement de donner des masques, il a semblé essentiel à tous les médecins interrogés de donner des « *masques aux gens qui étaient symptomatiques* » (MG2) :

- « *on a mis des masques aux gens [...] tout ce qui était fièvre, céphalées, courbatures, on leur a mis un masque sur le bec* » (MG1)
- « *On a la boîte de masques à l'entrée pour ceux qui arriveraient sans masque* » (MG2)
- « *on avait des masques et ceux qui venaient sans masque on leur en donnait effectivement, la secrétaire leur en donnait. Ou même s'ils n'avaient réussi à pas en avoir et qu'ils arrivaient dans le bureau sans masque, on leur en donnait quand on en avait* » (MG7)
- « *on distribuait des masques en salle d'attente et les gens n'en avaient pas encore donc on en donnait.* » MG10

Lors de leurs visites à domicile, plusieurs médecins interrogés nous ont rapporté, dans un souci de protection, avoir demandé à leurs patients de porter le masque :

- « *je leur ai demandé de mettre un masque quand même et je leur ai demandé d'ouvrir la fenêtre* » (MG7)
- « *moi j'ai toujours demandé à mes patients en visite de mettre un masque, ce qu'on faisait pas avant* » (MG9)

### **b) Lavage des mains et mise à disposition de SHA pour les patients**

Les médecins interrogés sont presque unanimes concernant la mise à disposition de gel hydroalcoolique ou la proposition d'un lavage des mains aux toilettes à l'arrivée au cabinet. Certains proposent également du gel au cours de la consultation ou à la sortie du cabinet :

- « *le SHA, bon ça c'est partout. Il est disponible au distributeur au secrétariat... euh... sur le desk d'accueil, pour le public* » (MG2)
- « *on met du gel en salle d'attente et les gens se servent régulièrement pour s'en mettre sur les mains* » (MG3)
- « *Du SHA on en a mis à l'entrée devant les salles d'attente* » (MG6)
- « *on avait déjà des distributeurs de SHA un peu partout, notamment en salle d'attente, dans certains couloirs, etcétera. Donc ça s'est resté et c'est probablement plus utilisé maintenant que ça ne l'était avant.* » (MG8)
- « *Le SHA, il est à disposition dans le bureau, dans notre bureau on a du SHA, mais dans la salle d'attente on n'a pas de distributeur de SHA. Par contre, comme dit, on les invitait tous à aller aux toilettes dès qu'ils arrivaient [pour se laver les mains].* » (MG10)

### **c) Signalétique informative concernant les règles d'hygiène requises**

La signalétique informative pour les patients ne consistait pas qu'en un fléchage du parcours de soin, elle a permis de diffuser les gestes barrières et les règles d'hygiène à adopter pour se protéger :

- « *on avait imprimé tous les trucs qu'on recevait : les mesures barrière [...] tous les trucs qu'on voit partout avec les petits dessins [...] "Comment se laver les mains", enfin tout tout toutes les choses qu'on recevait journallement par mail* » (MG3) :
- « *Une affiche A3 et des panneaux un petit peu partout : "Se laver les mains", "Porter un masque".* » (MG6)
- « *Alors, ben à l'entrée c'était : "Masque obligatoire", euh dans ma salle d'attente j'ai mis des choses un peu, euh... J'ai mis : "Comment mettre le masque ?", "Comment positionner le*

*masque ? ". » (MG7)*

- *« dans les salles d'attente, on a mis sur chaque porte de "Garder le masque" parce que souvent ils l'enlevaient ! » (MG7)*

## **2. Protection du secrétariat**

La vie du cabinet médical ne se limite pas au médecin et à ses patients. De nombreux cabinets de médecine générale sont dotés d'un secrétariat présentiel. L'enjeu était de protéger le personnel paramédical. Dans ce cadre, les sept cabinets ayant un secrétariat sur place ont procédé à des aménagements pour le protéger avec *« des masques et il y a des vitres en plexiglas » (MG8)*. Les solutions principales apportées par les interrogatoires sont : la mise en place d'un plexiglas, le port du masque et la mise à disposition de SHA :

- *« Elle s'est masquée dès le départ. Et elle continue à être masquée. Et elle utilise du SHA aussi bien sûr » (MG2)*
- *« Pour nos secrétaires on a mis... enfin on a fait du bricolage et on s'est achetées un grand plexi qu'on a mis comme ça devant elles » (MG3)*
- *« on a fait installer des parois en plexi au secrétariat » (MG6)*
- *« la secrétaire, on lui a mis un Plexiglas, on a mis une distanciation : on a mis un marquage au sol à un mètre [...] Bon la secrétaire elle avait du gel à disposition, des masques à disposition et ça depuis le début, avant même qu'on ait eu la distribution par l'État. » (MG10)*

## **3. Protection du médecin**

Comme nous le verrons plus tard, le début de la pandémie en France a été marqué par la crainte de tomber malade auprès du corps médical et notamment auprès des médecins.

Au-delà du fait de limiter les craintes de chacun, la protection du personnel médical et donc des médecins généralistes était essentielle pour maintenir la continuité des soins primaires.

En quoi a consisté cette protection individuelle pour les médecins interviewés ?

### a) Le retour de la blouse blanche ?

« *Tout le monde consulte en blanc* » (MG4) depuis le début de la crise sanitaire. Plusieurs médecins nous ont raconté avoir instauré une « *tenue de travail plutôt que de bosser en civil* » (MG2). La plupart sont revenus à la blouse blanche, mais d'autres ont également utilisé des tenues plus spécifiques telles que des tuniques hospitalières :

- « *On s'est tous mis à la blouse* » (MG4)
- « *Nous on mettait pas de blouse, on était en tenue civile à une époque et puis ben finalement, à partir du 16, on était en blouse.* » (MG6)
- « *on a acheté des blouses.* » (MG7)
- « *on a tous récupéré nos blouses en tissu, on les a lavées.* » (MG9)

Pour plusieurs médecins, il était essentiel de porter une tenue spécifique à l'usage médical afin de se protéger soi-même et de protéger les patients :

- « *on se change en arrivant et on se change en partant.* » (MG3)
- « *quand j'arrivais au cabinet, je me mettais dans une autre tenue et en blouse* » (MG1)

Cet usage de la blouse n'est cependant pas universel : certains médecins ont conservé leurs anciennes habitudes. Ils disent ne pas avoir du tout utilisé de blouse ou en avoir fait usage pendant un temps seulement et avoir abandonné par la suite pour divers motifs notamment l'inconfort ou l'inesthétisme.

- « *on portait une blouse quand il y avait une suspicion de Covid pour nos patients, mais on l'a... maintenant on la met plus. On ne mettait pas de pyjama ou de choses comme ça* » (MG5)
- « *les tenues de travail...pfff... Je pense que j'ai bossé en tenue de travail 2-3 semaines, puis après j'ai vite fait abandonné. On avait acheté des blouses, mais bon c'était nul, c'était moche, c'était pas confortable.* » (MG8)
- « *moi j'ai pas porté de blouse parce que je n'en porte pas et puis euh dès que je touche euh... que ce soit ma blouse qui touche les gens ou mes vêtements, voilà je dois me changer tous les*

*jours* » (MG10)

## **b) Équipement de Protection Individuel (EPI)**

Depuis le début de la crise, les EPI se sont multipliés, allant du simple masque chirurgical à la surblouse et aux surchaussures.

Au cours de mes entretiens, les médecins m'ont décrit leurs pratiques habituelles. Sans surprise, le masque chirurgical reste l'EPI de prédilection auprès de la population médicale, mais certains continuent à utiliser des masques FFP2 :

- *« Initialement, je consultais avec des FFP2, mais dès que j'ai pu avoir des chirurgicaux, je me suis remis aux chirurgicaux parce que c'était un peu difficile, surtout quand il a commencé à faire chaud. Donc là : vive le chirurgical ! »* (MG4)
- *« Nous on porte le masque FFP2 »* (MG5)
- *« le plus possible je mets le FFP2 »* (MG7)
- *« On a porté beaucoup beaucoup de FFP2 sur les premiers mois. Et là, depuis cet automne et le début de l'hiver, on commence à en avoir tous un peu marre des FFP2, on a utilisé tous des chirurgicaux. »* (MG8)
- *« FFP2 de mars à juin, et après chirurgicaux. En gros, quand tout le monde avait des chirurgicaux, il n'y avait plus d'intérêt à avoir de FFP2. »* (MG9)
- *« Moi j'ai porté un masque FFP2 pendant tout le premier confinement. Après... euh pendant l'été on est passé au masque chirurgical parce qu'il faisait chaud. Et puis quand j'étais contaminée... Depuis je porte toujours un masque FFP2. »* (MG10)

Plusieurs médecins interrogés utilisant préférentiellement des masques chirurgicaux nous ont dit faire usage de FFP2 lorsqu'ils jugent une situation risquée, c'est-à-dire lorsqu'ils sont en contact avec un patient très probablement atteint de Covid-19 :

- *« chirurgical habituellement et FFP2 vraiment quand j'entre dans un milieu très contaminé. »*  
(MG4)

Les autres EPI n'ont cependant pas été boudés, notamment les visières et les lunettes de protection, surtout afin d'éviter les projections. Cependant, ces usages semblent plus ponctuels et limités aux situations jugées « à risque » par chaque praticien individuellement.

- « *Il me fallait des lunettes de protection.* » (MG2)
- « *on a eu des visières en plastique, on les a pas des masses utilisées, mais en tous les cas on en avait* » (MG3)
- « *je porte une visière quand j'examine une gorge. Donc l'examen de la gorge, je garde mon masque et je rajoute – alors je suis porteur de lunettes – mais je rajoute systématiquement une visière en plexi lorsque je fais un examen de gorge pour éviter les projections* » (MG4)
- « *au tout tout début pareil, j'avais une visière que je mettais en plus du masque parce que les gens n'avaient pas vraiment de protection. Et puis maintenant je la réserve que quand j'examine les enfants comme ils n'ont pas de masque.* » (MG6)
- « *on a des visières de protection ou on a des lunettes de sécurité. Ça, c'est pareil, on s'est remis un peu à le faire quand c'est pertinent cliniquement* » (MG8)

Comme pour les lunettes et la visière, qui sont des outils de protection du visage, le port de la surblouse semble limité à certains usages spécifiques, voire pas du tout utilisés par la plupart des médecins de cette étude :

- « *je portais des blouses, des surblouses... Que je ne mets plus trop d'ailleurs, car je ne pense pas que ça serve énormément en consultation courante* » (MG1)

Deux des médecins interrogés ont également installé une « *plaque de plexi sur le bureau* » (MG7), en complément de protection :

- « *Tout au début quand les gens n'avaient pas de masque ou pas beaucoup j'avais une plaque de plexi, que j'ai gardée parce que des fois le masque tombe ou des fois il y a des enfants donc je me dis : "au moins il y a cette protection"* » (MG6)

On peut noter que plusieurs médecins se sont sentis plus en danger en se rendant au domicile des

patients et ont donc fait usage de plus d'EPI qu'au cabinet dans ces situations :

- *« je portais des blouses, des surblouses [...] je les utilise principalement quand je vais vraiment chez les gens et que je suis obligé de me rechanger après pour rentrer dans la voiture » (MG1)*
- *« on a mis énormément de protection [...] On était avec les surblouses... euh... que nous avait filé le vétérinaire, en fait des surblouses de vélage, donc jusqu'aux pieds, jusqu'aux mains, avec le FFP2 » (MG2)*

### **c) Un mot d'ordre : se laver les mains !**

Si l'utilisation des EPI ne fait pas l'unanimité et, qu'en dehors du masque, leur usage est devenu ponctuel, le lavage des mains a été décrit comme essentiel pour l'ensemble des professionnels interrogés. Que le lavage consiste à l'application de gel hydroalcoolique ou en l'usage de savon classique, cette pratique s'est majorée auprès de tous :

- *« c'est sûr que je me lave beaucoup plus les mains et que je mets beaucoup plus de gel qu'avant, ça c'est clair ! » (MG3)*
- *« je me lavais les mains. Soit c'était savon, soit c'était SHA entre chaque patient et même deux fois : avant l'examen, pendant l'examen ou après l'examen et puis avant de retourner à l'ordinateur. Ça pouvait être plusieurs fois pendant la consultation. » (MG6)*
- *« Alors déjà forcément quand je reviens de les chercher en salle d'attente je fais déjà un coup [de gel hydroalcoolique], ensuite je tape à l'ordi, je reprends un coup pour aller les examiner, ensuite après avoir fait l'examen je me lave les mains, après avoir fait l'ordonnance, donné les papiers ou rendu l'ordonnance je vais encore me remettre une dose. Donc par personne facilement cinq fois, facile. » (MG7)*
- *« Je me lavais énormément les mains » (MG10)*

#### **d) Déplacer des meubles pour se protéger au sein du bureau médical**

Au sein de leur bureau, plusieurs praticiens interrogés ont également réalisé des modifications de disposition des meubles, principalement pour maintenir une distanciation physique suffisante et limiter tout contact avec les patients en dehors de l'examen clinique :

- « *les gens comprennent qu'il faut garder la distance, donc j'ai effectivement reculé les chaises des patients par rapport à moi et régulièrement il y en a essayent de s'approcher et d'avancer la chaise alors je leur dit : "Non, non. Restez comme ça ! C'est fait exprès. S'il vous plaît, restez plus loin !"* » (MG3)
- « *on a pris des mesures pour écarter les patients du bureau* » (MG5)
- « *J'avais déjà fait de la place sur mon bureau, j'avais enlevé tout ce qui était... Tout ce qui pouvait être touché. J'avais reculé les chaises, donc là j'essaye toujours de reculer les chaises parce que les gens ils ont toujours tendance à s'avancer et à mettre les mains sur le bureau.* » (MG10)

### **4. Nettoyage et désinfection**

En plus de faire usage de matériel de protection, et de porter une blouse, les médecins ont également renforcé le nettoyage du cabinet médical et du matériel médical afin de limiter le risque de contamination dans leurs locaux.

#### **a) Désinfection du matériel médical**

Le nettoyage et la « désinfection du stétho entre chaque patient » (MG2), ainsi que du reste du matériel médical (stéthoscope, brassard à tension, thermomètre, otoscope...) semble essentiel pour tous les praticiens interrogés, car il est en contact avec de nombreux patients lors de l'exercice médical. Les méthodes de désinfections sont diverses : lingettes, eau de javel, alcool, etc. L'objectif est d'utiliser un produit virucide.

- « *Le stétho bien sûr, avec ma petite bassine d'eau de javel.* » (MG6)

- « *Après, en termes d'hygiène, ce qui a changé ben je passe tout à l'alcool entre chaque patient. [...] mon stétho, mon brassard, j'asperge d'alcool un saturomètre voilà entre les patients.* » (MG7)
- « *on nettoie au moins tout ce qui est en contact avec les patients.* » (MG8)
- « *j'avais un autre stétho pour mes visites à domicile que je désinfecte avec des lingettes habituelles, euh... tensiomètre pareil, otoscope aussi, saturo aussi.* » (MG9)
- « *j'ai nettoyé mon stétho systématiquement. Mon tensiomètre aussi systématiquement, j'avais des lingettes dans la mallette* » (MG10)

Le nettoyage du matériel médical, systématique au début de la crise pour l'ensemble des praticiens, n'est plus forcément réalisé après chaque patient pour certains médecins qui réservent la désinfection suite à la consultation de patients jugés « à risque » ou bien atteints de Covid-19 :

- « *dès que j'avais un Covid, je désinfectais mon cabinet : les surfaces, les instruments (tensiomètres, otoscopes...).* » (MG1)
- « *Sur le stéthoscope, sur le saturomètre par exemple, sur ce genre d'instruments là oui, quand j'ai un patient Covid que j'ai examiné, là oui je désinfecte tout.* » (MG4)

Lors de leurs visites à domicile, un protocole de désinfection du matériel médical était également observé par les médecins généralistes interrogés :

- « *J'arrivais complètement déguisé chez les gens [...] et après je foutais tout ça dans un sac de décontamination. [...] En fait, j'avais une rotation dans le coffre de la voiture avec une zone sale, une zone propre.* » (MG2)
- « *Alors pour les visites c'est pareil, j'ai du désinfectant, j'ai des lingettes à l'alcool donc euh quand j'arrive je désinfecte devant eux, comme ça ils voient que je désinfecte devant eux mon stétho, mon brassard. Euh je les examine et après je redésinfecte comme ça ils voient bien que j'ai désinfecté avant-après.* » (MG7)
- « *j'avais un autre stétho pour mes visites à domicile que je désinfecte avec des lingettes habituelles, euh... tensiomètre pareil, otoscope aussi, saturo aussi.* » (MG9)

## b) Désinfection des supports

À la désinfection du matériel d'examen médical, s'ajoute la désinfection des supports du cabinet médical et notamment du bureau du médecin. Tous déclarent : « *On désinfecte plus qu'avant* » (MG9). Les médecins « *se force[nt] aussi à faire la désinfection des surfaces, des bureaux, la chaise, etcétera...* » (MG8) avec un produit virucide (alcool, lingettes, eau de javel, etc.)

Plus de la moitié des médecins interrogés ont opté pour une désinfection systématique des supports :

- « *en termes de désinfection, c'était désinfection des chaises, désinfection de la surface du bureau. Bon bien sûr, changement des draps de la table d'examen comme d'habitude* » (MG2)
- « *entre chaque patient on nettoyait tout en fait. Tout ce qu'ils avaient pu toucher : le lit d'examen, autour du lavabo...* » (MG3)
- « *On a acheté un produit pour désinfecter la table d'examen et les chaises d'examen et les chaises dans lesquelles s'assoient les patients en consultation* » (MG5)
- « *On avait notre bassine avec l'eau de javel, on nettoyait le bureau. Tout était nettoyé entre chaque patient* » (MG6)
- « *je passe tout à l'alcool entre chaque patient.[...] j'ai pris un spray et j'ai mis de l'alcool à 70 degrés et du coup je passe le bureau, évidemment la table d'examen si on a été à la table d'examen* » (MG7)

La désinfection systématique des surfaces n'est pas réalisée par l'ensemble des praticiens interrogés. Certains médecins réalisent cette désinfection lorsqu'ils la jugent nécessaire, c'est-à-dire après le passage de patients symptomatiques :

- « *dès que j'avais un Covid, je désinfectais mon cabinet : les surfaces, les instruments (tensiomètres, otoscopes...).* » (MG1)
- « *en fin de matinée et en fin d'après-midi on avait des plages spéciales et du coup on désinfectait toutes les chaises le temps de midi et on aéraït le temps de midi. Les poignées aussi, chaises et le bureau* » (MG9)

- « *je désinfectais mon bureau avec de l'alcool modifié régulièrement, je ne dirais pas après chaque passage, mais euh quand je sentais que ça avait toussé, éternué.* » (MG10)

Un seul des médecins interrogés ne réalise plus du tout de désinfection des supports :

- « *Je le faisais au premier [confinement], je ne le fais plus maintenant. C'est devenu trop difficile et puis encore une fois, sur les transmissions par l'intermédiaire de tables d'examens ou de paillasses, c'est quand même devenu euh...* » (MG4)

### **c) Aérer**

Que ce soit par l'ouverture des fenêtres ou par un système de ventilation, la plupart des médecins interrogés déclarent renouveler l'air très régulièrement au sein de leur cabinet afin d' « *éviter les phénomènes de saturation infectieuse au niveau des salles d'attente et des consultations* » (MG4) :

- « *j'ouvre les fenêtres après chaque patient suspect. J'essaie de garder au minimum 5 minutes de laps de temps pour nettoyer et aérer. Pour l'hiver j'ai prévu un chauffage d'appoint pour pouvoir mettre le chauffage en même temps.* » (MG1)
- « *nous avons une ventilation double-flux, ce qui est assez aidant vu qu'on a le renouvellement d'air qui est très important* » (MG4)
- « *dans le bureau, je laisse la fenêtre le plus possible ouverte.* » (MG7)

### **d) Usage de produits d'entretien adaptés**

Plusieurs médecins nous ont raconté avoir modifié leurs produits ménagers. Pour la plupart, le choix des produits d'entretien s'est orienté vers des produits virucides, répondant aux normes actuelles, notamment la norme française NF1476, souvent sur avis d'une société de ménage :

- « *on utilisait des produits respectant la norme française NF1476* » (MG1)
- « *on avait cherché sur internet les sprays virucides et les trucs comme ça* » (MG3)
- « *pour désinfecter les surfaces, on a acheté des nouveaux désinfectants qu'on n'utilisait pas* »

*avant.* » (MG5)

- « *on a demandé à l'entreprise à qui on achète notre matériel d'habitude, ce qu'ils nous conseillaient et on a pris ce qu'ils nous conseillaient. C'est un désinfectant.* » (MG5)
- « *la femme de ménage elle a quand même instauré le vinaigre tous les jours sur tout ce qui est plan de travail, bureau, surfaces planes.* » (MG10)

Plusieurs médecins nous ont évoqué le fait d'avoir eu recours à de la javel pour le nettoyage :

- « *Pour les surfaces, on avait utilisé de l'eau de javel. Je crois que c'était 1 litre d'eau de javel pour 5 litres d'eau en dilution* » (MG1)
- « *Les femmes de ménage avaient aussi passé les sols à la javel, comme on le faisait à l'hôpital* » (MG2)

#### **e) Recours à un agent d'entretien**

L'ensemble des médecins interrogés expliquent avoir eu recours à une société de ménage ou une femme de ménage pour l'entretien du cabinet :

- « *On a les femmes de ménage qui passent de toute façon usuellement à midi et le soir.* » (MG2)
- « *notre femme de ménage nettoyait tout avec la javel déjà et avec les trucs Anios® actuels, ça ça n'a pas changé.* » (MG9)
- « *Elle [la femme de ménage] passe tous les jours, dans tous les bureaux.* » (MG10)

Pour certains, le contexte épidémique a justifié une augmentation des tâches attribuées, une augmentation des horaires de travail ou un changement de pratiques pour l'entretien du cabinet :

- « *dans la journée il n'y a pas de femme de ménage, j'avais appelé la société qui nous faisait la désinfection. J'ai passé les consignes concernant les normes, les produits que je voulais qu'elle utilise ou pas, l'aération, etcétera...* » (MG1)
- « *on a une société de nettoyage qui vient [...] et donc on a rajouté un temps à midi aussi pour*

*que ils nettoient tout entre le matin et l'après-midi » (MG3)*

- *« d'habitude elle [la femme de ménage] venait deux fois par semaine et là on lui a demandé de venir trois fois. Donc on a un peu modifié la répartition des heures de ménage. » (MG5)*
- *« La femme de ménage, on a un peu renforcé ses missions pour la désinfection des surfaces : claviers d'ordinateurs, les bureaux, les tables d'examen, les paillasses au niveau des salles de consultations... » (MG4)*

#### **f) Gestion des déchets**

Les interrogatoires menés ne rapportent pas de modification de la gestion des déchets dans les cabinets de médecine générale :

- *« On a des fûts à DASRI dans chacun des bureaux, dans la salle de soin. On a dans chacun des bureaux, la salle de soin, les coupants-tranchants. On a tout fait comme d'habitude [...] Nan, il n'y a pas eu de changement. » (MG2)*
- *« il y a des poubelles avec un sac noir pour les déchets voilà.... Et sinon les sacs jaunes quand il y a des trucs souillés. Mais non, on n'a pas changé ce circuit-là. » (MG3)*
- *« On avait déjà une poubelle classique et une poubelle jaune pour les déchets DASRI. On a rien changé, c'est comme avant. » (MG5)*

Plusieurs médecins nous ont relaté avoir subi une grosse augmentation de leurs quantités de déchets.

Avec notamment un usage plus fréquent de la poubelle à DASRI :

- *« tout ce qui sort du patient – un abaisse-langue ou quoi que ce soit – ça va dans le fût à DASRI. » (MG2)*
- *« Je pense qu'on a jeté plus, on a plus utilisé la poubelle jaune du coup, parce que dès qu'on examinait avec des abaisse-langues ou des choses comme ça on mettait dans la poubelle jaune. Ouais. Donc on a eu plus de... on l'a plus utilisée que d'habitude quoi. » (MG5)*
- *« on a certainement eu plus de déchets et aussi beaucoup plus d'achats de matériel. » (MG10)*

## **D. Difficultés rencontrées par les médecins pendant la crise Covid-19 ayant limité leurs changements de pratiques**

Les interviews menées auprès des médecins généralistes de la région Alsace nous ont permis de soulever les difficultés qu'ils ont pu rencontrer au titre individuel et professionnel depuis le début de cette crise.

Ces difficultés peuvent être regroupées en quatre catégories : des problématiques organisationnelles, des problématiques interindividuelles et institutionnelles. Les médecins interrogés nous ont également relaté le lourd poids psychique qu'ils ont endossé depuis le début de la crise sanitaire.

### **1. Difficultés interindividuelles**

#### **a) Conflits entre collègues**

Depuis le début, la crise sanitaire divise le corps médical et social. Même si la majorité des médecins interrogés nous ont expliqué avoir pu procéder à la réorganisation de leur cabinet médical en bonne intelligence avec leurs collègues, deux médecins nous ont raconté une toute autre histoire. Au sein de leur cabinet de groupe, les opinions divergeaient sur la stratégie à adopter et ces divergences d'opinions ont engendré des difficultés pour changer leur pratique d'exercice :

- « *on est un cabinet de groupe et on n'a pas forcément la même approche. Nous ne sommes pas forcément d'accord sur l'attitude à avoir, sur l'organisation du cabinet.* » (MG1)
- « *Un petit peu de frictions quand même oui. Je sais que tout tout tout au début, quand j'ai soumis l'idée de mettre dans chaque salle d'attente du gel hydroalcoolique, ça a été la levée de boucliers, que c'était inadmissible, que c'était pas possible... voilà. Parce qu'on n'était pas dans la même logique de risque, de danger, de responsabilité, de voilà... de ce qu'on pouvait offrir aux gens. [...] Comme dit, ça ça m'a vraiment décontenancée, ça m'a... Je me suis dit : "Mince, on ne comprend pas les choses pareil. On ne voit pas les choses pareil." » (MG7)*

## b) Manque de compliance des patients aux nouvelles règles du cabinet

Les modifications apportées au fonctionnement du cabinet médical ne se sont pas faites sans quelques déboires.

Bien que la plupart des patients se soient bien adaptés aux nouvelles règles au sein des cabinets médicaux, plusieurs médecins regrettent un manque de compliance persistant de certains patients.

Ce manque de compliance a été constaté sur plusieurs points, le premier étant le port du masque :

- « *Sur le port du masque, on a pas mal de choses à redire : au début c'était un peu compliqué avec certains qui étaient un peu effectivement récalcitrants.* » (MG4)
- « *on a toujours l'un ou l'autre qui arrive avec un mauvais masque ou le masque de travers ou le masque sous le nez ou un oubli de masque.* » (MG6)
- « *dans les salles d'attente on a mis sur chaque porte de "Gardez le masque" parce que souvent ils l'enlevaient ! Donc à chaque fois que j'ouvrais la porte je disais : "S'il vous plait Monsieur, vous voulez bien remettre votre masque ?". Mais bon même avec le logo "Bien garder le masque" ils l'enlèvent parce qu'ils sont seuls que voilà... Ils s'en fichent ! Donc bon, je trouve que ouais, il y a quand même un peu de résistance.* » (MG7)

L'autre point soulevé est la difficulté à maintenir des distanciations physiques entre les patients, notamment en salle d'attente :

- « *En fait les gens ne respectent pas vraiment, donc c'est compliqué.* » (MG1)
- « *on a mis des scotchs orange sur 1 chaise sur 2 pour condamner les chaises, parce que si on fait pas ça, les gens s'asseient quand même les uns à côté des autres* » (MG3)

### c) Incompréhension et crainte de la patientèle

Pour les praticiens interrogés, le manque de compliance aux nouvelles règles ne relève pas tant d'un refus de respecter les règles que d'une incompréhension globale de la situation sanitaire et de la crainte qu'elle véhicule :

- *« j'ai mis des panneaux dans le cabinet, j'ai demandé aux gens de se signaler quand ils étaient malades, de ne pas rentrer. J'ai un peu tout essayé : des panneaux rouges, des panneaux bleus, des grands panneaux, des petits panneaux, des salles d'attente dédiées... En fait les gens ne respectent pas vraiment, donc c'est compliqué... La réponse que les gens nous faisaient quand ils toussaient ou en ayant de la fièvre, c'était : « mais moi je n'ai pas le Covid ! ». Il y avait beaucoup de difficulté à ce niveau-là » (MG1)*
- *« si on met un panneau "Si vous avez de la fièvre ou si vous êtes suspects de Covid-19, allez dans cette salle", les gens n'y vont pas non plus parce que c'est quand même un peu dégradant et ça fait quand même peur » (MG9)*

Plusieurs médecins interrogés nous ont raconté avoir dû faire face au quotidien aux « croyances » concernant le virus, notamment véhiculées par les médias :

- *« beaucoup de croyances, beaucoup de lubies, beaucoup des choses et de croyances sur des choses qui n'étaient pas scientifiquement prouvées. Des difficultés à ce moment-là à pouvoir traiter les gens parce que les gens étaient un peu perdus devant les informations contradictoires qui circulaient » (MG1)*
- *« les gens sont complètement perdus » (MG1)*
- *« les patients un petit peu confinés et qui finalement regardent les informations 24h sur 24 et qui sortent des choses totalement aberrantes donc c'est plutôt une difficulté ben en train d'un peu s'énerver, en train de se dire : "ben non ! Arrêtez de regarder les infos, ça ira mieux au niveau du moral ! Sortez quand même !" » (MG9)*

Aux nombreuses croyances véhiculées, s'ajoute un climat de crainte et d'inquiétude auquel sont sans

cesse soumis les médecins interrogés :

- *« les patients étaient très inquiets » (MG1)*
- *« au départ c'était vraiment la sensation d'une panique globale parmi les patients » (MG4)*
- *« C'est pas toujours facile de prendre en charge une ambiance un peu globale difficile quand on voit qu'elle se répercute sur la psyché de nos patients » (MG4)*

## **2. Problématiques institutionnelles**

### **a) Surcharge administrative**

Plusieurs médecins nous ont avoué regretter l'importante augmentation des charges administratives depuis le début de l'épidémie de la Covid-19 :

- *« C'est une espèce de bureaucratie pénible, c'était ultra chiant ! » (MG3)*
- *« Ça part un peu dans tous les sens, il n'y a pas de message fort qui a été émis à l'attention de tous les participants que ce soit du côté patient ou du côté médical ou du côté professionnel par exemple. Et ce qui est complètement fou, c'est la multiplicité des systèmes [...] Voilà il faut gérer un peu tout ça, les retraits en fonction des exigences de chacun, trouver rapidement des tests... Si vous voulez, ça n'a pas posé de difficulté majeure, mais voilà... au bout du compte il y a plus de lourdeur. » (MG4)*

Une des difficultés évoquées le plus régulièrement par les médecins généralistes interrogés était de devoir assimiler un flot très important notamment en ce qui concerne les conduites à tenir, les arrêts de travail, l'isolement des patients, le contact-tracking, etc :

- *« faire le tracking actuellement, ou le conseil, ça me prend 20 minutes si je veux vraiment leur expliquer les choses. Et encore, ce n'est pas sûr qu'ils ont compris. Je le fais souvent par téléphone ou téléconsultation. Mais c'est loin d'être évident pour tout le monde... euh... la conduite à tenir. » (MG1)*
- *« C'était compliqué parce que voilà, on devait réfléchir sur des choses qui n'étaient pas*

*médicales non plus, et les arrêts de travail et les chômages partiels et les gens qu'il fallait mettre en arrêt/pas en arrêt. [...] pour moi c'était un peu pesant. Je me suis dit : "Je vais jamais y arriver ! Je vais jamais intégrer tout ça !". » (MG7)*

- *« c'était des difficultés de toujours lire tous les mails le dimanche soir parce qu'en fait il y a des changements dans les arrêts de travail, combien de jours on met en arrêt de travail, des choses comme ça. » (MG9)*
- *« c'est des difficultés plus de remise à jour de nos pratiques parce que ça change tout le temps : une fois on mettait des antibio, une fois on n'en mettait pas, enfin voilà. » (MG9)*

### **b) Manque d'information, informations contradictoires, « fake-news »**

Depuis mars 2020, le corps médical ainsi que l'ensemble du corps social sont submergés d'un flot incessant d'informations concernant la Covid-19.

Pourtant, nos interrogatoires nous ont permis de savoir que même si des informations circulent en permanence, elles ne sont pas toujours pertinentes et il revenait à chaque médecin de faire le tri dans ce flot de nouvelles connaissances. Certains nous ont évoqué leurs difficultés à s'y retrouver parmi *« beaucoup d'infos et des infos contradictoires. » (MG6)* qu'ils recevaient :

- *« ce qui était difficile aussi c'était le manque de concertation sur le plan des institutions de nos euh... de toutes... comment dire... de toutes les institutions étatiques, sanitaires, les ARS... Des recommandations permanentes qui évoluent, qui varient, qui se contredisent parfois » (MG4)*
- *« On avait beaucoup de mails, beaucoup de messages, beaucoup de choses. [...] Il y avait tellement d'infos que je ne savais pas forcément où aller pour retrouver l'info au mieux, c'était plus ça qui me... Bon c'est bien, on avait des infos, mais c'est vrai que ça bougeait beaucoup et que des fois je savais plus. Il faut suivre ! » (MG7)*
- *« il y a eu des préconisations très très fluctuantes. Ça venait de partout, machin, c'était parfois contradictoire. Donc c'était compliqué de faire la part des choses. » (MG8)*
- *« On est inondés d'informations » (MG10)*

Les médecins relatent également un manque d'information qui est dû, pour une grande part, à la méconnaissance initiale du virus. Cependant certains regrettent que les informations relayées par les instances supérieures circulent souvent « tardivement » auprès des professionnels de santé :

- « *au tout début on a dû se débrouiller tout seuls et pour les informations sur le virus c'est pareil. Moi j'ai pas, c'est pas de la part de l'ARS que j'ai été le mieux informé : c'était soit par mes propres recherches, soit par les syndicats, soit par le DMG. Mais c'était pas par l'ARS qu'on était les mieux informés.* » (MG5)
- « *on était assez mal informés. Je trouve que l'ARS nous informait pas beaucoup, souvent c'était très en retard, on savait pas ce qu'on devait faire, surtout pour les arrêts de travail. On ne savait pas qui on devait mettre en arrêt de travail, pendant combien de temps... Je trouve qu'on était un peu délaissés.* » (MG5)
- « *On a souffert d'informations qui arrivaient souvent tardivement. [...] on est souvent informés par la presse et on reçoit les informations des instances gouvernementales qu'après donc ça c'est un peu dommage.* » (MG10)

La dernière problématique soulevée concerne l'abondance des « fake news » et la multiplication des discours complotistes qui complique la pratique médicale. Pour eux, cela consistait en « *un gros problème franchement dit, de savoir où était la vérité.* » (MG1) :

- « *Et surtout les fake news, parce qu'il n'y a pas que Trump qui en distille (rires) ! Beaucoup de nos collègues en distillent. Il y en a encore une qui circule avec un médecin qui raconte un tissu d'âneries* » (MG1)
- « *il y a eu des difficultés au niveau de l'information ou de la désinformation entre euh... des gens qui se croyaient des super-savants et finalement voilà. Si je peux citer, je citerai par exemple Raoult qui a dit que c'était une grippette et voilà.* » (MG6)
- « *j'en veux surtout à notre profession qui... Là j'ai encore vu une oncopédiatre qui dit n'importe quoi sur Twitter. Des PU-PH ou des pseudo-PU-PH qui disent n'importe quoi ! Je pense qu'à un moment donné on manque de crédibilité.* » (MG6)

### c) Un manque de soutien de la part des instances supérieures ?

Les médecins ont-ils souffert, durant cette épidémie, d'un manque de soutien de la part des instances supérieures ?

Si certains médecins interrogés assurent qu'il y a eu un « manque de soutien de la part des tutelles » (MG2) ...

- *« s'il y a eu des freins, c'est plus du matériel et puis un manque de soutien de certaines tutelles. » (MG2)*
- *« C'est même pas un manque de soutien, c'est un manque de reconnaissance ! » (MG4)*
- *« de la part des décideurs de notre tutelle ARS, on est la dernière roue du carrosse. Mais on fonctionne avec ça, c'est quasiment institutionnel. Je n'attends pas de franc soutien de la part des ARS qui sont d'une réactivité parfois interrogeable et en tout cas... Et sur les mesures prises ou le caractère censé des mesures prises, qui peut aussi parfois interroger. Mais je n'ai pas personnellement toutes les compétences administratives pour juger de tout ce qui est fait et proposé. Il y a peut-être une raison, il se peut simplement que je n'ai rien compris (d'un ton ironique). » (MG4)*

... d'autres préfèrent nuancer cette affirmation et dirigent leurs reproches vers le corps médical, qui a eu son rôle à jouer dans certaines décisions politiques :

- *« on ne peut pas tenir le Gouvernement forcément pour responsable de tout en permanence... C'était peut-être à nous aussi d'être dans la prévision. » (MG4)*
- *« Ce que je dis très souvent c'est qu'on ne peut pas en vouloir aux politiques, ils appliquent des décisions, mais c'est des décisions suite à des entretiens avec des spécialistes alors ben si on se réfère à trois spécialistes, on aura trois avis différents sur une même question. Euh... donc c'est franchement pas facile pour eux de donner un avis. Donc moi j'en veux pas aux politiques, même si je pense que des fois il y a des décisions qui peuvent être remises en question, mais j'en veux surtout à notre profession » MG6*

### 3. Difficultés d'organisation

#### a) Usage d'EPI et désinfection des supports.

La principale difficulté, vécue en début d'épidémie par l'ensemble des médecins interrogées, était de trouver des EPI et des produits de désinfection.

Tous les médecins généralistes qui ont participé à notre étude décrivent leur difficulté à trouver des EPI lors de la première vague :

- « *la difficulté c'était un peu de trouver des protections ... Mais ça, c'est toujours un peu vrai.* » (MG1)
- « *au départ on manquait clairement de matériel de protection.* » (MG4)
- « *il y a eu un moment où il y a eu des ruptures de stock partout* » (MG8)
- « *Il y a plusieurs fois où c'était tendu, où on galérait à s'approvisionner en masques, en produits de désinfection, dans tous les consommables en fait. Au plus fort du premier confinement, c'était compliqué.* » (MG8)

Le manque de stock s'est aussi ressenti pour le matériel de désinfection, notamment de gel hydroalcoolique :

- « *On a eu des difficultés pour trouver du SHA* » (MG2)
- « *on allait au compte-goutte chercher notre gel hydroalcoolique donc on en avait chacune dans nos bureaux, parce qu'en plus on n'en trouvait même pas, c'était la razzia dans les magasins et donc on n'en trouvait pas forcément* » (MG3)
- « *Après c'était le gel oui, qu'on n'avait pas forcément. Pareil, on était un peu limite, on n'en trouvait plus.* » (MG7)

Au-delà du simple fait de se procurer du matériel, une autre difficulté relatée était de consulter dans des conditions inhabituelles : usage de masques, lavage des mains plus fréquent. Plusieurs médecins relatent un manque de confort, des allergies, des dermatites irritatives qui les ont forcés à s'adapter. Le

manque de confort lié au port du masque et principalement du FFP2 a été soulevé à plusieurs reprises, ainsi que le port de lunettes de protection :

- « *habituellement c'est un chirurgical parce que euh... parce que ça fait trop mal au pif ! [le masque FFP2] Toute une journée avec ça, j'en peux plus !* » (MG3)
- « *je consulte le plus possible en chirurgical parce que le chirurgical c'est quand même plus facile, surtout quand on est porteur de lunettes. Autant je gère relativement bien la buée avec le chirurgical et les érosions supra-auriculaires avec le FFP2 c'est difficile au bout d'une douzaine d'heures parfois c'est un peu rude* » (MG4)
- « *j'ai pas mis des lunettes au-dessus de mes propres lunettes, je l'ai mis peut-être juste quand j'ai fait des tests, mais bon je ne suis pas très à l'aise avec des deuxièmes lunettes.* » (MG10)

L'usage plus fréquent de produits de désinfection et de gel hydroalcoolique a également suscité un manque de confort et des dermatites irritatives chez certains médecins :

- « *au début de l'épidémie, je me souviens, j'avais des mains dans un état... mais c'était une vraie catastrophe ! Elles étaient complètement ouvertes sur le dos, complètement desséché...* » (MG3)
- « *j'avais du SURFANIOS® que je passais, mais à force j'ai des réactions allergiques – ça picote et ça devient tout blanc les mains* » (MG7)

### **b) La désinfection, une perte de temps ?**

Si la désinfection du matériel médical et des supports nécessite un temps supplémentaire lors de chaque consultation, elle n'est cependant pas perçue comme une perte de temps par les médecins interrogés. Ces gestes sont devenus « *mécaniques* » (MG7), mais « *c'est une difficulté qui est bénéfique par la suite* » (MG10) :

- « *Évidemment, tu vas me dire : "faisiez-vous attention à appliquer pendant 5 minutes le machin ?" Peut-être pas ! Parce que c'est difficile parfois en consultation de laisser agir les produits.* » (MG1)

- « C'est assez mécanique maintenant. Quand j'ai fini de les examiner, je mets tout de suite mon stétho sur le plan de travail, je mets le pschitt pschitt, je désinfecte tout de suite. C'est fait. Franchement, de dire que c'est une perte de temps c'est un peu exagéré, je pense. Je pense que pour les trente secondes que ça prend, de faire vite vite le stétho, ensuite le plan de travail encore de nouveau vingt secondes, euh... Ça va assez vite finalement. » (MG7)
- « c'est un peu contraignant, mais euh franchement, là, depuis euh... On n'a jamais eu la tête sous l'eau par rapport au nombre de patients Covid. Il y a eu des moments plus chargés que d'autres, mais franchement, mis bout à bout nan. Parce qu'en fait, c'est peut-être un peu plus long avec la désinfection, mais en fait il y a quand même un poil moins de gripes, un poil moins de gastro, de rhinopharyngites, et-citèra... Enfin voilà, il y a quand même moins de pathologies virales cette année parce que les gens font plus attention et donc tout ça mis bout à bout, ça fait que ce n'est pas horrible en termes d'activité. » (MG8)

### c) Surcharge du standard téléphonique

Pour les médecins traitants, le début de la crise sanitaire a été marqué par une diminution des consultations en cabinet avec parallèlement, une augmentation des contacts téléphoniques et ce jusqu'à surcharger les secrétariats téléphoniques :

- « Une des premières conséquences c'est qu'on a eu une augmentation des appels au cabinet, donc les gens appelaient beaucoup plus au téléphone, laissaient des messages à nos secrétaires pour qu'on les rappelle [...] Dès qu'ils avaient une question ou un problème de santé ils appelaient plutôt que de se déplacer au cabinet, donc on a dû gérer un peu l'augmentation des appels téléphoniques » (MG5)
- « vu qu'on a tout passé sur rendez-vous, le téléphone du standard était surchargé. » (MG10)

#### d) Des locaux inadaptés à une réorganisation de l'activité ?

L'agencement des locaux d'exercice des médecins généralistes était un vrai enjeu afin de respecter les distanciations physiques entre les patients et de pouvoir limiter le risque de contamination au sein du cabinet médical.

L'agencement des locaux a posé soucis à certains praticiens pour organiser leur prise en charge des patients. Certains nous ont raconté avoir manqué d'espace, ne pas avoir pu séparer les patients symptomatiques des autres et de ne pas avoir pu les empêcher de se croiser :

- *« il y a des faux-plafonds assez bas, et il n'y a pas d'ouverture dans chaque pièce, et la circulation des gens est assez compliquée parce qu'il n'y a qu'une seule entrée et une seule sortie. » (MG1)*
- *« je n'avais pas non plus la possibilité de dispatcher aux quatre coins du cabinet » (MG1)*
- *« on ne peut pas vraiment le faire [séparer la salle d'attente] chez nous parce qu'on a qu'une seule salle d'attente, donc euh... les gens ils rentrent tous par la même porte et ils sortent tous par la même porte » (MG5)*
- *« La conception du bureau d'accueil n'est pas très propice à être protégée, en fait c'est assez ouvert. » (MG7)*

Cependant, plusieurs médecins ont trouvé leurs locaux adaptés à leur nouveau mode de fonctionnement et propices à un respect des distanciations physiques nécessaire à la sécurité sanitaire :

- *« On a des locaux qui sont relativement spacieux » (MG4)*
- *« Je pense qu'on a quand même eu beaucoup de chance par rapport à la majorité des structures. On avait quand même un bureau qui était inoccupé les trois quarts du temps – le bureau des infirmières – et du coup les infirmières ont gentiment accepté qu'on squatte le temps restant et qu'on dédie leur bureau à la filière Covid et ça s'est pérennisé depuis. Donc nan, on a été extrêmement chanceux de travailler dans un bâtiment moderne qui nous appartient. Voilà. Je pense qu'on s'en est vraiment beaucoup mieux tirés que beaucoup beaucoup beaucoup de collègues. » (MG8)*

- « on est dans une maison qui est neuve — elle a deux ans et demi — et donc on a une très très grande salle d'attente, ça nous a permis d'espacer des gens. Tout est neuf donc c'est facile à nettoyer, les surfaces sont planes. De ce côté-là, on a eu de la chance. Si j'avais été dans mon ancien cabinet, ça n'aurait pas été aussi simple. Mais là on était bien. » (MG10)

### e) Baisse d'activité

Au début de l'épidémie de Covid-19 en France et durant le premier confinement, « il y a eu une chute assez conséquente des consultations » (MG1), ce qui « a impacté aussi l'activité du cabinet » (MG1) médical et a entraîné une nette baisse du chiffre d'affaire pour certains médecins.

Même si cet aspect de la crise a été évoqué en dernier lieu par les médecins interrogés, tous ont été impactés :

- « les médecins ont perdu 60 à 70% de leur activité en fonction de leur secteur d'activité. Ce sont des chiffres de la CPAM [...] Moi je dirais que j'ai l'impression d'avoir perdu un peu moins de la moitié » (MG1)
- « il y a eu une très nette chute de la fréquentation du cabinet lors de la première vague. » (MG3)
- « il y a une partie de notre travail pour lequel on n'était pas payé parce que tout ce qui est appels téléphoniques, on facturait pas forcément de consultation, alors qu'on faisait quand même du travail pour nos patients et donc euh... voilà. On n'était pas payés, alors que quand ils venaient au cabinet on facturait une consultation » (MG5)
- « si on est impacté professionnellement et qu'on a une baisse d'activité, ben ça a une incidence au niveau privé » (MG6)
- « il y a eu des moments où l'activité elle était euh... dans la deuxième partie du premier confinement il n'y avait vraiment pas beaucoup d'activité de soins » (MG8)

## 4. Impact psychique de la Covid-19

### a) Gestion de l'inconnu

Une des premières difficultés à laquelle les médecins ont dû faire face, comme l'ensemble du corps médical, était le manque de connaissance sur le virus et la conduite à tenir face aux sujets infectés ou symptomatiques. « *Le manque de connaissances théoriques notamment concernant l'agent infectieux, la clinique c'est des sables mouvants un peu permanents avec des changements constants. Euh... l'absence de thérapeutique pré-hospitalière* » (MG4) ont constitué, au début de l'épidémie, un véritable frein à la prise en charge des patients en médecine de premier recours :

- « *on a vraiment fait un truc maximal parce qu'on ne connaissait pas vraiment les moyens de contamination [...] Maintenant on est quand même plus cool parce qu'on comprend mieux* » (MG2)
- « *Cas contact/pas contact, on a ouvert les parapluies au début. On a peut-être prescrit un peu des arrêts de travail à l'excès, ça c'est sans doute vrai.* » (MG3)
- « *On est un peu là-dedans, dans cette espèce d'ambiance un peu lourde, un peu fouillis où on nous demande par contre d'être extrêmement clair et précis* » (MG4)
- « *même si ça se précise un peu maintenant, il y a encore beaucoup d'incertitudes.* » (MG4)

Initialement, l'absence de test pour dépister la Covid-19 a plongé les médecins dans « *des situations de savoirs qui étaient très incomplètes et très incertaines* » (MG4) :

- « *On ne pouvait pas tester, enfin on supposait que le moindre syndrome grippal qui arrivait s'en était donc voilà. Et c'était l'hiver donc on ne savait pas trop faire la part des choses entre ce qui en était et ce qui n'en était pas* » (MG3)

## b) Crainte de tomber malade et de contaminer des proches

Plusieurs praticiens interrogés ont clairement exprimé leur crainte de contracter la Covid-19 et même si la crainte pour sa propre santé n'était pas forcément présente chez tous les sujets interrogés, notamment chez les jeunes médecins, la crainte de contaminer les proches a été exprimée lors de chaque entretien comme « une épée de Damoclès au-dessus de la tête » (MG1).

Pour tous, « l'objectif c'était de pas tomber malade, de pas le transmettre surtout » (MG7) :

- « j'ai craint pour ma santé » (MG1)
- « la crainte de contaminer ses proches, au printemps, elle était très importante » (MG2)
- « J'ai eu peur au début de tomber malade. » (MG3)
- « encore maintenant je me dis : il y a des jeunes aussi en Réa. On y pense encore un petit peu, même si on a intégré le truc. On ne peut pas stresser 24h sur 24. C'est vrai que quand j'y réfléchis, on y pense quand même de temps en temps. Et il y a quand même eu des collègues dans le Haut-Rhin qui sont morts donc c'est pas rien non plus, donc ouais... C'est sûr qu'on y pense » (MG3)
- « Ben j'ai failli dire : "Peur de tomber malade peut-être pas". Mais même si des fois on peut se poser des questions : "Est-ce que je vais attraper le Covid ? ", « Est-ce que je vais pas l'attraper ? ", "Est-ce que je vais contaminer quelqu'un ? ". [...] Mais alors ensuite : peur de transmettre ? Il y a toujours une minime crainte. » (MG6)

Afin de protéger leurs proches, certains médecins ont pris leurs distances avec leurs familles :

- « à la maison, mon épouse a pris ses distances. [...] Avec mon épouse, on s'était séparés et on avait fait chambre à part. » (MG1)
- « j'ai des parents qui sont âgés et effectivement on n'a pas été les voir » (MG3)
- « J'étais un peu stressé pour mes parents, du coup j'allais pas les voir. Pendant toute cette période, je ne les ai pas vus, ouais. Après pour mon entourage proche, on est jeunes donc euh... je sais pas, j'étais pas trop stressé. J'avais plus peur pour mes parents. » (MG5)
- « je devais rentrer justement juste avant le confinement, j'y suis pas rentrée et heureusement

*parce que j'étais déjà contaminée et après je ne suis plus rentrée jusqu'à Noël » (MG9)*

### **c) Crainte de contaminer des patients fragiles**

Plusieurs médecins relatent leur crainte d'être vecteurs de Covid-19 auprès de leurs patients :

- *« j'avais une crainte de leur ramener des choses, surtout qu'on savait pas trop encore combien de temps ça reste sur les surfaces, sur les habits » (MG3)*
- *« j'avais peur, même très peur de contaminer les patients, ça c'était ma hantise : d'être vecteur, c'est pour ça que sans tomber dans une psychose, on a pris les bonnes habitudes de protection envers les patients. » (MG10)*

### **d) Crainte du « retard diagnostic » par retard d'accès aux soins**

Le premier confinement et la crainte de tomber malade ont entraîné une nette diminution des consultations en soins primaires. Plusieurs médecins reprochent aux médias d'avoir véhiculé une telle crainte chez les patients. À force de leur dire *« "Restez chez vous ! Restez chez vous ! Restez chez vous !" Ils sont tellement bien restés chez eux qu'ils ne venaient plus même quand ils avaient quelque chose » (MG3)*. Le retard diagnostic a été évoqué à plusieurs reprises lors de nos entretiens, *« il y avait des ruptures de suivi, il y en a qui n'ont pas renouvelé leur traitement » (MG5):*

- *« il y a quand même eu un peu de confusion dans l'esprit des gens en ce qui concerne l'accessibilité aux soins, le passage chez le médecin... On avait l'impression qu'il était interdit de consulter le médecin pour certains patients » (MG1)*
- *« je me suis dit qu'il allait y avoir des victimes collatérales, en rapport avec des retards de prise en charge, d'altération du suivi. » (MG2)*
- *« Les mois de juin, juillet et août ça a été très rempli et il y a des gens qui ont laissé trainer un peu. Des douleurs thoraciques qui ont traîné, des gens qui étaient dyspnéiques qui ne sont pas venus consulter, des gens qui devaient faire des examens de contrôle qui n'étaient pas venus. » (MG5)*

- « *les premiers mois je crois qu'on a essayé d'appeler les gens, mais au final ils nous disaient "il n'y a rien de particulier" et puis après ils nous appellent en urgence parce que ça ne va pas du tout. Mon collègue en a retrouvé un avec un AVC alors qu'il l'avait appelé une semaine avant et que tout allait bien, mais finalement ça faisait 15 jours que la dame se promenait presque à quatre pattes parce que tellement ça tournait, enfin. Donc en fait il y a des... les patients à un moment donné, tout ce qui est journalistes leur ont fait peur en disant : "Faut pas voir les médecins" » (MG9)*

### e) Épuisement professionnel

Même si aucun praticien interrogé ne nous a avoué souffrir d'épuisement professionnel, plusieurs de nos entretiens ont été marqués par l'expression d'une lassitude et d'une fatigue qui s'est installée progressivement depuis le début de l'épidémie :

- « *La gestion d'une charge mentale aussi bien pour patients que pour nous-mêmes, qui était quand même considérable.* » (MG4)
- « *Il y a des périodes où je me suis dit : "Je voudrais bien ne plus travailler, ne pas être là. J'arrive plus... Je ne dois pas répondre correctement aux attentes des gens, je ne dois pas être suffisamment patiente". Oui il y a des moments où je me suis posé plein de questions. Même après les vacances, où je revenais pas forcément... parce que pendant les vacances j'y pensais encore, j'arrivais pas à me déconnecter et... ouais je me suis dit : "Olala ! Ça va pas le faire !". Oui je pense qu'il y a un épuisement moral, psychique oui. On dort pas bien, on n'est pas bien... Plein de questions, plein de doutes, plein de stress.» (MG7)*
- « *je suis fatiguée. J'ai besoin de m'arrêter de nouveau. Je sens que je n'ai pas la même énergie que d'habitude, là ça dure, ça fait quoi dix-onze mois qu'on est dans cette histoire et on ne voit pas le bout. Et on sent que les gens sont eux-mêmes aussi à cran, entre ceux qui bossent pas, ceux qui ont des problèmes soit médicaux soit psychologiques. On subit la pression de tous ces gens qui ne vont pas bien et on n'est pas toujours dans les meilleures conditions pour y répondre.* » (MG10)

## E. Peut-on relever des points positifs à cette crise sanitaire?

### 1. Facteurs ayant facilité la lutte contre l'épidémie pour les médecins généralistes

Le premier confinement s'est accompagné d'une chute de la fréquentation des cabinets médicaux, ce qui a permis à aux praticiens de réorganiser leur cabinet. « *Globalement, après le 16 mars, ça posait moins de problèmes, car le flux des patients était moins important* » (MG1), ce qui a limité le risque de contamination au sein du cabinet.

- « *Il y avait beaucoup de difficulté [...] jusqu'à ce que le confinement soit mis en place le 16 mars [...] À ce moment-là, la circulation dans le cabinet a été bien réduite et ça a automatiquement levé les problèmes. Les patients se présentaient au compte-goutte, on travaillait correctement, mais il n'y avait plus 10 personnes dans la salle d'attente en même temps. Donc on pouvait les réguler.* » (MG1)
- « *Au premier confinement, ça n'a posé aucun problème parce que la salle d'attente était comme dit très peu fréquentée au cabinet. Les gens avaient peur de venir, donc voilà ça tombait bien* » (MG4)

Un peu plus haut, nous avons relevé le manque de compliance de certains patients, cependant, la quasi-totalité des praticiens interrogés nous ont également dit que « globalement » les patients s'étaient plutôt bien adaptés aux nouvelles règles du cabinet et faisaient des efforts pour les respecter :

- « *Tout le monde a compris l'enjeu. Et vraiment on n'a eu aucune difficulté à la mise en place. Tout le monde a tout de suite compris que c'était très sérieux et qu'il fallait tout faire pour éviter de faire un maximum de malades* » (MG2)
- « *je trouve que nos patients ils ont été assez compréhensifs. Ils faisaient attention, ils essayaient d'être bienveillants, ils respectaient, ils essayaient de venir à l'heure... Nan franchement ça s'est bien passé. On n'a pas vraiment eu de problèmes avec ça.* » (MG5)
- « *je pense que les gens ont pris le pli et que ça a été.* » (MG6)
- « *Ils étaient rassurés qu'il y ait des nouvelles règles parce qu'en fait ils avaient peur de venir parce qu'ils avaient peur qu'il y ait du monde, qu'ils doivent attendre, qu'ils se contaminent.*

*Donc le fait de savoir qu'il n'y aura pas d'attente, qu'il y a de la distanciation et d'être pris un par un, ça les a rassurés. » (MG10)*

## **2. L'approvisionnement en EPI**

Même si le manque de matériel de protection a été un enjeu majeur du début de la crise sanitaire, tous les médecins interrogés ont pu se procurer assez rapidement les protections adéquates et nécessaires à leur exercice médical. Plusieurs professionnels nous ont révélé avoir été « *quand même bien approvisionnés* » (MG7) par les stocks d'EPI de l'État :

- « *l'union régionale a joué son rôle avec Distrimasque* » (MG2)
- « *assez rapidement on a eu ce qu'il fallait. [...] je me suis pas senti en danger de ce côté-là. [...] J'ai jamais consulté sans masque à partir du moment où le confinement a débuté.* » (MG3)
- « *on en a eu beaucoup nous des masques au cabinet, on en a eu tout de suite. Les pharmacies elles ont été assez réactives.* » (MG5)
- « *je ne pense pas qu'on pouvait faire plus. Nan c'était bien : on a eu les masques, on a eu du gel, on a eu du matériel [...] on est quand même soutenus.* » (MG7)
- « *Finalement le matériel on l'a eu, et même suffisamment et beaucoup pour qu'on puisse en donner aux patients* » (MG7)
- « *Les masques au départ, mais on a eu des patients qui nous en ont passé et finalement qu'on n'a pas même utilisés parce qu'on avait vu avec le pharmacien qui du coup en avait récupéré pas mal. Et finalement avec la dotation par semaine, ça s'est plutôt bien passé.* » (MG9)

L'existence de stocks de matériel de protection a permis à la plupart des médecins interrogés de se protéger en attendant les stocks de matériel fournis par l'État. Cinq praticiens sur les dix interrogés possédaient un stock de masques préexistant :

- « *masque FFP2, j'en avais déjà avant l'épidémie, donc j'avais un stock de 60-70 masques, parce que je me doutais que ça arriverait un jour donc je les avais gardés* » (MG1)
- « *on a dû ressortir le stock de FFP2 de 2010, de la grippe H1N1* » (MG2)

- « on a retrouvé certains d'entre nous les masques de 2011 qu'on avait encore dans un coin » (MG3)
- « j'avais encore un stock qui traînait dans un carton sur le grenier. Donc j'avais quelques... J'avais, je pense, une vingtaine de boîtes de 25 masques, donc je n'ai pas manqué de masques avec bien sûr une date de péremption qui était bien sûr euh... périmée depuis très très très longtemps. » (MG4)

Les médecins généralistes ont également profité d'un élan de solidarité de l'ensemble du corps social. Plusieurs médecins nous ont relaté avoir reçu des EPI « de fortune », via des dons, dans l'attente de matériel adapté :

- « Il y a beaucoup de gens qui nous ont apporté des masques, des visières, de l'eau de javel même si ça on en trouvait (rires). Beaucoup de masques de chantier. Des gens sont même venus avec des vêtements de travail, des surblouses... Beaucoup d'artisans nous ont apporté des trucs. De ce côté-là, c'était très sympa. On ne peut pas dire qu'on n'a pas été soutenu. » (MG1)
- « les surblouses [...] que nous avait filé le vétérinaire » (MG2)
- « on avait un patient qui travaillait dans l'armée et qui nous a dit : "mais c'est pas possible que vous n'ayez rien ! Moi je vous ramène tout ça !" . Il est venu avec des grands cartons, des petits kits où il y avait tout dedans : une petite blouse en plastique avec des boutons pression, une charlotte, des sur-chaussures et un masque. » (MG3)
- « j'ai travaillé avec des espèces de sarraus en plastique transparent qui m'a été donné par un patient cuisinier qui utilisait ça en cuisine. » (MG4)
- « on avait lancé un appel via la Maison de Santé au début, vers mi-mars/fin mars, avant que les stocks d'Etats soient bien mis en place, et on a fait appel à la solidarité et on a eu plein de gens qui nous ont amené des gants... Ça peut être des bouchers, des gens qui avaient des surblouses. On a eu plein de choses, des masques aussi, il y a des garagistes... Il y a plein de professionnels qui avaient du matériel chez eux, comme ils ne travaillaient pas il nous en ont ramené. » (MG10)

### 3. Renforcement des liens entre les professionnels de santé

Malgré les nombreux déboires, la crise sanitaire a renforcé les liens entre les professionnels de santé, qui ont tous dû s'adapter, réagir et réorganiser leurs pratiques. Plusieurs témoignages nous relatent l'entre-aide entre soignants au sein d'un même cabinet ou avec des soignants extérieurs :

- « *les kinés n'avaient pas le droit de bosser [...] ils tournaient en rond chez eux, donc ils sont venus nous aider.* » (MG3)
- « *On était souvent en lien avec les infirmières à domicile qui nous appelaient et qui nous donnaient des nouvelles et qui nous faisaient renouveler les ordonnances. Donc on n'a pas eu besoin d'aller voir nos patients à domicile.* » (MG5)
- « *je trouve que le confinement, ça nous a plutôt rapprochés parce que du coup on a dû plus échanger l'un avec l'autre, se serrer les coudes, se soutenir. On a dû prendre des décisions ensemble, tout réaménager, on était peut-être un peu stressés et donc du coup, je pense que ça nous a rapprochés en fait. On a plus travaillé ensemble, on a plus réfléchi à l'organisation du cabinet ensemble, ce qu'on ne faisait pas forcément avant.* » (MG5)
- « *on est dans une maison de santé, on est une équipe, mais c'est vraiment cette épidémie qui nous a soudés parce qu'on a vraiment fait équipe, tout le monde a donné un coup de main aux autres. [...] c'était vraiment liant cette épidémie.* » (MG10)

### 4. Réapprendre à se former et se « débrouiller » seul

Face à l'émergence d'un nouveau virus, l'ensemble du corps médical a dû multiplier les recherches afin d'en apprendre plus et de connaître les conduites à tenir. « *Tout le monde était à la recherche d'informations, les hospitaliers, comme nous [les médecins généralistes]. Et finalement, on s'est autonomisés dans nos recherches* » (MG2).

Pour s'informer, depuis le début de la crise, les médecins généralistes ont utilisé « *quand même pas mal de sources* » et lu « *pas mal d'articles* » (MG9) afin d'obtenir les informations nécessaires à leur pratique. En effet, les ressources utiles sont multiples : Direction Générale de la Santé, CPAM, Ordre des Médecins, Coronacliv, web-séminaires, articles de presse spécialisés, etc.

Une des informations qui revient dans plusieurs entretiens est que les médecins ont dû se démener pour obtenir des informations. Nombre d'entre eux ont trouvé intéressant de faire des recherches et que développer cette capacité dans leur pratique sera essentielle pour eux dans l'avenir.

Chacun a pu noter qu' « *il y a plein de choses qu'on peut retenir* » (MG9) de cette crise. Ils se sentent « *un peu plus préparés* » (MG6). Certains soulignent que « *c'est intéressant même d'évoluer [...] dans l'organisation, de la remise à jour des pratiques tout le temps, de s'informer* » (MG9).

À plusieurs reprises, on nous a rapporté que la réorganisation des cabinets s'est « *fait à la va-vite, un peu comme on a pu* » (MG6) et que « *c'était la débrouille* » (MG1). Et même si certains ont eu l'impression d'avoir « *fait du bricolage* » (MG3), tous les médecins interrogés sont parvenus à surmonter cette crise la tête haute.

Alors que chacun a la « *sensation de passer par un petit coin d'histoire* » (MG4), les médecins généralistes ont « *quand même été relativement réactifs, solidaires* » (MG8). Cette crise « *nous a montré qu'on pouvait être efficace, s'adapter en permanence à toutes les nouvelles évolutions* » (MG8).

## 5. Tirer des enseignements afin d'être prêt pour l'avenir

La crise sanitaire que nous traversons est aussi marquée par une grande prise de conscience de la nécessité d'acquérir des gestes d'hygiène stricts. L'ensemble des médecins interrogés pensent « *qu'on a pris le pli d'un petit peu plus d'hygiène au sein des cabinets* » (MG6).

Ce qui revient dans de nombreux entretiens c'est que « *sur le plan organisationnel, on a pris des habitudes de distanciation, de masques* » (MG4) et que ces habitudes « *seront beaucoup plus rapidement mis en œuvre* » (MG4) dans le futur. « *Ce qu'on garde, c'est des habitudes. Qu'il y ait une nouvelle épidémie ou pas, on va rester en tenue de travail, chaussures de travail et puis peut-être même masqué* » (MG2).

Certains médecins vont même jusqu'à avoir des regrets quant à leur pratique passée : « *Ça fait partie d'une prise de conscience, je me dis : " Mais qu'est-ce qu'on faisait avant ? ". Heureusement, ça n'a*

*pas porté à conséquence pour autant » (MG7).*

Tous les changements concernant les règles d'hygiène, ont déjà un retentissement pour certains médecins interrogés : *« D'habitude en hiver on voit presque que des gastros, des rhinopharyngites et des gripes à cette époque-là de l'année. Là on n'en voit pas, presque pas. Ça montre que le port du masque ça a aussi agi, et le lavage des mains, sur les épidémies habituelles. Donc ça je pense que c'est quand même quelque chose à garder en tête pour les gens et pour les médecins pour les prochaines années pour réduire le nombre de contamination des épidémies de gastro et de grippe. Donc peut-être que les années prochaines je porterai le masque pendant la période hivernale quand il y aura des épidémies, je sais pas, on verra. » (MG5).*

Plusieurs médecins m'ont également rapporté avoir fait *« des stocks stratégiques de matériel de protections » (MG4)* et *« un plus grand stock de masques » (MG6).*

Une question que ce sont posée plusieurs participants à l'étude était : est-ce qu'on va *« continuer à travailler en blouse ou pas ou revenir à de plus vieilles habitudes : travailler en civil » ? (MG4).*

Finalement, ce que nous pouvons conclure de tous les entretiens que nous avons menés c'est que *« tout ce qu'on a fait là, c'est un enseignement pour une éventuelle future vague ou prolongation de la vague » (MG3)* et que *« face à une prochaine épidémie : on est prêts ! » (MG2).*

## IV. DISCUSSION

---

### **A. Forces et limites de l'étude**

#### **1. Utilisation d'une méthode qualitative**

« *L'analyse qualitative n'est pas et ne saurait être une entreprise mécanique [...] elle est au contraire une œuvre faite de travail humain proximal, situé, sensible, attentif, réflexif, informé et empiriquement fondé* » selon Paillé et Mucchielli (24).

« *La recherche qualitative appréhende l'objet d'étude de manière globale, proximale, directe et interprétative* » (20). Elle est privilégiée lorsque les recherches se centrent sur le vécu, les comportements, les opinions, les obstacles et les besoins des sujets interrogés (19). On y privilégie la description des processus, plutôt que leur causalité, afin de comprendre le phénomène porté à l'étude.

Au cours de ce travail de recherche, nous nous sommes attachés à retranscrire les entretiens menés auprès de médecins généralistes alsaciens. L'usage d'une méthode qualitative nous a permis d'ouvrir nos perspectives afin d'obtenir des réponses multiples et variées de la part des sujets interrogés. L'objectif était de dessiner une image holistique de ce qui a pu être réalisé par les médecins alsaciens au cours des premières vagues de l'épidémie de la Covid-19. L'information riche qui a été recueillie a fait ressortir des différences de pratiques.

L'utilisation d'une méthode qualitative nous a permis d'approfondir un problème complexe aux facteurs difficilement mesurables et de créer des hypothèses ainsi que des pistes à approfondir pour d'éventuels futurs projets de recherche.

## 2. Utilisation d'entretiens semi-directifs

« *L'entretien semi-directif ou l'entrevue semi-dirigée est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives* » selon Y.S. Lincoln (25).

L'entretien semi-dirigé est un échange, une discussion, qui s'articule autour de thèmes évoqués par le chercheur. L'ordre des thématiques abordées est modifiable selon la tournure prise par la discussion. L'entretien semi-dirigé n'est pas un questionnaire au cours duquel on pose une série de questions prédéterminées, mais bien une conversation qui laisse la liberté à l'interviewé d'exprimer et de construire ses propres arguments. Notons que les données collectées ne sont pas uniquement verbales : le ton de la conversation, les expressions faciales et même l'absence de réponse sont utiles.

Le bon déroulement de l'entretien repose en grande partie sur les qualités personnelles de l'intervieweur, notamment sur son empathie. En effet, la valeur des informations collectées est fortement conditionnée par la relation de confiance qui se construit entre les deux parties au cours de l'entretien. Selon De Sardan, « *l'empathie dans l'entretien représente un vrai dilemme dans lequel la combinaison de l'empathie et de la « juste distance » et celle du respect et du sens critique sont particulièrement difficiles à obtenir* » (26).

Pour ce travail de recherche, la méthode par entretiens semi-dirigés a été préférée à la méthode des focus groups pour plusieurs raisons. D'une part, le contexte sanitaire ne permettait pas le rassemblement de personnes au moment où se sont déroulés les entretiens. C'est également la raison pour laquelle chaque entretien s'est déroulé en distanciel par visioconférence.

D'autre part, lors d'un entretien semi-dirigé chaque participant fait entendre sa voix. Contrairement à une recherche en focus groups, la réalisation d'entretiens individuels a permis à chaque sujet interrogé de s'exprimer librement en bénéficiant de l'écoute du chercheur et sans crainte de jugement extérieur. Chaque parole a été entendue et retranscrite.

### **3. Limites de l'approche qualitative par entretiens semi-dirigés**

Premièrement, les limites de notre travail de recherche sont celles qui sont inhérentes aux études qualitatives. En effet, le cœur même des études qualitatives repose sur leur subjectivité : contrairement à une approche quantitative par questionnaire, elle ne peut confirmer/infirmer ni même quantifier les hypothèses du chercheur sans laisser de place à ce à quoi il n'a pas pensé. La rédaction des résultats est soumise à l'interprétation et à la description du chercheur. De plus, s'il n'est pas habitué à mener ce genre d'analyses, le chercheur peut manquer d'objectivité et être influencé par ses propres croyances, ce qui constitue un biais d'interprétation.

Deuxièmement, les données recueillies auprès des répondants peuvent être biaisées par de multiples variables, dont voici les principales (27) :

- Un biais de volontariat : on peut imaginer que seules les personnes intéressées par la thématique de l'étude acceptent d'y participer et que leurs caractéristiques sont différentes de la population générale
- Un biais de désirabilité : au cours de l'entretien, les répondants peuvent se contenter de dire uniquement ce qu'ils imaginent que l'on attend d'eux
- Un biais déclaratif : les sujets interrogés peuvent omettre certaines informations qui donneraient d'eux une image négative.
- Un biais de mémoire : les sujets interrogés ne se rappellent plus complètement les faits évoqués ou de manière inexacte
- Un biais méthodologique : il peut exister des erreurs de méthode lors du recueil des informations.

Malgré ses limites, l'approche qualitative est riche, car c'est une exploration de la réalité décrite par les acteurs de terrain. Elle permet d'ouvrir une question de recherche lorsque peu de données existent sur un sujet.

## **B. Pistes de réflexion**

La crise sanitaire que nous traversons est une épreuve pour les soignants, qu'ils exercent en milieu hospitalier ou en secteur libéral. Pour y faire face, les médecins généralistes ont dû faire preuve de créativité pour maintenir leur activité tout en limitant le risque de contamination au sein de leur cabinet. Les résultats de cette étude ont mis en évidence des changements de pratiques ainsi que des modifications des règles d'hygiène au sein des cabinets des médecins généralistes alsaciens.

À distance des premières vagues de l'épidémie, on peut se demander si les mesures décrites lors de nos entretiens se sont pérennisées. Ou, au contraire, existaient-elles uniquement de manière temporaire dans un contexte de crainte et d'incertitude ? Ces mesures étaient-elles le reflet d'une crainte momentanée liée à un ennemi invisible, inodore, silencieux et intouchable ?

La question de la temporalité et de l'incertitude ont été abordées à plusieurs reprises lors de nos entretiens. Permettez-nous de revenir plus en détail sur ces deux notions.

### **1. Temporalité**

Selon le dictionnaire Larousse, le temps est « *une durée considérée comme une quantité mesurable* » (28).

Déjà au IV<sup>ème</sup> siècle, Saint Augustin explore la question de la temporalité dans *Les Confessions* (29) et bute sur sa définition : « *Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais : mais que je veuille l'expliquer à la demande, je ne le sais pas !* ».

Ce sujet est repris par le philosophe Henri Bergson à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle dans son ouvrage *Essai sur les données immédiates de la conscience* (30). Il distingue temporalité quantitative et qualitative, ou temps objectif et subjectif. Le temps objectif est celui défini par l'horloge, il est quantifiable et universel. Le temps subjectif est le temps psychologique tel qu'il est vécu par la conscience.

La question de la temporalité est sociétale. N'avons-nous pas tous l'impression de « manquer de

temps » ? Nous manquons de temps pour nos proches, pour notre travail et nous ne cessons jamais de courir après la montre.

Au sein de la pratique médicale, l'importance accordée à la temporalité est encore plus flagrante : durée moyenne de séjour en hospitalisation, 35 heures, délai d'attente, durée de consultation, etc. Les soignants décrivent souvent l'impossibilité de faire leur travail correctement dans le temps qui leur est imparti.

Le Docteur J-F Aupetit a consacré un article à la perception de la temporalité au sein de son service de cardiologie (31) et a constaté ceci : *« tout concourt à réduire le temps de contact entre les soignants et les patients générant une sensation d'insatisfaction, parfois de culpabilité, dans l'impossibilité de s'approcher de l'idéal du soin individuel et collectif qui préside au désir de soigner ».*

Le temps objectif est mesurable et diligente nos professions de soignants dans tous les secteurs (hospitalier, libéral, EHPAD...) afin de répondre à des objectifs financiers et de maîtriser la charge de travail. Au contraire, la temporalité subjective du patient est inconstante et varie selon de multiples facteurs (gravité de maladie, âge, situation familiale et sociale, etc.). Il revient à chaque soignant, selon la singularité des individus qu'il prend en charge, d'appréhender la durée adéquate afin d'établir une confiance de soin.

Le manque de temps ressenti alors que les secondes s'égrainent sur l'horloge est source de souffrance psychique pour les soignants. L'impression de ne pas être en capacité de prendre en charge chaque patient dans son individualité entraîne un sentiment d'insatisfaction et de culpabilité. La crise que nous traversons a mis en lumière ces phénomènes qui ne peuvent plus être ignorés.

La détresse psychologique des soignants et les situations d'épuisement professionnel sont-elles liées à cette différence entre temps subjectif et objectif, c'est-à-dire à la nécessité de suivre les objectifs fixés malgré des besoins différents selon les patients ?

La souffrance des soignants, bien que taboue, fait débat. Cette problématique est multifactorielle, mais la temporalité y joue un rôle certain. Dans notre profession, la finalité n'est-elle pas de conserver le plaisir de soigner ?

Revenons à notre étude : l'épidémie de Covid-19 a rajouté un « temps de désinfection » aux multiples tâches déjà assujetties aux soignants.

« Prendre soin » nécessite du temps. En France, la consultation de médecine générale dure en moyenne 16 minutes selon un article de la DREES publié en 2006 (32). Dans ce court laps de temps, ont dû être ajoutées les mesures d'hygiène (aération des locaux, désinfection du matériel et des surfaces, etc.).

Cette problématique a été soulevée plusieurs fois au cours de nos entretiens. Les médecins généralistes se sont adaptés et certains ont dû modifier leur organisation pour mettre en place ces mesures essentielles. Plusieurs praticiens interrogés regrettent un alourdissement du temps consacré aux tâches administratives et du temps consacré à s'informer en permanence sur les nouvelles règles en vigueur concernant l'épidémie (articles de revues médicales, consignes gouvernementales, recherches personnelles, etc.).

Afin de mieux s'organiser, de nombreux médecins ont abandonné la consultation classique pour une organisation exclusivement sur rendez-vous. Ceci amène à nous interroger : le temps consacré à l'hygiène et le passage en rendez-vous systématique ont-ils rallongé le délai d'accès aux soins primaires ? Le temps consacré au soin du patient a-t-il diminué depuis le début de la crise sanitaire ? Ce serait sans aucun doute une piste de réflexion à explorer.

## 2. Incertitude

Les connaissances scientifiques sont en perpétuelle évolution et les certitudes d'aujourd'hui n'existeront plus forcément demain : les lois de Newton ont régi le monde de la physique pendant des siècles, avant d'être balayées par la théorie de la relativité d'Einstein.

Le terme incertitude est apparu au XVIème siècle (33). Le site internet La Langue Française définit l'incertitude comme l'« *impossibilité dans laquelle est une personne de connaître ou de prévoir un fait, un évènement* » (34).

En 2003, une étude réalisée aux Pays-Bas montrait que 13% des consultations de médecine générale concluaient à des symptômes inexplicables (35). « *La médecine est une science de l'incertitude et un art*

*de la probabilité* » (36) selon William Osler (1849-1919). Il est rejoint dans sa pensée par le Docteur N. Belhomme, interniste au CHU de Rennes, pour qui « *l'incertitude s'étend aussi bien à la nosologie, à la physiopathologie ou à l'étiologie de nombreuses maladies et à leur prise en charge* » (37). En effet, de nombreux aléas expérimentaux se sont transformés en révolutions thérapeutiques : Alexander Fleming a découvert la pénicilline suite à une contamination mycologique de ses cultures de Staphylocoques (38).

La sociologue Renée Fox (1928-2020) s'est longuement intéressée à l'enseignement de l'incertitude au cours des études médicales (39). Elle « *distingue trois niveaux d'incertitude : le premier est lié à une maîtrise incomplète du savoir disponible, le second aux limites propres de la connaissance médicale, et le troisième, qui résulte des deux premières et qui est lié aux difficultés de distinguer l'ignorance des limites spécifiques du savoir médical* » (33). L'incertitude peut donc être liée au manque de connaissances du praticien, mais on ne peut jamais totalement s'en affranchir.

Pour J. Ceccaldi (40), l'incertitude peut mener les soignants à deux types d'erreurs : la première est de se laisser gagner par une « *incertitude paralysante* » qui empêche une prise de décision éclairée. La seconde est d'ignorer cette incertitude et d'agir envers nos patients avec un « *paternalisme aveugle* ». De par sa formation, le médecin est éprouvé par les limites de ses compétences et il est difficile pour lui de les accepter. La médecine est un art et reste donc par nature subjective.

L'incertitude est inhérente à notre quotidien de médecin. Elle « *est à la fois nécessaire et dangereuse* » nous explique le Docteur M. Lorenzo dans son travail de thèse basé sur la théorisation ancrée (41). Il met en évidence trois formes d'incertitude dans la pratique médicale : diagnostique, thérapeutique et relationnelle (41). En se basant sur le modèle d'Hillen et al. (42), il y démontre que le « *phénomène de tolérance à l'incertitude est complexe, multidimensionnel et variable selon les individus et les situations* » et que « *l'élément central de la tolérance à l'incertitude semble être l'estimation du risque de la situation conduisant à différencier un risque acceptable d'un risque inacceptable.* » Face à une situation d'incertitude, le médecin estime le risque encouru. Si le risque est jugé acceptable pour la prise en charge du patient, le médecin ne ressentira pas la nécessité d'augmenter son niveau de certitude et la situation d'incertitude sera tolérée. Si le risque est jugé inacceptable, l'intolérance

favorisera le recours à des méthodes permettant de diminuer l'incertitude (examens complémentaires, avis spécialisé, hospitalisation, consultation de contrôle, etc.)

Notre étude met en évidence que l'incertitude est anxiogène et a un fort impact psychique sur les médecins : épuisement professionnel, crainte pour leur santé et celle des autres, crainte du retard diagnostic, etc. Plusieurs praticiens ont regretté l'« *incertitude permanente qui pèse sur tout* » (MG4) et qui a majoré leurs difficultés quotidiennes.

Pour autant, le philosophe P.L Weil-Dubuc, nous invite à apprécier la richesse de l'incertitude qu'il définit comme une « *incompétence provisoire* » dans l'attente d'une connaissance ultérieure. Nous devons avoir « *conscience que, certes, nous ne sommes pas ignorants, mais que, pour autant, nous ne savons qu'imparfaitement ce que nous savons.* » (43). L'incertitude est nécessaire au progrès médical. Elle pousse le soignant à accepter qu'il « ne sait pas », mais qu'il fait tout son possible pour parvenir à comprendre un phénomène. Il ne perd pas sa légitimité en reconnaissant ses limites (33).

Dans notre étude, plusieurs praticiens de santé se sont efforcés de rassembler un maximum de ressources afin d'améliorer leur pratique face à la situation d'incertitude qu'est l'épidémie de Covid-19 : connaissances théoriques, souvenirs de situations similaires, recherches bibliographiques...

La pandémie de Covid-19 illustre parfaitement la nécessité de mieux former les médecins à la gestion de l'incertitude. Dès le début de sa formation, le médecin est confronté à l'incertitude. Il semble donc essentiel d'intégrer aux études médicales une formation à l'incertitude afin de limiter ses conséquences (burn out, recours déraisonné aux examens complémentaires, erreurs médicales...) (41). Actuellement, on utilise communément le modèle de « tolérance à l'incertitude », initié par Hillen et al. (42) afin d'évaluer les comportements des soignants en situation d'incertitude. Selon cette équipe, les émotions (anxiété, peur, curiosité...), ainsi que les réactions cognitives (appréhension et gestion de l'état d'incertitude), et comportementales (actions entreprises) participent à l'évaluation de la tolérance à l'incertitude d'un individu.

Dans son article *« Sans responsabilités, il n'y a pas d'incertitude » : l'expérience des internes des situations d'incertitude rencontrées lors de leurs stages*, N. Belhomme évoque le vécu de l'incertitude en situation clinique par des internes issus de cinq facultés françaises. Ce travail a mis en évidence un autre déterminant de la tolérance à l'incertitude qu'est le « vécu retardé » qui englobe « l'ensemble des réactions individuelles, prolongées ou survenant à distance d'une situation d'incertitude » et qui peuvent faire l'objet « de ruminations, de manière éventuellement péjorative, anxieuse et/ou coupable » (44). Le vécu retardé serait donc l'un des vecteurs du ressenti négatif des praticiens face à une situation d'incertitude.

Développer une tolérance à l'incertitude est une compétence qui nécessite « l'acquisition de capacités ou aptitudes permettant de réagir le plus adéquatement possible aux situations générant de l'incertitude » (44). Afin d'intégrer l'enseignement de la tolérance à l'incertitude aux études médicales, N. Belhomme propose différentes activités de formation qui pourraient être proposées aux étudiants en 2<sup>e</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles : discussions de cas en équipe, jeux de rôle, simulations, apprentissages par concordance... Les pays anglo-saxons ont mis en place ces formations précocement dans les cursus universitaires. Leur approche s'appuie sur le fait que le développement d'une tolérance à l'incertitude s'acquiert progressivement et utilise des savoirs complexes. Cette approche accroît l'esprit critique et la créativité des étudiants (37).

Par ailleurs, les stages des étudiants en milieux hospitalier ou libéral participent également au développement de la tolérance à l'incertitude, en leur permettant d'analyser de multiples situations d'incertitude sous l'œil d'un superviseur averti (44).

N. Belhomme salue l'initiative d'intégrer des tests de concordance de script (TCS) aux Épreuves Dématérialisées Nationales (EDN), car ils constituent, selon lui, l'outil le plus performant pour évaluer la tolérance à l'incertitude des étudiants en appréciant leur raisonnement clinique.

Au vu de l'ensemble de ces données, il semble essentiel de faire de la tolérance à l'incertitude un objectif d'apprentissage des études médicales. C'est un prérequis nécessaire à la pratique de chaque médecin et étudiant en santé qui devra s'étoffer tout au long de leur carrière.

Accepter de travailler dans l'incertitude, c'est accepter la finitude de nos connaissances. Le médecin est un expert dans son domaine, mais il agit dans un environnement qui n'est pas toujours rationnel ni cartésien : certains faits ne peuvent être prouvés. Dans ce contexte, il est du rôle du médecin de proposer un accompagnement bienveillant, structuré, consciencieux et approfondi, mais en aucun cas d'affirmer des faits non vérifiables. Le fait de proposer une gestion rationnelle de l'incertitude inspire beaucoup plus confiance au patient que d'avoir recours à « *un paternalisme aveugle* » (38) sans fondement scientifique.

## V. CONCLUSION

---

Depuis janvier 2020, la Covid-19 touche tous les étages du corps social et représente un réel défi pour notre système de santé. Si les médias ont fait chou gras en inondant les ondes de la situation hospitalière, les soins primaires sont les grands oubliés de cette pandémie.

Dans notre étude, nous nous sommes attachés à retranscrire ce qui a pu être réalisé en médecine de ville afin d'assurer la continuité des soins et limiter le risque de contagion. Notre questionnement était le suivant : quels enseignements peut-on tirer de l'épidémie de la Covid-19, en terme organisationnel et d'hygiène, en cas d'épidémie future ?

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de dix médecins généralistes exerçant en Alsace, afin de décrire les modifications des pratiques locales ayant eu lieu depuis le début de la crise sanitaire.

L'épidémie de la Covid-19 a vu émerger de nombreux changements dans les pratiques des médecins libéraux. On a pu constater une **augmentation du recours au numérique** avec un bond de l'usage de la téléconsultation et des plateformes de prise de rendez-vous en ligne.

Pour l'ensemble des médecins interrogés, l'enjeu principal était **d'éviter que des patients atteints de Covid-19 ne soient en contact avec des patients sains**. Pour réaliser ceci, ils ont eu recours à plusieurs méthodes : usage strict de consultations sur rendez-vous, isolement des patients symptomatiques, séparation de la salle d'attente, tri des patients dès leur arrivée au cabinet, signalétique informative...

Afin de limiter la diffusion du virus ils ont instauré des **mesures restrictives** : limitation des personnes accompagnantes, limitation des contacts entre médecin et patient, usage de nouvelles règles lors de l'examen clinique, mise en place de barrières physiques (port du masque, vitres plexiglas, éloignement du bureau...)

Cette épidémie a vu une **recrudescence des mesures d'hygiène** en soins primaires : usage de SHA, lavage des mains systématique, port de la blouse, nettoyage des surfaces et du matériel médical.

L'ensemble des médecins interrogés s'est heurté à des difficultés au cours de la réorganisation de leur

cabinet : lieu d'exercice non adapté, manque d'information, opposition ou incompréhension de la part de la patientèle, épuisement professionnel, crainte de tomber soi-même malade...

Notre choix pour cette étude était d'établir une problématique vaste afin d'obtenir un maximum d'informations sur ce qui a été réalisé par les généralistes depuis le début de l'épidémie. Certains points pourraient faire l'objet de travaux spécifiques, notamment le recours à la téléconsultation et à un secrétariat à distance.

La crise sanitaire que nous traversons est une épreuve pour les soignants et notre travail a soulevé d'autres pistes de réflexion.

La question de la temporalité est sociétale. N'avons-nous pas tous l'impression de courir après la montre ? Henri Bergson différenciait le temps objectif qu'est celui défini l'horloge du temps subjectif, qui est le temps psychologique tel qu'il est vécu par la conscience (30).

En France, la consultation de médecine générale dure en moyenne 16 minutes (31). Le temps consacré à la désinfection du cabinet, le temps de recherche d'informations médicales sur la pandémie ainsi que sur les règles en vigueur et l'alourdissement des tâches administratives a pesé lourdement sur les médecins interrogés.

Notre pratique médicale est régie par des objectifs matériels et budgétaires que ce soit en milieu hospitalier ou libéral. Les soignants décrivent l'impossibilité de faire leur travail correctement dans le temps qui leur est imparti. L'impression de ne pas être en capacité de prendre en charge chaque patient dans son individualité entraîne-t-elle un sentiment d'insatisfaction et de culpabilité ?

Bien qu'en perpétuel progrès, la pratique médicale est soumise à l'incertitude : 13% des consultations de médecine générale concluent à des symptômes inexplicables (35). « *La médecine est une science de l'incertitude et un art de la probabilité* » (36) pour W. Osler.

Hillen et al. (42) ont fait émerger la notion de « tolérance à l'incertitude » qui se base sur l'estimation du risque encouru lors d'une situation clinique. Le praticien juge si ce risque est acceptable ou inacceptable et engage ou non des explorations complémentaires afin de réduire son incertitude.

L'incertitude peut être anxiogène pour certains médecins (angoisse, burn out...), elle a un coût humain et financier (erreurs médicales, recours déraisonné aux examens complémentaires, soins inappropriés...). Pour autant, l'incertitude est nécessaire au progrès médical. Elle pousse le soignant à accepter qu'il « ne sait pas », mais qu'il fait tout son possible pour parvenir à comprendre un phénomène. Il ne perd pas sa légitimité en reconnaissant ses limites (33) et ceci s'est vérifié lors de l'épidémie de Covid-19.

Dès le début de sa formation, le médecin est confronté à l'incertitude. Pour N. Belhomme, il semble donc essentiel de faire de la tolérance à l'incertitude un objectif pédagogique des études médicales afin de servir au mieux les intérêts du patient (44). Le corps médical doit travailler sur cette gestion de l'incertitude, l'intégrer dans son travail et accepter qu'elle fait partie de l'environnement de travail.

À l'issue de ce travail de recherche, nous pouvons nous demander si l'épidémie de Covid-19 n'a pas mis en exergue un profond mal-être des soignants. Temporalité, incertitude, et mal-être semblent être intimement liés. L'épanouissement professionnel des soignants passera par un travail de réflexion et d'introspection autour de ces notions.

Vu

Strasbourg, le 23.12.2023

Le président du jury de thèse

Professeur ... STANISLAS

Vu et approuvé

Strasbourg, le 07 DEC. 2023

Le Doyen de la Faculté de Médecine, Maîtrise et Sciences de la Santé

Professeur Jean SHILTA




## VI. ANNEXES

---

ANNEXE N°1 : Modèle du courrier adressé aux Médecins Généralistes afin de leur proposer de participer à l'étude

« Bonjour Docteur X,

Je suis interne de Médecine Générale, et je mène actuellement des entretiens dans le cadre de ma thèse. Celle-ci s'intéresse aux modifications organisationnelles et d'hygiène dans les cabinets de médecine générale pendant l'épidémie de la Covid-19.

Ces entretiens durent de 30 minutes à 1h environ. Étant donné le contexte sanitaire, ils sont réalisés par téléphone ou en visio et sont enregistrés. Bien entendu, les données seront rendues anonymes une fois collectées.

Seriez-vous d'accord pour participer à mon étude qualitative ?

Si oui, quand auriez-vous une disponibilité pour discuter ?

Cordialement,

Marion PFRIMMER

Interne de Médecine Générale. »

ANNEXE N°2 : Formalités réglementaires 2020 en recherche en santé, CNIL. Document soumis au service de protection des données de l'Université de Strasbourg.

## Formalités réglementaires 2020 en recherche en santé

ID de la version
1454
URL abrégée
<a href="http://moodle.cnic.unistra.fr/ing/recherche-2/etiquet-et-procedures-reglementaires">http://moodle.cnic.unistra.fr/ing/recherche-2/etiquet-et-procedures-reglementaires</a>

### Qualification de la recherche : RIPH/ RNIPH

Votre étude concerne uniquement le matériel ou le logiciel médical ?
Non [N]
Les données traitées sont médicales
Non [N]
Votre étude repose sur un recueil de données exclusivement déclaratives
Oui [Y]
Si il s'agit d'un recueil de données, vous êtes en jugement ou en pré-jugement quant à votre atteinte au service de santé publique
Non [N]
Votre étude consiste à traiter après une modification provoquée pour votre étude : - de la prise en charge des patients - du rôle ou du rôle des professionnels de santé - des comportements habituels des sujets
Et il s'agit le rétablissement de votre modification provoquée que se veut évaluer
Non [N]
Vous réalisez une étude de profils de patients sur : - les modalités d'exercice des professionnels de santé
Oui [Y] - l'évaluation des profils d'enseignants dans le domaine de la santé
Oui [Y]
Votre étude est sous réserve de la loi
Cliquez sur "suivant" pour connaître les démarches à accomplir en regard du règlement général de la protection des données (RGPD) et de la loi informatique et libertés.

## Votre situation en regard du comité d'éthique

Votre travail comporte-t-il en regard de données "sensibles" ou prévues-vous de soumettre votre travail à publication dans une revue scientifique ?

Non [N]

Il n'est pas nécessaire dans votre cas de demander l'avis d'un comité d'éthique.

### Participation à l'étude de validation externe : limesurvey "Formalités réglementaires en santé"

Dans une optique de validation et de développement de cet outil en ligne qui vous a permis de qualifier votre projet de recherche et de connaître les formalités réglementaires en découlant, nous vous proposons de participer à l'étude de validation externe de ce limesurvey "Formalités réglementaires en santé 2020".

Pour cela il vous suffit de charger le PDF de votre protocole sur l'espace dédié ci-dessous, afin qu'il puisse être analysé par nos experts et déterminer à large échelle la sensibilité et spécificité de notre limesurvey.

Votre protocole doit être dé-identifié (nom / prénom / mail/ téléphone, informations relatives aux investigateurs doivent être supprimées) et ne pas comporter d'image ou illustration lourde (qui risqueraient d'engendrer des problèmes d'espace de stockage sur notre serveur).

Les données collectées seront hébergées sur un serveur sécurisé pendant 5 ans et votre participation à l'étude sera révoquée à tout moment en vous adressant au responsable de l'étude : [adeline.jouannin@univ-rennes1.fr](mailto:adeline.jouannin@univ-rennes1.fr)

J'ai pris connaissance des informations relatives à l'étude de validation externe de ce limesurvey et j'accepte d'y participer

Non [N]

## ANNEXE N°3 : Formulaire de consentement pour les participants à l'étude

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

**N° d'identification du participant :**

**Sujet de recherche :**

*Evolution de l'organisation et des pratiques médicales dans les cabinets de médecine générale d'Alsace pendant la crise du Covid-19*

Recherche qualitative auprès des Médecins Généralistes d'Alsace

**Introduction**

Je réalise actuellement un travail de recherche dans le cadre de ma thèse, autour des mesures d'hygiène et de la réorganisation des pratiques médicales dans les cabinets de médecine générale pendant la crise Covid-19.

Mes recherches s'articulent autour de plusieurs axes :

1. Les modifications organisationnelles (visites à domicile, téléconsultation, etc...)
2. L'élaboration de nouvelles règles d'hygiène et leur applicabilité en cabinet
3. Les facteurs qui ont compliqué ces adaptations aux circonstances exceptionnelles actuelles.

**Objectifs de ce projet**

Je souhaite mettre en avant les nombreuses ressources déployées par les médecins traitants du territoire pendant la crise sanitaire. Il s'agit également de mettre en lumière les difficultés qu'ils auxquelles ils ont dû faire face.

**Réalisation de l'entretien**

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre expérience de médecin traitant pendant l'épidémie de coronavirus.

Cet entretien sera réalisé par Marion PRIMMER et suivant vos disponibilités, dans les locaux qui vous conviendront. Il durera de 30 à 90 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

La participation à cette recherche est volontaire. Il est possible de se retirer de cette recherche à tout moment.

**Traitement de l'information recueillie :**

Un numéro sera attribué à chaque participant. L'identité et les coordonnées des participants serviront uniquement à organiser les entretiens individuels et à communiquer avec eux au sujet de la recherche.

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. Seuls des résultats agrégés seront présentés.

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées par Marion PRIMMER, en collaboration avec le Dr Anabel SANSSEME, jusqu'à la soutenance de la thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg. Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser vos demandes à : Marion PRIMMER.

L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : [dpo@unistra.fr](mailto:dpo@unistra.fr)

Enfin, si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**  
**DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

Titre de la recherche :

*Evolution de l'organisation et des pratiques médicales dans les cabinets de médecine générale  
 d'Alsace pendant la crise du Covid-19*  
Recherche qualitative auprès des Médecins Généralistes d'Alsace

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

accepte de participer à un entretien qui fera l'objet d'un enregistrement audio dans le cadre de ma participation à cette recherche.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Marion PPRIMMER

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que l'entretien mené dans le cadre de cette recherche fasse l'objet d'un enregistrement audio. Celui-ci sera uniquement accessible par Marion PPRIMMER et sera détruit après retranscription.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Nom du participant :

Nom de l'investigateur : MARION PPRIMMER

Signature :

Signature :

**1<sup>ère</sup> TRAME D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE****Exposition de la problématique de ma thèse :**

Face à l'épidémie de Coronavirus survenue début 2020 en France, les médecins généralistes ont dû faire preuve de créativité pour maintenir l'offre de soin et limiter le risque de contagion dans leur cabinet. Quels enseignements peut-on tirer de l'épidémie de la Covid-19, en terme organisationnel et d'hygiène, en cas d'épidémie future.

**I. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

- Âge, sexe du sujet
- Type d'exercice (activité libérale / salariée / mixte / remplaçant, en cabinet d'association / seul / maison de santé...)
- Lieu d'exercice (rural / semi-rural / urbain)
- Type de population suivie (défavorisée / classe moyenne / classe supérieure)

Ces données n'ont pas été retranscrites dans les entretiens, par souci de maintien de l'anonymat.

**II. IMPACT DU COVID-19**

- Avez-vous été impacté par l'épidémie de Coronavirus ?
- Si oui, dans quel sens ? et à partir de quelle date ?
- Combien de patients atteints de la Covid-19 estimez-vous avoir suivis depuis début 2020 : moins de 20, entre 20 et 50, entre 50 et 100, plus de 100 ?

**III. MESURES D'HYGIENE ET RÉORGANISATION DU CABINET MÉDICAL**

- Avez-vous mis en place des mesures d'hygiène dans votre cabinet ? (désinfection, gestion de la salle d'attente, protection du secrétariat...)
- Quelles mesures avez-vous mis en place pour limiter les contacts ? (paiement sans contact, monnaie en quarantaine, feuilles de soins dégradées, accueil des patients, salle d'attente divisée, RDV systématiques, 2<sup>e</sup> lieu de consultation, attente des patients en voiture, nombre d'accompagnants limités...)
- Possédiez-vous des moyens de protection dès le début ? (gants, masques, blouses...)
- La protection concernait-elle également le patient ? (distribution de masques chirurgicaux...)

- Y a-t-il eu des changements concernant la gestion des déchets ?

#### IV. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Quelles difficultés ont entravé votre pratique médicale pendant cette crise ?

- Quantité insuffisante de matériel de protection
- Taille des locaux (contraintes physiques)
- Méconnaissance de l'ennemi (le virus), manque d'information concernant l'attitude thérapeutique à avoir, informations contradictoires, etc....
- Peur de tomber malade, crainte de contaminer l'entourage

#### V. CONCLUSION

- Êtes-vous confiant pour les mois à venir concernant cette épidémie ?
- Pensez-vous avoir tiré des enseignements de cette épidémie qui pourrait vous servir en cas d'épidémie future ? (d'un autre virus ou d'une nouvelle vague)

## 2<sup>e</sup> TRAME D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

### **Exposition de la problématique de ma thèse :**

Face à l'épidémie de Coronavirus survenue début 2020 en France, les médecins généralistes ont dû faire preuve de créativité pour maintenir l'offre de soin et limiter le risque de contagion dans leur cabinet. Quels enseignements peut-on tirer de l'épidémie de la Covid-19, en terme organisationnel et d'hygiène, en cas d'épidémie future.

### **I. RECUEIL DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

- Âge, sexe du sujet
- Type d'exercice (activité libérale / salariée / mixte / remplaçant, en cabinet d'association / seul / maison de santé...)
- Lieu d'exercice (rural / semi-rural / urbain)

### **II. QUESTIONS BRISE-GLACE**

- **Combien de patients atteints de la Covid-19 estimez-vous avoir suivis depuis début 2020 : moins de 20, entre 20 et 50, entre 50 et 100, plus de 100 ?**
- **Avez-vous été impacté sur le plan personnel ou professionnel par l'épidémie de Coronavirus ? Si oui, dans quel sens ? et à partir de quelle date ?**

### **III. MESURES D'HYGIENE ET RÉORGANISATION DU CABINET MÉDICAL**

- **Quelles mesures avez-vous mises en place pour limiter les contacts entre les patients eux-mêmes et éviter le risque de contagion au sein du cabinet ?**

Préparation des patients à l'arrivée au cabinet :

- *Secrétariat téléphonique ?*
- *Information des règles d'hygiène sur le répondeur du cabinet ?*
- *Informations sur les règles d'hygiène sur un logiciel de prise de rendez-vous en ligne (type Doctolib) ?*
- *Mise en place de RDV systématiques ?*
- *Plages horaires spécifiques pour patients symptomatiques ou Covid positif ?*

Accueil des patients :

- Attente des patients en voiture ou à l'extérieur ?
- Mise en place d'une signalétique informative (affichage) ?
- Nombre limité de patients/accompagnateurs de patients ?
- Secrétariat au cabinet en présentiel ? Orientation des patients par la secrétaire ?
- Protection du secrétariat ?

Gestion de la salle d'attente :

- Sectorisation de la salle d'attente / 2<sup>e</sup> lieu de consultation ?
- Limitation des délais d'attente du patient ?
- Bannir de la salle d'attente les meubles inutiles, revues, jouets ?

Matériel de protection mis à disposition de la patientèle :

- Distribution de masques chirurgicaux aux patients ?
- Mouchoirs à usage unique en salle d'attente ? Poubelles ?
- SHA/savon ?

- **Quelles mesures avez-vous mises en place pour éviter le risque de contagion entre les patients et vous-même ?**

Changement de mode d'exercice ?

- Remplacement ?
- Téléconsultation ?
- Visites à domicile ?
- Aide ponctuelle dans les hôpitaux ?
- Lien avec d'autres professionnels de santé pour assurer le suivi des patients

Usage de matériel de protection ?

- Consultation en tenue de travail, ne plus consulter en civil ?
- Masque, blouses, lunettes... ?

Limitation des contacts physiques :

- Déplacement de mobilier pour limiter les contacts ? (éloignement du bureau)
- Abstention de contact physique en dehors de l'examen médical ? (serrer la main)
- Changement dans la manière de procéder à l'examen clinique ?
- Paiement sans contact, monnaie en quarantaine, feuilles de soins dégradées ?

- **Avez-vous mis en place des mesures d'hygiène complémentaires dans votre cabinet pendant cette crise ?**

- Lavage des mains au SHA/savon ? Combien de fois/jour ?
- Désinfection des supports et du matériel médical. Si oui, à quelle fréquence ?
- Produits d'entretien adaptés ?
- Recours à une société de ménage ?

→ *Gestion des déchets ?*

#### **IV. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES**

**Quelles difficultés ont entravé votre pratique médicale pendant cette crise ?**

- *Quantité insuffisante de matériel de protection (gants, masques, blouses...)*
- *Taille insuffisante des locaux ou locaux inadaptés ?*
- *Conflits avec les collègues ?*
- *Manque de compliance des patients ?*
- *Perte de temps de désinfection ? Baisse de chiffre d'affaire ?*
- *Problèmes organisationnels ? Pesanteur administrative ?*
- *Manque d'information/désinformation, informations contradictoires ?*
- *Manque de soutien par les instances supérieures ? (Sécurité sociale, ARS, Ordre des Médecins, Politiques...)*
- *Crainte de tomber malade ou de contaminer des proches ?*
- *Épuisement professionnel*

#### **V. CONCLUSION DE L'ENTRETIEN**

**Pensez-vous avoir tiré des enseignements de cette épidémie qui pourrait vous servir en cas d'épidémie future ? (d'un autre virus ou d'une nouvelle vague)**

## VII. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Institut Pasteur de Lille. Fiche Maladie du COVID-19 [Internet]. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.pasteur-lille.fr/recherche-medicale/les-thematiques-de-recherche/maladies-infectieuses-et-inflammatoires/coronavirus-fiche-maladie/>
2. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. Covid-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *J Adv Res.* 1 juill 2020;24:91-8.
3. Guo G, Ye L, Pan K, Chen Y, Xing D, Yan K, et al. New Insights of Emerging SARS-CoV-2: Epidemiology, Etiology, Clinical Features, Clinical Treatment, and Prevention. *Front Cell Dev Biol.* 22 mai 2020;8:410.
4. Hamid S, Mir MY, Rohela GK. Novel coronavirus disease (COVID-19): a pandemic (epidemiology, pathogenesis and potential therapeutics). *New Microbes New Infect.* 1 mai 2020;35:100679.
5. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. [cité 23 juin 2021]. Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
6. Santé Publique France [Internet]. [cité 10 juill 2023]. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>
7. Vetter P, Vu DL, L'Huillier AG, Schibler M, Kaiser L, Jacquierioz F. Clinical features of covid-19. *BMJ.* 17 avr 2020;369:m1470.
8. Oran DP, Topol EJ. Prevalence of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection. *Ann Intern Med.* 3 juin

- 2020;M20-3012.
9. Gupta S, Hayek SS, Wang W, Chan L, Mathews KS, Melamed ML, et al. Factors Associated With Death in Critically Ill Patients With Coronavirus Disease 2019 in the US. *JAMA Intern Med.* 1 nov 2020;180(11):1436.
  10. Oliveira BA, Oliveira LC de, Sabino EC, Okay TS. SARS-CoV-2 and the COVID-19 disease: a mini review on diagnostic methods. *Rev Inst Med trop S Paulo [Internet].* 29 juin 2020 [cité 23 juin 2021];62. Disponible sur: <https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/7r4dYzS8rhQdmZbxf4mZkzB/abstract/?lang=en>
  11. Sheen A, Moutschen M. Le point sur les stratégies médicamenteuses contre la COVID-19 : entre espoirs et déceptions. *Rev Med Liege.* 2020;(75):162-9.
  12. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2021 [cité 28 juin 2021]. Vaccination contre la COVID en France : au 25 janvier 2021, près de 1 092 958 vaccinations ont été réalisées en France. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/vaccination-contre-la-covid-en-france-au-25-janvier-2021-pres-de-1-092-958>
  13. AMELI.fr pour les médecins [Internet]. 2021 [cité 28 juin 2021]. Les médecins au cœur du circuit de « contact tracing » des patients Covid-19. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/les-medecins-au-coeur-du-circuit-de-contact-tracing-des-patients-covid-19>
  14. Lionis C, Petelos E. Challenges, priorities and tasks for the generalists at the time of the COVID-19 pandemic. *Eur J Gen Pract.* 16 déc 2020;26(1):104-5.
  15. Tanne JH, Hayasaki E, Zastrow M, Pulla P, Smith P, Rada AG. Covid-19: how doctors and healthcare systems are tackling coronavirus worldwide. *BMJ.* 18 mars 2020;m1090.
  16. Brun B. Etude des modifications de pratiques des médecins généralistes charentais face à la COVID 19 [Internet]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2020 [cité 23 juin 2021]. Disponible sur:

<http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/9ffa9337-4281-419f-8e6b-e4118d30ec33>

17. Weise K. Doctors Fear Bringing Coronavirus Home: 'I Am Sort of a Pariah in My Family'. The New York Times [Internet]. 13 avr 2020 [cité 26 oct 2020]; Disponible sur: <https://www.nytimes.com/2020/03/16/us/coronavirus-doctors-nurses.html>
18. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147-81.
19. Touboul P. Site web du Collège de Médecine Générale de Nice (CAGE). [cité 21 juin 2020]. Présentation de la recherche qualitative. Disponible sur: [https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/Recherche\\_qualitative\\_PT\\_Seminaire\\_de\\_these\\_2011.pdf](https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf)
20. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. 2010;102(3):23-34.
21. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Econ. 2014;Tome LIII(4):67-82.
22. LEPCAM (Lire, Ecrire, Publier et Communiquer des Articles Médicaux) [Internet]. [cité 5 juill 2021]. L'analyse en recherche qualitative. Disponible sur: <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>
23. Ministère de la santé et des Solidarités [Internet]. 2020 [cité 27 oct 2020]. Covid-19 : Fiche organisation cabinet ville déconfinement. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19\\_fiche\\_organisation\\_cabinet\\_ville\\_deconfinement.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_organisation_cabinet_ville_deconfinement.pdf)
24. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 14. Les opérations avancées de théorisation. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2021. p. 421-55. (U; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-421.htm>

25. Lincoln YS. Emerging Criteria for Quality in Qualitative and Interpretive Research. 1 sept 1995 [cité 2 févr 2022]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/107780049500100301>
  
26. De Sardan JPO. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique [Internet]. Academia (Editions). 2008 [cité 2 févr 2022]. 365 p. (Anthropologie prospective). Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/la-rigueur-du-qualitatif-9782872098972.html>
  
27. CEDIP [Internet]. 2014 [cité 3 févr 2022]. La lettre du CEDIP Fiche 62- Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Disponible sur: [http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche\\_62\\_cle581f59.pdf](http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf)
  
28. Dictionnaire de Français Larousse [Internet]. [cité 7 mars 2022]. Définitions : temps - Dictionnaire de français Larousse. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temps/77238>
  
29. Augustin d'Hippone. Chapitres 14 : Il est difficile de définir le temps. In: Les Confessions Livre XI [Internet]. 397apr. J.-C. Disponible sur: [http://www.augustinus.it/francese/confessioni/conf\\_11\\_libro.htm](http://www.augustinus.it/francese/confessioni/conf_11_libro.htm)
  
30. Bergson H. Essai sur les données immédiates de la conscience. PUF; 1889. 340 p.
  
31. Aupetit JF. La perception du manque de temps et le conflit des temporalités dans l'environnement de la pratique cardiologique. Arch Mal Coeur Vaiss - Prat. déc 2019;2019(283):11-3.
  
32. Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la Santé et des Solidarités. La durée des séances des médecins généralistes. DREES [Internet]. 2006 [cité 7 mars 2022];(481). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
  
33. Boucand MH. L'incertitude en médecine. Médecine et philosophie, Association Médecine et

- philosophie, 2020;29-33. hal-02490158. [cité 7 mars 2022]; Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02490158>
34. La langue française [Internet]. [cité 7 mars 2022]. Définitions de l'incertitude. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/incertitude>
35. Van der Weijden T, Van Velsen M, Dinant GJ, Van Hasselt CM, Grol R. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak.* 2003;23(3):226-31.
36. Ceccaldi J. De la science à l'ouverture clinique : gérer l'incertitude dans la relation de soin. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.* 1 juin 2012;11(3):158-63.
37. Belhomme N, Lescoat A, Launey Y, Jégo P, Cavalin C, Pottier P. Faire de la tolérance à l'incertitude une compétence médicale. *Rev Médecine Interne.* 1 janv 2023;44(1):27-30.
38. Meyers MA. *Happy Accidents: Serendipity in Modern Medical Breakthroughs.* Arcade Publishing; 2007. 420 p.
39. Fox RC. *L'incertitude médicale.* France, Belgique: L'Harmattan; 1988. 202 p.
40. Ceccaldi J, Barruel F, Goldwasser F. Chapitre 4. Quel autre regard possible sur l'incertitude dans la clinique ? In: *Du soin à la personne* [Internet]. Dunod; 2013 [cité 7 mars 2022]. p. 53-72. Disponible sur: <https://www.cairn.info/du-soin-a-la-personne--9782100587322-page-53.htm>
41. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale - Une démarche de théorisation ancrée à partir de 14 entretiens [Internet]. Strasbourg; 2013 [cité 30 janv 2023]. Disponible sur: [https://psyaanalyse.com/pdf/TOLERANCE%20A%20L%20INCERTITUDE%20EN%20MED ECINE%20GENERALE%20-%20THESE%202013%20\(73%20pages%20-%201,1%20mo\).pdf](https://psyaanalyse.com/pdf/TOLERANCE%20A%20L%20INCERTITUDE%20EN%20MED ECINE%20GENERALE%20-%20THESE%202013%20(73%20pages%20-%201,1%20mo).pdf)
42. Hillen MA, Gutheil CM, Strout TD, Smets EMA, Han PKJ. Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Soc Sci Med.* mai 2017;180:62-75.

43. Weil-Dubuc PL. Dépasser l'incertitude. Le pari hasardeux de la médecine prédictive | Revue Esprit. Esprit Presse [Internet]. juill 2014 [cité 7 mars 2022];(406). Disponible sur: <https://esprit.presse.fr/article/weil-dubuc-paul-loup/depasser-l-incertitude-le-pari-hasardeux-de-la-medecine-predictive-38010>
  
44. Belhomme N, Lescoat A, Launey Y, Pottier P. « Sans responsabilités, il n'y a pas d'incertitude » : l'expérience des internes des situations d'incertitude rencontrées lors de leurs stages. Rev Médecine Interne. 1 déc 2022;43:A342.

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maritime et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : PRIMMER Prénom : MARION

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, et n'a qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

À MOMMENHEIM, le 08/04/2024

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.