



**HAL**  
open science

# Rapport REX médecins généraliste et crise covid -Projet RESOTON : Retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise Covid-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin

Sandrine Caroly, Lucie Reboul

## ► To cite this version:

Sandrine Caroly, Lucie Reboul. Rapport REX médecins généraliste et crise covid -Projet RESOTON : Retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise Covid-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin. [Rapport de recherche] Pacte, Laboratoire de sciences sociales - Grenoble (France). 2022. halshs-03712765

**HAL Id: halshs-03712765**

**<https://shs.hal.science/halshs-03712765v1>**

Submitted on 4 Jul 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université Grenoble Alpes

## **Rapport – Projet RESOTON**

*Retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise Covid-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin*

## **Les Médecins Généralistes**

Sandrine CAROLY (PU en ergonomie – Laboratoire PACTE)

Lucie REBOUL (Post doctorante en ergonomie – Laboratoire PACTE)

Juin 2022

**ANR-21-COVR-0008**

## Tables des matières

1.	Contexte, objectifs et méthodes.....	3
2.	Les caractéristiques de la crise .....	5
	Étape 1 : Le confinement strict (mars-juin 2020) .....	5
	Étape 2 : la crise Covid en Isère (oct.-déc. 2020).....	8
	Étape 3 : La vaccination (Janv.2021-Fév.2022).....	10
	Synthèse .....	15
2.	Gérer les risques de contamination .....	17
	2.1. Trouver du matériel de protection par le biais de réseaux informels .....	17
	2.2. Éviter les croisements entre patients .....	18
	2.3. Mettre en œuvre téléconsultation .....	22
3.	Assumer (ou renforcer) de nouvelles tâches et missions .....	25
	3.1. Déployer des stratégies de dépistage.....	25
	3.2. Vacciner .....	28
4.	Gérer l'information .....	35
	4.1. Se construire des repères .....	35
	4.2. Traiter l'informations .....	36
5.	Gérer la santé des patients et la sienne .....	39
	5.1. Difficultés de suivi des patients .....	39
	5.2. Augmentation de la charge de travail des médecins, pouvant dégrader leur santé..	44
6.	Synthèse, perspectives.....	48

Remerciements

Bibliographie

## 1. Contexte, objectifs et méthodes

### **Contexte :**

Cette recherche est réalisée dans le cadre de la pandémie mondiale, qui met à l'épreuve le système de soins dans son ensemble, notamment le travail des médecins généralistes qui est ici étudié. Ces difficultés existaient avant le Covid, celui-ci joue un rôle de révélateur de tensions déjà existantes issues de plusieurs réformes successives (crise de l'hôpital, grève des personnels soignants, transformation du rôle des médecins généralistes, expansion des déserts médicaux). Nous interrogeons alors ici l'inscription de la pandémie dans ces contextes déjà tendus, en nous demandant en quoi le virus met en lumière certaines fragilités, quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins mais aussi, quelles sont leurs stratégies de « résilience » qu'il faudrait pouvoir développer et pérenniser.

### **Cadre théorique et objectifs**

Nous nous appuyons pour cela sur la définition de la crise de Hermann (1963), celle-ci comporte trois caractéristiques : 1) l'inattendu et la non-préparation (absence de moyens de protection ; caractère nouveau du virus) ; 2) le manque de temps pour y répondre (rapidité de la diffusion ; évolution permanente du virus) ; et 3) la mise en péril des objectifs prioritaires de l'organisation (de préservation de la santé des patients et des médecins). Nous complétons cette définition en ajoutant le caractère durable de la crise qui permet d'observer les réactions des acteurs au fil de l'avancée des événements. Notre propos consiste à identifier les stratégies mises en œuvre par les médecins généralistes, ces derniers devant innover et inventer des réponses, sous formes individuelles et collectives, pour agir dans un contexte de consignes floues, changeantes et d'incertitudes. Autrement dit, il s'agit de comprendre comment les médecins généralistes ont géré la crise à leur niveau, les difficultés rencontrées, leurs points de vue sur la crise, les stratégies déployées et leurs effets, les contraintes et ressources au déploiement de ces stratégies, ce qui favorise la mise de stratégies et ce qui les empêche.

### **Méthodes :**

Pour cela, nous avons eu recours à la méthodologie ergonomique, en deux phases :

- Pendant la première phase – octobre 2020-mai 2021, nous avons réalisé en zone rurale en Isère 12 entretiens exploratoires, dix sessions d'observation de l'activité des médecins généralistes et dix entretiens d'autoconfrontation de la crise Covid. Comme nous pouvons le voir sur la figure 1, ces différents moments de rencontre des médecins correspondent à des grandes étapes de la crise (Crise Covid en Isère, vaccination). Les observations nous ont permis de comprendre comment les médecins font en situation, et nous avons pu observer plusieurs situations de référence telles que : la téléconsultation ; les temps de ménage et de désinfection ; la coordination avec d'autres professionnels de santé ; la gestion des cas Covid ; les temps de rappel des consignes, etc.

- Pendant la seconde phase – octobre 2021-janvier 2022, 15 entretiens thématiques Covid ont été menés auprès de 15 médecins généralistes (9 médecins ruraux + 6 médecins urbains). Il était demandé aux médecins de raconter la crise Covid, leurs vécus, les événements significatifs, les difficultés dans la mise en œuvre de consignes, comment ils avaient déjoué ces difficultés, quels étaient les effets sur la santé des patients et la leur, et les perspectives à venir.

Pour compléter, nous avons analysé une trentaine de lettres du Conseil de l'ordre, écrites suite aux décisions prises au sein de la cellule territoriale de gestion de crise au sein du CHU de Grenoble, pour identifier des prescriptions destinées aux médecins.

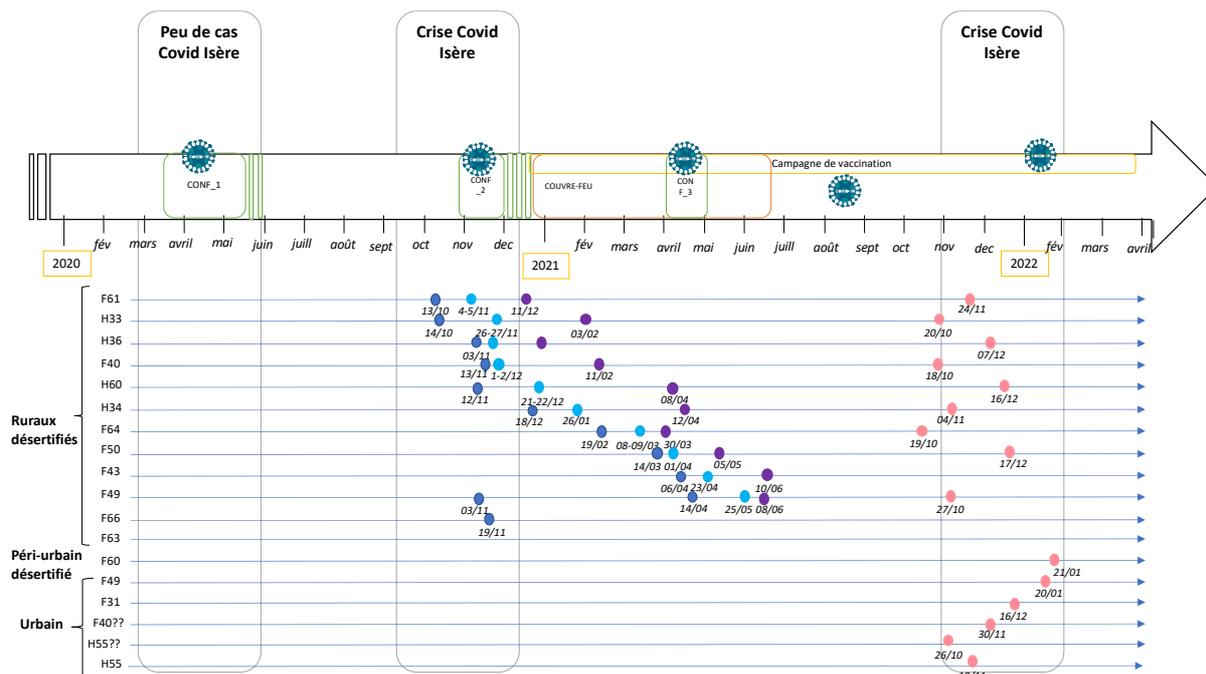


Figure 1 : répartition des 18 médecins généralistes rencontrés au cours de la période octobre 2020-février 2022 marquée par 3 confinements (conf 1, conf 2 et conf 3), un couvre-feu et la campagne de vaccination, ainsi que des pics Covid (5 vagues). En bleu foncé = entretiens exploratoires (12) ; en bleu clair = observations (10) ; en violet = autoconfrontation (10) ; en rose = entretiens Covid (15). À lire : F61 = femme médecin de 61 ans.

### Plan du rapport :

Ce rapport se compose de six grandes parties :

- la première vise à retracer chronologiquement la pandémie et à reconstituer les différentes étapes en croisant différentes sources de données : lettres du conseil de l'ordre ; grandes décisions prises (site du gouvernement) ; décisions marquant les médecins généralistes. Cela nous permet d'identifier des variations en termes de charge de travail et de cibler des injonctions contradictoires (partie 1)
- Les quatre parties suivantes portent sur les régulations
  - partie 2 : gérer les risques de contamination (trouver de l'équipement ; éviter les croisements de patients ; utiliser la téléconsultation),
  - partie 3 : assumer de nouvelles tâches inscrites en santé publique (dépister, vacciner),
  - partie 4 : gérer l'incertitude (traiter l'information, se créer des repères),
  - partie 5 : gérer la santé (des patients, et la leur propre).

- La dernière partie est une synthèse et une mise en perspective de ces résultats en insistant sur la dimension collective de cette crise. Nous interrogerons notamment le devenir du modèle professionnel des médecins généralistes et proposons des outils afin de concilier plusieurs modèles, au vu du contexte actuel (crise des urgences et de l'hôpital, désertification médicale, dégradation de la santé des patients).

## 2. Les caractéristiques de la crise

Cette première partie vise à instruire les différentes étapes de la crise de mars 2020 à février 2022, se caractérisant par de l'incertitude, des changements de consignes permanentes, une absence de moyen de protection, des contradictions, etc. Nous nous appuyons d'une part sur le récapitulatif des décisions prises pour gérer la pandémie (cf. site du gouvernement), d'autre part sur l'analyse du contenu des lettres du conseil de l'ordre adressées aux médecins généralistes et enfin sur le vécu des médecins eux-mêmes recueillis en entretiens semi-directifs.

### Étape 1 : Le confinement strict (mars-juin 2020)

Il y a, au début de crise, très peu d'informations sur le virus. Certains médecins ont anticipé en regardant les informations, d'autres ont pu se faire une représentation des enjeux via leurs propres réseaux : « *je fais partie d'un groupe de médecins, et on avait des médecins du Grand Est qui nous écrivaient, en disant « c'est l'hécatombe, on sait plus comment faire... »* » (F49). Les médecins généralistes prennent connaissance, comme l'ensemble de la population, de la mise en œuvre d'un confinement strict pour une durée indéterminée qui aura finalement duré deux mois. En raison de la pénurie de moyens de protection (masques, gel, blouses, charlottes, etc.), de tests PCR pour dépister et de l'absence de traitement ou de vaccination, ce confinement strict aura permis de juguler la virulence de l'épidémie au sein du territoire français, de ralentir les contaminations et donc d'éviter un engorgement à l'hôpital. Contrairement aux régions du Grand-Est, l'Isère concentre peu de cas Covid et l'hôpital a les capacités d'accueillir des patients d'autres départements, comme le communique le conseil de l'ordre lors d'une lettre à destination des médecins (lettre du 30/03/20). C'est au cours de cette période que s'organise une cellule de crise territoriale, basée au CHU et rassemblant une pluralité de professionnels de santé (CHU, cliniques, représentants des médecins libéraux (CO, URPS), ARS, CPAM, Ville, METRO, Éducation Nationale). Ces réunions se tiennent tous les mercredis matin du mois et sont l'occasion de faire remonter des éléments du terrain, de se connaître entre professionnels qui ne s'étaient jusqu'à maintenant jamais rencontrés, et de déboucher sur de nouvelles prescriptions plus ajustées aux réalités des professionnels Isérois. Deux médecins généralistes représentants dans ces cellules ont été interviewés dans notre étude. Plusieurs consignes mais également ressources sont données aux médecins, que nous allons reprendre.

1) Orienter les patients Covid graves au CHU et les autres urgences dans les cliniques (lettre du 22/03/20) ; et éviter au maximum d'envoyer aux urgences et donc implicitement, de prendre en charge des urgences au cabinet. Pour cela, le conseil de l'ordre met à disposition une hotline de spécialistes du CHU afin d'avoir des avis rapides et d'orienter au mieux le patient. Par

ailleurs, il est fortement recommandé le doliprane pour tous les patients Covid. Certains médecins soulignent la contradiction entre l'interdiction de certains médicaments, l'absence de recommandations et ne pas envoyer aux urgences (parfois plus compliqué en zone désertifiée):

- « *Quand j'ai vu quelles étaient les recommandations nationales, je me suis dit « faut que je me ou très peu, on n'avait des consignes venues d'en haut qui étaient désespérantes, c'est-à-dire que la prescription de certains antibiotiques pour les personnes âgées de plus de 65 ans, etc. interdiction de donner des antibiotiques à cet âge-là » (F50).*
- « *Parce que vous croyez que l'éthique, c'est dire « restez chez vous, prenez un DOLIPRANE », alors que la fièvre est le premier rempart contre les infections virales et bactériennes (...) Alors, soit ils n'ont pas été assez précis. Soit ça s'appelle une délivrance compassionnelle. On sait pas quoi donner, donc on donne ça » (H60)*

Certains médecins situés dans des communes isolées en Isère disent être privés d'indicateurs locaux du Covid dans leurs secteurs et n'avoir aucune consigne claire sur comment gérer les urgences :

*« Alors, la meilleure façon d'illustrer ça, c'est si vous regardez les bulletins de l'ordre des médecins, des 2 épisodes COVID, et les recommandations qui nous sont faites. On ne parle que de Grenoble et du bassin grenoblois. On ne parle pas du tout des autres parties du département. Nous, on a eu aucune instruction, où envoyer nos patients, où envoyer les appendicites, où envoyer les accouchements... si certains secteurs étaient réservés au COVID ou pas... on a eu aucune instruction. » (F63).*

On incite les médecins généralistes à reprendre contact avec les patients pour anticiper des éventuels retards de prise en charge (13/04/20).

2) S'équiper en matériel de protection (masques, gel hydro alcoolique, blouses) malgré la communication gouvernementale à ce sujet (l'inutilité des masques) et la pénurie de masques :

*« Par contre, les âneries qu'ils ont faites par rapport aux masques... je trouve que là, ils ont poussé, quand même » (H60).*

Le conseil de l'ordre a mis à disposition du matériel distribué de manière rationnée. Les masques font l'objet d'ordonnance pour les patients. La communication au sujet des masques n'a pas aidé les patients, selon les médecins, à bien comprendre leur utilité et donc à appliquer consciencieusement les gestes barrières :

- « *sur l'utilisation des masques, la recommandation qu'a été donnée aux patients, la population générale, ça c'était un gros gros sujet de discorde, parce qu'au départ y avait justement des acteurs de la santé qui disaient que c'était pas très utile de mettre le masque, nous on disait l'inverse aux patients, que c'était utile de le mettre, c'était une grosse source de ... enfin c'était difficile en tout cas dans la pratique, qu'il y avait pas un discours qu'était concordant entre les informations qu'étaient données et nous ce qu'on préconisait » (H33)*
- « *c'était la pénurie, mais c'est quand même un petit peu con, voilà, parce qu'après du coup plus personne ne les a pas cru » (F40).*

3) Prélever le plus possible (lettre du 20/04/20), notamment toutes les personnes symptomatiques, mais sur ordonnance pour gérer les stocks limités de tests PCR.

4) Gérer les patients Covid dans une filière différente des patients « classiques » : utiliser la téléconsultation, élaborer des plannings et aménager des locaux de manière à éviter au

maximum les croisements entre les patients. On insiste sur la désinfection systématique du cabinet et sur la mise en œuvre de gestes barrières. Il leur est suggéré de recevoir uniquement des urgences « classiques », ou alors uniquement des patients suspects Covid. Plus tard (lettre du 06/04/20), il est demandé aux médecins de reprendre le suivi des patients les plus vulnérables, à domicile et dans les Ehpad. Ces consignes sont estimées peu claires, voire contradictoires pour certains médecins :

- *« on a reçu le même jour deux infos contradictoires : une de la haute autorité de santé qui disait qu'on devait voir tous les COVID en présentiel, et une de la DGS qui disait qu'on devait surtout faire des téléconsultations, sauf pour l'évaluation des gens qui n'allaient pas bien, pour éviter les contaminations en salle d'attente. On a reçu les 2 le même jour ! » (F63).*
- *« la consigne, c'était « on ne fait sortir personne ». Au départ, on était sur quelque chose qui devait durer 15 jours » (F41).*

5) Monter des « centres Covid » sur demande de l'ARS de manière à organiser des flux de « patients Covid » et des flux de patients « classiques », pour réduire les risques de contamination et permettre aux autres patients de se rendre chez leurs médecins. Du fait de leur grande structure (maison de santé pluriprofessionnelle), F64 et H36 sont désignés d'office comme centre Covid. F64 déplore en revanche le soutien tardif de l'ARS :

*« l'ARS, ils ont réagis 15 jours plus tard, en prenant contact avec nous et en nous demandant comment on se débrouillait. On les a beaucoup remerciés de leur aide, c'est-à-dire qu'en fait ils ont été totalement nuls pendant 15 jours et puis on les a pas vu, pas entendu, rien et ils nous ont dit « ah ouais, vous vous êtes drôlement bien débrouillés, ah ben voilà, vous allez être estampé estampillé « centre Covid » (F64).*

D'autres, notamment les médecins urbains qui exercent plutôt dans des petits locaux, ont dû se réunir et s'organiser pour monter un centre Covid en trouvant des locaux, du personnel, du matériel, établir les plannings, etc. alors qu'on leur annonce (lettre du 20/04/20) la fermeture des centres Covid peu après :

*« Ils nous ont pas aidés. C'est « vous montez des centres mais vous vous démerdez ». Et à la fin, c'est « non, sur votre territoire, il n'y en a pas besoin » (F31)*

*« On était deux à essayer de monter ce projet. En fait, quand il a vu le jour, on n'en avait plus besoin. Parce qu'il n'y avait plus de COVID, parce qu'on était enfermés depuis 3 semaines. Et du coup... » (F41).*

Les médecins s'étant investis dans l'organisation des centres Covid sentent leurs efforts négligés, d'autant plus qu'il leur ait demandé réactivité pour monter des centre Covid tout en négligeant le coût temporel, humain et matériel et en n'allégeant pas les exigences administratives :

*« c'était pas très judicieux, parce qu'on est déjà un peu sous l'eau, et puis il fallait créer un dossier, se porter candidat, faire un budget prévisionnel, recruter un coordinateur... et il y a eu 2-3 retours de mails de médecins qui étaient... en colère, en burnout, par rapport à l'ARS, qui ne prend pas soin d'eux... » (H36).*

6) La mise en œuvre de la téléconsultation peut perturber les médecins pour qui l'examen clinique et le toucher sont au cœur des pratiques :

*« y a une phase où on nous a recommandé, le conseil de l'ordre et l'organisation de plus voir les patients, de gérer tout à distance, donc ben nous c'est quand même très particulier, parce*

*qu'on a toujours un rapport direct et puis un rapport à l'examen, l'examen clinique, le travail avec nos mains » (H33).*

Comme nous le verrons ensuite, le déploiement de la téléconsultation rencontre quelques embûches, dont celle d'une mauvaise qualité de réseau. L'autorisation de faire des consultations par téléphone a permis à certains médecins, notamment en zone rurale, de pouvoir faire des téléconsultations. Cette dérogation sera retirée plus tard malgré les souhaits des médecins. Aussi, pour faciliter la mise en œuvre de la téléconsultation, la CPAM autorise l'envoi des feuilles de soin en dégradé (numérisé), ce qui libère les médecins généralistes d'une charge administrative. Cette possibilité sera ensuite retirée pour revenir à la gestion « manuelle » des feuilles de soin, et provoquera la colère des médecins.

7) Assumer de nouvelles missions (dépister, tracer, déclarer) : une lettre annonçant le déconfinement (12/05/20) énonce les nouvelles missions des médecins généralistes. En effet, dans le cadre de la nouvelle loi d'état d'urgence sanitaire, le Covid devient une maladie à caractère obligatoire ce qui oblige les médecins à déclarer les patients infectés à la CPAM. Un rôle est également donné sur la gestion de la transmission du virus dans la population : ils doivent participer à des enquêtes sur l'entourage pour déclarer les cas contacts (faire du tracking, déclarer via l'application « contact Covid », communiquer les cas positifs et contacts sur Ameli pro).

#### Étape 2 : la crise Covid en Isère (oct.-déc. 2020)

Peu de cas sont remontés au cours de l'été 2020, hormis quelques clusters dans le Nord-Isère. Toutefois, le conseil de l'ordre recommande aux médecins de rester attentifs (tester, déclarer, faire appliquer les gestes barrières) car l'hôpital est sous tension, notamment en raison d'une pénurie de ressources humaines. Pour cela, il est demandé de tester toutes les personnes symptomatiques mais aussi les cas contacts, même asymptomatiques. Les actions collectives (initiatives des maisons de santé, CPTS) sont valorisées et encouragées. Un appel à volontaire est émis pour renforcer les personnels en Ehpad.

Dès août 2020, le conseil de l'ordre alerte sur une hausse de cas dans le territoire auquel se rajoutent d'autres pathologies plus classiques (traumatologie, accident de montagne, etc.). La consigne d'éviter d'envoyer aux urgences est rappelée. Mi-août (14/08), les tests deviennent accessibles sans ordonnances. En septembre, la forte hausse de cas positifs se traduit pour les médecins par une hausse de l'administratif (certificats d'arrêt de travail, déclaration des cas positifs et contacts, etc.), de demandes de la patientèle (gestion de la vie professionnelle, intime, sociale, etc.) et de rappel des consignes d'isolement/ gestes barrières.

- *« on doit aussi beaucoup répondre à des appels téléphoniques, gérer l'organisation du monde du travail car les gens ont des questions sur quand est-ce qu'ils peuvent aller travailler, quand est-ce qu'ils peuvent se faire dépister, donc... on a encore beaucoup, beaucoup de questions auxquelles on doit répondre toute la journée » (H33)*

- « *tout bêtement, sur le délai d'auto confinement des gens, je sais plus comment on dit, de quarantaine, qui changeait tout le temps, sur l'accès à l'arrêt de travail, comment est-ce qu'on fait l'arrêt de travail, est ce qu'on fait l'arrêt de travail sur Amélie* » (F40)
- « *on est devenus, vraiment, des médecins-papiers puissance 10. Puisqu'ils voulaient avoir des attestations de personnes fragiles, ou gardes d'enfants... enfin, tout passait par des certificats médicaux* » (H36)

Afin de désengorger les cabinets des médecins généralistes, la CPAM met en place un dispositif permettant de gérer les arrêts de travail des patients positifs, les cas contacts, le rappel des consignes d'isolement et les différentes étapes à suivre.

L'organisation des tests est dite complexe et chronophage : prioriser les patients (critères symptômes, comorbidités, âge, emplois), délais d'attente d'au minimum 15 minutes avant l'obtention du résultat, modes de protection des testeurs, modes opératoires précis pour réaliser un test, charge administrative plus élevée (déclarer le patient sur la plateforme) :

*« Dès qu'il y avait des états grippaux, il fallait faire un test. Sous des conditions, en plus en remplissant le SIDEPE, qui est une plate-forme administrative assez lourde, il y a beaucoup de données administratives à remplir »* (H36).

Un plan blanc est activé le 1<sup>er</sup> octobre pour maîtriser les tensions sur le capacitaire générées par la forte augmentation des cas positifs. Ce plan a pour objectif de différer dans le temps les opérations non urgentes (déprogrammation de certains gestes chirurgicaux). C'est également à ce moment-là que le projet SAS (Service d'Accès au Soin) est annoncé et commence à se déployer, sur demande de l'ARS

*« un véritable enjeu pour notre département qui a été sélectionné pour mener à bien ce projet d'accès aux soins et qui augure une nouvelle coordination Ville Hôpital . Il va reposer d'un côté sur une plateforme téléphonique qui sera installée dans le centre de régulation et de l'autre sur les professionnels de santé de territoire en particulier les médecins généralistes qui vont être sollicités pour pouvoir accueillir ces patients. Cette organisation se met en place et devra être rapidement fonctionnelle »* (lettre du CO)

La période de mi-octobre 2020 est aussi marquée par la crise dans les Ehpad : cinq font face à une mortalité importante couplée à un manque de personnel. Les urgences sont débordées. La mise en place du dispositif Covid-Adom permet le suivi des patients à risque, à domicile, par appel téléphonique.

Un confinement partiel est mis en œuvre début novembre. Une réorganisation des réanimations permet d'accueillir davantage de patients (fermeture des salles du bloc et redéploiement du personnel). Il est notamment demandé aux médecins généralistes de gérer les fins de vie à domicile et en Ehpad avec l'aide apportée par le HAD et la MSRI. Certains médecins soulignent ici des contradictions puisqu'ils disent ne pas avoir l'autorisation de donner certains médicaments nécessaires pour les fins de vie :

*« on nous a inondé de mails de la direction générale de la santé, de l'ordre des médecins, de tout ce qu'on veut, en nous expliquant que tout d'un coup... alors, nous qui n'avions plus droit de prescrire de l'oxygène à domicile, plus le droit de prescrire des aérosols à domicile... plus le droit d'avoir des anesthésiants à domicile... tout d'un coup, on devenait super compétents, on devait tout gérer nous-mêmes. On nous annonçait qu'on devait faire de la réanimation à domicile, mais on devait quand même gérer nos patients »* (F63).

Le confinement fait son effet : les cas et les hospitalisations commencent à diminuer mi-novembre mais la situation est catastrophique dans les Ehpad : la contamination est toujours virulente et les personnels sont en souffrance. Les cas positifs diminuent fin novembre et les interventions chirurgicales commencent à se reprogrammer, bien que le service de réanimation reste sous tension. Une grande campagne massive de dépistage est organisée par la région ARA du 13 au 26 décembre 2020 afin de permettre à chacun de passer les fêtes en famille, malgré la réserve du Conseil de l'Ordre et de critiques importantes de la part de certains médecins qui y voient une stratégie électorale et contre-productive à un niveau sanitaire : les citoyens pourraient baisser la garde sur les gestes barrières en étant rassurés par des faux tests négatifs

*« Malgré certaines réserves, cette campagne étant lancée autant faire en sorte qu'elle soit efficace... On nous demande de participer selon notre volonté et nos disponibilités » (lettre du CO)*

De manière générale, l'ARS incite fortement les médecins à réaliser des tests

*« Dans le cadre de la stratégie nationale « **Tester – Alerter – Protéger** », les professionnels de santé autorisés à réaliser les tests antigéniques en vertu de l'arrêté du 10 juillet modifié, représentent un maillon essentiel de l'offre de dépistage par un test antigénique en permettant notamment la multiplicité de points de dépistages locaux » (lettre du CO)*

Mi-décembre, le conseil de l'ordre évoque une situation préoccupante en psychiatrie et des effets de la crise sur la santé psychique. Le retard de prise en charge (opérations repoussées) concerne 3000 personnes. Les premiers vaccins sont annoncés pour janvier, avec comme priorité les personnes en Ehpad et les personnels soignants.

### Étape 3 : La vaccination (Janv.2021-Fév.2022)

Le 30 décembre 2020, le conseil de l'ordre annonce l'arrivée de 4800 doses et précise les spécificités des modes de conservation (dans un congélateur) ; des modes de transports et de conditionnement (5-6 doses à stocker pendant 5 jours) : de la durée de vie d'un flacon (5-6h) et des consignes relatives à la vaccination : faire un entretien pré-vaccin (contre-indications, effets secondaires), surveiller le patient pendant 15 min après le vaccin et déclarer l'acte sur Ameli. Les médecins âgés sont prioritaires : F64 se fait vacciner le 1<sup>er</sup> janvier ainsi que les collègues de H55

*« très très rapidement, on a pu vacciner tous les collègues qui le souhaitent et on a étendu la question que c'était pas que les médecins mais aussi les secrétaires, et on a étendu les... y avait des surplus de doses, donc on a étendu au-dessous de 50 ans, les quarantenaires, etc. et donc on a vacciné déjà très rapidement les collègues, avec Pfizer, on s'est pfizerisé tout au début » (H55).*

La vaccination se fait essentiellement en centre de vaccination et sera autorisée en cabinet lorsque les médecins pourront avoir accès à des vaccins à conservation « normale ». Cependant, les doses de vaccins n'arrivent pas au rythme souhaité, entraînant des réorganisations notamment dans les critères d'éligibilité des patients :

*« Les doses sont réparties sur l'ensemble du territoire. Cependant l'approvisionnement en vaccins ne suivant pas, nous sommes actuellement « bloqués ». Les priorisations ont de ce*

*fait été quelques peu modifiées : les personnes âgées de plus de 75 ans sont prioritaires ainsi que les personnes ayant des facteurs de comorbidité » (Lettre du CO)*

Pour pallier le manque de doses, les médecins parviennent à récupérer la 7<sup>e</sup> afin de se vacciner eux-mêmes (notamment les jeunes médecins) et les patients à risques.

Cependant, certains patients, notamment les catégories des âgés et/ou précaires, peuvent rencontrer des difficultés à se rendre en centre de vaccination, alors que leur vaccination est primordiale pour désengorger les urgences. C'est ce constat qui motivent H55 et son équipe à organiser au sein de leur centre de santé un centre de vaccination précoce pour vacciner en priorité ces catégories de patients, dont la plupart sont en situation de précarité (la précarité étant corrélée avec un taux de contamination plus élevé et davantage de Covid graves du fait des comorbidités et des conditions de vie). Toutefois, cette initiative n'est pas soutenue par l'ARS dans un premier temps -

*« et là ça a été un combat parce qu'on a pas pu l'avoir au départ, l'ARS a refusé, donc on a beaucoup retravaillé cette question (...) Qu'on devienne centre de vaccination. Elle disait « y a le CHU, y a le centre de vaccination de la ville, voilà, adressez les » (H55)*

- pour l'être ensuite grâce au soutien du Conseil de l'ordre :

*« quand la cellule de crise – parce que ça, ça s'est passé en cellule de crise – on y était pas mais on a envoyé des courriers, s'en est saisi, on a pu devenir centre de vaccination » (H55).*

L'arrivée des vaccins se traduit également par une hausse de demandes de conseil de la part des patients à l'égard des médecins

*« du coup, est arrivé le premier vaccin en décembre. Beaucoup, beaucoup de demandes, vous imaginez les patients. Donc de nouveau, une belle période pour les demandes de conseils. « Est-ce qu'il faut se faire vacciner ? Mais on connaît pas ces tests... », machin » (H36).*

Début février 2021, d'autres centres de vaccination commencent à ouvrir et les patients éligibles peuvent s'inscrire sur internet, sur des plannings gérés par la com'com. On demande aux médecins d'aider les personnes âgées à prendre RDV, les médecins confirmant la difficulté pour certaines catégories de patients à prendre RDV :

*« obtenir, en centre de vaccination, des places pour nos patients, ça a été très compliqué aussi (...) que c'étaient des gens qui avaient accès à internet, puisque la seule possibilité de prendre des rendez-vous, c'était internet » (F49)*

Beaucoup de médecins sont volontaires pour contribuer aux centres de vaccination pour une bonne rémunération. Fin février, la situation se stabilise malgré les inquiétudes induites par l'arrivée de nouveaux variants. Les critères d'éligibilité à la vaccination évoluent. Le projet SAS est porté par le conseil de l'ordre et l'ARS. Les vaccins arrivent au cabinet en mars 2021, avec Astra Zeneca, via les pharmacies. La DGS favorise la vaccination en pharmacie, au détriment des libéraux, ce qui déclenche la colère de ces derniers. Certains médecins se sentent négligés dans la gestion de la vaccination. Cela fait l'objet de régulation entre le président du conseil national de l'ordre des médecins et le 1<sup>er</sup> ministre :

*« Celui-ci s'est engagé à mettre à la disposition des médecins 750000 doses vaccinales ces deux prochaines semaines. Notre président lui a rappelé, en notre nom à tous, que l'attitude de la DGS et du ministère était inacceptable alors que sur l'ensemble du territoire la mobilisation des médecins généralistes a permis à la campagne vaccinale de décoller ... » (Lettre du CO)*

Les critères d'éligibilité continuent d'évoluer :

*« C'était compliqué parce que les patients éligibles changeaient tout le temps. C'est-à-dire qu'au début, ça a été les plus âgés qui allaient en centre de vaccination pour faire du PFIZER. Et puis du coup, ils ont ouvert l'ASTRAZENECA aux plus de 55 ans. Les 55-65. Les 65-75 étaient au milieu, et ils avaient ni l'un, ni l'autre. Ensuite, ils ont élargi aux plus de 50, et puis aux plus de 60, enfin... ça n'arrêtait pas de changer, donc on avait tout le temps des trucs qui se rajoutaient... » (F48).*

La polémique autour de la 7<sup>e</sup> dose est abordée dans une lettre, qui recommande malgré tout de respecter les règles de pharmacovigilance et déconseille les médecins de récupérer les fins de flacons en dépit des réticences des médecins

*« c'est qu'il y a quand même des décisions qui viennent d'en haut et qui parfois sont pas en... très, comment dirais-je, très bienveillante sur l'organisation locale (...) et la responsable un jour a reçu un appel de l'ARS, parce qu'en fait on utilisait la 7e dose systématiquement pour vacciner les patients, alors que c'était pas encore autorisé, et en gros c'est ce qu'il se faisait de partout, et du coup l'ARS a appelé juste pour dire que non, fallait pas faire ça quoi, qu'en gros pour discuter des choix d'organisation alors que c'est la responsabilité des médecins qui, enfin c'est nous qui sommes les responsables quand on vaccine et nous on l'autorisait ça » (H33).*

La récupération de la 7<sup>e</sup> dose sera finalement autorisée plus tard. Le 15 mars 2021, l'Astra-Zeneca est suspendu, plaçant les médecins généralistes dans des situations complexes vis-à-vis des patients et nuisant à la relation de confiance :

*« c'était assez horrible, je pense que les patients savaient plus quoi penser, et puis nous non plus, et puis au niveau crédibilité, on en prenait un coup aussi quoi. Mais c'était surtout se tenir au courant, c'était trop, c'était trop » (F40)*

Début avril 2021, la 3<sup>e</sup> vague entraîne un nouveau confinement, avec notamment l'entrée du variant Delta. Le vaccinodrome s'ouvre à Alpexpo dans lequel sont programmés environ 100 patients par jour. On lance une alerte sur la santé psychique des patients. Début mai, la situation s'améliore mais le service des réanimations est toujours en tension. Le conseil de l'ordre évoque dans une de ses lettres les conséquences néfastes dans la relation patient/médecin de l'interdiction unilatérale et abrupte de l'Astra Zeneca :

*« Les tergiversations des autorités vis-à-vis du vaccins Astra Zeneca ainsi que celui de Jansen ont été préjudiciables. Elles ont entraîné une réticence des patients vis-à-vis de ces vaccins qui étaient essentiellement à disposition des professionnels de santé de « terrain » en particulier des médecins généralistes, pharmaciens et IDE avec pour conséquence un retard dans les injections pour les patients relevant de ces vaccins (Plus de 55 ans) ». « malgré la campagne « aller vers » de la CPAM les médecins généralistes retrouvent cette réticence obligeant à passer du temps pour convaincre les patients à se vacciner ... » (Lettre du CO)*

Pour autant, fin mai, le vaccin prouve son efficacité par la diminution du taux de personnes en réanimation. Fin juin 2021, le plan blanc est levé et laisse place au dispositif « hôpital en tension », où la consigne de ne pas envoyer aux urgences est encore rappelée, même si l'épidémie est en régression. L'obligation ou non de faire vacciner les personnels de santé donne lieu à un débat éthique. Fin juillet, l'épidémie repart et les tensions sont renforcées par la pénurie de main-d'œuvre aux urgences, donnant lieu à la fermeture du SMUR de Voiron. Il est toujours rappelé la consigne de ne pas envoyer aux urgences. L'obligation de vacciner les

soignants est votée, et le pass sanitaire fait son entrée en septembre, débouchant sur des questions éthiques, tels que le droit à l'accès aux soins des personnes sans pass.

Le vaccin Pfizer arrive mi-juillet et les médecins ont pour mission de vacciner les personnes les plus vulnérables, ayant des difficultés à se rendre en centre de vaccination. Il est demandé aux médecins généralistes de faire la 3<sup>e</sup> dose au cabinet. Les médecins sont donc autorisés à vacciner de nouveau au cabinet en septembre 2021. Le plus souvent, il s'agit de la 3<sup>e</sup> dose (évitant ainsi de programmer la dose de rappel) avec cependant plusieurs types de vaccins impliquant des procédures différentes (Pfizer, Moderna) :

*« De devoir jongler à chaque vaccin, avoir les boîtes différenciées, refaire l'administratif, faut changer à chaque fois dans le logiciel... c'était franchement chaud. Toute la journée, j'ai eu la hantise de me planter. Entre celui qui est à 0,25, celui à 0,3... honnêtement, c'est con, mais c'est un temps et une énergie qui... 0,3 pour le PFIZER et 0,25 pour MODERNA, en quantité. Et après, faut changer aussi sur la partie administrative, faut déclarer le bon vaccin » (F31).*

Ils doivent aussi faire face à un approvisionnement au compte-goutte, avec parfois des décalages, mettant à mal leur organisation et la planification des patients. De plus, ils sont prévenus au dernier moment des changements de commande :

*« Et là oui, du coup je commande du PFIZER. Je reçois un mail du ministère qui me dit « non, vous aurez tant de PFIZER, et un MODERNA ». Ils savent ce que ça fait que de réorganiser ? (H56).*

La suspension du Moderna, comme pour l'Astra Zeneca, est annoncée dans les médias avant de l'être auprès des professionnels de santé :

*« j'ai commencé à faire les 3e injections avec le Moderna, 2 jours après, plus le droit, enfin bon mais truc de fou, et les patients au courant avant moi, enfin, des trucs de fou » (F61).*

Une autre critique porte sur la communication jugée insuffisante du gouvernement, car n'incitant pas assez à la vaccination (par ex, en rendant accessible la vaccination sur des critères d'éligibilité seulement, les patients non éligibles seraient tentés de comprendre qu'ils n'en ont pas besoin, alors que le vrai problème est la pénurie de vaccins ; les tests ont été longtemps remboursés pour les non vaccinés ; les informations sont contradictoires sur la contagiosité des enfants ; certains vaccins sont suspendus par principe de précaution, créant de la méfiance, au lieu de donner le choix aux patients de se faire vacciner ou non).

Cette crise se caractérise aussi par une profusion d'informations provenant de toutes parts (diffusion dans les médias de multiples points de vue, de nouvelles avancées scientifiques, fiables ou non, de points de vue contradictoires), de consignes multiples changeant rapidement et pouvant placer les médecins dans une réactivité permanente mais aussi dans des injonctions contradictoires. Ainsi, tous disent subir les mails fréquents de la DGS, survenant dans des moments inattendus, illisibles, denses et volumineux, s'accompagnant d'une mauvaise pression et annonçant des changements des consignes dans des délais impossibles à tenir :

- *« en plus, ça arrive au milieu de la nuit... franchement, les mails de la DGS, c'est pas directement utilisable » (F62)*

- « la DGS, ils n'envoient des messages qu'entre le vendredi 20h et le lundi 2h du matin. On a l'impression que le reste du temps, ils sont pas là. Parce qu'ils nous ont quand même envoyé un mail le lundi 1er janvier à 2h du matin ! C'était pas eux qu'on avait envie de voir à ce moment-là ! » (F31) ;
- « on avait tellement d'informations que c'était parfois difficile de faire le tri dans tout que parfois on faisait du tri rapide et on essayait de gérer localement notre situation » (H33) ;
- « Non mais les mails de la DGS... puis surtout, c'est illisible, il y a des pages et des pages, pour trouver l'info utile, voilà... » (F62) ;
- « On a toujours 2 ou 3 mails par jour, sur nos boîtes professionnelles, de la DGS... tous les jours « DGS – Urgent ! ». Donc harcèlement, même le samedi, dimanche, minuit... je pense, qui a été vécu, et qui continue maintenant.. » (H36) ;
- « C'est les mises à jour des directives qui sont insupportables, parce qu'il y a des trucs qui nous correspondent pas. Du coup, on n'est plus à jour donc c'est intenable » (H36).

Comme nous avons pu nous en apercevoir avec la suspension des vaccins, les médecins sont parfois au courant après les patients, du fait d'une stratégie de diffusion primant sur la rapidité de diffusion (informer en priorité les médias), mal vécu par les médecins :

- « ce qui est gênant, c'est quand on apprend les choses en même temps que les patients en regardant BFM, et qu'on a des confirmations écrites 24, 36, 48h après. Donc s'ils pouvaient juste mettre le mail officiel en même temps que celui qui parle à la télé, voilà. Je dis pas forcément avant, parce qu'ils veulent avoir la primeur, j'en sais rien. Ça c'est de la communication, c'est pas mon truc, mais... parce qu'il y a l'annonce télé, et après, nous, il faut qu'on réagisse alors qu'on n'a pas de consignes écrites (...) par exemple, pour les vaccins, ils disent « ça y est, demain, on vaccine telles personnes », et nous, on n'est pas informés » (F48) ;
- « on a été très isolés, c'est-à-dire qu'on a été les dernières roues du char. C'est-à-dire que des fois, on était informés après les médias. Donc le patient, il arrivait en disant « vous êtes au courant ! », mais non... le média était plus au courant que nous, quand même. » (F49).

## Synthèse Partie 1

Nous avons retracé l'évolution de la pandémie dans les périodes mars 2020-octobre 2022, à l'aide de plusieurs sources de données, pour saisir dans quelles mesures les différentes décisions affectent les médecins, synthétisée dans la figure suivante (cf. figure 2).

La durabilité de la crise donne à voir la succession de prises de décision et les effets en chaîne et en ricochet que celle-ci entraîne, dans du court et long termes. Ces éléments montrent la multi-dimensionnalité de la crise et les tensions induites par des temporalités multiples et asynchrones.

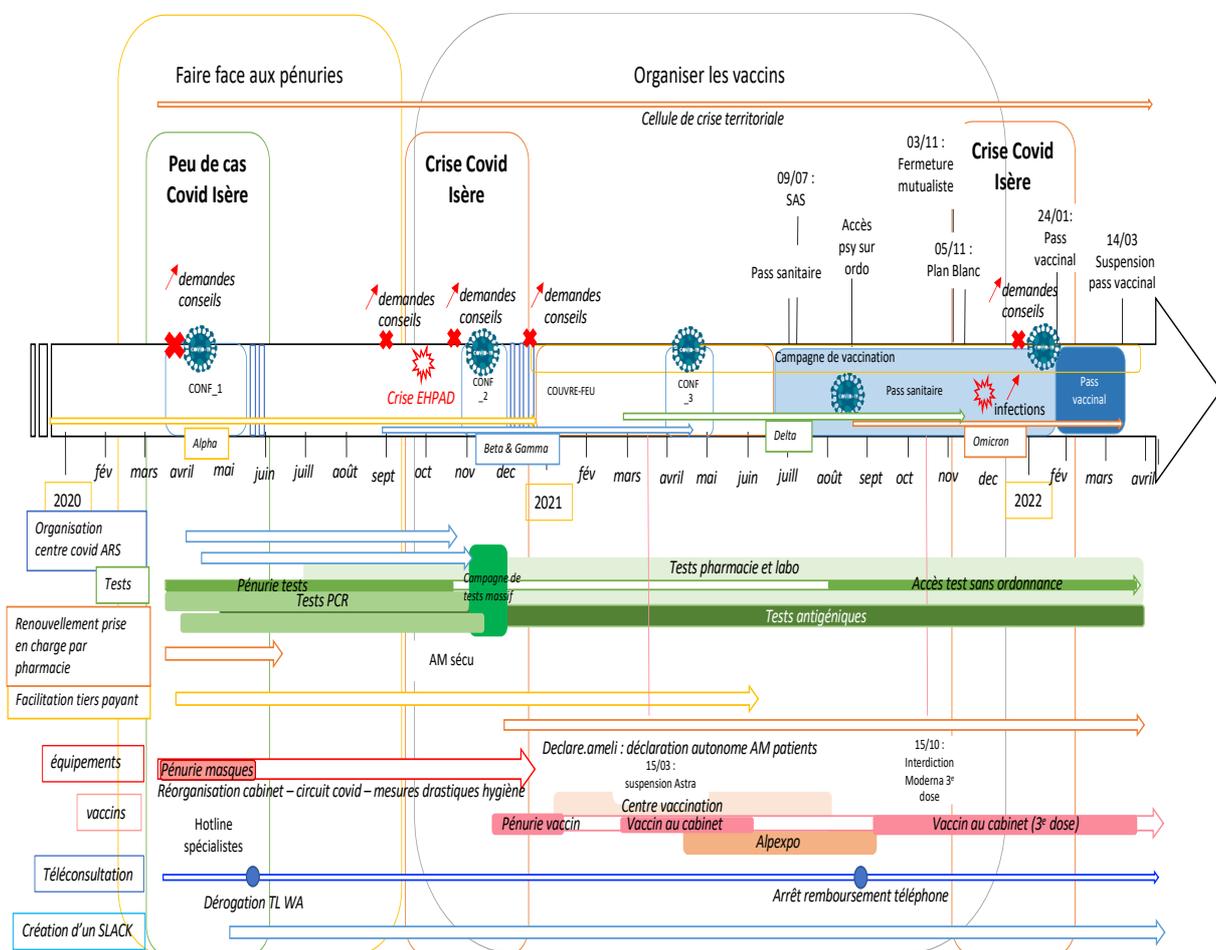


Figure 2 : Reconstitution de la crise Covid selon les différentes étapes et décisions impactant l'activité des médecins généralistes (sources : entretiens avec médecins généralistes ; analyse des lettres du conseil de l'ordre ; site du gouvernement)

La crise se constitue ainsi de :

- La temporalité liée à l'évolution du virus, marquée par plusieurs pics (amélioration, dégradation : nombre de cas positifs, de cas graves) et par l'évolution des connaissances scientifiques sur le virus et ses modes de traitements. Une meilleure connaissance du virus va permettre de mieux adapter les mesures au fil de la crise ;
- La temporalité de l'hôpital, qui connaît depuis quelques dizaines années une série de réformes (Réforme des urgences, des infirmières, diminution du nombre de lits) et qui fait face au moment de la crise à un déficit de moyens et personnels qui vont s'accroître au fil de la crise (départs de personnels soignants, souffrance, fatigue). Cette situation se détériore au fil de la crise jusqu'à la fermeture aujourd'hui de services d'urgence.
- La temporalité des moyens de protection et de gestion de crise : dans le cadre d'une politique de 0 stocks de matériel, la gestion de la crise est aussi impactée par la nécessité de protéger les personnes alors qu'il n'y a pas de moyens de protection. Au fil de la crise, cette situation va s'améliorer ;
- Une temporalité réactive et de court-terme, relative à la nécessité de réagir immédiatement et ce pour qu'un pays entier adopte les mêmes conduites, se traduisant par des consignes données par une entité centrale (DGS), évoluant très rapidement et pouvant percuter les pratiques et savoirs des médecins généralistes (masques, stratégie de dépistage, vaccins, traitements), générer des contradictions, mais aussi de l'incompréhension chez le tout-venant, dont le médecin généraliste devra assurer la mise en cohérence.
- La temporalité de la santé des patients : s'ils sont préservés de manière immédiate du virus, certains patients sont aussi sacrifiés sur le long terme : problèmes psychiques liés aux différentes mesures, l'isolement, la peur du virus ; dégradation de l'état de santé du fait du report d'opération, isolement, etc.
- La temporalité des parcours des médecins : les temporalités précédemment énoncées se rencontrent dans l'activité des médecins généralistes qui en ont charge de les mettre en cohérence. Ils ont de nouvelles missions (gérer une épidémie à un niveau local) ; renforcement de tâches jugées non médicales (gestion administrative des certificats) ; perte de pouvoir décisionnaire (prise en charge patients, vaccins) ; multiplicité des consignes et flou, etc. Selon leurs parcours et leurs choix d'exercice (individuel, collectif), les stratégies des médecins diffèrent, et c'est ce que nous allons explorer dans cette seconde partie.

Les parties suivantes visent à montrer les différentes stratégies de régulations déployées par les médecins pour faire face à l'évolution de la pandémie.

## 2. Gérer les risques de contamination

Pour rappel, la consignes était, pour les médecins généralistes, de laisser le cabinet ouvert tout en gérant les risques de contamination, dans un contexte de pénurie et de communication floue au sujet des masques. Cette partie vise à montrer comment les médecins s'y sont pris pour gérer le matériel de protection ; gérer les risques de contamination ; et s'approprier l'outil de la téléconsultation. La diversité des stratégies dépende des caractéristiques des médecins (âge, état de santé, perception du risque) ; des caractéristiques géographiques (urbains, ruraux) et de la structure (individuelle, collective) dans laquelle il/elle travaille.

### 2.1. Trouver du matériel de protection par le biais de réseaux informels

Au début de la crise, les médecins ont dû faire face à une pénurie de moyens de protection. Le confinement strict a néanmoins donné du temps et les médecins en ont profité pour s'équiper. Le message du gouvernement sur les masques a été perçu comme un abandon des professionnels de santé, d'autant plus pour les médecins généralistes qui ont dû « se débrouiller » afin d'assurer la continuité des soins en se protégeant tout en protégeant les patients.

#### **Se protéger**

Certains ont pu récupérer des masques de leurs propres stocks, datant de la grippe H1N1 (et donc périmés) « *Les COVID, j'en ai eu 2-3 fin février alors qu'il n'y avait aucune disposition, aucun masque, etc... moi, j'ai continué à les voir, pourquoi ? Parce que j'avais des masques FFP2...* » (H60). La plupart ont compté sur des réseaux de solidarité à l'échelle de la commune, notamment avec les patients « *on s'est débrouillés par nos propres réseaux locaux via des patients qui travaillaient dans des structures qui leur permettaient d'avoir accès à ce genre de masque, qui nous en ont fourni* » (H33) ; avec des proches : « *j'ai une amie – mais j'étais pas toute seule – qui a fabriqué des masques, on a eu pleins de gens qui se sont mis comme ça à fabriquer des masques, y a quelqu'un qui nous a fourni des – comment on appelle ça – des visières* » (F64) ou des industriels du secteur : « *y a un copain qui est un petit industriel du coin qui nous a fourni du gel hydro-alcoolique, on n'arrivait plus à avoir du gel hydro-alcoolique, voilà. C'était vraiment la débrouille* » (F64). D'autres acteurs ont également joué un rôle de soutien : les municipalités et autres professionnels de santé (pharmacies) : « *Et du coup on partageait même des moyens, des blouses, de machin et truc, (...) le SIAD avait plus de masques, on essayait de trouver des masques, y a eu ça aussi* » (F40) ; « *via des municipalités qui avaient en stock il y a longtemps, comme ça on a récupéré des masques FFP2 pour se protéger aussi dans le cadre de notre exercice* » (H33) ; « *on a réappris à bosser avec les pharmaciens, c'est eux qui dealaient les masques hein, alors là c'est notre organisation en interne, on a fait des listes avec des numéros, y avait des dotations de tant de masques par semaine, donc on s'est organisé sur les trois pharmacies de secteur parce qu'à une seule, ils y arrivaient pas* » (H55). Enfin, certains ont pu profiter de la dotation de matériel mise à disposition par le conseil de l'ordre « *on a eu une distribution de gels et de masques, parce qu'il y a un médecin proche de la retraite qui a pu récolter, grâce au conseil de l'ordre, du matériel. Il est venu nous en distribuer un petit peu* » (F49) ;

« Le conseil de l'ordre mettait à disposition un certain nombre de masques, il fallait prendre je sais plus où, du côté de la bidasse, c'était distribué du côté de la place Verdun, le conseil de l'ordre avait mis un espèce de truc de distribution, je crois que c'était dans l'enceinte de stocks militaires, j'y suis pas allé, donc c'était lui qui s'en occupait, donc on comptait nos nombres de médecins, on a le droit à tant de masques, il prenait la bagnole, il mettait à disposition des bidons de gel hydro alcoolique parce qu'ils avaient l'alcool, la glycérine, ils faisaient leur tambouille et mettaient à disposition des soignants » (H55).

### **Protéger les patients**

Grâce à ces réseaux, les médecins ont pu se protéger et continuer de réaliser leurs missions, dont celle de préserver les patients, notamment en leur prescrivant des masques dans le cadre de la pénurie : « c'était compliqué parce qu'il y en avait pas, y en avait très peu, et y a plein de patients qui nous ont demandé des masques (...) du coup tout le monde voulait des ordonnances pour les avoir, donc il a fallu chaque fois rationner » (H34) ; mais aussi de leur rappeler l'importance de se protéger. Ainsi, F40 et ses collègues ont écrit une lettre à destination des habitants de sa commune pour leur rappeler l'importance du masque et des gestes barrières

« quand on a commencé à avoir deux cas de COVID et qu'on voyait que les gens prenaient un peu à la légère les consignes de confinement, on a écrit un courrier à la population de Mens et des environs, et notamment on a dit avant quand le gouvernement disait qu'il fallait pas mettre de masque, on leur disait qu'il fallait qu'ils mettent un masque, n'importe quel masque, on a diffusé ce qui après était peut-être pas le meilleur patron de masque mais c'est celui qu'on avait à l'époque, le patron du CHU de Grenoble, celui avec sa couture au milieu, et on leur a dit d'en fabriquer et d'en donner aux gens » (F40).

Cela pose des problèmes éthiques pour F63, qui se dit partagée entre le fait de devoir dénoncer des situations de non respects des mesures sanitaires (un boulanger qui continue de travailler malgré l'isolement) et le secret médical, problème qu'elle va tenter de gérer avec l'avis du conseil de l'ordre

« Donc on s'est vraiment interrogés sur ce qu'on devait faire. On a posé la question à l'ordre des médecins en disant « nous, on est sous secret médical, est-ce qu'on doit dénoncer ? Qui gère l'isolement ? ». Mais c'est quand même une boulangerie qui est en face du lycée et qui délivre du pain à 2000 ou 3000 personnes par jour » (F63).

### **2.2. Éviter les croisements entre patients**

En parallèle de leur recherche de matériel de protection, les médecins ont également profité du confinement pour se réorganiser afin d'éviter les croisements entre des patients suspects Covid et des patients « classiques » alors qu'ils ne disposaient ni de tests de dépistage, ni de matériel de protection suffisant. Nous l'avons vu, les consignes étaient jugées peu claires par les médecins qui se sont sentis là aussi désœuvrés : prendre en charge les patients Covid en présentiel ou bien à distance ; ne plus prendre de patients ou alors continuer de les prendre, etc. Certains ont ainsi décidé de ne pas se fier aux recommandations pour s'organiser selon leur propre logique :

« On s'est complètement moqués des recommandations. Donc on a décidé qu'on faisait des consultations normales pour les femmes enceintes, les enfants, les renouvellements posant

*problèmes, les gens qui ont des troubles cardiaques, etc. Qu'on essayait dans la mesure du possible d'éviter de faire transiter par le cabinet des COVID, donc tout ce qui s'appelle « j'ai de la fièvre, je tousse, je mouche », c'est une téléconsultation » (F63).*

Pour la plupart, les plannings ont été réaménagés tout au long de la crise Covid. Au début, les patients Covid sont principalement tenus à distance pour prendre en charge les patients « classiques » en présentiel : « on a limité le plus possible les consultations en présentiel, si les gens avaient un tableau infectieux, on évitait de les faire venir au cabinet, on essayait de gérer le Covid à distance » (H33). Puis, avec l'évolution des connaissances et du matériel de dépistage, les médecins vont organiser leurs plannings de manière à prendre en charge les patients Covid en présentiel en fin de demi-journée ou fin de journée, comme recommandé, et les patients « classiques » le reste du temps. Cela leur permet de réduire les risques de contamination et d'optimiser les temps de ménages et de désinfection.

Une médecin, pendant la crise Covid en automne 2020, a choisi de ne recevoir que des patients Covid et de gérer les « classiques » à distance « *Puisque là, moi j'étais envahie de COVID, en octobre. Je faisais plus que ça. Les gens allaient pas bien du tout. Là, je voyais plus mes patients en consultation... enfin, les consultations normales, on les a différées. Parce que je ne voyais que du COVID. Des gens qui n'allaient pas bien du tout* » (F49).

Outre les réaménagements de plannings, cela les conduit également à apprendre à faire le tri entre les patients, à distance, pour les regrouper et limiter le risque de contamination : les urgences « classiques », les urgences « Covid », les suspects « Covid », les « classiques », etc. avec dans l'idée de gérer au maximum par soi-même pour ne pas envoyer aux urgences : « *À faire le tri de ce qui nous paraissait des consultations nécessaires. Celles qui étaient nécessaires, on les voyait en fin de matinée, pour celles qui ne ressemblaient pas à du COVID, et en fin d'après-midi pour celles qui ressemblaient à du COVID* » (F63). Les réorganisations des locaux des médecins (deux circuits « Covid » et « classique » : condamnation salle d'attente ou réaménagement (enlever des sièges, les tissus, les magazines), création d'un bureau Covid, etc.) dépendaient aussi pour beaucoup de leurs propres moyens en matière de structure, d'équipe, de temps ou encore selon leurs propres caractéristiques en santé.

**1) Du temps disponible pour certains** : les médecins ne disposaient pas tous du même temps pour se réorganiser. Les médecins « ruraux » expliquent avoir reçu à nouveau leurs patients au sein du cabinet au bout de deux semaines et d'avoir été très vite surchargés : « *moi j'avais surtout peur d'être HS pendant deux semaines et de surtout pas pouvoir bosser et après devoir refaire, rattraper tout le retard, parce que finalement, nous, contrairement à certains en ville, on a pas eu du tout de baisse d'activité, on a même eu une augmentation d'activité après les deux semaines ou on avait essayé de fermer* » (F40). Cela peut s'expliquer d'une part, du fait d'un volume plus important de patients à gérer en zone rurale, et d'autre part, de marges de manœuvre plus grandes étant donné qu'ils ne vivent pas dans la promiscuité comme en zone urbaine, et enfin parce que le médecin est le premier recours aux soins. A l'inverse, les médecins urbains décrivent un « désert » pendant deux mois du fait de l'absence de patients, d'autant plus que la pharmacie prenait en charge les renouvellements d'ordonnance « *Donc c'était le grand désert, on prenait personne, ni en consultation, ni en téléconsultation. Les renouvellements, ils les faisaient faire par le pharmacien, parce qu'ils avaient le pharmacien. Donc oui, c'était un grand blanc. Pendant un bon moment... je pense que*

*pendant tout le premier confinement, ça a été un peu comme ça. C'était l'isolement total » (F31). Ils en ont profité pour se réorganiser, faire du rangement, faire les courses pour les autres, etc. : « Au début, on a rangé des choses [rires] ! Après, voilà, ça nous a permis de nous organiser. C'est vrai qu'à la fin du confinement, ça commençait à être... en avril... c'était vraiment creux. Il y a un jour où je n'ai eu qu'une personne ! Donc... ouais, c'était... un peu bizarre » (F48).*

**2) S'appuyer sur la structure (locaux, collectif) :** les structures collectives ont mis en œuvre une spécialisation des tâches : F64 et ses sept collègues médecins généralistes ont organisé une « régulation Covid » consistant à ce qu'un médecin prenne en charge des patients Covid une demi-journée par semaine. F40 et ses trois collègues ont réorganisé les tâches pour limiter les risques de transmission : F40 et sa collègue restent au cabinet pour assurer les consultations en présentiel, une collègue ne fait que des visites à domicile et la dernière se charge des visites en Ehpad : « Parce que moi c'était un peu le problème quoi, on avait peur de ramener du Covid en maison de retraite ou à domicile, en voyant des gens Covid » (F40). H55 répartit les tâches et des responsables de type « responsable matériel de protection ».

Les grandes structures de type « maison de santé pluriprofessionnelle » ou « centre de santé », réunissant des paramédicaux, ont pu récupérer les locaux des paramédicaux qui avaient arrêté de travailler pour les transformer en circuit Covid. Les réorganisations au sein de la maison médicale de F64 et H36 correspondaient à ce que l'ARS attendait en termes de centre Covid et ils ont ainsi été désignés comme tel pour accueillir les patients suspects de leur secteur. Toutefois, ces centres Covid n'ont pas eu le succès escompté en raison d'un faible taux de personnes suspectées Covid : « Il y a eu très très peu de... le centre COVID, il n'avait pas beaucoup d'intérêt, à cette époque » (H36) mais aussi de la distance aux centres : « il fallait qu'on leur envoie que si on était trop débordés, je pense, y avait ça, et que c'est quand même loin Monestier, c'est 30 minutes, moi ça m'embêtait un peu » (F40).

À l'inverse, les structures individuelles et/ou dans un petit local rencontrent plus de difficultés car devant assumer seul l'ensemble des tâches et gérer les risques de transmission, dans des lieux étriqués. Ainsi F61 a, pendant longtemps, condamné sa salle d'attente, même en hiver, de manière à gérer au mieux les différents flux, tout en conservant un créneau de salle d'attente pour les patients vulnérables qui ne peuvent attendre dehors. F40, qui exerce avec sa collègue dans un petit local, doit également repenser la géographie des lieux pour créer un bureau « Covid » : « c'est pas hyper pratique le cabinet médical, on avait une espèce de petite salle d'attente, avec des portes qui donnent sur le couloir, et moi mon cabinet médical il a pas de sorties extérieures, et donc on a tout réaménagé pour faire un bureau COVID et un bureau autre » (F40). Les médecins « urbains », qui peuvent moins facilement fermer les salles d'attentes, ont alors réaménagé le cabinet avec cependant de plus grands risques de contamination « comment voulez-vous qu'on reçoive les COVID, on est dans un bureau hyper petit, sans aucune fenêtre. La salle d'attente, pareil, hyper étriquée »... moi, j'avais mis des sacs DASRI pour qu'ils fassent un siège sur deux » (F31). C'est ce qui a motivé le regroupement de certains médecins urbains qui ont profité du temps du confinement pour monter un centre Covid, projet qui n'a pas été mené à terme en raison d'une absence de cas Covid, mais aussi par manque de soutien des politiques locales :

- « *Donc on avait fait le premier planning, on avait réussi à retrouver le matos, la clinique nous prêtait des locaux, avec les ordinateurs. On a passé des heures à démarcher les labos pharmaceutiques, les mairies... tout ça pour rien* » (F31)
- « *on a monté un centre COVID sur la rive gauche du Drac, j'ai été très partie-prenante de ça, on a été très aidés par les politiques. Et puis après, il y a eu les élections, et la maire d'après, elle ne croit pas au COVID, donc* » (F62).

**3) Des réorganisations selon l'état de santé du médecin** : les réorganisations des tâches et des plannings se sont aussi réalisées en tenant compte de l'âge et de l'état de santé des médecins. Deux médecins, femmes âgées avec des comorbidités expliquent avoir pu se reposer sur d'autres pour se mettre à l'abri : F62 s'est éloignée du cabinet en effectuant exclusivement la téléconsultation à domicile et en pilotant des projets (centre Covid, tests, vaccination) « *Moi, je fais partie des gens à très haut risque, en termes de santé. Donc ma préoccupation, le dimanche où le confinement a été annoncé, ça a été à la fois que mon cabinet et mes patients puissent continuer, que mes patients puissent être soignés, et à la fois, que moi, je puisse être protégée très vite (...)* Donc il a fallu 3 jours pour que j'arrive à organiser le cabinet, que je trouve des remplaçants pour les 6 semaines à venir, que je fasse les commandes de matériaux de protection, que j'installe le cabinet... » (F62).

F63 et sa collègue ont dédié la prise en charge des suspects Covid à un jeune interne déjà contaminé : « *on essayait de pas chopper le COVID. J'ai 63 ans et demi et je suis asthmatique, donc... elle, elle a un conjoint qui est obèse et diabétique, donc on essayait de pas... donc on était dans un isolement total, avec très peu d'informations, très peu d'aide, de sollicitations. C'était du grand n'importe quoi.* » « *à ce moment-là, c'est notre interne qui a déjà eu la COVID et qui donc, ne risque rien, qui les reçoivent dans une salle à part en les mettant dans leur voiture et en allant les chercher, consultation par consultation* » (F63).

Même si F61 dit ne pas avoir eu peur d'attraper le virus, elle a déployé une énergie considérable comparé à ses confrères/consœurs pour limiter au maximum les risques de contamination en appliquant les gestes barrières de manière drastique : « *c'était très difficile, puis moi à la maison je voulais pas le ramener quoi, donc pour moi j'avais pas peur, voilà. Parce qu'ici les mesures barrières tu as vu, elles étaient hyper bien respectées* » (F61). Elle est en effet dans un petit local, en individuel, et ne peut se reposer sur les autres pour une spécialisation des tâches. Elle compense alors par un ménage intensif entre chaque consultation et nous avons pu observer à maintes reprises le temps passé à éduquer le patient pour qu'il réalise correctement les gestes barrières. Systématiquement, elle commence par mettre les affaires du patient dans une corbeille, puis désinfecte ses mains ainsi que les cartes bleues et vitales. Et si un patient touche ses lunettes après qu'elle lui ait désinfecté les mains, elle va de nouveau les désinfecter, et ce plusieurs fois d'affilée jusqu'à ce que le patient comprenne. Ainsi, la mise en place des consignes nationales n'a pas les mêmes effets dans l'activité des médecins, selon qu'ils exercent en individuel, dans des petites ou grandes structures et leur perception du risque pour eux et pour les patients. Deux réalités contrastées apparaissent entre F64, qui parvient à créer deux filières Covid et spécialiser les tâches, et F61 qui, pour compenser les risques de contamination liée à la taille de sa structure et l'absence de possibilité de répartition des tâches, augmente les temps de ménage et d'éducation des patients.

### 2.3. Mettre en œuvre téléconsultation

Pour faciliter la prise en charge des patients (Covid ou classique), la téléconsultation a été vivement recommandée. Il s'agit d'un logiciel professionnel qui se trouve sur SISRA. On a pu d'abord constater que cet outil permettait de poursuivre d'autres buts que celui de diminuer les risques de contamination, tel que répondre à la demande de la patientèle « *globalement les gens sont satisfaits parce qu'ils restent chez eux, ils ont plus besoin de se déplacer, et puis pour beaucoup de problèmes qui sont des problèmes mineurs, ça rend bien service* » (F61) ; se protéger soi ; mais aussi valoriser des actes habituellement non rémunérés (rappeler un patient suite à des résultats, renseigner, etc.) « *Après, on l'a aussi utilisée pour des choses que d'habitude on gérait par téléphone gratuitement, et que pour le coup on a fait passer sur des téléconsultations téléphoniques, on s'est fait pour une fois payer ce temps on va dire* » (H34) – ce que nous précisons comme n'étant pas partagé par l'ensemble des médecins. F63, par exemple, ne fait pas forcément payer la consultation par téléphone s'il s'agit de voir la personne au cabinet ensuite : « *des fois, vous faites un appel au téléphone, plus une consultation, mais vous comptez qu'une consultation. C'est comme si vous aviez vu 20min votre patient, alors que ça vous a pris... le temps de la secrétaire pour programmer la téléconsultation, le temps de la téléconsultation, l'évaluation, la décision de le voir au cabinet* » (F63). Par ailleurs, la téléconsultation s'est accompagnée de la possibilité laissée par la CPAM d'établir des feuilles en soin en « dégradé », c'est-à-dire en numérique. Cela se traduit par une charge administrative moindre pour les médecins qui ont fortement apprécié cette mesure, et qui regrettent aujourd'hui son retrait : « *du coup on a reçu des courriers assez désagréables nous disant qu'on était en tort et qu'on avait 20 jours pour régulariser et envoyer les feuilles de soin papier, sinon, on allait rentrer en procédure contentieuse avec un huissier. Donc on fait le tiers payant de cette manière-là, on envoie des feuilles de soin papier que quelqu'un saisit à la sécurité sociale et tout ça alors que ça marchait très bien par informatique mais ça fait partie des petites mesures vexatoires* » (H34).

Le déploiement et l'appropriation de la téléconsultation se fait de manière inégale entre médecins, selon que :

- **le médecin soit informatisé ou non et selon sa conception du métier** : « *non moi je suis un vieux médecin, je fais pas de téléconsultation, d'ordinateur, je fais de la médecine, j'examine (...) je crois que je saurais même pas faire et puis j'ai même pas envie de faire ça. je ferai autre chose si je devais faire de la téléconsultation, je ferai autre chose, je ferai un autre métier* » (H57)

- **ces derniers aient reçu une formation avant ou non** : « *c'est quand même pas évident de maîtriser l'outil déjà, faut s'habituer* » (H34), « *au niveau du logiciel, on avait pas la MAJ, on avait pas le TCG – cotation TCG, et on savait pas comment faire l'exonération particulière là, EXO 5, donc il a fallu aussi contacter l'informaticien, tout ça c'est des petites choses mais c'est, rien que d'en parler j'ai de nouveau mal à la tête* » (F40) ;

- **le logiciel du médecin est compatible avec l'outil** : « *Et puis après moi avec l'informatique ça a été très, très compliqué, donc là, j'ai passé une semaine et ça tombait bien où y avait pas de patients, où j'ai passé des dizaines d'heures ici à réussir à mettre en route l'informatique qui marchait pas* » (F61) ;

**- le lieu d'exercice, les zones rurales ayant moins de réseau**

- « *et comme la téléconsultation, oh oui la téléconsultation, ben quand vous avez un réseau de merde ben soit vous avez l'image, soit vous avez le son, soit vous avez rien... (...) c'est un stress supplémentaire, c'est des frais supplémentaires – moi je veux bien avoir des frais supplémentaires si j'ai un vrai service quoi !* » (H60)
- « *et puis accessoirement les débits, que ce soit pour nous le cabinet et encore plus pour les gens qui habitent autour de la côte saint André, le débit est pas top, donc les vidéos étaient pas tops, on les entendait plus qu'on ne les voyait, et c'est quand même plutôt une médecine un peu au rabais* » (H34)
- « *on touche aux limites du déploiement de la fibre sur tout un territoire et donc parfois ça captait pas bien, ou on avait des patients qui eux n'avaient pas accès à un réseau suffisant pour avoir une vraie téléconsultation* » (H33) ;

**- Les caractéristiques de la patientèle (personnes âgées, peu agiles numériquement) :** « *Et puis même la téléconsultation, c'est pas accessible à tous, on a des patients qui peuvent pas avoir accès à la téléconsultation, faut gérer, enfin surtout les patients âgés qui maîtrisent pas les outils type smartphone ou tablette* » (H33).

- En outre, **tous soulignent la mauvaise qualité de l'image du logiciel professionnel** « *Sauf que les outils n'étaient pas prêts, y avait mon SISRA, enfin le système, SISRA, ça vous parle ? qui marchait pas bien, ils avaient une plateforme vidéo qu'était quand même moche comme tout* » (H55).

Face à ces difficultés, nous relevons deux types de régulations :

- une première consiste à garder le logiciel professionnel et à apprendre aux patients à s'en servir. C'est la stratégie de F61, qui prend ainsi du temps à expliquer aux patients comment télécharger le logiciel, son fonctionnement, à rappeler la nécessité d'être à l'heure pour ne pas se louper. Ainsi, pendant la séance de téléconsultation au cours des observations, de 18h à 22h30, F61 gère les dysfonctionnements, replanifie l'ordre du planning de consultation, et tente de joindre par d'autres moyens les patients pour leur demander de se connecter. Lors de la gestion d'une urgence entre deux RDV, celle-ci va prendre plusieurs minutes sur les cinq passées avec le patient pour lui donner les indications pour se connecter le soir en téléconsultation.

- une seconde a été de demander une dérogation à un niveau institutionnel pour obtenir l'autorisation de réaliser des téléconsultations par téléphone uniquement : « *quelques semaines plus tard, donc on avait fait remonter ça à la fédération nationale des centres de santé, en disant non, enfin on fait le boulot, c'est juste la galère, on est dans la mouise, nos chiffres d'affaire s'effondrent (...) donc c'est remonté au niveau régional, national et très rapidement y a eu cette dérogation pendant la crise* » (H55). Cette régulation est possible parce que H55, médecin généraliste, est aussi un médecin engagé dans plusieurs structures et s'est constitué un réseau. De nombreux médecins ont profité de cette dérogation qui permettait une plus grande accessibilité aux patients et de perdre moins de temps moindre.

En interrogeant les médecins un an plus tard, nous avons pu les questionner sur la pérennité de la téléconsultation. La plupart d'entre eux l'ont arrêté, pour les raisons suivantes :

- **l'importance de l'examen clinique** : « *Moi j'aime pas. Mais c'est très personnel. Mais j'aime pas. J'aime bien voir les gens et les examiner. La clinique avant tout, comme on dit. Non, j'aime pas* » (F31) ;  
« *j'en avais marre. D'abord moi j'aime bien toucher les gens, et d'une, puis les voir* » (F61) ;

- **la charge supplémentaire** : « *je trouve ça beaucoup plus fatiguant la téléconsultation parce que faut se concentrer au téléphone et puis en fait, il faut envoyer l'ordonnance par SISRA, envoyer des trucs sur leur mail, récupérer leur mail, voir comment on est payé, comment on s'organise avec eux pour qu'ils nous payent, enfin, je trouve ça fatiguant. Et puis même l'envoi de l'ordonnance par SISRA, parfois SISRA plante donc il faut pas oublier qu'on a pas envoyé l'ordonnance d'untel, faut se faire une liste, bon* » (F40)

- **l'arrêt de la dérogation par téléphone** : « *j'arrive pas du tout à comprendre, c'est pourquoi les téléconsultations avec la mauvaise qualité des vidéos sont reconnues comme prise en charge par la sécu, alors que les consultations téléphoniques qui elles sont de bonne qualité, quand on a pas besoin de vidéos ben on a pas besoin de, un téléphone ça suffit* » (F64).

D'autres la maintiennent et y voient un système pérenne :

- de manière fréquente, pour plusieurs motifs et pour gérer des difficultés de la vie personnelle des patients (impossibilité de se rendre au cabinet pour une mère de famille ou des étudiants) :  
« *Je les ai gardées parce que... j'en ai 2-3 par jour, et ça sert vraiment... ça a servi beaucoup dans l'été, où les gens étaient pas là. « J'ai une infection urinaire, je suis au fin fond de la France, je trouve pas de médecin »... et là, globalement, ça sert à tous les petits étudiants qui ne trouvent pas de médecins à Lyon, Grenoble ou Chambéry, et qui ont un petit problème, et qui ont besoin d'un avis* » (F49) ;

- de manière occasionnelle, pour certains motifs et selon des protocoles pour éviter les dérives :  
« *qu'est-ce qu'on garde de la téléconsultation, parce que c'est un nouvel outil qu'on utilisait très peu alors qu'il existait avant, qu'on a beaucoup utilisé pendant les confinements et on a commencé à réfléchir à qu'est-ce qu'on fabrique de tout ça. quelles sont les bonnes indications de téléconsultations* » (H55), et sous condition de connaître le patient : « *j'ai fait de beaux diagnostics en téléconsultation parce que je connais les gens, moi je pense que la téléconsultation c'est une grave erreur quand on connaît pas les gens, c'est dangereux, très dangereux* » (F61).

### 3. Assumer (ou renforcer) de nouvelles tâches et missions

Comme nous l'avons vu, suite au premier confinement, de nouvelles tâches apparaissent inscrites dans des missions de santé publique : s'inscrire dans les stratégies de dépistage des patients, déclarer et mener des enquêtes auprès des cas contacts, et plus tard, vacciner les patients. Or, ces nouvelles missions s'accompagnent aussi d'une augmentation de tâches administratives et d'une implication plus grande du médecin dans la vie privée et professionnelle de leurs patients en devant attester de sa bonne ou mauvaise santé pour toute activité. Cela renforce pour certains un rôle déjà critiqué de « médecin papier ». Quant à la mission de vacciner, celle-ci fait l'objet de positions différentes entre les médecins. Quoi qu'il en soit, ces missions réorganisent fortement le travail des médecins qui doivent faire face à une hausse de demandes patients, d'administratifs et une adaptation permanente aux consignes liées à la vaccination. Les stratégies dépendent ici de la structure et de la disponibilité de personnes ressources (secrétariat, infirmière) ; de l'ancrage de la pratique du médecin dans la santé publique et des ressources propres à chacun (expérience).

#### 3.1. Déployer des stratégies de dépistage

##### **Dépister dans un contexte de pénurie de tests**

Une des nouvelles tâches des médecins, comme le mentionne un message de l'ARS, consiste à dépister au maximum afin d'orienter au mieux les patients : isolement, arrêt de travail, urgences, etc. cela s'accompagne d'autres sous tâches, notamment administratives, telles que la déclaration des cas positifs et des cas contacts. Mais comme pour le matériel de protection, les médecins font face dans un premier temps à une pénurie de tests. Les stratégies sont :

Prioriser les patients en ayant besoin, autrement dit à se créer des repères et une expertise sur le virus et des critères d'éligibilité aux tests partagés, point que nous aborderons dans la partie suivante :

- « Fallait être très pragmatique et donc c'était difficile de parce que parfois, nous on aurait préféré tester tout le monde » (H33),
- « On avait des tests, mais c'était la galère pour en avoir. C'est-à-dire que les gens, on leur disait d'aller se faire tester, et ils étaient testés 3 ou 4 jours après, fallait prioriser... (...) quand on était vraiment très inquiets, on appelait les labos. Sinon, c'était un peu au petit bonheur la chance (...) Donc nous, les patients nous appelaient en nous disant « je veux une ordonnance pour aller me faire tester », donc il fallait qu'on détermine si ça méritait une ordonnance, entre guillemets, ou pas » (F48) ;
- « on s'est organisé, c'est difficile d'avoir des tests, c'est fondamental à l'époque, y avait pas d'autres trucs, c'était des délais importants, il fallait sortir du quartier, on a fait une organisation. Des secrétaires de chez nous se sont mobilisées, on a fait des créneaux, etc. » « donc avant on avait fait les dépistages avec les tests PCR, donc trouver le matériel nécessaire pour protéger nos préleveuses, trouver un schéma d'organisation à qui on prélève (...) On avait fait la priorisation,

*les prélèvements sont en premier pour les symptomatiques + vieux + précaires, donc on a réorganisé autour de la question des patients » (H55).*

Isoler tous les patients suspects : En l'absence de suffisamment de tests et par principe de précaution, les médecins préfèrent isoler tout patient suspect et faire des arrêts de travail :

- *« Et des demandes d'arrêts de travail sur des suspicions COVID, c'est-à-dire qu'on ne pouvait pas faire de test, il n'y avait pas de tests disponibles, il fallait arrêter toute pathologie qui pouvait être du COVID » (H36) ;*
- *« nous on aurait préféré tester tout le monde plutôt, qu'il y ait des gens qu'on a arrêté pour des tableaux viraux, parce qu'on savait pas ce qu'ils avaient » (H33) ;*
- *« Donc les gens qui avaient des symptômes grippaux, on les isolant en leur disant « c'est peut-être ça, mais on saura jamais ». Donc tous ceux qui avaient le nez qui coulait étaient enfermés chez eux sans savoir ce qu'ils avaient » (F48).*

### **Déployer des stratégies au niveau de la commune**

Pendant la 2<sup>nd</sup> phase, les cas positifs augmentent de manière importante et renforcent le rôle du médecin pour dépister les cas et isoler les patients. Pour rappel, cela se traduit par une hausse du travail administratif : nombreux arrêts de travail, déclaration des cas contacts, certificats autorisant ou interdisant une pratique sportive, etc. À cela se rajoutent des stratégies estimées contreproductives des politiques de la région ARA : campagne de dépistage massif.

Pour maîtriser cet afflux de cas Covid et les retombées dans les vies personnelles et professionnelles, certains médecins se trouvent impliqués dans la médecine scolaire : pour éviter la fermeture de l'établissement scolaire de sa commune et par ricochet, l'assignation à domicile des parents, H36 élabore des protocoles en concertation avec le directeur, inspecteur, Mairie, parents d'élèves, infirmière : *« On avait fait des critères simples, pour éviter les absentéismes scolaires. Et ça, ça avait été un gros boulot pour éviter la demande de test excessive, et l'absentéisme, en disant « un enfant, il a le rhume, faut le tester », tout ça... donc on avait fait un protocole interne qui avait bien fonctionné (...) Donc ils avaient sollicité l'avis... j'avais fait une rencontre avec la Mairie, les parents d'élève et la directrice » (H36)*

Pour limiter les risques de contamination à la période Noël dû à un relâchement des gestes barrières suite à la campagne de dépistage massif (comportant des tests faux négatifs), H34 passe du temps à rappeler les consignes et l'importance de maintenir les gestes barrières : *« on perd un temps fou à leur expliquer que ça ne sert à rien, que c'est même plutôt négatif plutôt qu'autre chose, mais c'est le genre de décision à mon sens électoraliste et un peu bête qui voilà fait perdre des heures et des heures d'explications, et va aussi probablement mettre des gens dans des situations à risques pendant les fêtes » (H34).*

### **Déléguer les tests pour réduire la charge et se préserver**

Nous l'avons vu, les tests sont aussi chronophages (gérer matériel, réalisation du tests, attente des résultats pendant 15 min, déclaration du patient positif et des cas contacts, etc.) :

- *« Moi, j'ai jamais fait de tests (...) C'était trop compliqué... (...) Oui, parce que pour faire un test, il faut du matériel de protection, mettre des sur-blouses, des charlottes... et puis faut pouvoir aérer.*

*Donc après... comment faire ça ? Dehors, dedans, à quel moment de la journée... ? On s'est pas lancés dans les tests » (F48) ;*

- *« les infirmières ont commencé à faire des tests et puis je pense que ça a été les laboratoires et les pharmacies ont vu le gros intérêt pour leurs bourses je pense et du coup ça a été beaucoup facilité » (F64) ;*
- *« De la même façon, pour me protéger, je ne les faisais pas, moi. Alors, il se trouve que j'ai un gendre qui est infirmier. À ce moment-là, il était étudiant infirmier, et qui habite tout près de chez moi. Donc on regroupait les gens qui avaient besoin des tests antigéniques en fin de journée, et donc il venait en fin de journée, dans une pièce dédiée. Un bureau vide en fait, dans le même couloir » (F62).*

### **Gérer la charge liée aux demandes des patients**

Il s'agit également de répondre aux multiples demandes de conseils et d'informations de la part des patients, qui s'adressent à leur médecin pour connaître la conduite à tenir dans un contexte où les consignes d'isolement, etc. évoluent rapidement (sur la durée du confinement, sur les cas contacts, sur l'isolement ou non des enfants, sur les couvre-feux et confinements, etc.), renforçant un rôle peu apprécié des médecins dit « médecin-papier ». Pour gérer cet afflux de demandes, les médecins :

- délèguent en augmentant le volume horaire du secrétariat : *« en augmentant les heures de nos secrétaires pour répondre plus au téléphone, parce qu'on avait une demande téléphonique beaucoup plus importante » (H33)*

- planifient des créneaux dédiés à ces questions : *« on a changé tout de suite nos agendas en mettant des plages d'une heure, par demi-journée, par médecin, pour des demandes de conseil » (H36)*

- tentent d'agir sur la charge en éduquant le patient : *« les centres de sport se sont mis à demander des certificats de sport, alors qu'on avait 3 ans d'attente pour les faire. Redemander des certificats de sport en disant « à cause du COVID, on veut être sûrs que les gens sont capables de faire du sport ». Les 3 premiers qui ont appelé, ils se sont fait engueuler. Alors après, on a discuté, on a dit « c'est pas de leur faute », donc on donne maintenant la réponse « non, vous direz à votre club de sport qu'on est suffisamment débordés comme ça, et qu'il n'y a aucune raison légale de leur redemander un certificat, donc vous leur dites que le médecin a dit que ce n'était pas légal ». Mais on leur dit gentiment [rires] ! » (F63).*

### **La déclaration autonome des patients sur leurs arrêt de travail : bénéfices et contraintes pour le médecin généraliste**

En parallèle, une autre stratégie nationale a été mise en œuvre de manière à gérer les cas positifs et les cas contacts : le dispositif *declare.améli.fr* qui permet aux patients de se déclarer de manière autonome et d'avoir un certificat d'arrêt sans passer par le médecin. Cela désengorge les cabinets des médecins, ce qui permet, pour les médecins ruraux, d'assurer la continuité des soins aux patients : *« y a eu declare.améli.fr, ça nous a bien soulagé quand même hein, on n'en pouvait plus de voir les gens juste pour des arrêts de travail, ça nous a quand même bien soulagé (...) Nos consult's sont beaucoup moins perturbées par des consultations de Covid. Donc j'ai pu rouvrir des créneaux et du coup ça a relâché aussi la pression » (F40)*, mais pour certains médecins, notamment urbains, cela vide les cabinets : *« on est repassés à grand vide, quoi... en fait, à un moment donné, l'équilibre n'était pas bon. Les cabinets se sont re-vidés, et on s'est sentis plus shuntés*

*qu'aidés » (F31). De manière générale, cela occasionne une perte de visibilité sur l'épidémie à une échelle locale : « mais nous a notre échelle locale ou y a finalement pas beaucoup d'info épidémiologiques, ben du coup on n'a pas vu du tout l'ampleur du truc. On a su que 2 ou 3 semaines après en fait, que les gens étaient malades parce qu'ils nous ont pas contactés, parce qu'ils pouvaient faire tout tout seul, ils pouvaient faire le PCR, s'isoler » (F40).*

Cela transforme dans une certaine mesure le rôle du médecin généraliste qui devient la seconde main de la sécurité sociale, en assurant la prise en charge des dysfonctionnements : *« en ce moment, j'ai des gens qui m'appellent en me disant « j'ai pas eu mon arrêt maladie que la sécu devait m'envoyer »... on fait aussi beaucoup de service après-vente des problèmes informatiques liés à tout ça (...) Donc ils doivent aller eux-mêmes sur un site internet pour se déclarer positif et obtenir leur arrêt de travail, mais ça marche pas toujours. Donc après, ils nous appellent. Tout ça, c'est du temps qui sert à rien, qui est perdu. Ça soigne personne et ça nous prend du temps. Donc globalement, la charge de travail... » (F48), et augmente la charge de travail : « c'est décousu, c'est... je sais pas... on reçoit un test positif, on a jamais eu la personne au téléphone, on sait pas d'où sort le test, on essaie de l'appeler, on n'arrive pas à la joindre. Donc on va passer 4 fois l'appel dans la journée, puis elle va nous apprendre que finalement, c'est la CPAM qui a géré le truc, mais nous on savait pas. Personne nous a dit que c'était un cas contact qui a été géré par la CPAM » (F63). En outre, cela a pu donner lieu à des diagnostics tardifs pour des patients qui ne venaient plus consulter au cabinet : « Et on a eu des gens, par contre, qui étaient sur diagnostic tardif... mais trucs infectieux, parce qu'ils ont tout fait pour ne pas venir nous voir parce qu'ils n'avaient pas de jours de carence avec la sécu, et qu'avec nous, ils en avaient, et que ça les faisait chier de venir nous voir » (F31).*

### 3.2. Vacciner

Début 2021 signe le début de la campagne de vaccination dans laquelle les médecins vont être plus ou moins impliqués. Comme nous l'avons vu, celle-ci est marquée là aussi par une pénurie qui oblige à une stratégie d'accès aux vaccins selon des critères d'éligibilité cette fois-ci définis à un niveau national (contrairement aux tests). Elle se caractérise également par une double gestion, une orchestrée par les politiques (centre de vaccination, etc.) et une autre gérée par les médecins généralistes (vaccination aux cabinets). Plusieurs types de vaccins sont en vente et ils ont chacun des modes de conservation, dosages, etc. différents. Enfin, comme pour les tests, les consignes évoluent rapidement selon les critères d'éligibilité mais également l'avancée des connaissances scientifiques, avec la suspension de certains vaccins (Astra Zeneca, Moderna).

#### **Vacciner dans un contexte de pénurie : éviter le gaspillage, prioriser les patients**

Le contexte de pénurie de vaccin a donné lieu à une stratégie partagée par tous les médecins qui vaccinent qui est une réélaboration de règle en utilisant la 7<sup>e</sup> dose pour se protéger et pour protéger les patients en évitant de gaspiller : *« Nous, on a dû racler les fonds de flacon. On l'a fait pour nous, parce que sinon, on n'était pas vaccinés. On a été les derniers professionnels de santé avec les pompiers à avoir droit au vaccin, parce qu'on était trop jeunes. C'est pas normal » (F31), « il y a eu l'histoire de la 7<sup>e</sup> dose... qu'on devait jeter, parce que vous comprenez bien que c'était agréé pour 6 doses et pas 7, donc à un moment, on nous a obligés à jeter la 7<sup>e</sup> dose. Donc on ne l'a jamais jetée » (F49). Il s'agissait également d'établir des listes de patients à faire passer en priorité pour*

obtenir des RDV de vaccination sur des plannings gérés par la com'com. On relève plusieurs difficultés :

- Une d'entre elle est que les médecins sont surchargés et n'ont pas forcément le temps d'établir ces listes, certains ont donc envoyé les premiers venus en centre de vaccination : « ... *sauf qu'il nous a demandé des listes de gens prioritaires, bon nous on avait pas du tout le temps de voir qui était prioritaire, on a pris les premiers qui s'inscrivaient et on les a envoyés – rire – et en fait ils ont fait des couacs, ils ont essayé de rappeler les gens, ils ont pas transmis les listes aux Mairies, du coup les gens ont pas été rappelés, du coup une semaine après ils nous appellent en disant « ben on a pas été rappelés, on est pas vaccinés », et du coup il a fallu les recaser dans le truc de vaccination alors que ça faisait – on avait un délai d'un mois sur – enfin bon, c'était horrible » (F40) – alors que ceux disposant d'un secrétariat ont pu s'appuyer sur celui-ci pour gérer les listes, appeler les patients, prendre RDV : « nous on les avait inscrit sur une liste d'attente et au fur et à mesure on les inscrivait sur la Com'-com quand on savait qu'il y avait des séances de vaccination quoi. Et on envoyait les mails à la Com-com pour que les gens soient convoqués et qu'ils puissent avoir un RDV pour se faire vacciner. Donc on a pas trop mal géré hein franchement, on a quand même beaucoup de vaccinés dans la patientèle, je sais pas combien » (F61).*

- D'autres ont pu compter sur le soutien de la Mairie qui a pris en charge cette tâche « *Les miens, ils sont relativement responsables, donc soit ils ont décidé de se vacciner, soit ils veulent pas se vacciner. C'est un peu les 2... non mais si, vous avez la communauté de communes qui appelaient les personnes qui sont en affection de longue durée (ALD) pour qu'elles se fassent vacciner. Donc ça, c'est une facilité. La Mairie, justement, a participé à ça par la communauté de communes. Ils ont appelé tous ceux qui étaient en ALD pour qu'ils se fassent vacciner. Donc ça a facilité le travail des médecins » (H60).*

- Une autre difficulté provient de la difficulté pour certains patients à prendre RDV sur les plateformes Doctolib pour les centres de vaccination. Les médecins ont réélabore la consigne de ne pas prendre RDV à la place des patients (consigne destinée à éviter du favoritisme), afin de permettre aux patients les moins agiles numériquement et les plus nécessiteux de se faire vacciner :

- « *Sauf que nous, au fin fond de la campagne, les patients, c'est pas des lyonnais, des gens qui ont accès à ça... on est plutôt face à un profil agriculteur, etc... donc les personnes âgées, internet, c'est pas leur truc, quoi. Donc du coup, moi, dès que je voyais une personne âgée ou qui m'appelait, c'est moi qui prenait un rendez-vous sur internet pour lui. » (F49) ;*
- « *Mais je leur envoyais des mails avec les liens pour qu'ils puissent prendre rendez-vous en disant « regardez, il y a des places qui se sont débloquentes là »... à un moment donné, c'était la galère, ils n'y arrivaient pas. Il y a des personnes âgées, oui, c'est moi qui leur ai pris rendez-vous. Je leur prenais rendez-vous en consultation parce qu'ils n'y arrivaient pas » (F31).*

- Pour H55, qui travaille en centre de santé, dans lequel la plupart de ses patients sont en situation de précarité. Ces catégories de patients ont davantage de probabilité de se retrouver aux urgences, du fait de facteurs de risques plus importants (comorbidités, promiscuité) mais ce sont également ceux qui sont le moins habiles numériquement. Pour éviter d'engorger les urgences, H55 et son équipe ont décidé d'anticiper la vaccination de leurs patients en montant un centre de vaccination précoce au sein du centre, de manière à vacciner en priorité ces

patients. Nous l'avons vu, cette démarche a été rejetée dans un premier temps pour être acceptée ensuite, début février : *« on a réorganisé la vaccination des patients, on s'est dit « inégalités sociales, inégalités territoriales de santé », à l'époque pour se faire vacciner il fallait aller dans le nord de la ville (...) Donc nous, on a commencé à vacciner la semaine 7 de 2020, ou 2021, on a vacciné là, février. Très vite, on a commencé à vacciner nos patients, et donc on a été un centre de vaccination éphémère un truc comme ça, on a eu un accord pour vacciner nos patients qui étaient en difficultés d'accès aux soins »* (H55).

Pour gérer les modes d'approvisionnement (arrivée des doses au compte-goutte, délais de conservation des doses, etc.), les médecins regroupent les sessions de vaccination *« Ah oui, c'est très compliqué. Parce qu'il faut faire venir les gens tous ensemble, en fait »* (F48) ; *« je fais des séances de vaccination sur une journée complète, une fois par mois, pour avoir un maximum de doses et faire venir tout le monde »* (F61), parfois intégrés dans le planning, et parfois en plus des consultations prévues.

### **Organiser, participer à la vaccination à un niveau territorial**

Les maisons de santé en zone rurale et les CPTS ont activement participé à la mise en œuvre d'un centre de vaccination au sein de leur territoire : *« on avait des réunions hebdomadaires de cellule de crise entre la com' com', l'hôpital et les libéraux, donc des réunions hebdomadaires qui se sont transformées en réunions hebdomadaires cellules de crise/covid et vaccination, donc on a tous participé à la... enfin ce que – au centre de vaccination en fait »* (F64) ; *« Ce qui fait qu'on a un centre de vaccination costaud, valide, avec un coordinateur temps-plein, et qui peut s'adapter aux différentes... parce que le plus compliqué, c'est les vaccinations.(...) Donc ça, c'est fluide, et c'est grâce à la CPTS »* (H36).

Les médecins ayant participé aux centres de vaccination s'en montrent satisfaits, car cela a occasionné un travail collectif autour d'un but commun, et la rencontre d'autres professionnels de santé, dans le cadre d'une bonne rémunération

- *« La gestion, nous localement ça a été très bien géré parce qu'il y a un centre de vaccination qui a été ouvert avec un gros effort de la ville à proximité de la tour de pin, qui a mis énormément de personnel municipal pour organiser un centre de vaccination, qui a très très bien tourné, et pareil avec une auto-organisation, nous c'est les médecins libéraux de la région qui avons, et les infirmiers qui avons fourni le personnel pour le centre avec une auto-organisation où on venait travailler sur nos jours de repos, pour assurer le fonctionnement du centre »* (H33) ;
- *« Toute l'équipe paramédicale qui m'entourait, mais qui n'étaient que des voix, ce sont maintenant des visages. On a vacciné ensemble... ce lien local, il vient vraiment du COVID. Mais parce qu'on travaillait ensemble (...) Et là du coup, on a travaillé ensemble. Du coup, ils ont aussi vu qu'on était abordables. Moi, je tutoie. Il n'y a pas de hiérarchie, elle est infirmière, je suis médecin, voilà. Il y a ce lien-là »* (F49) ;
- *« Je pense que ça nous a permis de plus communiquer avec les équipes de la Mure, en libéral hein, les médecins et infirmiers libéraux, parce que travailler au centre de vaccination avec eux ça a permis de les rencontrer »* (F40).

### **La gestion de la vaccination : vers redéfinition du métier de médecin généraliste ?**

L'arrivée des doses au cabinet à partir de mars 2021 est marquée par des tensions avec la possibilité qu'ont les pharmacies de vacciner elles aussi, comme le relève une des lettres du conseil de l'ordre. Effectivement, pour certains médecins, la vaccination fait partie de leurs missions et ils regrettent d'y être si peu impliqués :

- *« La pharmacie vaccine, alors j'ai dit « moi je fais l'effort de vacciner, mais les miens vous me les détournent pas quand même » parce que eux en fait ça coûte beaucoup moins cher, parce que moi je compte une consultation à chaque fois que je vaccine, eux c'est dans les 9 ou 8e quelque chose comme ça, donc... » (F61) ;*
- *« Pareil, à un moment, les pharmaciens avaient droit à plus de flacons que nous, c'est quand même dégueulasse. Je minimise pas leur rôle, c'est très bien qu'ils vaccinent quand il y a de grosses épidémies, il faut que tous les soignants puissent vacciner. Mais il n'y a pas à favoriser les pharmaciens par rapport aux médecins. Les vaccineurs, c'est encore nous » (F31).*

Mais pour d'autres, dans le cadre d'une épidémie, au contraire, la vaccination aurait dû être mieux organisée par les politiques et les collectivités de manière à moins faire peser cette charge dans leur activité :

- *« Moi je pense que ça a été mal géré, je pense qu'ils auraient dû – non mais je pense qu'ils auraient dû faire eux-mêmes – on en pouvait plus, on était tous HS, alors peut-être que les médecins de ville avaient moins de travail, mais je pense que l'état aurait dû faire des centres de vaccination, se débrouiller quoi, gérer tout, le logistique » (F40) ;*
- *« Tout s'est fait à l'initiative des médecins, ce qui est parfaitement anormal. Ça devait se faire à l'initiative des politiques. Les centres COVID, l'organisation des prélèvements, l'organisation des vaccinations... ça devrait être les politiques, pas les médecins » (F62).*

Par ailleurs, vacciner au cabinet est un choix et non une obligation. Des refus peuvent provenir d'une méfiance envers les vaccins, jugés arrivés trop tôt sur le marché *« Moi j'ai vu quand même quelques effets secondaires bien costaud des vaccins, typiquement la trentenaire, du coup voilà, il faut être prudent dans ce qu'on dit. C'est pour ça que j'ai pris le temps quand même d'expliquer parce qu'après ça peut se retourner contre nous et y a un gros souci aujourd'hui pour nous, médecins, c'est que les labos ils sont complètement désengagés hein, de leurs responsabilités, donc s'il arrive un effet indésirable grave : un décès ou des séquelles gravissimes, qui va être responsable ? » (F50),* mais aussi parce que cela peut représenter une trop grosse charge de travail supplémentaire.

F61 regrette ainsi que les médecins de la maison médicale de sa commune aient refusé de faire de la vaccination : *« Ils voulaient une salle, du personnel pour enregistrer les trucs sur la sécurité sociale et tout ça, comme moi je fais faire par M., et du coup, M. elle a répondu que nous on était que 2 et qu'on arrivait à se débrouiller sans l'aide de personne (...) Tous les médecins du secteur ont reçu ça. et attend encore mieux, le médecin de « ville », une jeune femme hein, elle a répondu que sa santé mentale, elle voulait pas s'en occuper. Qu'en fait, de faire ça, ça lui prenait la tête de faire les vaccins, donc elle le fait pas. M. elle me dit « mais c'est pas possible », elle y croyait pas en le voyant » (F61).* D'autres encore ont arrêté la vaccination lorsque les pharmacies et Alpeexpo ont pris le relais : *« Alpeexpo s'est ouvert – vous retrouverez les dates – les pharmaciens ont pu commencer un peu après, y a eu des centres qui se sont mis etc. et donc nous on a fermé. On avait vacciné l'essentiel de nos patients, les plus en difficulté, le milieu écologique était favorable à une vaccination de droit commun, on a arrêté la vaccination » (H55).*

### **Gérer les vaccins au sein des cabinets grâce des personnes ressources**

Comme pour la gestion des risques de contamination, les médecins sont inégaux pour gérer au mieux la vaccination au sein de leur cabinet, selon les moyens dont ils disposent.

Ainsi, les médecins exerçant dans de grandes structures pluri-professionnelles peuvent plus facilement organiser et répartir les tâches, voire les déléguer :

- lors d'une observation d'une séance de vaccination chez F64, celle-ci mobilise une jeune stagiaire pour réaliser toute la partie entretien, afin de ne s'occuper que de la partie vaccination ; H36 délègue très vite la réalisation des vaccins aux infirmières de sa maison médicale : « *la vaccination après, on l'a totalement dédiée aux infirmières, et on était juste là s'il y avait un malaise ou quelque chose comme ça* » (H36) ;

Les médecins exerçant en individuel mais avec secrétariat mobilise fortement celui-ci pour gérer les tâches administratives liées aux vaccins, de logistiques (conservation, etc.) et de planification. Ils s'appuient également sur leur entourage. F61 renforce même son équipe en mobilisant son mari, pompier, en charge de réaliser l'entretien et de prendre la tension :

- « *À ce moment-là, ma secrétaire a fait plus d'heures, à partir de mars, pour convoquer les gens. On a fait les listes et on a convoqué les gens* » (F48) ;
- « *Et j'ai une secrétaire présente qui vient 2 heures par semaine pour faire le scannage, les commandes, la stérilisation, des choses comme ça. Elle a fait beaucoup plus d'heures pendant le COVID. Elle s'est occupée des commandes, ce qui a pris énormément de temps. Elle a organisé les vaccinations au début* » (F62) ;
- « *Elle a l'objectif de vérifier si toutes les personnes de 45 ans ont été vaccinées, celles de 65, etc... elle doit vérifier les carnets de vaccination, et m'interpelle si c'est pas à jour* » (F49) ;
- « *Mobiliser la secrétaire. toute la journée, alors qu'elle travaille pas l'après-midi et mon mari parce qu'il prend des jours de congés pour venir faire l'accueil* » (F61) ;
- « *Et un samedi après-midi, fin mars, avec mon gendre, pareil, qui est infirmier, on a vacciné 30 personnes. Et ça a été notre première séance de vaccination* » (F62).

Les médecins n'ayant pas de secrétariat se retrouvent eux à gérer l'ensemble des tâches, et donc à réaliser des régulations hors travail : par exemple, F31 passe ses week-ends à tenir à jour ses fichiers Excel de patients vaccinés et à vacciner : « *Ça nous a pris un temps... mais un temps ! Je passais mes dimanches à envoyer des mails à tous les patients éligibles, tous les professionnels de santé. Donc se refaire tous les dossiers pour regarder les professions, les machins... passer son dimanche à envoyer un mail, puis un mail correctif, puis un avec tous les centres de vaccination...* » (F31).

Dans ce cadre, le soutien des pharmacies est important car ce sont eux qui délivrent les doses « *La pharmacienne, c'est une vraie collègue. C'est-à-dire qu'on s'arrange pour avoir les vaccins, pour s'envoyer des patients quand on a des places de vaccinations qui se sont libérées... la pharmacienne, c'est une vraie collègue, mais ça l'était déjà avant* » (F62) ; « *La pharmacie, j'avais déjà de très bons rapports. Et même si j'ai changé de quartier, je reste dans la même, c'est eux qui m'ont fourni mes vaccins, mes tests* » (F31). Il est même recommandé de s'organiser directement avec les pharmaciens pour obtenir des doses individuelles et ainsi faciliter la planification de vaccination. Mais cela dépend là encore des localités : en zone rurale, peu dense, le pharmacien peut difficilement délivrer des doses individuelles au risque d'en gêner : « *ils ont dit qu'on*

*pouvait faire, qu'on pouvait demander des doses individuelles aux pharmaciens, on peut reconstituer des doses individuelles, mais ça marche dans les grandes villes, nous de toutes façons, on est en huis clôt avec le pharmacien, donc il va pas nous constituer des doses individuelles, ça va gâcher un flacon, donc il faut qu'on utilise un flacon, voilà » (F40). Enfin, la Mairie peut la aussi jouer un rôle en soutenant ou non les initiatives des médecins. Nous l'avons vu pour les médecins de la maison médicale de F61, qui acceptent de vacciner en échange de moyens et ressources supplémentaires, mais également pour F62 qui regrette l'absence de soutien de sa Mairie : « *Quand j'ai proposé qu'on fasse des demi-journées de vaccination quand on a eu des vaccins, elle n'a pas donné suite... etc, quoi. Elle n'est pas du tout aidante » (F62)**

### **Rassurer et convaincre les patients**

Vacciner, c'est aussi, dans le contexte de la pandémie, convaincre les patients de la sécurité du vaccin, confiance ici endommagée par certaines décisions (suspension de l'Astra alors que les médecins étaient en train de vacciner avec, dans un contexte de méfiance déjà présente). Pour convaincre leurs patients et remplir leur rôle de « vaccinateur », les médecins tentent de :

- repérer les patients hésitant afin d'essayer de les convaincre, démarche qui aurait pu être améliorée si les fichiers Excel des patients non vaccinés, donnés par la CPAM, avaient été lisibles : « *moi j'ai eu beaucoup de regrets parce que un certain nombre de nos patients étaient passés à côté de la, dans les trous de la raquette comme on dit, je pense que si on les avait appelé, pour un certain nombre d'entre eux, notre parole elle a une certaine valeur, et qu'on aurait pu rattraper un certain nombre de patients » (H55). Dans cette optique, l'assistante médicale de F49 a pour objectif de repérer les résistances des patients et de les communiquer au médecin, qui aura en charge de les convaincre : « *Donc le travail de mon assistante, c'est déjà de répertorier au fur et à mesure. Elle me marque dans la consultation « vacciné ou non ». Et si c'est non vacciné, elle tâte le terrain, mais vraiment délicatement, savoir s'ils n'ont pas eu l'occasion, ou... voilà. Et s'ils sont hésitants, ou contre » (F49).**

- s'appuyer sur le collectif en s'assurant de transmettre un message clair et cohérent partagés par tous, ce qui joue sur la confiance du médecin « *Donc je pense que sur l'accès aux patients, au savoir, au message de santé publique, on a une certaine puissance, et qu'on organise là aussi, c'est-à-dire qu'on avait de l'affichage en salle d'attente, on avait des messages qu'on fabriquait à la disposition aussi bien des secrétaires à l'accueil, des médecins, des infirmières, tout ce monde-là, et on avait un message qu'était coordonné, donc crédible » (H55).*

- mobiliser ses propres ressources, surtout pour les médecins fonctionnant en individuel :

- en vulgarisant ses connaissances : « *j'ai une base de connaissance en vaccinologie qu'est pas trop mauvaise, je me tiens informée depuis des années, je suis pas persuadée que la totalité de mes confrères fassent la même chose, donc je considère que j'ai une assez bonne connaissance, donc ayant une assez bonne connaissance, je vois bien quand je communique avec des patients, en consultation, que je peux expliquer à la grande majorité » (F64) ; « *Je leur ai expliqué que c'était un vaccin avec technologie ARN, qu'on s'en servait dans le téléthon pour certaines maladies génétiques etc. ça, ça les a touché quelques parts, « mais vous savez les parents qu'on des gamins**

*qui ont des maladies comme ça, ils se posent pas la question, quand il y a un nouveau traitement, ils le prennent ». et donc ça les fait réfléchir » (F61) ;*

- *en montrant l'exemple : « là ils me disent « est-ce qu'on fait la 3e doses ? » je leur dit « moi je l'ai faite hein », voilà, donc tout de suite, quand on voit que le médecin fait, ça montre un état positif des choses » (F61) ;*
- *en identifiant les résistances des patients pour les désamorcer : « Je fais de l'entretien motivationnel, j'essaie de comprendre pourquoi les gens veulent pas, je les fais s'exprimer sur leur représentation. Je leur demande s'ils ont besoin d'informations. S'ils répondent que oui, je leur donne. Et j'essaie de pas m'énerver, mais c'est de plus en plus difficile ! » (F62).*

Ces stratégies fonctionnent mais peuvent aussi être limitées car dans le contexte de la pandémie, les connaissances évoluent rapidement (ex : des inconnus sur le rapport bénéfices/risques pour les enfants) *« après je donne les infos que j'ai, avec toutes les inconnues qu'on a aussi, et puis voilà. Il y a aussi beaucoup d'inconnues liées à la maladie, donc ça aussi, il faut en tenir compte (...) c'est difficile de convaincre parce que la balance bénéfice/risque n'est pas aussi évidente pour un enfant de 5 ans que pour une mamie de 90 ans, c'est clair » (F62).* Les médecins doivent actualiser leurs connaissances en permanence *« finalement, on a très peu d'arguments fiables parce qu'en fait, les données qui nous tombent dessus, c'est que celles qu'on va chercher. On n'a pas une donnée honnête, une parole juste, ou... on n'a que des injonctions, et « non, c'est comme ça », « vous savez, c'est les grands infectiologues qui l'ont dit » (F41).*

En fin de journée, les médecins peuvent se sentir fatigués et ne pas être à même de pouvoir se confronter à des patients qui ont des positions tranchées *« « Quand il sont contre, et que c'est une fin de journée qui a été compliquée, j'avoue, je parle pas du vaccin. À un moment, c'est moi qui me préserve. Quand c'est le début de journée, ça va bien, et que le patient, j'ai un bon feeling, j'essaie quand même de lui expliquer le pourquoi du comment. Alors, on perd du temps... ... mais après, il y en a certains, j'ai pu, et les autres, quand c'est niet, faut pas forcer » (F49).*

Enfin, les médecins tout autant que les patients peuvent prendre des positions extrêmes et ne pas parvenir à dialoguer : *« On en parle plus. Je leur dis qu'il faut qu'ils assument. Que moi, je trouve ça irresponsable. Je leur dis franchement. Après, il y en a, tout de suite, ils savent que je suis hyper pour. Donc tout de suite, c'est « on va éviter la discussion ». Et il y a des patients où ça a été une surprise complète, des discours archi-complotistes en mode « vous ne savez pas ce qu'il se passe là-haut, moi j'ai des infos, vous vous rendez pas compte, ils vous mentent », machin et tout. Et là j'ai dit « non, maintenant, on arrête tout de suite, vous êtes complètement complotiste, c'est une honte » (F31).*

## 4. Gérer l'information

La crise pandémique se caractérise par sa durabilité et par de nombreux réajustements pour s'adapter aux évolutions du virus, aux effectifs moins élevés de soignants à hôpital et des patients pris en charge, à l'avancée des connaissances scientifiques, etc. C'est aussi une crise de l'information dans la mesure où les changements de consignes et de stratégies impliquent des réorganisations permanentes chez les médecins (volume info, rapidité de transmission, fiabilité, etc.). Cette partie vise à comprendre les stratégies des médecins généralistes pour se repérer dans le cadre de beaucoup d'inconnus sur le virus (se construire des repères) et d'une masse d'informations à intégrer (trier et traiter l'information). Ces stratégies dépendent là encore du type de structure (individuelle vs collective), de la localité géographique et du « style » du médecin.

### 4.1. Se construire des repères

Le début de la crise est marqué par l'absence d'informations claires et d'indicateurs du Covid, notamment pour certains territoires isolés qui ne reçoivent pas les lettres d'informations du Conseil de l'ordre ou n'ont pas d'indicateurs locaux des cas positifs. Au début, il existait peu de connaissances sur le virus, sa dangerosité et ses modes de transmissions, et par conséquent des incertitudes sur les moyens de protection les plus adaptés. Ces derniers peuvent faire l'objet de contradictions : *« qui a validé ces putains de visières ? Des gens se trimballent avec une visière ou un petit cache-bouche, enfin... d'où ça empêche les gouttelettes ? Ça devrait être interdit ! Ça protège que dalle ! Ça ne couvre rien, ça ne protège rien. C'est complètement stupide ! Il y a une patiente une fois qui est venue avec sa visière, je l'ai engueulée ! »* (F31). *« On a pu se faire faire des visières, sur un site... je ne sais plus comment il s'appelle, mais un site qui a circulé, pour faire des visières gratuitement pour des professionnels de santé »* (F48). Les modes de protections ont ainsi fait l'objet de choix et de mise en place de protocoles, notamment pour les grosses structures qui tendent à homogénéiser leurs pratiques : *« on s'est posé la question des plexis, est-ce que c'est bien ou pas, les études montrent que c'est utile, c'est pas utile, un masque, deux masques, les masques anar, FFP2, pas FFP2, blabla. Et on a écrit les protocoles. Donc une de nos réponses collectives, ça a été que le Covidir écrivait des protocoles : comment est-ce qu'on fait circuler les patients, comment on s'habille, quelles sont les mesures barrières nécessaires à, au fur et à mesure qu'on les découvrait, ouvrir les portes, aérer, faire disparaître les jouets dans les salles d'attente, faire une salle d'attente gens suspicions Covid. on a écrit tout ça, on a écrit la visite à domicile »* (H55).

Outre le matériel de protection, c'est sur le Covid lui-même qu'il fallait se créer des repères, pour mieux connaître la maladie et éviter de mettre en arrêt à tort. Il s'agissait aussi de pouvoir repérer et gérer des urgences, dans le cadre de consignes rappelant d'éviter l'envoi aux urgences et de recommandations préconisant le doliprane. Pour cela, les médecins ont :

- réaliser un suivi de près des patients (appel régulier, etc.), si la charge de travail le permet : *« moi, j'ai eu plein de patients qui étaient isolés, suspicion COVID, non testés. Mais qu'on appelait... »*

*ceux qui n'étaient pas à risque, je les appelais tous les 2 jours. Ceux qui étaient à risque, je les appelais tous les jours pour savoir comment ils respiraient, etc. (F48),*

- se « débrouiller » pour gérer les patients à risques sans envoyer aux urgences, à l'aide d'autres médicaments : *« quand j'ai vu quelles étaient les recommandations nationales, je me suis dit « faut que je me débrouille là », ça c'était hyper flippant, hyper flippant, parce qu'on ne connaissait rien à cette maladie ou très peu, on n'avait des consignes venues d'en haut qui étaient désespérantes, c'est à dire que la prescription de xx pour les personnes âgées de plus de 65 ans, etc. interdiction de donner des antibiotiques à cet âge-là » (F50),*

- élaborer des protocoles, des arbres décisionnels, des systèmes de suivi: *« on a un peu protocolisé l'examen clinique sur un questionnaire type, disponible sur le logiciel informatique qu'était CHORUS- pour avoir les mêmes façons de faire » (H36) ; « on a mis en place un système de suivi, avec ma secrétaire, avec des critères de suivi, au moins 10 items différents, pour pouvoir assurer au jour le jour le suivi de ces gens, qui heureusement se sont améliorés » (F50),*

- se construire une expertise en faisant des hypothèses, des liens entre symptômes et virus : *« Par exemple, j'avais remarqué qu'il y avait des mononucléoses en post-COVID, ou post-vaccin. J'avais fait des sérologies pour voir ça, parce que c'est des personnes qui disaient « je l'ai déjà eue ! ». même symptômes, belle angine, belle température, épuisée... » (H60) .*

Pour d'autres médecins, la vitesse d'évolution des connaissances et leur profusion ne peuvent pas être assimilées et choisissent de s'en tenir à la consigne principale (vacciner) – réduire la charge cognitive, se préserver : *« Y a pleins de choses que j'ai vues l'autre jour, sur un truc de vulgarisation, comme quoi y avait des néo-vaisseaux qui se formaient dans le cerveau des gens qui avaient le Covid, surtout dans les formes graves, et donc on sait pas ce que ça va donner dans les 10 ans qui viennent, si ça se trouve les gens ils vont devenir gâteux, on sait pas. Je sais que le vaccin protège des formes graves, donc il protège la vie, donc moi je suis là pour faire des vaccins. Je me pose pas de questions » (F61).*

#### 4.2. Traiter l'informations

Paradoxalement au manque de connaissances sur le virus, la crise s'est caractérisée par une profusion d'informations provenant de toutes parts (DGS, média, patients, internet, revues, etc.) dont la vitesse d'évolution variait. Face à l'afflux d'informations, les médecins ont déployé différentes stratégies, à un niveau individuel :

- réduire la charge en arrêtant de lire les mails de la DGS, au risque de passer à côté d'informations importantes *« du coup, on ne les lit plus maintenant. C'est les mises à jour des directives qui sont insupportables » (H36) ; « Au bout d'un moment, ras-le-bol. Au début, je les lisais tout mais à la fin, une pression à noter, tout lire, comprendre la formule qu'on n'a pas comprise... ridicule » (F31) ;*

- anticiper les changements de consignes (critères d'éligibilité, autorisation d'un vaccin) avec des risques sur la responsabilité du médecin :

- « *Et puis de toute façon la 3e dose elle va se généraliser dans les mois qui viennent, c'est évident, moi j'ai prévenu les gens, quand ce sera votre tour, même les quarantenaires et les trentenaires, je vous inscris pour février mars, parce que comme ça vous aurez votre place et qu'il y a de grandes chances que dans les semaines qui viennent, le gouvernement annonce une 3e dose universelle, enfin pour tous les français quoi. Donc moi je suis prête* » (F61)
- « *Ça va être de nouveau autorisé, je pense, parce que de toute façon, il n'y a pas de raisons. On pouvait faire les premières et deuxièmes doses... je vois pas pourquoi on ferai pas la troisième dose avec MODERNA. (...) le MODERNA est temporairement exclu du jeu. J'ai aucun doute qu'il va être autorisé sous peu. C'est pas possible qu'ils nous disent qu'on peut pas faire du MODERNA en 3ème dose, c'est pas possible* » (H56) ;
- « *Des fois, on anticipe mais parce qu'en fait, on respecte pas les règles. Genre, le rappel à 6 mois que pour la liste restrictive... je dis « non, merde. 6 mois, tous ceux qui le veulent, ils l'ont ». ça permet de jeter moins de doses. On prend les devants parce que sinon, on n'y arrive pas. Donc on l'a fait avant qu'ils nous le disent. Mais on peut pas toujours prendre les devants. Et puis, on met aussi un peu en jeu notre... il y en a un qui fait un effet indésirable, qui n'était pas dans la liste... oui, on peut peut-être se retourner, j'en sais rien...* » (F31).

- se tenir informé en permanence pour éviter d'être pris au dépourvu, par les patients par exemple, au risque d'un rajout de charge ou/et des informations peu fiables : « *Entre midi et deux, non, je refais une bêtise que je faisais au début et qui m'a rendue possiblement folle, c'est de regarder les chaînes d'info en continu. Parce que vu qu'on est les derniers à avoir les infos, à la pause, faut aller voir les chaînes d'infos pour être sûre qu'il n'y ait pas un truc qui soit passé entre midi et deux et qu'on soit pas au courant* » (F31).

- aménager les plannings pour avoir une pause au moment des annonces gouvernementales : « *Mais par exemple, le jeudi, je crois... je bloquais le dernier créneau pour être à 18h... ou si j'étais à 18h là, je mettais la conf' là. Mais au moins, c'était un horaire à peu près potable où on pouvait suivre* » (F31).

- s'informer via internet, des études ou revue afin d'avoir des informations fiables, au détriment de la vitesse :

- « *Mais en fait y avait tellement d'infos, de mêmes infos de partout, parce qu'il y a aussi le site corona clic qui est fait par le collègue de médecine générale qui résumait pas mal et qui était assez souvent mis à jour, donc je me basais beaucoup plus là-dessus que sur les trucs qui nous envoyai deux fois par jours où y a 50 lignes à lire et on a pas le temps* » (F40) ;
- « *Il y a eu des sites très bien qui ont été faits. Le collège national de la médecine générale a fait un site qui était très argumenté, avec toutes les dernières publications, etc. puis surtout, très bien référencé. Donc on a assez vite eu des outils faciles d'utilisation, même dans les premières semaines* » (F62) ;
- « *J'allais un peu sur internet à ce moment-là, je t'avoue que maintenant, j'y vais plus trop parce que comme on a rien à gérer, ça m'intéresse pas trop. Moi ce qui m'intéresse, c'est dépister les patients qui vont pas bien et puis les envoyer à l'hôpital, le reste ça m'intéresse pas. Des Covid long, j'en ai pas dans ma patientèle, donc voilà (...) je lis la revue prescrire, donc j'avais des articles sur la revue prescrire, et je m'en suis tenue à ça (...) j'attends que la revue prescrire me donne des précisions mais moi je vais pas aller les chercher. Parce que je saurais même pas si l'information*

*est valide ou pas. C'est très compliqué. En plus on sait pas tout du Covid, on saura jamais tout, c'est trop tôt » (F61) ;*

- *« J'ai pas trop à aller les chercher parce que... j'ai des abonnements à la revue PRESCRIRE, ou à d'autres newsletters... je vois passer quelques articles donc je me tiens au courant comme ça. Je ne fais pas l'effort d'aller en chercher plus. Mais oui, il faut avoir un minimum d'informations pour pouvoir les donner aux patients. » (F48).*

La gestion de l'information s'est aussi organisée à un niveau collectif, avec l'apparition de nouveaux réseaux, ou le renforcement de réseaux existants.

- centraliser l'information, la traiter et la diffuser dans une structure collective : H55 fonctionne dans un centre de santé en zone urbaine regroupant une trentaine de médecins généralistes ainsi que plusieurs paramédicaux et secrétariats. Avec l'équipe, ils ont immédiatement mis en place un Covidir (comité de direction Covid) réunissant plusieurs professionnels (RH, préventeur, infirmier, médecin généraliste). Ce Covidir se réunit toutes les semaines et est un organe de prise de décision permettant de définir les conduites à tenir en termes de protection des professionnels et des patients : *« on a créé très rapidement (...) ce qu'on a appelé notre Covidir, comité de direction Covid. Donc on a créé un groupe qui s'est réuni toutes les semaines (...). Et on a fabriqué des réponses cohérentes, collectives aux différents chapitres de cette crise » « Donc on colligeait l'information et il fallait, nous en comité de direction Covid, c'était de fabriquer des outils de compréhension, et on avait dans notre intranet un petit onglet spécifique sur Covid. Donc tout le monde pouvait se référer, et c'était classé par les questions purement médicales, les questions RH, les questions d'organisation, etc. » (H55) ;*

- rechercher de l'informations auprès des hôpitaux, qui se rendent disponibles selon leur charge de travail :

- *« A (ville), très vite, il y a eu le docteur D. qui est, aujourd'hui, spécialiste de la maladie COVID. Il a organisé des réunions auxquelles on pouvait être en visio, par ZOOM. Et donc, j'ai été informée par d'autres collègues, et je me suis inscrite pour faire partie. Et tous les mercredis soirs, on avait un point des hospitalisations.» (F49) ;*
- *« . Donc on a eu des chiffres, et ils nous ont donné leurs portables. Donc on pouvait les joindre si on avait un quelconque problème, on pouvait les appeler. C'étaient des médecins de garde, et ils nous ont donné leur portable en disant « si vous savez pas, appelez-nous ». J'ai trouvé ça bien. Mais c'était entre médecins. C'était ni le gouvernement, ni l'ordre des médecins. C'est plutôt entre médecins, on s'est soutenus » (F49) ;*
- *« Nous ce qui a été vraiment très aidant, c'était les structures locales, via l'hôpital local qui avec une service de médecine interne et une organisation qui avait été faite par un libéral, en fait un chirurgien de la clinique du secteur qui a pris contact avec le chef de service de médecine interne de l'hôpital local, du service des maladies infectieuses, pour nous faire une fois par semaine des sessions zoom pour nous tenir un peu informer de l'actualité covid, de l'incidence locale, de la pression réanimation localement... » (H33) ;*

- échanger de l'information dans les groupes WhatsApp de médecins (s'informer, échanges d'informations pratiques) – pérennité variable, à questionner :

- *« Et la y a eu un moment où on discutait, moi j'ai gardé toutes les conversations WhatsApp qu'on a eu, et au moment du déconfinement, plus rien. Incroyable. Tu vois... (...) on se communiquait les*

*dernières nouvelles du Covid, comment prescrire les tests, comment faire pour en avoir un parce que c'était la foire, enfin des trucs pratiques » (F61),*

- *« Je suis allée à la pêche aux informations. Sur WHATSAPP, il y a eu des groupes créés pour nous aider, mais c'est parce que nous, médecins généralistes, on s'est aidé. Le premier qui avait une info faisait passer aux autres (...) (F49) ;*
- *« C'est vrai qu'on travaille avec un tout un groupe de médecins, un peu partout en France et à l'étranger d'ailleurs, pour échanger un peu sur nos observations, nos pratiques et surtout proposer les meilleurs soins aux malades (...)» (F50)*

- mutualiser l'information au sein d'un forum réunissant plusieurs centaines de médecins, qui d'après l'enthousiasme des médecins, a des chances de se pérenniser hors Covid :

- *« Les médecins de Grenoble qui ont fait un SLACK, c'est une espèce de forum où on peut partager des documents et tout ça et où on pouvait se poser des questions, y avait des thèmes (...) ils mettaient des liens et tout, ça permettait d'avoir une synthèse de ce qu'il se passait » (F40) ;*
- *« On a fait un groupe SLAK, et je trouve ça génial, c'est le bon côté du COVID, on communique entre médecins. On connaît les noms, on a réussi à mettre des données en commun à se faire passer les infos. C'est top. On répondait aux questions les uns des autres... ça, c'était génial. C'est un truc qui n'a jamais été fait avant, c'est top » (F31) ;*
- *« C'est magnifique ! Je rêve qu'à la fin du COVID, on fasse un super pique-nique avec tous les gens qui ont participé ! Parce qu'il y a des gens que je ne connais pas, que je ne connais que par le SLACK » (F62).*

## 5. Gérer la santé des patients et la sienne

Enfin, cette dernière partie vise à comprendre comment les médecins ont réussi à assurer la continuité des soins des patients mais également à préserver leur santé. Elle synthétise les effets des stratégies que l'on a pu identifier tout au long du document, au niveau des patients : transformations de la relation de service (changements de comportements, d'attentes des patients), dégradation de la santé ; et au niveau des médecins : charge de travail, soutenabilité.

### 5.1. Difficultés de suivi des patients

#### **Éviter d'envoyer aux urgences**

Les lettres du conseil de l'ordre insistent sur le fait de ne pas envoyer aux urgences, ce qui correspond aussi à une demande de la part de patients vivant en zone rurale à laquelle le médecin tente d'y répondre *« moi j'avais des gens qui voulaient pas aller à l'hôpital, en me disant « mais mince, qu'est-ce qu'on va faire la », ils n'ont aucune confiance, ils ont entendu qu'il y avait beaucoup de morts, Salomon tous les jours égrenaient le nombre de mort à la TV et il fallait se décarcasser » (F50).*

Pour cela, les médecins les plus interventionnistes vont élaborer des prises en charge estimées adaptées et dépassant la recommandation nationale du doliprane : *« moi je me suis mise à traiter les pneumonies COVID dès le départ hein, donc avec des traitements conventionnels et ça marche très bien. Et donc j'ai, sur 500 patients COVID, y en a 10 qui sont allés à l'hôpital et encore pas longtemps,*

*les autres ils ont tous guéris » ; « si on arrive à agir dans les 48h, par l'acupuncture, on arrive à faire des choses. Plus c'est tardif, plus c'est compliqué. Ça évolue, ça avance. Moi je pense que c'est lié à la charge virale. Plus la charge virale est importante... les gens sont proches, nombreux... voilà, quoi. Donc on peut diminuer la charge virale avec... avant, il y avait le TAMIFLU pour la grippe ». (F50).*

Avoir des avis de spécialistes rapidement : pour faciliter l'orientation des patients en évitant d'engorger l'hôpital, la cellule territoriale a mise à disposition une hotline comportant les lignes directes des hospitaliers aux médecins généralistes de manière à obtenir rapidement des avis complémentaires et décider de l'envoi ou non aux urgences. Cet accès direct est l'occasion pour certains de faire enfin de la bonne médecine :

- *« Pendant le confinement, on a eu un accès très facile aux spécialistes dans les hôpitaux, parce qu'ils avaient rien à faire, donc ils étaient tous un peu désœuvrés donc on arrivait tous à les joindre, c'était, on a plutôt fait de la bonne médecine à ce moment-là pour les quelques gens qui venaient nous voir, on arrivait facilement à avoir les avis spécialisés, les examens tout ça, donc on a plutôt fait de la bonne médecine, les gens étaient pris en charge rapidement et efficacement » (H34) ;*
- *« Le COVID a fait sortir un bon côté, c'est-à-dire qu'on a enfin les lignes directes du CHU, ce qui est incroyable. Il a fallu attendre le COVID pour avoir les lignes directes du CHU, de la clinique des Cèdres, pour pouvoir joindre les spécialistes, c'est quand même fou ! On ne les avait pas, on devait passer par le standard et attendre des fois une demi-heure pour n'avoir personne. Les médecins généralistes n'avaient pas les numéros » (F31) ;*

Toutefois, le problème de la disponibilité de ces spécialistes a de nouveau émergé lorsque le travail à l'hôpital s'est intensifié : *« mais ça n'a pas duré, on a eu à nouveau toutes les peines du monde à joindre qui que ce soit, y avait moins de secrétariat à l'hôpital (...) c'est des numéros qui répondent pas, c'est des numéros à l'hôpital qui répondent pas où on demande à parler à quelqu'un mais il est pas là aujourd'hui, mais personne peut vous prendre, enfin, comme avant en fait. Et nous on avait déjà les numéros des secrétariats et des spécialistes mais... » (H34) ; « L'hôpital... c'est une nébuleuse où on n'a pas accès en fait » (F61). Au-delà de la mise à disposition des lignes directes, c'est aussi pour beaucoup les mails via la messagerie sécurisé SISRA qui facilitent les échanges : « Maintenant j'utilise bien sisra comme j'ai ma messagerie sécurisée, donc j'envoie comme ça, et j'arrive à avoir des RDV comme ça, parce qu'ils parlent pas, il faut écrire »(F61) ; « Les messageries spécialisées, sécurisées, c'est pas mal. Je vois, par rapport aux courriers des hôpitaux, des spécialistes... si tant est que le réseau marche ! » (H60).*

### **Assurer la continuité des soins**

En outre, des inquiétudes ont commencées à naître après le premier confinement et se sont intensifiées tout au long de la crise vis-à-vis de la santé des patients non Covid, notamment les plus fragiles. Beaucoup d'entre eux avaient effectivement cessé de consulter ou assuraient le renouvellement de leur ordonnance via les pharmacies.

Pour assurer la continuité du suivi, certains médecins ont contacté directement leur patient pour les recevoir : *« on avait même peur que les gens ne viennent pas du tout, quoi. Donc on avait mis une affiche. Moi, j'ai fait des envois de mails groupés à tous les patients dont j'avais les adresses mail, en disant que le cabinet restait ouvert, qu'il y avait des horaires, qu'il ne fallait pas qu'ils hésitent à nous appeler » (F48).*

F40 et sa consœur ont quant à elles participé à la cellule de crise du secteur comprenant la mairie, DMR, SCIAD, Ehpad, CCAS, pharmacien, etc. pour définir des axes d'action, tels que le recensement des personnes isolées et leur prise en charge, pendant les 6 premiers mois de la crise : *« on essayait de trouver des choses à faire quoi. Notamment pendant le confinement où y a eu cette peur que les personnes isolées soient encore plus isolées et que les dépérissent, du coup y a eu un travail de recensement des personnes isolées qui existe déjà par le CCAS en fait, et un travail d'appel à bénévoles pour aller faire leurs courses ou des trucs comme ça ; c'est pas du tout de notre initiative, c'était plutôt de la mairie mais je crois que eux ils avaient eu des directives dans ce sens-là mais en tout cas sur le plan local ça s'était bien goupillé »* (F40).

Dans les Ehpad, de nombreux appels à volontariat ont été lancés pour renforcer les équipes des Ehpad, qui connaissaient, notamment à l'automne 2020, une montée des cas positifs. Des médecins ont alors intensifié leurs visites :

- *« Il y a eu une grosse épidémie. Tous les médecins tournaient pour qu'une fois par jour, on y soit »* (H36) ;
- *« on a dit qu'on passait, on avait déjà ½ journée chacune la semaine, donc la demi-journée qu'on passait on était joignable aussi jusqu'à 22h, le week-end on passait le samedi et le dimanche et moi à chaque fois que j'y passais, j'y passais 6h quoi, 6h le samedi, 6h le dimanche parce qu'on avait, ça a très, très vite augmenté, au début il y avait 4 cas et en une semaine, il y en avait 40 »* (F40) ;
- *« on a eu deux ou trois collègues qui sont allés faire les visites en Ehpad quand on s'en est aperçu qu'ils étaient tous morts et qu'on avait pas vu – je caricature – c'était après la 2e vague, on s'est aperçu que les maisons de retraite avaient été un carnage, mais qu'on les avait pas hospitalisé parce que trop vieux »* (H55).

Seulement, le manque de médecin coordinateur a mis en difficultés les équipes et des conditions de fin de vie des résidents par manque de protocoles de fin de vie : *« Et en fait y a pas eu vraiment de protocoles de fin de vie qui a été mis en place, et y a eu des décès de nuit qui ont été très mal vécu, et j'ai su ça après en fait, parce que moi je pensais qu'il avait été mis en place, j'ai pas vérifié enfin... je suis pas chef de service. Du coup j'ai essayé de gérer mais sur ce coup-là, c'est pas... c'est mal passé pour certains personnels soignants, et surtout pour les patients aussi, ils sont décédés du coup »* (F40). Pour d'autres médecins, les consignes étaient plutôt contradictoires car en parallèle des appels à volontariat, on leur déconseillait d'aller en Ehpad pour éviter de créer des flux supplémentaires et donc d'augmenter les risques de transmission – ce qui leur permettait en outre de réguler leur propre charge et de se préserver eux-mêmes : *« les médecins traitants n'y allaient pas parce que soit eux-mêmes étaient malades, soit qu'on leur disait qu'il fallait pas y aller, etc. »* (H55) ;

- *« (Ils) nous ont dit « ne venez pas », et c'est les médecins coordinateurs des EHPAD qui ont géré, en collaboration avec nous, en disant « il y a tel patient qui a ci, ça », etc... ils nous ont plutôt demandé de ne pas y aller pour ne pas faire du flux (...) moi, je me sens en sécurité dans mon cabinet. Je sais ce que j'ai nettoyé, j'ai un masque, le patient en a un, voilà. En EHPAD, il y a plein de gens, on sait pas... le ménage ne peut pas être fait toutes les demi-heures, les patients n'ont pas de masque... donc on se sent plus à risque d'attraper le COVID que dans un cabinet où il y a toutes les sécurités »* (F48).

D'autres enfin n'ont pas été au courant de la situation en Ehpad : *« en fait, ils ont pas trop fait appel à nous. Ils ont eu une grosse épidémie et en fait, on ne l'a même pas su. C'est le médecin qui a géré. Et après, en gros, on a dit merci, et on l'a laissé gérer, et on l'a su un peu après-coup, en fait.*

*Pareil, la communication était pas extra à ce moment-là, c'était un peu le début aussi, que moi j'y allais. Je les ai un peu engueulés, en mode « vous vous rendez compte, j'ai appris un décès 2 semaines après ! (...) On va pas cracher dans la soupe non plus. Et ça nous allait bien de ne pas devoir en plus gérer ça » (F31).*

Les situations dans les Ehpad ont pu être vécues douloureusement par les médecins : *« savoir comment les gens vivaient dans cet EHPAD, regroupés dans les salles à manger, enfin... sans visites, enfin... oui, ça, émotionnellement, ça a été très compliqué, oui. Les familles qui venaient pleurer parce qu'ils ne pouvaient pas voir leurs anciens. Ça a été très compliqué » (F62).*

### **La dégradation de la santé des patients**

Les médecins signalent des retards de diagnostic et de prises en charge s'expliquant pour plusieurs raisons :

- arrêt de fréquentation du cabinet des patients (éviter le contact et la contamination mais aussi via la gestion autonome des arrêts de travail) : *« y a eu des retards de diagnostics, ça c'est certain, y a des patients qui devaient avoir des examens supplémentaires qui les ont pas eu, des tests de dépistages de cancer et des diagnostics qui ont été ratés avec des gens qui ont fait des tableaux compliqués qui n'auraient jamais dû faire parce qu'ils sont pas venu consulter parce qu'ils avaient peur » (H33) ;*

- l'indisponibilité des laboratoires : *« le fait que le labo s'organise pour recevoir les gens à tester, en fait ça nous a mais terriblement compliqué l'accès téléphonique au laboratoire, c'est hallucinant, on ne peut plus joindre personne, parce qu'à ce moment-là ils ont mis sur pied un standard téléphonique où on a personne au téléphone, et vous passez 10 min pour finir par avoir quelqu'un au téléphone : on n'a pas que ça à faire » (F64) ;*

- la prise en charge des renouvellements par les pharmacies *« Puis les pharmacies ont eu le droit de faire des dépannages, un mois, 2 mois, 3 mois, donc il y a des gens qu'on a perdus de vue pendant 3-4 mois, quand même (...) Il y a eu des retards de diagnostic, oui. Un cancer de la langue. Une patiente qui a montré sa langue à la pharmacienne, qui lui a dit que c'était un aphte et en fait, c'était une tumeur » (F49) ;*

- l'indisponibilité des spécialistes *« j'ai eu un autre cancer où là, j'ai pas réussi à lui obtenir un rendez-vous, ni scanner, ni rien... et je suis restée avec une douleur, je savais pas quoi en faire... on n'obtenait pas de rendez-vous non plus sur ce premier confinement. Tous les radiologues, tous... on n'avait aucun moyen d'avoir des imageries. Et là aussi, retard de diagnostic. La dame va pas trop mal, et le patient est décédé parce que du coup, on a mis un mois et demi à lui obtenir un scanner » (F49) ;*

- la déprogrammation/annulations de scanner ou d'opérations/ sous-effectif des hospitaliers : *« On a eu des cas de détérioration de l'état de patients parce qu'on a eu des annulations de chirurgie prévues, ou de suivi de spécialistes prévues » (F40) ;*

*« J'ai un patient qui a attendu 6 mois avant d'être opéré d'un cancer de la thyroïde, j'ai des patients qui ont attendu avec des prothèses parce qu'il y avait plus d'anesthésiant, c'est ça (...) y a plein de gens aussi qui ont eu des problèmes de retard de prise en charge de cancer parce qu'il y avait plus de places*

*dans les établissements. Tout était mobilisé pour le Covid, donc ça a gâché beaucoup d'espoirs, je trouve hein. Moi j'en ai eu des retards de prise en charge » (F61).*

- des réorientations de patients envoyés aux urgences : *« donc c'est vraiment un médecin de tri qui – en fait voilà, ils étaient débordés, COVID, tout ce qu'on veut - et donc ils l'ont renvoyé mais ce patient là on a fini par le voir – je l'ai fait voir par mon collègue du coup pour avoir un autre avis médical, pas le mien (...) il a fini aux urgences de Voiron, hospitalisé au CHU en neuro, et c'est un neuro-Lyme, une maladie de Lyme qui a touché le système nerveux, et il est pas du tout sûr qu'il récupère. Il gardera probablement des séquelles de tout ça » (F43) ;*

- l'interruption des suivis à domicile par le SIAD *« il y a eu des suivis à domicile du coup qui ont été interrompus ou on a beaucoup compté sur les infirmiers, le SIAD, tout ça et ou ça a dû un peu je pense altérer quand même, en tout cas on a eu des trucs à réaction je pense » (F40).*

### **Les transformations des relations patients/médecins**

Beaucoup de médecins rapportent des transformations dans leurs relations avec les patients. Par exemple, la téléconsultation ou les arrêts de travail autonomes par le patient ont pu, pour certains médecins, augmenter le comportement de « consommation médicale » des patients :

- *« Ils étaient dans leur salon, en pleine forme, pour nous demander des trucs... par exemple, « je tousse » ou « j'ai mal au ventre », mais c'était ingérable, quoi... c'est bizarre. Ou des conseils... ça faisait plutôt téléachat, franchement, on n'a pas été à l'aise du tout. Donc on a arrêté très rapidement » (H36) ;*
- *« Donc c'est bien, mais vous avez un pet de travers, vous prenez votre téléconsultation, mais des fois, il faut les voir. Et il y en a, c'était la facilité de se faire renouveler, ça va plus vite, ils ne bougent pas de chez eux, ils n'ont pas à se déshabiller... » (F31) ;*
- *« Du coup y a tout un tas de gens qui se sont déclarés à risque alors qu'ils ne relevaient pas des critères, de manière consciente ou pas consciente (...) et du coup après ils sont venu réclamer des certificats pour régulariser leurs situations » (H34) ;*
- *« C'était pas pour nous donner un coup de main, c'était que les gens faisaient ce qu'ils voulaient. À peine ils avaient un rhume, bim, ils avaient 3 jours d'arrêt, sans jour de carence par la sécu. Alors que s'ils venaient et que nous, on leur faisait un arrêt en mettant « suspicion COVID », machin... ils avaient des jours de carence » (F31) ;*
- *« Ils ont vraiment bien aimés d'être appelés pour qu'on les vaccine. Et ça augmente la consommation. Je vais être un peu dur, mais c'est ça... ça a favorisé le rapport d'immédiateté, parce que tout est immédiat » (H36).*

D'autres rapportent une augmentation de l'anxiété chez les patients, pouvant augmenter les consultations pour « bolologie », mettant à mal des stratégies d'éducation thérapeutique des patients construites sur du long termes\_ *« tout le travail d'éducation des patients, que nous avons mis en place... apprendre aux patients, par exemple, que quand un enfant a un rhume, c'est pas la peine de venir avant le 4ème jour (...) tout ça, ça a volé en éclats avec le COVID parce que les gens sont très inquiets et du coup, ils viennent beaucoup plus vite qu'avant. Ils viennent pour des choses beaucoup plus bénignes. Alors que moi, j'avais une patientèle que j'avais éduquée au fil des années, à qui j'avais appris un certain nombre de choses... et ça, ça a volé en éclats » (F62),* mais aussi dans le cadre de

conditions de consultations dégradées, comme chez les médecins qui ont condamné la salle d'attente et font attendre dehors : *« donc ça a compliqué les rapports parce que : les faire attendre dehors – y en a qui sont partis d'ici, fâché, à cause de ça hein, d'attendre dehors (...) ça râlait sans arrêt, et moi j'avais pas eu l'habitude d'avoir des gens qui râlent comme ça sans arrêt quoi (...) Mais ça, ça a vraiment un truc, je m'y attendais pas. Les gens, le manque de civisme en fait, quelque part »* (F61).

Le contexte de pénurie de matériel, de tests, les tensions liées aux vaccins, etc. se sont cristallisées dans les cabinets et la communication gouvernementale a pu participer à délégitimer les médecins et leur faire perdre de leur autorité vis-à-vis de leur patientèle :

- *« Qu'il y a eu pas mal de sujets qui étaient conflictuels, ils voulaient des masques : on pouvait pas leur en donner, les ordonnances de masques, ils y avaient pas le droit, ils voulaient pas aller bosser, y avait pas de raisons, aujourd'hui ils veulent pas se faire vacciner, parce que... parce que n'importe quoi. Ils voulaient aussi se faire tester alors qu'il y avait pas tests. Ouais ça... pas mal de sujets de crispation avec les gens. Encore plus que d'habitude »* (H34) ;
- *« Il y en a qui ont moins confiance dans le système en général, et surtout sur les consignes ministérielles. Ils se méfient de tout. Beaucoup plus méfiants. Pas juste du labo pharmaceutique, mais aussi de toute l'autorité »* (F31) ;
- *« Y a pleins de personnes en fait qui se sont opposées à la vaccination parce qu'ils ont considérés qu'ils avaient des messages tellement contradictoires qu'en fait ils ont perdu la confiance »* (F64).

Enfin la relation se transforme également par une sensation d'éloignement entre médecins et patients : une distance sociale avec le renforcement pour chacun de convictions opposées, comme nous l'avons abordé au sujet du vaccin ; une distance physique, avec la mise en œuvre de la téléconsultation ; une distance interpersonnelle dans les consultations en présentiel, avec la distance d'un mètre minimum, le port du masque, le retrait des jeux pour les enfants *« Ça me manque un peu de faire les consultations sans masque. Tous mes patients, je les connais pas, je sais pas quelle tête ils ont. Il y en a 2-3 à qui j'ai vu la gorge, donc j'ai vu leur tête, mais... les ¾, je pense qu'ils ont jamais vu ma tête, et moi, j'ai pas vu la leur non plus ! »* (F31), *« Et puis avec les masques on se voit pas, on peut pas sourire... c'est pas pareil quoi »* (F61) ; et la diminution de l'examen clinique *« je pense qu'il y a des examens cliniques qu'on n'a pas faits, parce qu'on se dit « peut-être que je peux m'en passer ».* Clairement, par exemple, l'examen de la gorge, on avait même des consignes où on nous a dit *« vous ne le faites que si c'est vraiment indispensable »*, surtout tant qu'on n'avait pas de visières » (F48) ; *« je me rends compte que j'examine moins les gens qu'avant, parce qu'il y a eu toute une période où vraiment on les examinait pas, et en fait... »* (F43).

## 5.2. Augmentation de la charge de travail des médecins pouvant dégrader leur santé

Pouvoir gérer la santé des patients passe aussi par préserver sa propre santé pour être toujours disponible. La crise Covid a profondément modifié les pratiques des médecins et a participé, comme nous avons pu le constater tout au long de ce document, à intensifier leur travail, tant au niveau des horaires de travail, que de la densité des consultations, de la charge émotionnelle et de la crise identitaire. C'est ce que nous allons synthétiser dans cette dernière partie.

### **Une augmentation du volume de travail pour les médecins généralistes**

Comme nous l'avons vu, certains médecins étaient sur plusieurs fronts notamment en zone rurale : maintenir les visites à domicile, soutenir le SAMU, assurer le suivi des soins et renforcer en Ehpad ; se coordonner pour gérer le Covid dans le secteur, être centre Covid ou centre vaccination ; participer aux cellules territoriales *« Et la cellule territoriale faisait aussi partie de mon temps de travail. Donc en ce qui me concerne, j'ai explosé mon temps de travail, avec le COVID. C'est le ressenti clair de ma famille »* (F41).

Beaucoup de médecins ont vu leurs horaires augmenter par :

- la charge administratives (faire des listes de patients pour les vaccins par exemple) ;
- l'ajout de Covid (notamment lors de la vague de novembre) le soir, les séances vaccinations, sur des plannings déjà pleins et peu flexibles *« le boom du COVID à (ville) c'était difficile de l'évaluer à l'avance et quand c'est arrivé, ben on avait plus vraiment le temps de déprogrammer des consult's, ce qui fait qu'on finissait à 22h pour faire les COVID en fin de journée quoi »* ; *« avec le COVID j'ai l'impression qu'on a plus bossé, et que moi je me suis mis une cadence que j'ai du mal à re-ralentir, enfin à rebaisser en fait, alors qu'avant je finissais plutôt vers 19h30, ce qui était plus acceptable, il m'arrive régulièrement de rentrer quand mes enfants sont coucher »* (F43) ;
- le rappel et suivi des patients *« Et je pense que ça a allongé nos journées de travail, globalement. Avec des patients à rappeler, à recontacter, expliquer... »* (F41) ; *« je pense que la charge de travail a augmenté. Tout compris, avec les COVID, avec l'organisation... je passe du temps à faire des fiches-conseils que je remets à jour, que j'envoie aux gens qui ont le COVID. À faire des mails groupés pour envoyer les infos aux patients. À faire des affiches, à avoir des gens au téléphone pour leur expliquer toutes les consignes, la surveillance »* (F48)

Ce sont également des pauses qui sont écourtées, pour prendre en urgence des cas Covid, ou pour faire du ménage *« j'essaie d'avoir une petite pause mais ça devient de plus en plus difficile avec le COVID, on essaie de les caser soit entre midi et deux, soit dans le soir pour éviter les croisements et essayer d'avoir des conditions d'hygiène ben... les mieux possibles, mais bon »* (H60).

Certains médecins travaillent le week-end *« On y passait nos week-ends aussi. Même si on n'était pas là... moi, les mails, les machins, j'y ai passé un temps fou »* (F31).

### **Des consultations denses avec une augmentation de la charge émotionnelle**

Les consultations sont aussi plus denses, avec du Covid omniprésent dans les consultations *« c'est vrai que ça nous prenait du temps sur des consultations autres, y avait très peu de gens qui prenaient des RDV juste pour avoir des infos sur le vaccin (...) En fait, pendant toute cette période-là y a eu – toutes les informations ont été parasitées, soit par des infos sur le COVID : être sûre, savoir si c'était un patient à risque ou pas ; savoir si on prescrit des masques ou pas et puis après savoir si la personne était vaccinée »* (F40),

Une lassitude apparaît quant à la répétition des consignes, qui prend du temps supplémentaire *« C'est vrai que là, le COVID, ça prend pas 10 min, parce que y a dans le COVID, bon y a la désinfection, l'aération machin, mais y a aussi rappeler les consignes d'isolement, rappeler les consignes d'isolement pour les personnes qui sont à domicile avec la personne qui a le COVID, ça prend pas 10 minutes quoi. C'est pas une consultation rapide »* (F40) ; *« ça prenait beaucoup de temps*

*et c'est pas très intéressant médicalement parlant, enfin gérer un Covid c'est sympa une semaine mais un an c'est un peu chiant quand même (rire). Au bout d'un moment, c'est lassant » (F40).*

Les médecins se rendent également disponibles pour les patients suspectés, et veillent à surveiller pour chacun l'évolution de leur état « *Et puis, pour rappeler à J7, au téléphone, tous les patients. À l'époque, c'était ça. On les voyait une première fois, et après, fallait les rappeler à J7, savoir s'ils n'étaient pas essoufflés » (H36), en se trouvant face parfois à des situations graves « *Pourquoi c'est compliqué, parce qu'on suit au jour le jour les patients, à qui on donne notre téléphone portable évidemment, parce que c'est tellement délicat en termes de saturation d'oxygène qu'on veut rien laisser passer, donc ma secrétaire m'aide en partie, les infirmières aident, mais les familles sont tellement angoissées qu'elles ont besoin de pouvoir me joindre » (F50).**

Les conflits avec les patients autour des vaccins affectent aussi les médecins qui se retrouvent parfois dans une impasse : « *ça nous a bouffé une énergie colossale » (F64) ; « *Puis c'est tellement incompréhensible, ce refus de la vaccination... c'est tellement... intellectuellement incompréhensible, que... ça prend beaucoup d'énergie, pour un résultat qui n'est pas très bon, parce que les convaincus anti, on les convainc pas, en fait » (F62).**

### **Une charge de travail accrue par un contexte d'arrêt d'exercice des médicaux**

La charge de travail des médecins est aussi largement impactée par les mouvements démographiques des médecins et paramédicaux du secteur. Ces mouvements sont divers et variés, nous retenons dans l'échantillon enquêté, notamment trois cas de médecins contraints ou menacer d'arrêter d'exercer pour raisons vaccins, avec une répercussion de la charge sur les médecins alentours ; des départs définitifs à la retraite ; un médecin en arrêt maladie ; des départs de paramédicaux, ; le départ d'une secrétaire expérimentée en arrêt maladie, etc. Ces départs nécessitent de trouver un remplaçant et/ou de prendre en charge par exemple une partie de la patientèle. Pour F49, cela occasionne une augmentation du temps de travail et une diminution des pauses « *ma collègue est partie, celle avec qui je travaillais. Elle est partie à l'étranger faire un voyage humanitaire pendant 7 mois, donc du coup, j'en fais forcément plus. » « *Parce que j'ai beau dire que je peux pas prendre ses patients, je les prends quand même, donc... j'ai ré-augmenté. Du coup, je mange plus entre midi et 2, ça y est ! ... il me semble que quand on s'est vues, j'étais sur 3 semaines de délai. Et là, j'ai vraiment un gros mois de délais de consultation. Plus toutes les urgences que je vois la journée » (F49).**

Les journées plus longues et denses sont plus difficiles à récupérer, notamment pour les médecins anciens et cette fatigue se fait d'autant plus ressentir que les médecins ont peu pris de congés au cours de 2020. F61, qui, pour diminuer les risques de contamination, s'est fortement investie dans le ménage, est épuisée et ressent des douleurs dorsales « *Je pense que le nettoyage, vraiment à la fin j'en pouvais plus. L'absence de temps libre... » (F61). H60 ne parvient plus à récupérer « *La fatigue. Plus on passe la barrière des 60, on récupère moins vite, on dort moins bien. Les masques, une demi-journée, c'est comme si on faisait une journée. Vous rajoutez un peu d'asthme par-dessus... » (H60).**

Trois médecins ont réduit leur temps de travail pendant la crise pour tenir « *je me suis dit « mais tu vas crever ma vieille », parce que je battais à 130 et ça descendait pas, ni jour, ni nuit, pendant*

*presqu'une semaine (...) donc ça m'a permis de penser et je me suis dit « quand je rentre, plus jamais ça ». et donc là j'ai pris la décision de plus travailler le mardi et le jeudi » (F61) ; « avant, je faisais pas de pause du tout... je faisais 9h-13h, 14h-20h. Maintenant je me mets une pause de 20 minutes en milieu de matinée, et une autre de 20 minutes en milieu d'après-midi, et je ne vais plus jusqu'à 20h, je vais jusqu'à 19h » (F62). « D'où le fait que je réduise d'une journée mon temps de travail » (F41)*

Deux médecins accélèrent leurs départs en retraite « *Je me sens beaucoup plus... la vie professionnelle est devenue beaucoup plus compliquée. Et donc, peut-être que j'envisagerais plus d'aller jusqu'à 67 ans si elle n'était pas devenue beaucoup plus compliquée.* » (F62).

F61, pour tenir physiquement la journée, fait de la musculation à 5h du matin « *je fais de la muscu tous les matins, je me lève à 5h, donc j'en fais tous les jours depuis que je suis revenue, depuis le mois d'août et quand je pars le soir, ben je suis pas au bout du rouleau, je suis fatiguée parce que j'en ai marre, mais j'ai pas mal partout, j'ai pas mal au dos, je me suis reprise en main* » (F61).

Deux jeunes médecins interrogent leurs capacités à tenir dans le temps « *On est la variable facile. Le reste. Oui, ça me gonfle. Je ne sais pas comment je tiendrai... il y en a qui m'ont dit « mais tu te rends compte, tu viens juste de t'installer, t'es énervée comme ça, comment tu vas faire jusqu'à la fin ? »... j'en sais rien* » (F31), dans le cadre d'une crise qui persiste et décourage « *J'ai jamais repris le même rythme de sortie qu'avant le COVID. IL y a aussi ça qui pèse sur le moral. On n'est jamais ressortis avant* » (F31).

## 6. Synthèse, perspectives

Concernant la gestion des risques de contaminations, les médecins se sont sentis abandonnés dans la première phase de la pandémie et ont dû se réorganiser seul avec un faible soutien de l'ARS. Leur réseau informel a joué un rôle important. Nous relevons principalement ici des moyens inégaux pour maîtriser les flux selon le type de structure d'exercice, la localisation mais aussi l'âge. Les médecins en individuel et/ou dans des locaux étriés ont eu en effet plus de difficultés à gérer les risques de contamination et à se protéger ainsi que leurs patients. Certains médecins ont mis en place des protocoles très stricts. Nous notons également des tentatives pour gérer les flux au-delà du cabinet, à un niveau territorial. Cependant les initiatives ne sont pas égales selon le territoire et l'organisation des soins (déficit transport en commun, nécessité de connaissance des patients, matériel et équipement disponible dans les centres, niveau de soutien de la mairie, etc.). De même, le déploiement de la téléconsultation se réalise de manière très différente, entre la patientèle du monde rural qui ont des problèmes de réseaux et les patients plus âgés, isolés et numériquement peu habiles.

Les médecins, avec la gestion du Covid, se trouvent à assumer des nouvelles tâches. Alors même qu'ils manquaient de moyens (pénurie) pour gérer leurs missions, les médecins doivent réaliser une tâche complexe qui est de prioriser les patients, selon des critères construits (tests) ou des critères donnés par le gouvernement (vaccins) mais réévalués en situation – voire en faisant valoir ses propres critères (par exemple, vacciner en priorité les patients précaires). Ce contexte de pénurie les amène également à reformuler des règles liées au dosage des flacons de vaccin pour éviter de gaspiller tout en vaccinant les plus fragiles.

La charge de travail liée à ces nouvelles tâches (demandes de conseil des patients, charge administrative, gestion des tests et vaccins) a pu être pour beaucoup régulée par des personnes ressources : le secrétariat et les infirmières (en maison de santé pluriprofessionnelle), les pharmacies, mais aussi les collectivités. Les grosses structures apparaissent mieux armées pour gérer ces tâches de santé publique que les cabinets libéraux. Le rôle du médecin généraliste semble essentiel pour assurer une vulgarisation/traduction du vaccin et rassurer les patients, rôle moins investi pour certains d'entre eux. Ces nouvelles tâches questionnent le sens du métier et amènent à une diversité de points de vue, notamment au sujet de la vaccination, des tâches administratives (leur ampleur et au contraire, la régulation des arrêts de travail par la CPAM).

La gestion de l'information est plus accrue pendant la période du Covid. Là encore, les grosses structures semblent éprouver moins de difficultés car les médecins peuvent s'organiser pour traiter l'information et construire du sens à plusieurs ainsi qu'homogénéiser les pratiques. Néanmoins, les médecins généralistes en individuel ne sont pour la plupart pas restés seuls et ont cherché des moyens de coopérer avec d'autres (médecins généralistes mais aussi hospitaliers), ce qui est une nouveauté pour cette profession. En revanche, ils sont seuls pour faire face aux afflux de mails et aux changements de consignes et plusieurs stratégies de gestion ont été identifiées. La charge de travail (volume de patients, fatigue, etc.) et le volume d'études

produites sur la Covid peuvent décourager certains médecins à se créer une expertise, tandis que d'autres vont en faire leurs spécialités.

Nos résultats mettent en lumière les difficultés de santé accrues chez les patients suite à la crise de l'hôpital. Si des régulations (obtenir un avis rapide d'un spécialiste) ont été fortement appréciées par les médecins afin d'orienter au mieux leurs patients, le contexte de sous-effectif en hôpital n'a pas permis d'en assurer la pérennité. On perçoit toute la difficulté du rôle des médecins généralistes qui ont pour responsabilité d'assurer une traduction entre les consignes et décisions gouvernementales, et les réalités des patients selon leurs connaissances sur les vaccins, leurs modèles de santé. La dégradation de la santé des patients (psychique, physique) se pose de manière encore plus vive dans un contexte de crise des urgences et de l'hôpital et de désertification médicale, faisant peser sur les médecins généralistes des situations d'urgence pour lesquelles ils n'ont pas forcément été formés, mais aussi des situations de tri et de refus de suivi de certains patients. Certains médecins s'épuisent et précipitent leur départ à la retraite.

La figure 3 ci-dessous reprend la synthèse de nos résultats selon les régulations mises en œuvre par les médecins en fonction de l'organisation de notre rapport : trouver du matériel de protection, gérer le flux des patients covid, utiliser la téléconsultation (partie 2), dépister et tracer les patients covid, vacciner (partie 3), traiter l'information, se construire une expertise (partie 4), gérer la santé des patients et préserver sa propre santé (partie 5).

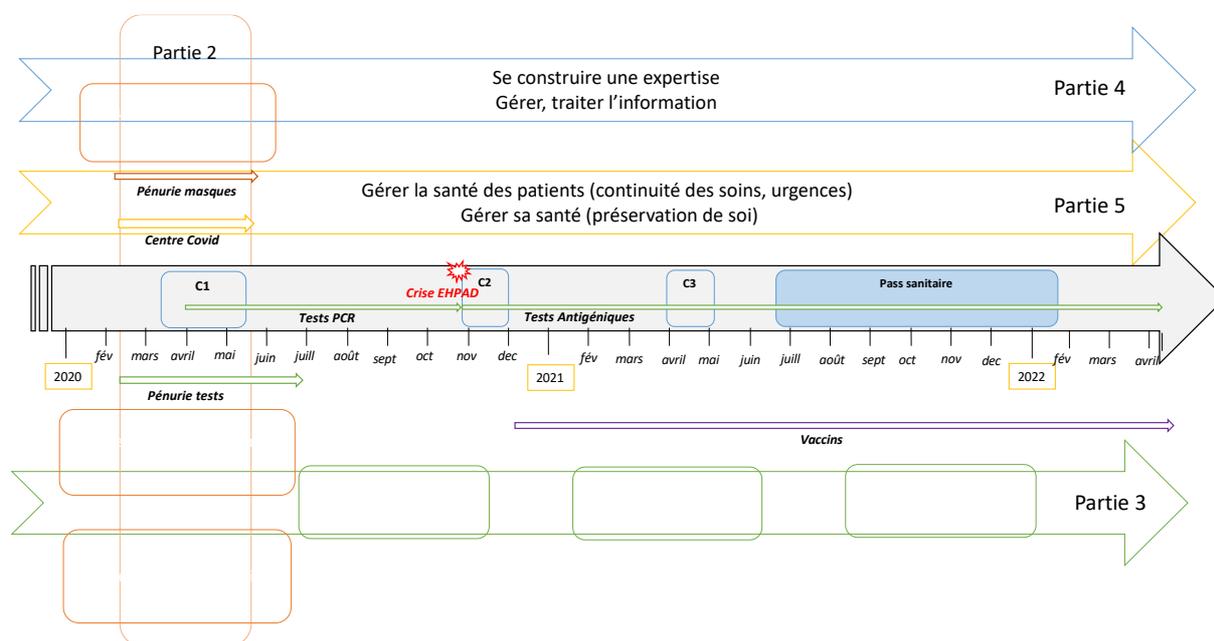


Figure 3, récapitulatif des pratiques des médecins généralistes liées à la gestion de la crise Covid

Nos résultats permettent de dégager plusieurs stratégies mises en œuvre par les médecins généralistes relatives aux régulations décrites :

\* gérer les risques de contaminations

Demander l'avis du conseil de l'ordre sur des problèmes éthiques ;

Ne pas se fier aux recommandations pour s'organiser selon sa propre logique ;

Optimiser les temps de ménages et de désinfection ;

Apprendre à faire le tri entre les patients, leur proposer une consultation à distance, les regrouper dans l'agenda ;

Réorganiser ou spécialiser les tâches ;

Récupérer des locaux (ex : paramédicaux), condamner sa salle d'attente, créer un bureau « Covid » et faire des circuits Covid ;

Garder le logiciel professionnel et à apprendre aux patients à s'en servir ;

Demander une dérogation à un niveau institutionnel pour obtenir l'autorisation de réaliser des téléconsultations par téléphone ;

Continuer à utiliser la téléconsultation, pour certains motifs, de manière occasionnelle, et pour gérer des difficultés de la vie personnelle des patients (impossibilité de se rendre au cabinet) et selon des protocoles pour éviter les dérives ;

Faire du rangement, rendre un service à d'autres professionnels, monter un centre Covid, pendant le temps du confinement.

\* Assumer de nouvelles tâches

Prioriser les patients à dépister en ayant besoin ;

Isoler tous les patients suspects ;

Elaborer des protocoles sanitaires en concertation avec le directeur de l'école du village, l'inspecteur académique, la Mairie, les parents d'élèves, l'infirmière ;

Passer du temps pour rappeler les consignes et l'importance de maintenir les gestes barrières ;

Gérer la charge des patients en déléguant et en augmentant le volume horaire du secrétariat (listes des patients, appel des patients pour RDV, tâches administrative liées aux vaccins et sa logistique) ;

Planifier des créneaux dédiés pour répondre à des questions ;

Tenter d'agir sur la charge en éduquant le patient ;

Utiliser la 7<sup>e</sup> dose pour se protéger et pour protéger les patients en évitant de gaspiller ;

Envoyer les patients vers un centre de vaccination ;

Compter sur le soutien de la Mairie pour la prise en charge de la vaccination ;

Réaliser la consigne de ne pas prendre RDV à la place des patients ;

Eviter d'engorger les urgences ;

Monter un centre de vaccination (précoce) au sein de la maison de santé ou de la CPTS, de manière à vacciner en priorité ces patients ;

Répartir les tâches dans l'équipe pluriprofessionnelle ;

S'appuyer sur des personnes de son entourage (ex : époux pompier, gendre infirmier, etc.) ;

Avoir le soutien des pharmacies ;

Regrouper les sessions de vaccination ou intégrer dans le planning des vaccinations en plus des consultations prévues ;

Repérer les patients hésitant afin d'essayer de les convaincre (vulgariser ses connaissances, montrer l'exemple, mobiliser ses ressources) ;

Ne pas confronter un patient trop résistant pour ne pas se sentir fatigué, les connaissances évoluant rapidement ;

S'appuyer sur les messages construits par le collectif (transmission de message clair et cohérent en salle d'attente d'une maison de santé), pour désamorcer les patients résistants.

\* Gérer l'information

Réaliser un suivi de près des patients (appel régulier, etc.), si la charge de travail le permet ;

Se « débrouiller » pour gérer les patients à risques sans envoyer aux urgences, à l'aide d'autres médicaments ;

Elaborer des protocoles, des arbres décisionnels, des systèmes de suivi ;

Se construire une expertise en faisant des hypothèses, des liens entre symptômes et virus ;

Réduire la charge cognitive, se préserver en arrêtant de lire les mails de la DGS, au risque de passer à côté d'informations importantes ;

Anticiper les changements de consignes (critères d'éligibilité, autorisation d'un vaccin) avec des risques sur la responsabilité du médecin ;

Se tenir informé en permanence pour éviter d'être pris au dépourvu, par les patients par exemple, au risque d'un rajout de charge ou/et des informations peu fiables ;

Aménager les plannings pour avoir une pause au moment des annonces gouvernementales ;

S'informer via internet, des études ou revue afin d'avoir des informations fiables, au détriment de la vitesse ;

Centraliser l'information, la traiter et la diffuser dans une structure collective ;

Rechercher de l'informations auprès des hôpitaux, qui se rendent disponibles selon leur charge de travail ;

Echanger de l'information dans les groupes WhatsApp de médecins (s'informer, échanges d'informations pratiques) ;

Mutualiser l'information au sein d'un forum réunissant plusieurs centaines de médecins, qui pourra se pérenniser hors Covid.

\* Gérer la santé du patient et la sienne

Elaborer des prises en charge estimées adaptées au patient ;

Avoir des avis de spécialistes rapidement ;

Contacter directement les patients pour les recevoir ;

Définir des axes d'action, tels que le recensement des personnes isolées et leur prise en charge ;

Intensifier les visites dans les Ehpad ou à l'inverse ne pas aller dans les Ehpad pour se protéger ;

Augmenter le temps de travail (charge administratives, diminution des pauses, prendre en urgence des cas Covid, faire du ménage) ;

Réaliser des régulations hors travail (travailler tard le soir ou week-end) ;

Faire du sport pour évacuer ;

Avec la fatigue, réduire le temps de travail pendant la crise pour tenir ou accélérer le départ en retraite ;

Se poser la question des capacités à rester dans le métier dans le temps.

Pour conclure, nous poserons la question du collectif dans la gestion de la crise Covid avec comme perspective l'amélioration du système de soin dans son ensemble et la définition de la place du médecin généraliste en son sein. Pour cela, nous reprenons les différents résultats selon les acteurs, en identifiant des nouvelles coopérations possibles et les difficultés encore existantes de collaboration.

- **avec les pharmacies** : les médecins ont étroitement coopéré avec les pharmacies, celles-ci leur donnant masques, tests et vaccins. Les pharmacies ont également réalisé les mêmes tâches en parallèle (vaccins, tests). Certains médecins parlent d'une redécouverte du travail avec les pharmaciens, amenant à des liens nouveaux et à une reconsidération de leur travail. Pour d'autres, cela renforce des liens déjà forts. Cependant, certains craignent une concurrence entre médecins et pharmaciens, les pharmacies récupérant certaines de leurs tâches (la vaccination et le renouvellement d'ordonnance).

- **avec les patients** : les médecins soulignent des consultations plus pénibles dues à des comportements de défiance de la part des patients et une augmentation de l'anxiété et des incivilités. Mais ils font aussi part de leur solidarité quand il a fallu approvisionner les médecins en masques ainsi qu'ils ont apportés leur soutien sur la compréhension de la situation incertaine (par exemple, lorsque les patients appellent les médecins pour leur donner des infos vues à la télé).

- **avec les Mairies et les collectivités** : la plupart des médecins mentionnent le soutien local des collectivités, que ce soit pour le matériel de protection, la logistique pour les vaccins, les décisions à prendre au niveau de la commune, bien qu'un médecin a vu ses initiatives empêchées par absence de soutien du Maire.

- **les infirmiers** : ont coopéré avec les médecins, notamment ceux travaillant en maison médicale et centre de santé, pour faire les tests et vaccins (répartition des tâches). Les médecins travaillant en individuel ont davantage mentionné l'indisponibilité des infirmiers pour cause de surcharge ;

- **le secrétariat** : a été fortement mobilisé notamment pour la prise en charge des tâches administratives et des demandes patients. Son volume horaire a été augmenté. Un médecin a décidé pendant la crise d'embaucher une secrétaire à temps plein pour gérer ces aspects-là, en présentiel.

- **l'hôpital** : pour les médecins ruraux à proximité d'hôpitaux locaux, la crise semble avoir participé à créer des liens (échanges de numéros, mis à disposition, réunions régulières) sans pour autant savoir si ces liens perdureront. Pour les médecins urbains, le CHU a été perçu comme assez peu accessible.

- **le réseau des médecins** : la plupart ont découvert un réseau d'échanges de pratiques, vécu de manière très positive. Seul un médecin regrette l'arrêt des échanges dans son groupe WhatsApp, qui renforce son sentiment de solitude en exercice individuel.

- **ARS** : la plupart des médecins soulignent le manque de soutien de l'ARS.

- **CPAM** : elle apparaît comme permettant des marges de manœuvre (feuille de soin dégradée, prise en charge des patients Covid) mais la mise en œuvre (et le retrait) de ces dispositifs se réalisent sans la consultation des médecins généralistes.

- **Conseil de l'ordre/cellule territoriale** : apparaît comme un soutien, notamment en soutenant certaines pratiques et en remontant les difficultés du terrain (7<sup>e</sup> dose, dérogation pour

téléconsultation, centre de vaccination précoce). Malgré une lettre d'information régulière, tous les médecins ne la lisent pas. Les médecins situés au nord du territoire auraient besoin d'information sur d'autres départements limitrophes plutôt qu'uniquement sur le sud du département.

La gestion de la pandémie apparaît avant tout collective et inscrite dans une stratégie de santé publique. Or, ce mode de fonctionnement collectif peut s'avérer plutôt nouveau pour certains médecins qui fonctionnent en individuel et tiennent au statut libéral, qui leur permet de réaliser une médecine selon leurs propres critères de qualité. Les médecins en maison de santé ont l'habitude de fonctionner en pluridisciplinarité. Ceux qui aspirent à le faire s'en sont le mieux sorti (répartition des tâches, gestion de flux, protection). Les médecins ruraux, du fait de leur position clé au sein de la commune, ont également fortement participé à la mise en œuvre d'une gestion de soin territorialisée en prenant des décisions communes avec les autres acteurs (SIAD, hôpitaux locaux, Mairie, école, etc.).

Ces constats appellent, dans un contexte de pénurie et d'épuisement des médecins (Caroly, Reboul, 2022), à réinterroger le modèle de la médecine et à mettre en discussion les différents modèles, afin de trouver des compromis entre le modèle libéral, qui met en avant la possibilité d'exercer librement dans le cadre d'une relation unique avec les patients ; et un modèle de santé publique, qui favorise la régulation de la charge de travail par la possibilité d'élargir la consultation du patient à un autre confrère et la pluridisciplinarité, protège les médecins généralistes d'une pression issue d'une forte demande de la patientèle et favorise la gestion des urgences. Il faut cependant éviter de transformer les maisons de santé en modèle d'hôpital public. Une piste pour favoriser la définition d'un tel modèle serait la mise en place d'espaces de discussion réunissant des médecins volontaires représentant chacun des modèles différents. La simulation est une méthodologie utilisée en ergonomie, qui peut s'avérer un outil pertinent pour concevoir un nouveau système de santé, en identifiant des scénarios de prise en charge des patients et des urgences, en tenant compte du contexte de désertification médicale et de la crise des urgences.

La gestion de la crise Covid dans l'activité du médecin généraliste a augmenté leur charge de travail : certains médecins étaient sur plusieurs fronts. La communication gouvernementale, la pénurie de test ont pu participer à délégitimer les médecins et leur faire perdre de leur autorité vis-à-vis de leur patientèle. L'absence de contact avec la patientèle pendant le confinement, la prise en main par d'autres (pharmacie, CPAM, centre de vaccination ou de test) a pu mettre à mal des stratégies d'éducation thérapeutique des patients construites sur du long terme. Les médecins tout autant que les patients ont pu être pris dans des positions extrêmes et ne plus parvenir à dialoguer.

Toutefois le fait de travailler avec d'autres—comme pouvoir plus facilement appeler des spécialistes, ou échanger des informations pour faire évoluer la pratique (groupe whatsapp)—a été considéré par les médecins généralistes comme une occasion de « *faire de la bonne médecine* ». Les médecins ayant participé aux centres de vaccination s'en montrent satisfaits, car cela a occasionné un travail collectif autour d'un but commun, et la rencontre d'autres professionnels de santé, dans le cadre d'une bonne rémunération

### **Remerciements :**

Nous tenons particulièrement à remercier les médecins généralistes volontaires qui ont participé à cette recherche (entretiens et observation de leurs consultations). Nous tenons à remercier le Conseil de l'Ordre du département de l'Isère qui nous a soutenu dans notre démarche, ainsi que les représentants de l'URPS. Une partie des résultats a pu être recueillie dans le cadre d'une recherche sur l'épuisement des médecins et a été exploitée ici sur les pratiques liés au Covid. Enfin, nous tenons à remercier également l'ensemble des acteurs de la cellule de crise territoriale, que nous suivons depuis plus de deux ans, qui nous ont permis de comprendre le contexte et la gestion de la crise.

### **Bibliographie**

Caroly, S., Reboul, L. (2021). Souffrance mentale des médecins généralistes en zone désertifiée, étude ergonomique. *Rapport DREES*.

Gaudart, C. (2013). Âge et travail à la croisée des temporalités. L'activité face aux temps. *Document HDR*, Université Victor Segalen, Bordeaux 2.

Hermann, C. F. (1963). Some consequences of crisis which limit the viability of organizations, *Administrative Science Quarterly*, vol 8, n° 1, Juin 1963.

Reboul, L., Caroly, S. (2022). La gestion du temps des médecins généralistes en zone désertifiée : des stratégies liées au genre ? *Actes du 56e Congrès de la SELF, Vulnérabilités et risques émergents : penser et agir ensemble pour transformer durablement. Genève, les 6-8 juillet*.

Reboul, L., Caroly, S. (2022). Impact du Covid dans les relations santé/travail : trois parcours de femmes médecins en zone désertifiée. *In Actes du séminaire annuel « Âge et Travail » du Creapt : L'articulation des sphères de vie : un défi dans la construction des parcours professionnels*. Paris, les 24-25 mai.