http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2023 **N°056**

LIEN ENTRE MESURES SANITAIRES LIÉES A LA COVID-19 ET RELATION MÉDECIN-PATIENT

Ressenti des médecins généralistes et des patients de la région Auvergne-Rhône-Alpes

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 9 mai 2023

En vue d'obtenir le titre de Docteure en Médecine par

Léa DURAND

Née le 21 juin 1995 à Lyon (69008)

Sous la direction de la Professeure Corinne PERDRIX

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de médecine Lyon-Est
Liste des enseignants 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale.
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophtalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation – Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAULT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités

Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AURORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AURORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACOIN REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénéréologie

Maîtres de conférences

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maîtres de conférences
Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maîtres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
LAMORT-BOUCHE	MARION

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maîtres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINE	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

A Monsieur le Professeur Laurent Letrilliart,

Je vous remercie de m'avoir encouragé à réaliser cette thèse en binôme en mars 2021, ainsi que d'avoir accepté de présider notre Jury de Thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et mes remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

A Monsieur le Professeur Philippe Michel,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à notre Jury de Thèse. Votre œil de médecin expert en Santé Publique est un enrichissement pour notre travail.

A Madame la Professeure Corinne Perdrix,

Je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse et de nous avoir soutenues à sa réalisation. Vos conseils, votre gentillesse et votre bienveillance ont été précieuses.

A Monsieur le Docteur Edouard Leaune,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à notre Jury de Thèse, et d'enrichir notre travail de votre point de vue de psychiatre.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

A ma famille,

A mes parents, sans qui je n'aurais certainement jamais réussi à finir ce parcours de formation médicale semé d'embûches. Vous avez été et resterez mon plus grand soutien. Je vous aime.

A David, merci d'avoir été là tout au long de mes études. Tu as été un pilier pour moi et je ne l'oublierai jamais.

A mamie Lulu, nos appels et nos moments partagés ensemble sont une grande source de conseils, d'amour et d'apaisement. Tu m'aides à apprendre la vie. Merci pour tous ces petits plats concoctés qui m'ont aidé à réussir mes études. Je t'aime. Une pensée aussi pour papy Daniel.

A papy Jean- Claude, merci à toi aussi pour tous les petits plats que je venais chercher les dimanches soirs avant de commencer mes semaines de révisions. Une pensée aussi pour mamie Odile.

A mon frère, merci de ta présence dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Je vous souhaite tout le bonheur avec Émeline et vous aime fort.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines, merci pour tous les moments de joie et de bonheur partagés ensemble.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

A mes amies,

A Imane, toi qui es là depuis la P1 ! A toutes nos pauses à la Faculté assises par terre à manger des gaufres au Nutella et à se raconter nos vies… J'aime ta bonne humeur et tes bonnes ondes… Merci d'être rentrée dans ma vie !

A Marianne, mon infirmière préférée. Amies depuis plus de 15 ans, nous avons partagé un sacré bout de chemin ensemble. Tu m'as confié ton chat, preuve d'une belle amitié. J'espère que ça continuera.

A Célia, merci d'avoir été là dans les moments difficiles de l'externat. A nos séances de « colles » affreuses avec Gaël pendant la D4. Et à nos super week-ends passés à travers la France depuis l'internat avec Jeanne.

A Jeanne, ma petite gastro-entérologue et bretonne d'adoption, merci pour ces week-ends et tes conseils.

A Elodie, ma santarde préférée, et à Clotilde : quel bonheur quand je repense à tous ces fous rires des urgences de Desgenettes, le trio infernal ! Je vous souhaite, à toutes les deux, le meilleur dans votre vie professionnelle et personnelle.

A Céline, ma co- thésarde ! Merci d'avoir accepté de réaliser ce travail avec moi. Tu as été un véritable moteur et tu as su me rassurer quand j'en avais besoin. Merci pour ton écoute et ta bienveillance. Ce travail commun a été un véritable plaisir et source d'une nouvelle amitié.

A d'autres,

Au Dr Anne Barrau, merci de m'avoir aidé à prendre confiance en moi pendant mon SASPAS et mes premiers remplacements. Tu es une excellente maître de stage. Je te suis très reconnaissante pour tous tes encouragements.

Aux médecins de Charlieu, merci de m'avoir formée durant mon SASPAS et de m'avoir poussé, un peu malgré moi, à réaliser mes premiers remplacements et mes premières gardes de médecine générale. Vous êtes une équipe soudée, ce qui est très inspirant.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION 16

1. La relation médecin-patient 16
2. Les mesures sanitaires liées à la pandémie 17
3. Les effets potentiels sur la relation médecin-patient 19
4. Question de recherche 24

II. MÉTHODE 25

1. Type d'étude 25
2. Revue de la littérature 25
3. Définition du sujet 25
4. Équipe de recherche 26
5. Constitution de l'échantillon 26
6. Entretiens 28
7. Retranscription et analyse 28
8. Choix d'écriture 29
9. Aspects réglementaires et éthiques 29

III. RÉSULTATS 31

1. Caractéristiques des échantillons et des entretiens 31
2. Analyse des résultats 32

LES MESURES SANITAIRES ONT DÉGRADÉ DE NOMBREUX ASPECTS DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT 33

A. Perte de proximité 33
B. Perte d'aisance et de spontanéité 36
C. Perte de chaleur et de convivialité 37
D. Perte du sentiment d'apaisement, de réassurance et de sécurité pour les patients 39
E. Relation déshumanisée, impersonnelle moins singulière 40
F. Perte d'attention et d'empathie perçue par les patients 42
G. Dégradation de la communication non-verbale 43
H. Dégradation de la communication verbale, diminution des échanges 45
I. Les patient se sont confiés moins facilement 47
J. Dégradation de la compétence médicale ressentie 48
K. Certains rôles attribués aux médecins ont été sources de tensions avec les patients 54
L. Comportements de patients jugés désagréables par les médecins 57
M. Les mesures sanitaires étaient moins gênantes lorsque médecin et patients se connaissaient déjà 59

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

LES MESURES SANITAIRES ONT PRÉSERVÉ VOIRE RENFORCÉ CERTAINS ASPECTS DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT 59

A. Les mesures sanitaires ont été une protection mutuelle rassurante qui a préservé la relation médecin-patient 60

B. La bienveillance, la gentillesse et la douceur du médecin ont été préservées pour certains 63

C. La réassurance et le soutien par le médecin ont été renforcés pour certains 63

D. La proximité a été renforcée pour certains 64

E. La confiance du patient a été préservée, voire renforcée 64

F. L'écoute du médecin a été préservée voire renforcée 66

G. Les échanges se sont élargis 66

H. Les patients ont pris conscience de la difficulté du travail des médecins et ont été reconnaissants 67

CERTAINS MÉDECINS ET PATIENTS SE SONT ADAPTÉS ET HABITUÉS AVEC LE TEMPS 69

A. Il fallait accepter de vivre avec les mesures sanitaires puisqu'elles étaient obligatoires 69

B. Les patients ne blâmaient pas le médecin pour les effets négatifs des mesures sanitaires 70

C. Des stratégies de compensation se sont mises en place 71

D. Certains médecins et patients se sont habitués aux mesures sanitaires 73

E. Malgré les changements rapportés, certains participants ne retenaient pas de transformation majeure de la relation médecin-patient 75

3. Modélisation des résultats 77

IV. DISCUSSION 78

1. Résultats principaux 78

a) Les mesures sanitaires ont dégradé de nombreux aspects de la relation médecin-patient 78

b) Les mesures sanitaires ont préservé, voire renforcé, certains aspects de la relation médecin-patient 88

c) Certains patients et médecins ont l'impression de s'être habitués aux mesures sanitaires avec le temps 89

2. Autres résultats 90

3. Forces et limites de l'etude 91

4. Conclusion 93

V. CONCLUSIONS 95

VI. BIBLIOGRAPHIE 99

VII. ANNEXES 107

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

I. INTRODUCTION

1. La relation médecin-patient

La relation médecin-patient est la relation singulière qui se joue entre un médecin et un patient au cours d'une ou plusieurs consultations. Elle est un ensemble d'échanges ayant pour but de soigner le patient. Une relation médecin-patient de qualité est essentielle car elle a un effet thérapeutique propre (1).

Elle est une relation particulière par sa nature asymétrique, puisqu'elle s'exerce, par définition, entre une personne vulnérable en demande d'aide, et une personne détenant la connaissance. L'objectif est d'établir un partenariat, juste milieu entre la position de patient "objet" soumis au paternalisme médical et de patient "client", qui n'emploierait le médecin que comme un outil (2). Cette alliance se construit, se développe, se maintient, et repose sur différents piliers.

Le respect du patient et de son autonomie est la première des conditions (1, 3). Autrefois paternaliste, la relation médecin-patient s'est tournée vers un modèle de décision partagée et un meilleur respect de l'autonomie du patient (2, 4).

La confiance est également un pilier majeur de la relation médecin-patient (3, 5). Elle est mutuelle, conditionnée par l'écoute, l'information échangée qui doit être sincère et claire (1, 5), l'organisation des soins (5) et l'empathie du soignant perçue par le patient (1, 5).

Cette dernière est un autre élément essentiel (1, 3, 6). Le médecin n'est pas seulement un bon "technicien", il doit pouvoir reconnaître les émotions du patient et y répondre de façon adaptée et humaine. Ce partage des affects s'exerce par les mots et l'écoute, et en grande partie par des signaux subtils et inconscients, à travers le langage non-verbal (6, 7).

Le toucher est un autre pilier de la relation médecin-patient (1, 3, 8). Hélène Bourhis en distingue trois catégories (9). Le "toucher-communication" s'exprime lorsque le langage verbal n'est pas possible. Le "toucher-technique" constitue l'examen clinique et conditionne la confiance portée par le patient. Il est également une porte vers son intimité qui peut parfois l'amener à se confier plus facilement (8). Le "toucher-relation" permet de prendre en compte le patient en tant que personne dans sa globalité. Le serrage de main est un exemple de toucher-relation apprécié par de nombreux patients (10), et un marqueur de confiance et de satisfaction à la fin d'une consultation (11). Le toucher-

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

relation permet aussi de percevoir ou de réagir aux émotions de façon non-verbale, et donc de transmettre l'empathie (8).

2. Les mesures sanitaires liées à la pandémie

En mars 2020, la pandémie de SARS-CoV-2 (COVID-19) a imposé la mise en place de mesures sanitaires pour freiner la propagation du virus. Ces mesures sanitaires ont bouleversé l'organisation des soins, y compris en médecine générale.

a) Les "mesures barrières"

Depuis l'arrivée de la pandémie, les médecins ont dû appliquer les "mesures barrières" au sein du cabinet selon les recommandations sanitaires (12). Le port du masque par médecins et patients, la distanciation physique en-dehors de l'acte de soins, la limitation des contacts physiques, l'hygiène des mains répétée et l'hygiène renforcée des surfaces et du matériel de soins sont devenus le quotidien des médecins (13, 14).

D'autres "mesures barrières" ont été prises à l'initiative des médecins généralistes. Certains ont adopté des tenues de protection comme la blouse (15) ou la surblouse (16), les lunettes de protection (15, 16) ou les gants, notamment lors des visites à domicile (17).

b) La réorganisation du cabinet et des consultations

Les médecins généralistes ont revu l'organisation de leurs consultations et de leur cabinet afin de limiter les contaminations.

Une planification particulière des rendez-vous et une procédure spécifique d'accueil des patients a été mise en place pour limiter les croisements entre les suspects de COVID-19 et les autres patients (14, 18). Ainsi, les médecins généralistes ou leurs secrétaires recherchaient systématiquement la présence de symptômes évocateurs de COVID-19 auprès des patients lors de la prise de rendez-vous et à l'arrivée au cabinet (18).

La plupart des médecins généralistes ont ouvert des plages de consultations dédiées aux patients suspects de COVID-19, et de nombreux cabinets ont mis en place un parcours d'accueil spécifique pour ces patients (13, 17, 18, 19). Les médecins exerçant en groupe ont établi une organisation commune (14, 17), par exemple en affectant certains médecins aux consultations spécifiques COVID-19 et d'autres aux consultations non-suspectes (17).

La plupart des médecins généralistes ont modifié l'organisation de leur secrétariat (13). Près de trois quarts des médecins généralistes ayant des plages de consultations

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

sans rendez-vous les ont supprimées ou adaptées (13). Les autorités ont d'ailleurs recommandé aux patients de ne pas se rendre chez leur médecin si leur motif de consultation n'était pas urgent (20), et les patients en Affection Longue Durée (ALD) se sont vus renouveler leurs ordonnances sans consultation médicale pendant la période du confinement de mars à mai 2020 (21).

L'accompagnement du patient en consultation a été limité à une seule personne au début de la pandémie, et uniquement pour des situations particulières (enfants, personnes dépendantes…) (18).

Les médecins généralistes ont adapté leur salle d'attente (13, 18) : les meubles inutiles, journaux et jouets, ont été bannis (18), et une signalétique informative sur les "mesures barrières" ainsi que du gel hydroalcoolique à la disposition des patients ont été mis en place (13, 18).

c) La téléconsultation

Les médecins généralistes ont été invités à utiliser la téléconsultation pour la prise en charge des cas suspects ou avérés de COVID-19, ou pour éviter à certains patients vulnérables de se rendre au cabinet (22). Ainsi, 88% des médecins généralistes se sont mis à la téléconsultation durant la pandémie (23), la majorité par téléphone (15). En Italie, certains médecins ont même réduit les consultations physiques pour augmenter les consultations téléphoniques (24).

d) Les rôles attribués aux médecins généralistes

Avec la pandémie, le rôle de santé publique des médecins généralistes s'est renforcé. Ils ont dû informer leurs patients sur la maladie COVID-19, ainsi que les sensibiliser et les responsabiliser concernant l'application des "gestes barrières" (25). Ils se sont assurés de l'état de santé de leurs patients en ALD, considérés fragiles, souvent en rupture de suivi (25, 19). Ils ont réalisé le dépistage des cas de COVID-19 en respectant les règles de prescription des tests, rédigé les arrêts de travail, déclaré les cas auprès de l'Assurance Maladie et assuré le traçage des cas-contacts (26). Il leur a été demandé de mettre en place la vaccination contre le SARS-CoV-2 et de la promouvoir auprès des patients (27). Enfin, ils ont repensé l'organisation de leurs soins, devant "prioriser" certains patients devant d'autres (3).

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Les effets potentiels sur la relation médecin-patient

L'hypothèse est émise que toutes ces mesures sanitaires ont eu des effets sur la relation médecin-patient.

a) Les "mesures barrières"

Le port du masque chirurgical peut impacter négativement la compréhension et la communication (28). Il peut altérer la compréhension en diminuant l'intelligibilité de la parole (29) et en induisant un essoufflement (30). Il camoufle beaucoup d'éléments non-verbaux, comme les expressions du visage ou le ton de la voix, pouvant ainsi perturber la perception des émotions et l'expression de l'empathie, et donc la relation de confiance, d'autant plus lorsque les deux interlocuteurs sont masqués (7, 30, 31, 32). En Chine, en 2011, une étude a mis en évidence une perception de l'empathie du médecin par le patient plus basse lorsque le médecin portait un masque (33). En Inde, au début de la pandémie de COVID-19, de nombreux patients se plaignaient de difficultés communicationnelles et d'une mauvaise compréhension en lien avec les équipements de protection et la distanciation physique (34).

En pédiatrie, le masque peut par ailleurs être source de peur chez l'enfant (30). Certains médecins ont constaté pendant la pandémie une plus grande difficulté à communiquer avec les enfants ainsi qu'à les examiner (35).

Ces difficultés sont également présentes avec les populations âgées atteintes de troubles cognitifs, notamment en EHPAD où certains soignants ont décrit ne pas être reconnus avec le masque, voire faire face à des patients tentant de leur retirer (30).

Le masque peut également être un frein en psychiatrie. Les expressions et micro-expressions faciales étant moins perceptibles, le médecin peut avoir des difficultés à estimer l'état psychique et émotionnel d'un patient, ce qui peut influer, par exemple, sur la perception d'un degré de risque suicidaire (36, 37). A l'inverse, le médecin peut avoir du mal à faire percevoir son empathie pour établir une alliance clinique, pourtant cruciale avec les patients psychiatriques qui ont parfois des difficultés à interagir socialement, à interpréter les émotions, voire une tendance à se sentir menacés (37).

D'autre part, le masque est devenu le symbole de l'exception sanitaire, de la dangerosité imminente, de la contagiosité (30), pouvant amener certains médecins ou patients à se sentir menacés en sa présence. Certaines études montrent à l'inverse que le port du masque peut rassurer des patients déjà anxieux d'être contaminés (38) : face au risque de contamination devenu inhérent aux soins, l'application rigoureuse des "mesures

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

barrières" par patient et médecin peut atténuer la peur qui en résulte. Elle pourrait même devenir un facteur rassurant, témoignant du désir du médecin de protéger son patient et vice-versa, renforçant ainsi la confiance mutuelle (31).

La distanciation physique, par l'arrêt du toucher-relation, restreint les manifestations physiques de l'empathie. Elle empêche également le toucher-communication et le toucher-technique, importants pour établir un lien de confiance (8, 9, 10). En diminuant la proximité physique, elle risque de réduire la sensation d'intimité qui s'installe lors du colloque singulier de la consultation (31).

Le port de la blouse peut également avoir des effets sur la relation médecin-patient. Certaines études suggèrent par exemple que le port d'une blouse par un médecin augmente le niveau de confiance que lui porte le patient (39, 40, 41).

b) La réorganisation du cabinet et des consultations

L'organisation des soins est un déterminant de la confiance placée dans le médecin, et donc de la relation médecin-patient (5).

La réorganisation des plannings et le report des consultations non-urgentes (18, 21) peuvent occasionner des changements dans la durée des consultations ou les délais de rendez-vous, ce qui peut avoir des effets sur la relation médecin-patient (31). En visite à domicile, les soignants ont dû repenser leur temps d'exposition aux patients avec parfois des visites plus rapides par crainte d'être contaminés, ou de contaminer les patients (30).

Bien que le nombre des consultations ait plutôt diminué pendant le premier confinement (42), toutes les modifications organisationnelles au sein du cabinet ont constitué une surcharge de travail importante pour les médecins généralistes, parfois responsable d'une augmentation de leur niveau de stress (43), pouvant impacter leur relation avec les patients.

La limitation voire l'interdiction des accompagnants peut altérer la compréhension pour certains patients ayant des troubles cognitifs légers. Cela peut aussi détériorer la communication avec les patients ayant une déficience sensorielle, ces derniers étant déjà en difficulté pour interagir avec les professionnels de santé hors "mesures barrières" (44).

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les accompagnants sont également un soutien majeur en consultation d'annonce d'une maladie grave, tant sur le plan émotionnel que cognitif, en aidant à la bonne compréhension et à la mémorisation de certaines informations que le patient n'est pas en état de retenir ; leur absence peut être un grand désavantage dans ces moments-clés de la relation médecin-patient (32).

La téléconsultation, qui a été massivement utilisée depuis la pandémie (15, 23, 45, 46), peut modifier la relation médecin-patient, du fait de l'absence de toucher et d'examen physique (46), d'autant plus en consultation téléphonique (47). De plus, patients et médecins expriment des difficultés techniques, que ce soit pour l'accès à la vidéo-consultation (48) ou par rapport à la qualité de l'image (46). Des difficultés relationnelles sont particulièrement signalées avec les personnes âgées et/ou atteintes de déficiences auditives ou visuelles (49).

Certains médecins trouvent que la téléconsultation manque d'humanité (46). Le soutien émotionnel non-verbal est limité par l'absence de toucher (49) et par le fait que les silences peuvent laisser croire à une perte de connexion (50). Les médecins ont parfois l'impression d'être froids, robotiques et ont du mal à initier une conversation par téléphone ou vidéo (49). Pour certains, il est difficile d'établir une relation de confiance quand les interactions sont à distance (49).

Près de 70% des médecins trouvent que la téléconsultation n'est pas aussi efficace que la visite en présentiel, et ont le sentiment de passer à côté d'informations concernant le patient lors de l'entretien (50). Environ la moitié ont convenu qu'une visite vidéo prenait moins de temps qu'une visite traditionnelle (46), ce qui peut aussi avoir un effet sur la relation médecin-patient.

Par ailleurs, les patients évoquent des difficultés à se confier et aborder les problèmes de santé mentale au téléphone. Pour certains, il est plus facile de télé-consulter avec un médecin qui les connaît (51).

Certains médecins pensent que les relations avec leurs patients se sont renforcées grâce à la téléconsultation (52). Cette dernière a permis de réaliser plus de "visites à domicile" virtuelles, permettant de constater les installations des personnes âgées et les prises médicamenteuses effectives (52). Elle a également été un moyen de lutter contre l'isolement des personnes âgées durant la crise sanitaire (52). Les patients ont apprécié la flexibilité des téléconsultations (52) avec un meilleur accès aux soins et des consultations plus fréquentes (51, 53). La majorité des patients se sont sentis rassurés et

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

écoutés par leur médecin en téléconsultation (50), et se disent globalement satisfaits de la communication en téléconsultation (48).

c) Les rôles attribués aux médecins généralistes

Avec les rôles de santé publique qui lui ont été attribués durant la pandémie, et notamment celui d'informer, le médecin généraliste traitant semble avoir incarné, pour de nombreux patients, la posture du détenteur de l'information fiable et de la "vérité" (45). Pour autant, la communauté scientifique n'avait que peu de connaissances et d'armes thérapeutiques contre le SARS-CoV-2 en début de pandémie, et les médecins généralistes ont rapporté un sentiment de stress lié au fait d'être "submergés" par des informations nombreuses, changeantes et issues de sources diverses (43).

Le médecin généraliste s'est ainsi retrouvé paradoxalement dépossédé de sa position de "sachant", atténuant l'asymétrie inhérente à la relation soignant-soigné (47). Cette asymétrie est encore plus réduite lorsque l'on prend conscience que médecin et patient partagent la même vulnérabilité face au virus (47). Le médecin peut alors se mettre plus facilement à la place du patient, et cette situation partagée peut faire évoluer leur relation.

Les médecins généralistes ont également dû éduquer et responsabiliser les patients sur l'application des "mesures barrières", le dépistage et la vaccination (45). Certains médecins évoquent l'impression d'avoir basculé dans la "délation" ou le "flicage", notamment face à leur rôle de déclaration des cas de COVID-19 (54, 55), devenue maladie à déclaration obligatoire dans le cadre d'une dérogation au secret médical (26).

Prodiguant jusqu'à présent des soins individualisés dans une approche centrée-patient, les médecins généralistes ont dû repenser leurs soins à l'échelle de toute leur patientèle (47). Pour éviter des contaminations et s'adapter à une saturation du système de santé et des ressources de soin limitées, le corps médical a dû réorganiser l'accès au soin : priorisation des motifs de consultation, report de rendez-vous entraînant une détérioration du suivi (18, 56), voire dans certains cas, "sélection" des patients contaminés qui accéderont aux soins intensifs. Des serments de base de la relation médecin-patient sont alors mis à l'épreuve : le respect de la justice sociale (56, 57), de l'autonomie du patient (57) et de l'obligation de moyens (3). Cela a pu par ailleurs renforcer le rôle des médecins généralistes d'aborder les sujets difficiles de la fin de vie et des directives

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

anticipées, notamment chez les patients fragiles, ce qui peut modifier la relation médecin-patient (58).

Les médecins généralistes ont dû continuer à exercer malgré l'apparition d'une dangerosité liée à la consultation elle-même, du fait d'une possible contamination entre patient et médecin. Certains soignants confirment cette peur de contaminer ou d'être contaminés lors des soins, voire de contaminer à leur tour leurs proches (24, 30). Certains patients sont allés jusqu'à renoncer aux soins, par peur d'être contaminés ou de contaminer dans la salle d'attente (56, 59). D'autres pensent que leur médecin a volontairement reporté des consultations pour éviter d'être contaminé (59). Ce "danger" lié au soin bouleverse ainsi la notion de professionnalisme, pilier de la confiance des patients envers leur médecin. Le professionnalisme impose de faire primer le bien-être du patient, et la pandémie soulève alors une question : jusqu'où les soignants doivent-ils s'impliquer dans le soin, au péril de la contamination, et donc de leur propre bien-être ? (57, 60) Pour certains auteurs, il s'agit de ne pas tomber dans le sacrifice personnel : la société, en protégeant ses soignants, doit transformer le professionnalisme en un échange bidirectionnel (60).

Certains médecins généralistes ont d'ailleurs constaté, chez les patients, une prise de conscience du rôle des soignants, et des personnes humaines qui se trouvent derrière chacun d'eux (45). Cette reconnaissance peut également avoir une influence sur la relation médecin-patient.

d) Stress et anxiété véhiculés par les mesures sanitaires

L'ensemble des mesures sanitaires mises en place avec l'arrivée de la pandémie semble avoir été source d'une dégradation de la santé mentale pour médecins et patients (43, 61, 62), pouvant avoir des effets sur leur relation.

L'application des "mesures barrières" et la réorganisation des soins constituent une surcharge cognitive, source de stress (30).

Les médecins généralistes évoquent par ailleurs l'impression que les exigences et l'agressivité des patients ont augmenté, en lien avec une rancœur vis-à-vis de la gestion institutionnelle de la crise (45). Eux-mêmes verbalisent se sentir négligés par les autorités et exclus des stratégies sanitaires (43). Ils déplorent également un manque de matériel de protection, source supplémentaire de stress (13). Ainsi, durant la première vague de COVID-19 (mars-mai 2020), plusieurs travaux de recherche ont montré que de nombreux médecins généralistes présentaient un fort niveau de stress (23, 43, 62).

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les médecins généralistes déclarent par ailleurs être affectés par l'anxiété de leurs patients (43). Les demandes de soins pour trouble anxieux ou dépressif ont augmenté avec l'arrivée de la pandémie (43, 61, 62), et les médecins ont constaté un renforcement de leur rôle de réassurance, d'écoute et de conseil (45).

4. Question de recherche

Ainsi, la relation médecin-patient a pu être modifiée par les mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID-19.

Plus de 75% des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône estimaient à l'été 2020 que la relation médecin-patient s'était renforcée (23). En Chine, en mars 2020, les patients rapportaient aussi une meilleure relation médecin-patient et une plus grande confiance dans le corps médical qu'avant la pandémie (64).

Certains aspects de la relation médecin-patient ont cependant pu se dégrader. Au Nigeria, au début de la pandémie, plus de 90% des patients interrogés et environ la moitié des médecins estimaient que la distanciation physique avait affecté leur relation médecin-patient (59).

L'objectif de l'étude est d'identifier les effets des mesures sanitaires liées à la COVID-19 sur la relation médecin-patient, à travers le ressenti des médecins généralistes et des patients de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Au moment de l'élaboration du protocole de recherche, aucune étude française ne porte sur les effets des mesures sanitaires en général sur la relation médecin-patient. La comparaison des ressentis des médecins et des patients, peu réalisée jusqu'à présent, a l'ambition d'améliorer les pratiques futures.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

II. MÉTHODE

1. Type d'étude

Pour répondre à l'objectif de l'étude, une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés individuels a été conduite. Ce type d'étude est particulièrement adapté pour favoriser un climat de confidentialité propice à l'émergence d'un maximum de ressentis personnels.

2. Revue de la littérature

Une première recherche bibliographique a été réalisée entre mars et octobre 2021 afin de préciser la question de recherche et d'élaborer un guide d'entretien. La veille bibliographique a été poursuivie durant toute l'étude, puis la recherche a été actualisée en février et mars 2023 pour vérifier l'absence de nouvelles données dans la littérature.

Le logiciel Zotero® a permis le référencement de la bibliographie. Les bases de données utilisées étaient Pubmed® et Google Scholar® pour les articles, SUDOC® pour les thèses, ainsi que Google®, CAIRN® et CisMeF® pour la littérature grise. L'aide de la bibliothèque universitaire a été sollicitée afin d'étayer les recherches.

Les termes référencés dans le tableau en Annexe 1 ont été utilisés pour les équations de recherche. Certains sont des termes référencés "MeSH", d'autres sans équivalents "MeSH" ont été traduits en anglais. Ces termes ainsi que leurs synonymes "MeSH" ont été intégrés selon diverses équations afin d'élargir les recherches.

3. Définition du sujet

Le terme "mesure sanitaire liée à la COVID-19" a été préféré à celui de "mesure barrière" afin de regrouper toutes les mesures mises en place pour limiter la propagation du virus et les conséquences de la pandémie. Ce terme de "mesure sanitaire" permet d'intégrer la réorganisation du cabinet, la téléconsultation et certains "nouveaux rôles" du médecin généraliste liés à la COVID-19 comme les tests de dépistages et la vaccination. Toutes les mesures sanitaires plutôt qu'une seule ont été étudiées pour obtenir une vision globale des effets sur la relation médecin-patient, et par peur d'un faible nombre de résultats. L'inclusion des données relatives à la téléconsultation dans l'étude a été discutée ; il a été choisi de les conserver, sans pour autant se limiter à celles-ci puisque de nombreux travaux de recherche ont déjà été réalisés à ce sujet.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

4. Équipe de recherche

L'équipe de recherche était composée de trois membres : deux investigatrices, autrices de la thèse, ainsi que la directrice de thèse. La première investigatrice a recueilli uniquement les données "médecins" et la deuxième investigatrice a recueilli uniquement les données "patients". Chaque investigatrice a ainsi pu s'imprégner de ses propres résultats et de sa manière d'investiguer auprès de chaque population, afin d'adapter ensuite le guide d'entretien aux résultats déjà obtenus. Le travail de recherche, mené d'avril 2021 à mars 2023, a été discuté à plusieurs reprises entre les investigatrices et la directrice de thèse.

5. Constitution de l'échantillon

a) Critères de sélection et recrutement des médecins

Les critères d'inclusion des participants "médecins" étaient d'être médecin généraliste en région Auvergne-Rhône-Alpes et d'avoir une pratique de médecine générale ambulatoire.

Les critères de non-inclusion étaient de ne pas avoir exercé avant ou pendant la pandémie de COVID-19 ou d'avoir un lien avec l'investigatrice.

Le recrutement des médecins a été réalisé directement par l'investigatrice "médecins" par effet "boule de neige", de décembre 2021 à novembre 2022. Un échantillonnage raisonné a été pratiqué au fur et à mesure de l'étude pour obtenir des profils de médecins différents selon les critères suivants : âge, genre, département d'exercice et zone d'installation, travail seul ou en groupe, maître de stage des universités ou non, activités de soins spécifiques, etc.

Le premier entretien a été réalisé auprès d'un médecin généraliste installé sur le lieu de stage de l'investigatrice. A la fin de l'entretien, il a été demandé de proposer des contacts d'autres médecins. Les médecins suivants ont été contactés par SMS ou courriel explicatif, puis recrutés selon leur accord en fixant une date et une heure pour l'entretien, de préférence en présentiel.

Seul le thème général de l'entretien était dévoilé en amont : "ressenti des médecins généralistes à propos de la pandémie de COVID-19", afin de favoriser un échange le plus large et libre possible, recentré dans un deuxième temps de l'entretien sur la relation médecin-patient.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

b) Critères de sélection et recrutement des patients

Les critères d'inclusion des participants "patients" étaient d'être âgé d'au moins 18 ans au moment de l'étude et d'avoir consulté le même médecin généraliste en région Auvergne-Rhône-Alpes au moins une fois avant la pandémie et après le début de la pandémie.

Les critères de non-inclusion étaient d'avoir un trouble neurocognitif majeur ou d'être sous mesure de protection (tutelle ou curatelle). Les participants qui avaient un lien avec l'investigatrice n'ont pas non plus été inclus dans l'étude.

Le recrutement des patients a été réalisé directement dans des cabinets de médecine générale par l'investigatrice "patients", de décembre 2021 à décembre 2022. Un échantillonnage raisonné a été pratiqué au fur et à mesure de l'étude pour obtenir des profils de patients différents selon les critères suivants : âge, genre, département et zone d'habitation, fréquence des consultations, durée du suivi, visites à domicile ou non, avoir des enfants de moins de 18 ans suivi par le même médecin au moment de l'étude, etc.

Les cabinets de recrutement étaient choisis par bouche-à-oreille. L'investigatrice accueillait les patients à leur arrivée au cabinet et leur proposait de rester après leur consultation pour réaliser un entretien sur place, dans un bureau dédié. Ceux qui manquaient de temps se voyaient proposer un entretien par visioconférence. Certains patients ont été contactés directement par téléphone afin de permettre une sélection de profils peu rencontrés en cabinet, comme les patients suivis à domicile. Des affiches ont également été disposées dans différents lieux de soins pour proposer aux patients intéressés de contacter directement l'investigatrice.

Seul le thème général de l'entretien était dévoilé en amont : "ressenti des patients à propos de la pandémie de COVID-19", afin de favoriser un échange le plus large et libre possible, recentré dans un deuxième temps de l'entretien sur la relation médecin-patient.

Effectuer un appariement des patients à leur médecin généraliste a été discuté entre les chercheuses. Il a été choisi de ne pas le faire, l'objectif de l'étude n'étant pas de comparer des ressentis individuels.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

6. Entretiens

Un guide d'entretien commun aux médecins et patients a été réalisé sous forme de carte heuristique (Annexe 2), abordant les grands thèmes à explorer : l'organisation du cabinet, les mesures barrières durant la consultation, la dangerosité liée à la contamination, les rôles du médecin traitant, les populations spécifiques (pédiatrique, gériatrique, psychiatrique), etc.

Le guide d'entretien a été testé et validé en août 2021 sur un médecin et sur un proche faisant office de patient.

L'entretien débutait par une information orale des caractéristiques de l'enquête. Il était rappelé le caractère enregistré des données, retranscrites de manière anonyme, puis détruites à la fin de l'étude. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone ou d'un smartphone. Les entretiens par visioconférence ont été réalisés sur la plateforme Webex®.

Un questionnaire était complété en début ou en fin d'entretien afin de recueillir des données quantitatives sur le profil du participant.

La première question demandait au participant de se présenter. La seconde demandait au participant de raconter son expérience des consultations depuis la COVID-19. Les questions suivantes étaient axées sur les effets des différentes mesures sanitaires sur la relation médecin-patient.

Les questions étaient formulées de façon ouverte afin de favoriser une expression libre du participant. Une position d'écoute active était adoptée par l'investigatrice en essayant d'éviter d'influencer le participant. Aucune limite de temps n'était imposée.

7. Retranscription et analyse

Les entretiens étaient retranscrits mot pour mot sur Microsoft Word® par l'investigatrice rapidement après leur mise en œuvre en intégrant des données de communication non-verbale. Les noms des personnes et des lieux étaient anonymisés pour respecter la confidentialité des données.

Les données nominatives audio et informatisées étaient stockées sur Claroline®. Les enregistrements audio étaient effacés à la suite des retranscriptions.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'analyse de l'entretien était ensuite réalisée en parallèle par chacune des investigatrices sur Microsoft Excel® sous forme de "codage", selon la méthode de la théorisation ancrée. Dans un premier temps, une analyse verticale de l'entretien attribuait à chaque propos signifiant un code, appelé "étiquette". Ces étiquettes étaient ensuite organisées en thèmes et sous-thèmes. Une mise en commun des codages était systématiquement réalisée entre les investigatrices afin de trianguler l'analyse des données sources. Dans un deuxième temps, les codages étaient progressivement intégrés à une analyse globale des entretiens "médecins" et à une analyse globale des entretiens "patients". Ces analyses ont elles-mêmes été triangulées.

Tous les codages des verbatims et toutes les analyses ont donc été triangulés. Chaque analyse était réalisée au fur et à mesure de chaque entretien. Un travail d'auto-critique et d'hétéro-critique pouvait ainsi être mené sur la conduite et le contenu des entretiens.

L'étude a été réalisée en respectant au mieux la grille COREQ (Annexe 3) certifiant la qualité d'une étude qualitative.

8. Choix d'écriture

Pour rédiger ce travail, l'utilisation d'une écriture inclusive a été discutée entre les chercheuses. Pour simplifier la lecture, il a été décidé d'utiliser le masculin comme neutre pour désigner médecin et patient. Par ailleurs, il a été choisi l'utilisation du masculin pour désigner le COVID-19 en tant que virus, et du féminin pour désigner l'infection à COVID-19 et la pandémie COVID-19.

9. Aspects réglementaires et éthiques

L'étude a été conduite conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Elle respecte le règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. La recherche a été déclarée à titre individuel selon la méthodologie CNIL MR-004, sous le n°2223179 v0, au nom de TERRASSE Céline, le 28 juillet 2021 (Annexe 4).

Afin de pouvoir effectuer une recherche sur des patients, le protocole de recherche a été soumis au comité d'éthique du Collège universitaire de médecine générale de l'Université Claude Bernard Lyon 1 le 23 novembre 2021, qui a donné un avis favorable sous le n° IRB : 2021-11-23-02 (Annexe 5).

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les autrices de ce travail déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Une information claire et loyale était communiquée aux participants sur l'utilisation des données, à l'aide d'une fiche d'information (Annexe 6), envoyée par courriel ou délivrée directement. Les participants signaient un formulaire de consentement en double exemplaire (Annexe 7) et pouvaient retirer ce consentement, sans motif, à tout moment.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

III. RÉSULTATS

1. Caractéristiques des échantillons et des entretiens

a) Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens "médecins"

Les entretiens "médecins" ont été réalisés du 16 décembre 2021 au 29 novembre 2022. Sur les 15 médecins contactés au total, 2 ont refusé par manque de temps et 1 n'a pas répondu. Les 12 autres médecins ont été entretenus.

Sur les 12 entretiens, 6 ont été réalisés en présentiel au cabinet du médecin, 5 par visioconférence, et 1 par téléphone du fait de problèmes techniques en visioconférence.

Le temps d'entretien était compris entre 23 minutes et 1 heure 12 minutes, avec une moyenne de 48 minutes.

L'échantillon était composé de 12 médecins généralistes, 7 femmes et 5 hommes. Parmi eux, 2 médecins avaient moins de 40 ans, 4 médecins avaient entre 40 et 50 ans, 2 médecins avaient entre 50 et 60 ans et 3 médecins avaient plus de 60 ans.

Dans l'échantillon, un tiers des médecins étaient installés entre zone urbaine ou rurale et deux tiers des médecins étaient installés en zone semi rurale. Les médecins interrogés étaient installés dans la Loire (42), le Rhône (69), l'Ain (01), en Haute-Savoie (74) et en Ardèche (07).

Sur les 12 médecins, 9 exerçaient en groupe et 3 exerçaient seul. La plupart étaient installés depuis au moins 10 ans et avaient une patientèle de plus de 1500 patients. Tous pratiquaient des visites à domicile.

Les caractéristiques détaillées de l'échantillon "médecins" sont disponibles en Annexes 8 et 9.

b) Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens "patients"

Les entretiens "patients" ont été réalisés du 15 décembre 2021 au 14 décembre 2022.

Sur les 12 entretiens obtenus, 10 ont eu lieu en présentiel, dont 9 au cabinet médical et 1 au domicile du patient, et 2 ont été réalisés par visioconférence.

Le temps d'entretien était compris entre 18 minutes et 1 heure 13 minutes, avec une moyenne de 40 minutes.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'échantillon était composé de 12 patients, 9 femmes et 3 hommes, âgés de 22 à 92 ans, avec un âge moyen et un âge médian autour de 60 ans.

Sur les 12 patients, 7 vivaient dans l'Allier (03) et 5 dans le Rhône (69). La moitié des patients vivaient en zone urbaine, et l'autre moitié en zone rurale ou semi-rurale.

3 patients étaient suivis depuis moins de 5 ans par leur médecin, 5 patients depuis 5 à 10 ans, et 4 patients étaient suivis depuis plus de 10 ans. La moitié des patients étaient suivis tous les 3 mois environ. Seul 1 patient avait pu faire l'expérience de visites à domicile durant la pandémie. Une seule patiente avait des enfants de moins de 18 ans suivis par le même médecin.

Les caractéristiques détaillées de l'échantillon "patients" sont disponibles en Annexes 10 et 11.

Pour les patients comme pour les médecins, la stricte saturation des occurrences n'a pas été atteinte, et elle ne semblait pas pouvoir l'être avant de nombreux entretiens du fait du caractère évolutif de la situation sanitaire et de la diversité des vécus de la pandémie, dépendant de leurs propres histoire, personnalité, état de santé et relation médecin-patient préexistante. Toutefois, concernant le sujet de l'étude, des tendances redondantes ont été observées et il a été décidé en concertation par les chercheuses de valider l'arrêt du recueil des données après le douzième entretien médecin et après le douzième entretien patient.

2. Analyse des résultats

De nombreux concepts ont émergé des entretiens à l'issue de l'analyse. Ces résultats sont présentés sous forme de tableau pour plus de clarté. Le plan synthétique de chaque grand thème est exposé en amont, dans un souci de lisibilité.

Un schéma récapitulatif est ensuite proposé pour présenter les résultats sous un autre point de vue : celui des effets de chaque mesure sanitaire sur la relation médecin-patient.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

LES MESURES SANITAIRES ONT DÉGRADÉ DE NOMBREUX ASPECTS DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

A. Perte de proximité
B. Perte d'aisance et de spontanéité
C. Perte de chaleur et de convivialité
D. Perte du sentiment d'apaisement, de réassurance et de sécurité pour les patients
E. Relation déshumanisée, impersonnelle, moins singulière
F. Perte d'attention et d'empathie perçue par les patients
G. Dégradation de la communication non-verbale
H. Dégradation de la communication verbale, diminution des échanges
I. Les patients se sont confiés moins facilement
J. Dégradation de la compétence médicale ressentie
K. Certains rôles attribués aux médecins ont été sources de tensions avec les patients
L. Comportements de patients jugés désagréables par les médecins
M. Les mesures sanitaires étaient moins gênantes lorsque médecin et patient se connaissaient déjà

LES MESURES SANITAIRES ONT DÉGRADÉ DE NOMBREUX ASPECTS DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

A. PERTE DE PROXIMITÉ

1. La diminution de la fréquence du suivi a créé une distance en obligeant à consulter ailleurs voire à changer de médecin

Médecin moins disponible	
P11	"A cette période-là, tout le monde tombait malade bah, dû au COVID, donc la prise de rendez-vous était très compliquée, ça ça m'avait pas mal marquée heu, les rendez-vous venaient très tardivement."
P9	"Il a fermé. Parce que le COVID, ils ont fermé tout. (...) On est déçu, c'est normal ! Que tu as, tu as pas le choix ! Est tout fermé, t'arrives pas à faire… (...) On a trouvé trop de problèmes pour faire des rendez-vous."
P2	"Et puis Mme [*Nom du médecin*], moins disponible."
Aggravation de la distance médecin-patient, voire changement de médecin	
P11	"J'ai dû aller voir d'autres personnes, donc déjà ça a créé encore plus heu… Enfin la fréquence a diminué (...) C'est vrai que ça a quand même fait quelque chose parce que… Bah déjà que j'y vais pas beaucoup, mais si là en plus j'ai dû aller voir deux autres médecins traitants, c'est vrai que ça a quand même créé un, une chose."
P9	"J'ai changé, je suis venu avec ma doctoresse."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Culpabilité d'avoir dû changer de médecin avec une impression de trahison	
P11	"J'avais aussi cette culpabilité de, justement, être allée (...) voir deux autres médecins traitants. J'avais l'impression de, que c'était une sorte de trahison, même si en soi ça ne l'est pas. (...) J'avais quand même un peu, on va dire, honte, de dire : « ah bah je suis allée voir deux de vos collègues parce que vous étiez pas disponible. »"
P9	"Je suis désolée, parce que j'aime pas changer un médecin comme ça pour heu… Le pauvre il est malade, je peux pas faire, mais j'ai dit mais, j'ai pas le choix !"
2. La téléconsultation a créé une distance instaurée par l'écran	
P6	"Et ça, je trouve que cet, cet écran-là, en fait ce, ce, cette barrière, ça… Ça met encore plus de… bah de distance, entre le médecin et le patient."
3. L'attente à l'extérieur des suspects COVID-19 les a rendus plus distants, ils se sont sentis "pestiférés"	
M9	"Bah, un peu plus distants, forcément, surtout au début, quand on faisait ça ! *[Sourire]* Les patients, ils avaient froid, ils attendaient dehors… (...) Des fois, y en a qui attendaient debout euh, on ne leur faisait rien toucher, on les mettait là, donc oui, c'est, c'est un petit peu perturbant… C'étaient des pestiférés ! (...) C'était, ça, ça mettait de la distance forcément…"
4. L'arrêt du serrage de main a diminué la proximité et l'intimité	
Perte de proximité et d'intimité	
M11	"Je me rends compte que, serrer la main même à un patient, qui était probablement systématique auparavant, euh, ça, je le fais plus, et les patients ne le réclament pas. On reste vraiment à distance (...) Alors, effectivement, les contacts sont devenus plus distants."
M5	"On serre plus la main exact, ni, ni à l'entrée, ni à la sortie de la consultation. (...) Et c'est vrai que ça change quand même un peu. Bon on s'y est habitué mais… (...) ça change un petit peu. Dans le contact au patient ? Moi je pense."
P11	"Pour moi c'était pas juste le fait de serrer la main (...) fin c'est quand même beaucoup plus intime que dire bonjour de loin à une personne. Donc c'est vrai que c'était un geste que j'affectais *[veut dire "affectionnais"]* plus, beaucoup plus (...) Et c'est vrai qu'après, avec le COVID, quand je l'ai plus eu, ben ça m'avait quand même fait quelque chose (...) C'était un peu mon petit heu, plaisir caché, d'au moins avoir ce contact-là avec mon médecin, qui était plus que une relation normale."
Perte des habitudes créées par le duo médecin-patient	
P11	"Normalement quand je vois mon médecin traitant, on se serre la main, c'était un premier contact qu'on avait, dès la première consultation. Et là avec le COVID (...) ça crée forcément une première barrière, parce que déjà y a, y a certaines habitudes qu'un patient et un médecin traitant peuvent avoir, qui malheureusement ont dû être arrêtées en fait."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le serrage de main manquait aux patients et médecins, sa reprise a montré son importance	
M5	"Moi j'avoue que c'est quelque chose qui me manque un peu ce contact-là, alors qu'on les touche hein, c'est pas un souci, mais c'est vrai que serrer la main, voilà, ça fait partie des choses qui me manquent un peu, moi."
M8	"Oh ils me disent « C'est dommage hein, on ne peut plus se faire la bise ! »"
M12	"Y'en a certains qui veulent toujours me tendre la main…"
M6	"Maintenant, ils se remettent à serrer les mains oui (...) Y en a quelques-uns qui serrent la main, ouais, à nouveau… Bah presque tous les jeunes resserrent la main quoi."
5. Le masque a créé une barrière	
M9	"On perd en, moi je pense qu'on perd en relationnel (...) Le masque, c'est euh, c'est, c'est vraiment pour le coup une barrière vraiment relationnelle !"
M11	"Bah euh tous ces gestes, ils portent bien leur nom hun ! On dit « gestes barrières » et je pense cette, cette barrière s'installe quand même automatiquement ! La blouse, le masque, les gants, ça crée alors déjà, comme je dis, ça crée une barrière physique qui, qui se traduit probablement aussi ensuite dans, dans la relation ! "
P11	" [La perte des] petits trucs comme les expressions de visage (...) ça m'a créé une mini-barrière avec mon médecin, en me disant « ah c'est, on est, c'est une relation maintenant plus formelle et plus aussi heu, on va dire proche, qu'avant. » (...) Malheureusement avec le temps bah on finit par heu… une sorte de petit détachement quoi."
6. La blouse a créé une distance	
La blouse rappelait l'hôpital et créait une barrière	
M11	"La blouse, je la portais euh, bah, je la portais pas constamment en fait, hein ! (...) Euh, mais c'est sûr, ça crée une barrière, c'est une geste barrière, dans tous les sens !"
M10	*(À propos de la blouse)* "Voilà, ça crée quand même une espèce de, de distance hein !"
M8	"Alors moi je suis anti-blouse quoi. Je préfère venir avec des habits, et me changer en rentrant chez moi. (...) Parce qu'il y a un côté très hospitalier et qui, pour moi, n'est pas le reflet de la vie."
La blouse hiérarchisait la relation médecin-patient	
M10	*(À propos de la blouse)* "C'est, ça hiérarchise un peu la relation !"
M8	"Oui, c'est pour me sentir plus proche des gens, c'est pour moins mettre cette barrière « Moi je, et puis je me protège de vous regarder, là comme je suis, là, dans ma superbe, de soignant ! »"
M8	"Aller chez les gens avec sa blouse, c'est aussi encore, enfin je pense que, quand on va chez les gens, il faut être, rester humble, on est invités quoi, à aller chez eux, donc euh, y aller avec sa blouse…"

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

La blouse montrait au patient que le médecin le voyait comme un danger potentiel	
M10	"Donc maintenant, c'est sûr que la blouse, elle est plus formelle ! Elle est plus formelle, mettons que… Elle a plus ce rôle de dire « Oui, vous voyez euh, avec vos microbes, vous venez quand même m'agresser, donc faites un peu gaffe quoi ! » *[Rires]* "
Le médecin était embarrassé de l'image qu'il renvoyait au patient	
M10	"Donc je pense qu'à un moment donné, je vais finir par la laisser tomber, ça me gêne un peu !"
M8	"J'aime pas ça, je pense que les gens, j'ai pas du tout envie de leur renvoyer une image de, de médecin hospitalier."

7. La distanciation physique durant l'examen clinique a rendu les contacts plus distants

M11	"Quand les patients ils venaient au cabinet après le premier confinement, (...) je me restreignais à, à l'examen clinique, à, au strict minimum, en le disant au patient « Le reste, on le fera une autre fois », on essaie d'avoir moins de contacts pour pas devoir désinfecter toutes les cinq minutes le matériel. Alors, effectivement, les contacts sont devenus plus distants."

B. PERTE D'AISANCE ET DE SPONTANÉITÉ

1. La surcharge mentale liée aux gestes barrières a induit une perte de naturel

Hypervigilance sur l'application des gestes barrières	
M2	"Au début il y a [une] vigilance qui est importante vis-à-vis de ce que font les patients, vis-à-vis de ce qu'on fait, et il y a une vigilance qui finalement qui qui qui qui prend un peu le pas sur la la consultation en elle-même et sur l'importance de la consultation."
P11	*(À propos des gestes barrières)* "On est devenu limite un peu « matrixés » par ça. (...) Pour moi ça a marqué quand même une certaine distance avec heu, avec mon médecin. (...) C'est une prise de tête supplémentaire, qui fait que bah, sur le moment, on peut pas se concentrer sur juste le médecin et le, la, la conversation qu'on peut avoir. (...) Il faut calculer maintenant chaque fait et geste (...) Et en fait, tous ces, toutes ces petites idées comme je vous ai dit tout à l'heure, toutes ces, toutes ces pensées, qu'il faut réfléchir… Ben ça rend moins naturels les contacts humains."
Surcharge cognitive pour interpréter les pensées du médecin, caché sous son masque	
P11	"En plus de ça, je devais totalement me concentrer sur les yeux pour essayer de comprendre, d'avoir au moins un signe humain qui exprime un peu l'émotion ressentie sur le moment ! (...) *[Soupire]* C'était deux fois plus prise de tête et, en fait… Depuis le COVID, toutes mes consultations ne sont pas naturelles."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Le masque a diminué l'aisance et la spontanéité des patients	
P5	"L'inconvénient c'est, forcément c'est le masque quoi. Parce que là-aussi ça met un peu de distance, on n'est pas très à l'aise quoi. (...) On n'est pas à l'aise avec le masque comme, voilà, comme on l'est quand on le tombe. (...) On n'a pas la même aisance, on n'a pas la même spontanéité."

3. La blouse était inhabituelle pour les patients et choquait	
P8	"C'est vrai que ça m'a choquée un petit peu, parce que je l'ai toujours vu habillé normal, civil, pas de… Mais c'est vrai que sur le coup ça m'a…"

4. L'arrêt du serrage de main a créé un malaise, il manquait une entrée en matière	
M5	"C'était très délicat au début parce qu'effectivement quand on refusait la main tendue, ce n'était quand même pas quelque chose qui me mettait à l'aise. (...) Ça pouvait jeter un froid un tout petit peu au début. (...) Voilà, si quelqu'un me tend la main, « je suis désolée je ne peux pas ». Bon, c'était un peu compliqué."
P3	"Ça démarrait et ça concluait l'entretien là, je… c'était pas tout à fait pareil. (...) Je trouvais qu'on était un peu plus patauds peut-être, fin le, le démarrage faisait un peu plus pataud là le… on sait pas comment démarrer heu, le bonjour."
P10	"Parce que avant quand on arrivait, « Bonjour docteur », et tout, et ben… « Bonjour »… *[Dit sur un ton gêné en faisant coucou de la main]* "

5. La téléconsultation diminuait l'aisance du médecin	
M3	"Moi je suis plus à l'aise quand même en présentiel, avec mes patients"
M5	"Rien remplace quand même le contact avec le patient, non, c'est pas mon truc la téléconsultation !"

C. PERTE DE CHALEUR ET DE CONVIVIALITÉ

1. Le masque a empêché l'accès aux expressions du visage qui véhiculaient chaleur et convivialité	
P11	"J'étais aussi obligée heu, de jouer mes yeux avec le médecin pour lui montrer que je ne tire pas heu… *[sous-entendu : "je ne tire pas la gueule"]* (...) Sauf qu'avec le masque c'était compliqué parce qu'il voyait pas, on pouvait pas voir les sourires, on pouvait pas voir les expressions de visage. (...) En fait ça a rendu encore plus la relation heu, patient heu, docteur, plus formelle. (...) Avant, pour moi, une consultation avec mon médecin traitant, c'était toujours très chaleureux, donc avec l'atmosphère dans le cabinet qui était, qui était doux, qui était calme. Heu, même avec mon médecin traitant, cette connexion, ces sourires. (...) Avec les masques, avec les distances de sécurité… Ben oui, ça a totalement, quand même, changé une, un aspect de la consultation avec mon médecin traitant."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. L'arrêt du serrage de main a fait disparaître un geste d'accueil chaleureux	
P11	*(À propos de l'arrêt du serrage de main)* "C'était beaucoup moins heu, chaleureux. (...) Commencer en rentrant dans le bureau de mon médecin en se tenant la main, c'était pour moi aussi une sorte de, de contact (...) qui me disait, bah : « bienvenue dans mon cabinet, je suis là pour toi. »"
P10	"Quand on arrive, on se serre la main heu, c'est plus heu, je sais pas comment on peut dire heu… Plus convivial ? C'est ça, convivial. Que là, maintenant bon, « bonjour », c'est vrai c'est moins… Mais bon, on discute bien quand même, mais bon, c'est moins convivial qu'avant."
3. Les modifications de la salle d'attente ont rendu désagréable le passage au cabinet pour les patients	
Ambiance expéditive, anxiogène, grave au cabinet, rappelant le contexte épidémique	
P3	"Ça avait un côté heu expéditif quand même, c'est-à-dire que on était pris, on croisait personne, ça faisait un peu bizarre quand même. (...) Le fait d'avoir une salle d'attente vide, (...) cette ambiance un peu anxiogène heu… fait qu'on a, 'fin pour moi, plus, plus envie d'en finir, et ouais de rentrer chez soi et de pouvoir oublier, quoi. Parce que on peut se, chez soi on peut se faire des bulles alors que là, on est obligé, on est face à la réalité heu… le COVID est là, le monde a changé… (...) C'est certainement chez le médecin où j'ai le plus constaté le COVID."
P11	"C'était quand même une période très embêtante, limite ça me donnait plus envie heu, même d'aller chez le médecin tout court, alors que mon corps en a besoin, pfff… pour éviter justement les retards, le masque heu… et toute cette situation, on va dire, inquiétante."
Attente plus désagréable sans les jouets et magazines	
M7	"Alors au début ils trouvaient ça dommage, pour ceux qui ont connu le cabinet avant !"
M8	"Ouais je trouve ça un peu tristou quoi ! Plus de jouets, plus de magazines…"
P3	*(Au sujet de ses enfants)* "Quand on va chez le médecin c'est jamais très agréable. Alors je leur lis beaucoup de choses (...) c'est une façon d'attendre dans la salle d'attente, agréable. (...) Des fois, je leur disais d'amener des choses, mais donc là on les amène plus depuis le COVID (...) Ouais, c'est, c'est chiant et j'ai un, j'ai un fils qui est pas patient du tout. Et heu… (...) il est plus excité de pouvoir enfin bouger un petit peu chez le médecin, alors que des fois ils sont plus calmes quand ils ont été plus calmes dans la salle d'attente."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

D. PERTE DU SENTIMENT D'APAISEMENT, DE RÉASSURANCE ET DE SÉCURITÉ POUR LES PATIENTS

1. Le masque a empêché l'accès au sourire du médecin qui créait un sentiment de réconfort et d'apaisement

P11 "Niveau émotionnel aussi, pour être à l'aise, c'est, enfin pour mon cas, ç'a été beaucoup plus compliqué parce que… Moi mon confort commence d'abord avec le physique. Donc : on est à l'aise, on se sourit. Sauf que là le problème c'est que même un sourire on pouvait pas le voir. (...) Je ressens plus cet, cet apaisement que je ressentais quand j'allais chez le médecin. Ça a quand même créé un changement. Avant, toujours, chez le, surtout le médecin de famille, c'était hyper apaisant, c'était, c'était un endroit si calme ! Et je me sentais bien."

P3 "Mais ça changeait tout chez le médecin quand même. Le petit mot réconfortant avec le sourire en partant heu… Ah oui vous, vous noterez du coup que je suis anxieuse hein je pense en général. [*Rires*] Et donc le moindre petit sourire, le moindre truc ça fait du bien."

2. L'arrêt du serrage de main a diminué le sentiment de sécurité et d'alliance

Le serrage de main créait un sentiment de sécurité pour les patients

M9 "Je serrais les mains, et je serrais bien les mains, pour montrer qu'on était dans une alliance."

P11 "Fin, pour moi c'était pas juste le fait de serrer la main, pour moi c'était un contact physique avec un médecin de famille, donc un médecin dont je peux faire confiance, qui est là pour mon bien, donc c'est… Commencer en rentrant dans le bureau de mon médecin en se tenant la main, c'était pour moi aussi une sorte de, de contact qui me rassurait et qui me disait, bah : « bienvenue dans mon cabinet, je suis là pour toi, je t'aiderai. »"

P12 *(À propos du serrage de main)* "C'est une marque de confiance."

P10 *(À propos du serrage de main)* "C'est pas que je me sentais rassurée… C'est vrai que ça changeait un peu."

Le serrage de main mettait le patient au même niveau que le médecin

P11 "Donc c'est vrai que c'était un geste que j'affectais *[veut dire : "affectionnais"]* plus, beaucoup plus, et d'ailleurs qui m'avait surpris pour la toute première fois parce que, bah j'étais quand même très jeune, et bah, ce médecin qui était là à me… Fin à me, à venir me prendre la main alors que moi j'étais qu'une lycéenne, fin j'étais, j'étais personne ! (...) Mais j'étais ravie, et j'étais honorée. Je me suis dit : « ah, je ne suis pas un adulte, mais il y a ce lien-là », et c'est vrai que ben ça me faisait très plaisir."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

E. RELATION DÉSHUMANISÉE, IMPERSONNELLE, MOINS SINGULIÈRE

1. Le masque a rendu la relation impersonnelle et déshumanisée

Le masque a déshumanisé la relation en empêchant l'accès au visage

M9	"On aimerait qu'on puisse revoir la tête de nos patients, que eux puissent revoir notre tête ! (...) C'est des transformations qui, qui sont peut-être anodines, mais qui, fin, on perd quand même en humanité là !"
M5	"Ouais ouais c'est vrai que l'accès au visage est… ça manque ça."
P1	"C'est vrai que quand on voit un docteur avec un masque, on n'a… on n'a pas l'impression d'avoir… J'sais pas, on voit pas vraiment la personne en face de nous."
P5	(*À propos du masque*) "Je pense que dans une relation, ben ça met une distance déjà, parce qu'on voit pas la personne qu'on a en face de soi."
P12	"Je pense que c'est plus facile de s'adresser aux gens quand ils ont pas de masque, que quand ils ont un masque. (...) Quand vous avez un masque, c'est impersonnel. Tandis que quand vous l'avez pas, c'est personnel."
P10	"Y a quand même ce lien qui heu, qui manque quoi ! Fin c'est pas heu… Même si on nous parle, mais c'est vrai que on voit pas leur visage vraiment quoi. Pour moi c'est, ça manque, le lien, de voir les gens, et tout."
P11	"Ça déshumanise aussi un peu les, les relations parce que malheureusement, sans le contact physique, sans les expressions du visage heu, tout le côté, on va dire humain, est un peu détérioré. (...) Le masque, ça m'a vraiment dérangée, humainement parlant."

Le masque a rendu difficile la (re)connaissance mutuelle

Les médecins avaient du mal à (re)connaître les patients (surtout les nouveaux)

M4	"On arrive en salle d'attente, han, c'est qui ? Six mois de COVID, les femmes, plus de teinture, plus de couleur, les cheveux comme ça ! *[montre avec ses mains]*"
M7	"Sur la relation, moi j'ai eu beaucoup de nouveaux patients pendant cette période, je suis incapable de les reconnaître à l'heure actuelle."
M12	"C'est surtout le port, le masque, parce que les nouveaux patients, je les reconnaîtrais pas dans la rue s'ils n'avaient pas le masque quoi !"

Les patients avaient du mal à (re)connaître le médecin (surtout les enfants)

M6	"Il y a des enfants, des petits, ils ont toujours pas vu mon visage, depuis leur naissance ! Depuis 2 ans, ils ont toujours pas vu mon visage, ils m'ont pas vu sans masque (...) Ils ne doivent toujours pas me connaître. Il ne vont pas me reconnaître quand je vais enlever le masque"
M7	"J'ai eu par contre beaucoup de patients qui m'ont demandé de baisser le masque pour voir à quoi je ressemblais, sur mes nouveaux patients (...) Pour euh… fixer une image sur un nom et pas être gêné par ce masque."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

P11	"Pour moi en fait, le masque, pour, par exemple pour un médecin que je n'ai pas vu (...) le fait ben, de ne pas le connaître de base, quand vous vous retrouvez face à un être humain et vous avez cette barrière de masque, ben déjà vous n'arrivez pas à avoir, donc, ce qui normalement est le premier contact, c'est-à-dire l'aspect physique, l'aspect visuel."
Le masque changeait l'image que l'on se faisait du patient	
M7	"Je leur dis « Moi je connais que vos yeux et le haut du visage, et quand même de voir le visage intégral, ça change une personne »… (...) Moi je suis surprise hun, de voir certains de mes patients, j'imaginais pas du tout finalement le bas du visage comme il est réellement ! *[Rires]*"
M8	"Il y a des patients que j'ai connus pendant le COVID et maintenant qui arrivent sans masque, « Ah ouais ils ont cette tête là en fait ? » Et je pense que les gens se disent pareil !"
Le masque faisait peur aux enfants	
M12	"Les premiers temps, ouais, ceux qui, les petits, lorsqu'ils nous voyaient nous approcher avec le masque, tout ça, ils avaient un peu peur ! (...) Ils nous voyaient arriver avec le masque, alors qu'avant on n'avait pas de masques, ça oui, ça les a choqués !"
M1	"Des gens en blanc, masqués,.. oui du coup on a eu des enfants qui avaient peur, et notamment les petits (…) on va dire entre 3 mois et puis 18 mois. (...) Les tout-petits pouvaient pleurer à la vue de des soignants masqués."
2. Le confinement a aggravé la peur du médecin chez les bébés	
M8	"Y a un vrai truc avec ces enfants qui sont nés pendant le confinement, pendant le COVID, dans la, ou un peu avant, dans la relation à l'autre, qui ont été beaucoup plus gardés par leurs parents, que par des assistantes maternelles ou des crèches ou… Ouais, moi j'ai trouvé qu'il y avait un changement de comportement pour ces petits-là !"
3. L'arrêt du serrage de main a déshumanisé la relation	
P11	*(À propos du serrage de main)* "Ça déshumanise aussi un peu les, les relations parce que malheureusement, sans le contact physique (...) tout le côté, on va dire humain, est un peu détérioré."
4. La téléconsultation a déshumanisé la relation	
M6	"Oh bah oui je trouve ça nul. (...) Je n'aime pas parler à un téléphone."
M10	*(A propos de la téléconsultation)* "C'est quand même un métier de relations humaines ! En fait, si on, si on nous enlève cette espèce de relation directe qu'on a avec le patient, on fera un métier… On fera peut-être un métier médical, [mais] c'est pas très sûr qu'on sera médecins ! *[Sourire ironique]"*
5. Les patients ont perçu des consultations plus courtes et un examen clinique diminué, entraînant une impression d'être à l'usine	
P11	"Déjà les rendez-vous beaucoup plus rapides… Heu, j'ai l'impression que tout a speedé, tout est plus prudent… L'atmosphère a changé en fait. C'est beaucoup plus, « ah », rapide, on enchaîne…"

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

P6	"J'ai l'impression que les consultations sont un peu écourtées. (...) Enfin, une consultation en un quart d'heure, fin c'est pas… Pour moi c'est pas, c'est pas assez quoi. (...) Je trouve que c'est expéditif, (...) on n'était pas habitués à ça. (...) Je trouve que ça fait très usine en fait hein. (...) Vous venez pour un problème, heu, si vous en avez un autre, vous reprenez rendez-vous. (...) Si on a une question sur autre chose, on sait qu'elle sera pas traitée, quoi. (...) Quelque part, ben, on se dit, bon ben voilà, on y est allé, admettons pour un renouvellement d'ordonnance, bon ben, hop ! L'ordonnance renouvelée, et on fait pas le, on fait pas le reste, quoi. Voilà. Et ça, quelque part, ben ça casse quelque chose."
P6	"Je lui dis « Je suis fatiguée, docteur, je suis fatiguée » - « Ben oui mais ça c'est normal, Mme *[Nom de la patiente],* ça fait 10 jours que vous êtes heu… » - « Mais prenez-moi au moins la tension, pour voir combien j'ai (...) » Rien. Rien. (...) Vous voyez, c'est ça, (...) ces petits gestes-là qui (...) pour moi, auraient beaucoup d'importance, et que ben, voilà, c'est… Et je trouve que c'est devenu vraiment heu, ben, c'est usine quoi je veux dire !"

F. PERTE D'ATTENTION ET D'EMPATHIE PERÇUE PAR LES PATIENTS

1. Les consultations vécues comme plus courtes ont donné aux patients une impression de manque d'empathie et d'accompagnement psychologique

P11	"Vu qu'il faut quand même enchaîner les rendez-vous, y a moins le temps de se concentrer vraiment sur un patient et essayer d'en savoir plus ou, même demander bah « psychologiquement, est-ce que ça va ? »"
P6	"Ça a duré 20 minutes, et hop, terminé. Voilà. C'est tout. Elle a pas cherché à comprendre le, l'aspect psychologique, elle a pas cherché à comprendre, heu, ben comment moi je le vivais heu (...) Y a pas eu tout ça. (...) Y a plus de ça. (...) J'aurais aimé qu'elle me dise, ben « allez, bon courage à vous » heu… Fin, un tout petit peu plus d'attention, en fait. (...) Après, je peux comprendre hein, quand les gens sont agressifs envers vous, envers le corps médical, je peux comprendre que vous soyez moins empathique hein. (...) C'est humain. Mais heu, voilà."

2. La téléconsultation dédiait moins de temps et d'attention au patient

Vécu expéditif et plus court qu'une consultation présentielle

P7	*(À propos de la téléconsultation)* "Du relationnel ? Bah… Moi j'ai vu que… C'est assez vite, quoi. C'est très vite. « Non non heu, il faut continuer à se reposer heu, calmez-vous heu… Ça va passer. » … Oui, d'accord heu, merci."
M7	"Ça permet d'avoir un temps dédié, un temps pour le patient, et euh voilà, qu'il se sente valorisé dans ce temps-là. Et la téléconsultation, c'est, c'est dévoyer notre métier ! *[Rires]* Et la qualité pour le patient aussi, dont le patient ne se rend pas forcément compte à mon avis."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Le masque a camouflé les expressions du visage et gêné la perception de l'empathie du médecin

P11	*(À propos du masque)* "Bah, pas de possibilité de reconnaître un visage, pas de possibilité d'avoir les expressions faciales, et du coup, cette expression de, de, de ressenti de sentiment envers autrui."

G. DÉGRADATION DE LA COMMUNICATION NON-VERBALE

1. Le masque a camouflé les expressions de visage qui faisaient partie de la communication

M3	"C'est vrai que c'est, c'est gênant le masque (...) parfois on a besoin aussi de voir le bas du corps, pour voir l'expression du corps des gens, ce qui apparaît sur le visage."
M2	"Le port du masque peut euh cacher certaines choses quoi (…)-On ne voit pas tout, euh on est des fois gênés par le masque (...) pour évaluer euh le ressenti général qu'on avait clairement sans masque…"
P1	"On voit pas le sourire des gens, on voit pas… l'expression du visage, c'est important aussi."
P5	"Quand on se parle heu, les expressions sur le visage heu… Voilà, ça fait partie de la communication !"

Perte de communication comme si une surdité apparaissait

M10	"C'est vrai que ça crée quand même un peu un écran justement dans, dans le langage non verbal, hein, c'est un peu comme si on devenait un peu sourd quand même, quelque part ! Il y a toute une partie de la, la mimique des gens, qui nous échappe ! (...) Le masque nous rend sourds ! Sourds des yeux !"
M7	"Le masque, parce que, on ne voit plus tout le visage, parce que ça biaise les, oui, c'est un trouble neuro-sensoriel finalement, on n'a plus tous les, tous les sens, on voit plus l'articulation."

Communication encore plus perturbée en cas de trouble neurologique ou psychiatrique

M1	"Dès qu'il y a (...) un trouble neurologique ou psychiatrique, le masque forcément enlève la bonne partie du non-verbal (...) Donc effectivement, ça peut être problématique."

2. Sans les expressions du visage, le patient ne pouvait plus décrypter ce que pensait le médecin

Si le médecin pensait que c'était grave ou non

P3	"Il manque les expressions du visage, ce que j'aimais bien heu déchiffrer quand il avait quelque chose à dire heu… Savoir s'il pense que c'est grave, pas grave heu… Et avec le masque il manque, il manque la moitié heu, plus de la moitié des expressions pour savoir ce qu'il pense !"

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Si le médecin était d'accord ou non avec ce que le patient disait	
P5	"Y a, y a la parole, mais y a comment vous recevez ce que je dis hein. Y a pas qu'au travers des yeux qu'on le voit hein ! Heu, vous appréciez, vous êtes pas d'accord, vous êtes heu, non non, vous désapprouvez…"
P8	"Moi, je sais qu'il fallait que je voie tout le visage de la personne. (...) Je regarde beaucoup les gens, comment ils réagissent quand je leur dis quelque chose ou, voilà, ou je leur demande une question. C'est simplement leur visage, je vois si c'est oui ou si… voilà."
P11	"Je me retrouvais à devoir essayer de décrypter heu, est-ce que j'agaçais le médecin, (...) comment il pouvait réagir réellement à ce que je peux lui dire, et… Et c'est vrai que c'était assez frustrant, parce qu'on se dit « ah mince, est-ce que, est-ce que là, par exemple, il est en train de faire une tête bizarre parce que j'ai peut-être dit quelque chose de débile ?», fin c'est quand même assez compliqué…"
Si le médecin souriait et faisait de l'humour ou non	
M11	*(À propos des enfants)* "Alors euh, quand on rentre en contact avec eux, on essaye de faire un sourire, on essaye de les faire rigoler peut-être un peu, et tout ça, ça a échoué parce qu'ils arrivaient pas à voir ma bouche et pas ce que je voulais exprimer quoi !"
P1	"Quand on voit un docteur avec un masque (...) on peut pas voir son sourire…"
P10	"On voit plus le visage des gens. (...) Je sais pas si déjà il sourit, si… (...) Ben ouais, on voit pas trop. On voit la personne s'il nous sourit ou pas, si… y a quand même ce lien qui heu, qui manque quoi !"
P3	"Il dit pas mal (...) de boutades aussi, et avec le masque on sait moins facilement comment les prendre en fait. Si c'est de la boutade ou pas."
P3	"J'ai le sentiment qu'il y avait moins d'humour tiens, de la part du médecin oui, (…) pendant le COVID… Et que là ça revient en fait, aussi."
Le médecin appréciait de pouvoir camoufler certaines de ses réactions	
M12	"Donc ça, c'est pas mal ! (...) Sous le masque, ils ne me voient pas sourire, ou voilà, ou faire une drôle de tête, par rapport à ce qu'ils me disent !"
3. Sans les expressions du visage, patient et médecin ne pouvaient plus véhiculer les émotions et l'empathie	
M9	"[C'est une] barrière émotionnelle ! On ne peut pas avoir toutes les émotions, ni signes de souffrance d'un patient, s'il y a un masque, c'est pas, c'est pas possible !"
M11	*(À propos du masque)* "Les premiers six mois, j'avais vraiment cette sensation, que les, surtout les enfants, avaient des grandes difficultés à lire les émotions… (...) D'une manière plus modérée, on a cette difficulté aussi dans le contact avec les adultes, quand la moitié du visage était cachée hein ! Bah si quelqu'un est triste, on ne le voit pas forcément aussi facilement, ou quand quelqu'un est en colère, on le voit pas ! On ne le voit pas de la même manière en tout cas !"
P11	*(À propos du masque)* "Bah, pas de possibilité de reconnaître un visage, pas de possibilité d'avoir les expressions faciales, et du coup, cette expression de, de, de ressenti de sentiment envers autrui."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

H. DÉGRADATION DE LA COMMUNICATION VERBALE, DIMINUTION DES ÉCHANGES

1. Le masque a gêné pour comprendre ce que disait l'autre, pour s'exprimer et se faire comprendre

Difficulté à entendre, nécessité de répéter

M6 "Le masque, ça freine beaucoup pour la communication, parce que les gens me disaient « J'entends rien avec mon masque » ! En fait, c'est avec le mien qu'il entend pas, pas avec le leur quoi ! Mais ils disaient souvent ça comme phrase « J'entends rien avec le masque » en parlant du leur quoi !"

P8 *(À propos du masque)* "Y a des gens, des fois quand on parle comme ça, moi des fois, y a des moments que je les, je les comprends pas. (...) Je comprends pas qu'est-ce qu'ils disent."

P3 "Oh, « pénaliser » peut-être pas, par contre faire répéter des fois parce qu'on comprend pas avec le masque, oui."

Difficulté à percevoir certaines subtilités culturelles et de langage

P5 "Pour moi une conversation elle peut pas être heu… Vous le savez bien en plus, la langue française et puis notre culture, c'est tout plein de subtilités ! Donc, si y a le masque, moi je… Je sais pas quoi."

Difficulté accrue pour les personnes malentendantes

M7 "Déjà nos patients sourds, ils nous comprenaient plus ! *[Rires]*… Parce qu'ils nous voyaient plus articuler…"

M12 "Pour certains patients, les sourds, ils m'entendent plus, voilà ! Et ceux qui lisaient sur les lèvres, euh, bah, ils ne voient plus ce que je, ils m'entendent plus, donc ils comprennent moins bien, donc on est obligés de parler un peu plus fort."

M9 *(À propos du masque)* "[C'est une] barrière de la langue, barrière chez les patients qui sont un petit peu malentendants…"

Difficulté à parler, la voix était modifiée

P7 "C'était la première fois qu'on avait le masque, [on] n'arrivait pas à parler parce qu'on n'est pas habitués à ça. (...) C'est la gêne, qu'on dirait qu'on est enrhumé, on parle avec le nez."

Difficulté accrue en cas d'accent

P7 "Déjà, moi, j'ai un accent quand je parle, alors vous imaginez mon accent plus le masque… *[Soupire]*"

Le masque a poussé à limiter les discussions

M6 (*À propos du masque*) "Je demandais peut-être moins de trucs parce que j'en avais marre de répéter quatre fois quoi…"

P5 "Dans une conversation avec le masque, on va à l'essentiel et puis ça s'arrête là quoi."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. La téléconsultation a perturbé les échanges

L'échange n'était plus le même

P6 "Je trouve que, voilà, l'échange est plus le même. L'échange est plus le même, et raison de plus maintenant qu'il y a des consultations en visio. *[Lève les yeux au ciel]* Alors ça c'est le… Ça c'est, c'est le bouquet final ça je trouve."

Le discours était moins fluide

M2 "Je reste frustré de la téléconsultation, ça ne m'apporte pas du tout ce que j'obtiens en consultation classique, sur l'échange…"

M8 *(À propos de la visio)* "Au final, le discours est moins fluide qu'au téléphone, je trouve, souvent en tout cas."

3. Selon les patients, les consultations plus courtes ont obligé à diminuer l'échange

Les échanges allaient moins en profondeur

P2 "On sent peut-être un peu Mme [*Nom du médecin*] un petit peu plus heu… sur les nerfs quoi, comme tout le monde. (...) Quand on est pressé ben, on abrège un petit peu la conversation ou… On est pressé de vous voir partir."

P6 "Et puis bon ben, des consultations assez heu, comment dire, assez raccourcies. On va à l'essentiel et heu… Et voilà. (...) Y a la perte de, de… y a la perte, un petit peu, de communication, un petit peu… On va à l'essentiel et hop, terminé quoi."

Les échanges portaient sur des sujets moins larges, se limitaient au motif de consultation

P6 "Y a plus cet échange comme heu, comme on pouvait avoir un petit peu avant quoi. (...) D'habitude on parlait heu, de choses et d'autres, on parlait heu… Ben là c'est, voilà, on va à l'essentiel et heu... (...) Il manque de, de, de discours, de discussions entre nous. (...) Avant c'était différent, avant heu, avant ben, on prenait le temps de parler (...) On parlait du problème et puis on parlait aussi heu, on parlait des enfants, on parlait heu… Ben, admettons, de ma pré-ménopause, (...) C'était beaucoup plus ouvert, sur un champ beaucoup plus heu large quoi ! [Alors] Que là, on va au problème, au minimum, et hop, terminé."

P11 "C'est plus bah : je viens - « Ah, tel problème » - « Allez, au revoir » - « J'y vais, bon courage » … Et pfff… C'est pas ce que c'était avant. (...) Y avait plus cet aspect d'essayer de voir heu, essayer par exemple de voir si y a d'autres soucis, heu… (...) Fin, des petites questions comme ça, heu… (...) Y a quand même eu heu, un raccourcissement on va dire, du côté en mode aussi de l'argumentation et de, du dialogue en fait."

Les patients ont constaté moins d'explications de la part du médecin

P6 "Quand j'ai eu mes résultats d'anapath, bon ben… « Bon ben, on va prendre rendez-vous à [*Nom de centre hospitalier]*, je vous fais les papiers qu'il faut pour une ALD. » Ça a duré 20 minutes, et hop, terminé. Voilà. C'est tout. (...) Elle pouvait m'expliquer un petit peu ce qui allait m'attendre heu… (...) Tous les comptes-rendus qu'elle reçoit de *[Nom de CHU]*, ben elle pourrait m'en parler par exemple ! Ben non."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les patients ne se sentaient pas en position de réclamer plus d'échanges	
P6	"On va pas la, enfin je vais pas la prendre par les cheveux en lui disant « Tu vas me parler un peu ? » *[Rires]"*

I. LES PATIENTS SE SONT CONFIÉS MOINS FACILEMENT

1. Les consultations vécues comme plus courtes ont fait craindre à certains patients une réaction expéditive du médecin à leur demande

P6	"J'aurais voulu qu'on… ben, prendre rendez-vous avec mon médecin traitant en disant « Là docteur, ben… là, c'est angoissant. » Mais bon (...) Je me suis dit « Elle va pas me prendre pour ça » et puis si c'est pour être expéditif heu, bon, c'est pas la peine quoi. (...) Sachant que c'est très expéditif maintenant, moi je me suis dit « Voilà, c'est bon, toute façon là tu vas être opérée maintenant, faut prendre ton mal en patience », avec l'angoisse que ça a généré malgré tout. (...) Mais c'est vrai que, il y aurait eu une petite consultation chez le médecin traitant, ça m'aurait peut-être rassurée un petit peu."

2. Le masque a empêché l'accès aux expressions de visage qui mettaient en confiance

Manque du sourire du médecin qui mettait à l'aise pour se confier	
P11	"Quand je, quand je parle et que je vois que le médecin a une expression de visage heu, qui ne juge pas, qui va me sourire ou qui… 'fin un regard apaisant, avec la partie donc du visage du bas qui est relâchée… 'fin ça va plus me mettre à l'aise et me permettre de, d'exprimer au mieux le problème, et pourquoi je suis présente devant le médecin traitant."

L'impossibilité de décrypter ce que pensait le médecin aggravait la peur de son jugement	
P11	"J'ai toujours eu peur d'aller chez un médecin et, lui dire un souci, et que le médecin se retrouve à se dire : « Ah, bah c'est nul » ou fin, « C'est rien du tout » heu, « [Elle se prend] juste la tête. » (...) Quand je vais émettre un nouveau problème au médecin, je suis en full analyse de l'expression du visage (...) Et c'est pour ça que, en plus avec le COVID ç'a été deux fois plus compliqué, (...) j'avais encore plus peur d'aborder certains sujets en me disant *: [moue d'affolement]* « Imaginons, là, derrière le masque elle est en train de juger (...) » Et en fait y a constamment cette crainte…"

3. La téléconsultation a gêné les patients pour se confier par manque de confidentialité

M3	"J'ai l'impression qu'on se dit parfois plus de choses quand on est au cabinet, que en téléphone. (...) Peut être qu'il est plus facile, en présentiel, (...) on a le temps de, d'aborder les, j'allais dire les deuxièmes motifs, ce pourquoi, on n'est peut-être pas, on n'a peut-être pas annoncé sa venue au départ de la consultation, pour lequel on a envie de parler quand même."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

M7	"L'écran ça met un frein, voilà. (...) Moi je trouve que mes patients, ils vont moins se confier. Ils seront… je ne sais pas… je trouve qu'il y a une ambiance euh au cabinet, c'est sécurisant, c'est secret médical, quand ils sont dans le cabinet, ils sont dans le cabinet, il n'y a pas quelqu'un d'autre qui va passer faire la vaisselle alors qu'ils sont chez eux derrière leur téléphone."

4. La consigne de ne pas consulter pendant le confinement a aggravé la peur, pour les patients, de déranger le médecin pour "rien" en comparaison des désastres du COVID-19

P3	"On hésitait drôlement heu, nous (...), pas par peur du virus, mais heu par peur d'embêter les autres, de déranger, de prendre la place à des gens qui en auraient plus besoin."
P11	"Et surtout le fait, encore plus, de se mettre la pression de ne pas y aller pour rien ! Parce que justement y a forcément plus grave, vu ce COVID, qui finit par tuer certaines personnes malheureusement. (...) On avait une crise mondiale sanitaire, qu'est-ce que je vais parler de ma santé mentale ?! C'est ce que je me disais en fait. (...) Et c'est pour ça aussi d'un autre côté [que] j'évitais d'y aller pour rien, ou bien de, d'aborder des sujets qui selon moi ne sont pas essentiels et primordial, par peur justement de la gêner avec des petites choses, alors qu'à côté le médecin a, doit gérer des choses beaucoup plus sérieuses, beaucoup plus, on va dire, critiques, sur le moment."

J. DÉGRADATION DE LA COMPÉTENCE MÉDICALE RESSENTIE

1. Les mesures sanitaires ont entraîné une perte de données cliniques nécessaires à l'exercice d'une bonne médecine

Le masque gênait l'évaluation clinique

M9	(*À propos du masque*) "On perd en, en données, en données cliniques."
M2	"On ne voit pas tout, euh on est des fois gênés par le masque pour évaluer un état respiratoire."
M1	"Les enfants qui ont plus de 6 ans, enfin qui portent le masque, et qui ont des troubles d'articulation, ben voilà forcément, ça nous demande un petit peu plus d'attention, d'écoute, euh… pour le détecter euh…on voit moins facilement les incisives qui sont tombées, les défauts de placement de la langue ou des lèvres."

La diminution de l'examen clinique dégradait la compétence médicale ressentie

Examen clinique modifié voire diminué

M8	"Pendant le COVID, je faisais pas enlever le masque...(...) J'examinais pas la cavité buccale s'il y avait pas de nécessité absolue, donc si je pensais pas que les gens avaient un strepto, en gros…(...) Ou alors s'ils venaient pour un problème buccal."
M9	"Il y a eu deux-trois modifications quand un patient est COVID, ou très suspect de COVID, on a tendance, maintenant, à l'examiner sur sa chaise, de, de consultation, et pas essayer de l'amener, dans la partie plus médicale, pour avoir moins de désinfections à faire par la suite en fait !"

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

M11	"Je me restreignais à, à l'examen clinique, à, au strict minimum, en le disant au patient « Le reste, on le fera une autre fois », on essaie d'avoir moins de contacts pour pas devoir désinfecter toutes les cinq minutes le matériel."
P6	"Avant le COVID, elle nous prenait la tension automatiquement heu, enfin voilà quoi, je veux dire heu… Ben là, plus rien."
La diminution de l'examen clinique rendait la consultation moins efficace voire inutile	
P6	*(À propos de la prise de tension)* "Pour moi c'est, ça fait partie des gestes cliniques obligatoires lors d'une consultation. (...) Si en plus de ça on nous fait plus les, les, les gestes basiques de, d'un, d'une visite médicale heu… Ben là pfff, autant ne pas se faire soigner quoi ! (...) Moi je trouve qu'il faut pas, il faut pas tomber malade maintenant."
P6	"Moi je vois pour mon mari, l'hypertension - il fait de l'hypertension - ben là on lui a fait une ordonnance de renouvellement mais sans lui prendre la tension. Donc c'est, c'est quand même bizarre, ça. (...) 'Fin quand on vous dit ben, « J'ai mal à la gorge là » … « D'accord, ok… Mais ça c'est normal, c'est la chimio. » « Mais vous regardez pas ! Vous avez pas regardé là, docteur ! Si je vous dis que j'ai mal, c'est que je suis brûlée ou je sais pas, j'ai quelque chose, donc regardez ! » Ben non. Pour moi, c'est pas, enfin c'est pas des vraies consultations, ça."
La diminution de l'examen clinique rendait la consultation moins rassurante sur son état de santé	
P6	"Ben disons que c'est rassurant ! (...) Enfin je, je pense que vous devez avoir une liste de, d'examens cliniques à faire en consultation générale qui peuvent être rassurants par rapport à, à l'état de la personne ! (...) En tant que patient, on s'attend à ces petits gestes-là qui peuvent être rassurants."
A l'inverse, l'absence de changement dans l'examen clinique a été appréciée des patients, et a préservé l'efficacité médicale ressentie	
M12	"Pour certains patients, j'ai continué à les examiner comme avant, sans rien changer à mon examen clinique, et bien, ils m'étaient reconnaissants quelque part ! De voilà, de continuer à les examiner comme avant, sans prendre plus de précautions, (…) j'ai quand même continué à les toucher, les palper, quoi, voilà !"
P5	"Je vais pas vous dire que je redoutais, mais je me disais heu, le médecin il va être encore plus prudent quoi. Notamment à l'examen, (...) on peut imaginer, vu le danger de transmission, heu… on peut imaginer qu'à un moment on va vous toucher avec des pincettes quoi. Vous comprenez ? Et non, ça, elle a continué de faire son boulot bien quoi..."
P12	"Bah elle remplissait bien son rôle (...) de… d'examiner son patient et tout quoi."
P11	"Sa gestion de son métier et son, sa bienveillance et sa manière d'ausculter : rien n'a changé avec le COVID. (...) Niveau professionnel ç'a été toujours parfait, et c'est resté parfait."
Les médecins ont eu la volonté de ne pas modifier leur examen clinique	
M3	"L'examen physique, je fais mon examen, quand c'est nécessaire, je, j'approche, je touche, ça fait, pour moi, c'est important, c'est comme ça que j'ai appris mon travail (...) quand j'ai besoin de voir la bouche, j'ai pas eu peur d'ôter le masque."
M9	"Même si les patients étaient susceptibles d'être COVID ou pas, ben, je les examinais comme je devais examiner n'importe quel patient. Et ils demandaient de pas regarder la

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

	gorge, bah, je regardais quand même la gorge… (...) Je pense pas qu'il y a eu de, de grosses différences, enfin j'espère, qu'il y en a pas eu trop !”
M12	“J'ai pas voulu changer ! Je n’ai pas voulu arrêter de palper le ventre de mes patients, et arrêter de palper les ganglions, et de pas regarder la gorge, quoi, voilà !”
Les patients ne se sentaient pas en position de réclamer des éléments de l’examen clinique à leur médecin	
P6	“On va pas demander au médecin de le faire si elle a pas l’intention de le faire. C’est, enfin, si je la vois pas prendre son tensiomètre, je vais pas lui dire « Heu docteur, prenez-moi la tension ! »”
La téléconsultation était perçue inefficace, voire à risque d’erreur, du fait de l’examen clinique impossible	
L’absence d’examen clinique empêchait le diagnostic	
M7	“Je suis peut-être très très arriérée, mais j’ai appris la clinique, et je ne sais pas faire si j’examine pas mon patient *[Sourire]*. Une appendicite en distanciel, je sais pas faire, euh voilà *[Sourire]*.”
M6	“Tu ne palpes pas, tu ne sais pas si c’est fluctuant, ouais y’a des trucs, je vois pas comment euh… Les diagnostics c’est compliqué !”
M4	“Gérer à distance, moi je trouve ça, qu'on les voit ou qu’on les voit pas [à travers un écran], ça change rien, on peut pas mettre les mains, on peut pas mettre un stétho, enfin, c’est compliqué.”
M10	“Mais non, soigner les gens sans les voir, sans les toucher, c'est juste pas possible !”
M3	“C’est pour ça que, aussi, au téléphone c'est pas facile, de pas examiner les gens physiquement, pour moi, c'est difficile. Moi j'ai appris mon travail euh, en stage, à l'hôpital, avec des, des seniors, qui nous apprenaient à, à palper les gens, à les toucher, le, le geste physique, l'approche des gens, c'était quelque chose que, que j'ai appris, avec lesquelles je travaille.”
P6	“Je veux pas remettre les, les compétences du médecin en doute, mais vous avez appris à palper, vous avez appris à, à regarder… Ben, quand il y a un écran entre nous, y a pas, enfin, vous allez pas nous palper à travers l’écran, vous allez pas… Et ça je trouve que c’est plus de la médecine, pour moi.”
La téléconsultation pouvait tromper le diagnostic du médecin	
M10	“Il y a quand même un gros risque de passer à côté de choses, parce que, la plupart des… Ça arrive quand même souvent que les diagnostics, euh, fin, enfin les diagnostics qu’on fasse, ce soit une surprise d'examen clinique ! Ça arrive quoi, ça ! Tout d'un coup, en examinant les gens, on va tomber sur des ganglions, ben, des ganglions en téléconsultation, voilou quoi !”
M5	“Il manque une grande part de la clinique s’il y a pas l'examen clinique. Donc euh non la sensation de pouvoir passer à côté de quelque chose.”
P6	“Alors, par exemple, vous avez un petit bouton. Qui vous paraît pas très catholique. Vous allez pas me faire croire qu’à travers un écran, même si vous zoomez bien, vous avez le même regard qu’à l'œil nu comme, comme ici quoi. Non. (...) Et on peut, peut-être, potentiellement, passer à côté de quelque chose.”

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

P6	"Fin je sais pas, moi quand j'ai découvert mon cancer du sein, je suis allée chez mon médecin, elle m'a palpée, elle m'a fait un palper mammaire, elle s'est rendue compte ! (...) Elle aurait pas fait ça heu, à travers un écran !"
Sans examen clinique, la téléconsultation n'était pas considérée comme de la vraie médecine	
M10	"Il y a eu aussi l'apprentissage un peu difficile de la télémédecine, qui m'a d'ailleurs pas du tout convaincu !... Qui est, à peu près, tout sauf de la médecine ! (...) J'ai trouvé que c'était à la fois dangereux pour le médecin et peu satisfaisant sur le plan strictement médical. (...) Pour moi, c'est pas des consultations quoi ! (...) *[Me montre ses mains]* La médecine, c'est aussi les mains !"
M8	"Parce que bon, on n'a pas de stétho, on n'a pas de… Enfin, on n'a pas d'outils quoi ! (...) Je pense que c'est de l'esbroufe ! *[Rires]"*
M7	"Et la téléconsultation, c'est, c'est dévoyer notre métier ! *[Rires]* Et la qualité pour le patient aussi !"
P6	"C'est pas de la vraie médecine, ça, vous pouvez pas vous rendre compte, c'est pas possible. (...) Pour une consultation où y a besoin de toucher, y a besoin de voir… Voilà, je, je veux pas. Je préfère attendre que, que faire une consultation en visio."
Sans examen clinique, la téléconsultation ne permettait pas d'être rassuré sur son état de santé comme en présentiel	
P7	"Moi je préfère voir le médecin et qu'il me voit. Personnellement. Parce que comme ça… Non. (...) Il va juste vous… vous rassurer avec des mots, alors que quand on est malade on a envie que le médecin bah, il nous examine. (...) Il va vous examiner, il va prendre la tension (...) Moi, ça va me rassurer tout ça."
Le masque et la téléconsultation empêchaient de déceler certains éléments non-verbaux nécessaires à l'intuition clinique	
Avec le masque	
M9	"On ne peut pas avoir toutes les émotions, ni signes de souffrance d'un patient, s'il y a un masque, c'est pas, c'est pas possible !"
En téléconsultation	
M3	"Ou quelque chose que nous, on va avoir envie de poser, quand on va voir que les gens sont pas forcément bien, qu'on voit peut être mieux en visuel qu'au téléphone."
M10	"On voudrait nous obliger à ce que, la médecine, la symptomatologie, la thérapeutique, ce soit une espèce d'algorithme (...) Alors ça, honnêtement j'y crois pas ! La, la, la médecine a une composante intuitive qui est absolument énorme ! (...) J'ai une patiente qui est venue me voir, bon, dès qu'elle est rentrée, j'ai bien compris que c'était un problème psychologique qui la taraudait quoi ! Euh, mais sur un écran, il y a des tas de choses qui m'auraient échappé, sur la posture de la personne, sur son même son regard (...) Ça nous manque toutes sortes de choses, qui font, qu'après, notre intuition, elle ne marche pas !"

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Certaines mesures sanitaires ont donné une impression de perte de sérieux
La téléconsultation ne faisait pas assez "médical", le médecin avait l'impression de parler à un ami
M2 "Moi j'ai trouvé ça frustrant, voilà, c'est c'est le mot, j'ai l'impression de pas faire mon boulot euh, on a l'impression d'appeler un copain une copine et de prendre des nouvelles euh, franchement j'ai j'ai trouvé ça pourri quoi !"
M6 "Je n'aime pas parler à un téléphone. (...) Alors je dis ça, mais ma fille au Canada, on se parle en WhatsApp parce que sinon on ne la voit jamais, donc euh ouais. Mais c'est un peu différent je pense de faire une consultation médicale et puis causer avec sa fille, de façon informelle comme ça quoi, en se racontant des trucs ouais…"
La blouse incarnait le mythe de l'infirmière sexy
M4 "Sauf un qui m'a vu arriver en salle d'attente qui a éclaté de rire, il m'a dit « Waouh le mythe de la blouse blanche, c'est l'infirmière ». Je lui ai dit « D'abord un, je suis médecin, et deux, vous allez venir que je contrôle votre tension » *[Rires]"*
3. Les médecins ont été démunis face à certains rôles induits par les mesures sanitaires, et les patients ont été déçus si ces rôles n'étaient pas remplis
Face au rôle d'information sur les recommandations, qui sont trop changeantes
Les médecins se sentaient démunis
M10 "Un vécu de quelque chose, ouais, au départ un peu catastrophique !... *[Silence]* Une impression quand même globale, de que, les pouvoirs publics au travers de la DGS, étaient probablement impuissants à nous guider de façon très satisfaisante, avec des discours un peu contradictoires… (...) Et donc, une, impression de devoir un petit peu, improviser au fur et à mesure…"
M9 "Puis, il s'avère que COVID a fait des symptômes multiples et variés et donc du coup, avec des interrogations, pour nous… Même si on se renseignait, les informations diffusaient, on en avait toutes les semaines qui se contredisaient et on en découvrait aussi toutes les semaines ! *[Soupire]* Bon, c'était pas évident de répondre aux patients, sur leurs incertitudes, et puis, sur les examens complémentaires et puis, sur nos propres incertitudes hun !"
M1 "On s'est retrouvés (...) avec énormément de questions euh, sans réponse, les mêmes questions que les patients…"
Les patients étaient déçus lorsque leur médecin ne les avait pas informés spontanément sur les gestes barrières, ou le COVID et ses risques
P8 "Déjà, premièrement, un médecin, il doit parler déjà du, de la maladie, du COVID, c'est, voilà. Signaler, pas attendre que… (...) Je sais pas, j'aimerais bien que le médecin me, voilà, me dise qu'est-ce que c'est le COVID … (...) Peut-être le médecin attend que c'est les patients qui en parlent. (...) Mais moi, pour moi c'est, un médecin doit en parler à ses patients. (...) Nous dire le risque, vraiment, ce que c'est. (...) Alors comment je le prends ? *[Réfléchit]* Je sais pas. (...) Par moments, oui. Je suis déçue, oui, je me dis c'est vrai que c'est le, c'est le rôle d'un médecin."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

P7	"Moi j'aurais voulu parler plus."
A l'inverse, les patients étaient satisfaits lorsque leur médecin les informait sur les gestes barrières	
P11	"Y avait quand même cet intérêt-là et ces conseils sur les gestes barrières, donc heu…(..) c'est les seules choses que j'ai pu remarquer, et apprécier."
Face au rôle de gestion du report des interventions non-urgentes	
M4	"Il y a ceux qui râlent parce qu'on leur a reporté, ça fait trois fois, la prothèse de genou ! *[R*ires*]* Il y en a une, je sais plus comment lui causer, parce que on reporte, on reporte, on reporte ! … Alors, c'est pas de l'urgence, sauf qu'ils souffrent, sauf qu'ils ont mal…"
Face au rôle de prise en charge des COVID longs	
M10	"Les COVID longs, c'est un, un accompagnement long ! *[Rire ironique]* On est démuni ! (...) On est en difficulté en tant que médecin parce que, à la fois, finalement, on ne sait pas trop faire, expliquer de façon formelle, cette notion de de maladie de COVID long (...) On n'a pas grand-chose à proposer."
Face au rôle de prise en charge des conséquences psychologiques de la pandémie, rendant les consultations plus longues et plus complexes	
M11	"Je trouve mon métier a profondément changé depuis qu'il y a eu cette épidémie COVID avec les confinements consécutifs hein ! Pour moi, euh, depuis, je ressens que les consultations sont devenues plus longues, plus longues, euh, alors, plus complexes avec un, euh, beaucoup plus de problèmes psychiques. (...) Moi-même, je ressens que, que ça m'épuise quoi ! (...) Parce que j'ai l'impression que je, je, je dois faire un peu le tampon euh, pour les patients, où on est le premier recours !"
4. Les médecins ont souffert d'une surcharge de travail liée à la pandémie, et ont essayé de limiter son impact sur la relation médecin-patient	
Surcharge de travail, fatigue, stress des médecins	
M8	"Oui, après, il y a eu une surcharge de travail quand il a fallu rattraper tout le retard qu'on avait pris…"
M4	"Quand on a commencé à alléger un petit peu toutes ces mesures très très strictes, ben on a eu à nouveau la tête sous l'eau parce qu'il a fallu qu'on reprenne tout le reste *[Rires]*…"
M5	"Ça n'a pas été une période très facile, facile quand même hein, faut pas faut pas se mentir. C'est vrai que la charge mentale a augmenté"
M3	"Je me souviens d'une fin d'année fatigante, bien chargée (...) Dans la 2e vague, la vague de novembre difficile ouais, rude."
M6	"La 3e vague, on a vu un mur arriver ! Le lundi c'était calme, le mardi c'était la guerre (...) Une demande de vingt-cinq consultations par jour que pour des maux de tête, des syndromes grippaux…"

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

M7	"Pas du stress mais euh plutôt de la fatigue, alors sans que ce soit du surmenage non plus mais oui, oui, une augmentation de la charge de travail, euh, ça, assez importante, ouais je dirais à partir du moment des dépistages et de la vaccination."
M9	"On n'était pas en burn-out, mais pas loin, quand on recevait toutes ces recommandations qu'on devait lire, qui changeaient, (...) qui nous stressaient… *[Inspire]"*
Perte de foi dans leur métier voire abandon de la profession	
M1	"Moi, ce qui m'a choqué, c'est aussi de voir toutes les « crises de foi » sans « e » au niveau des soignants… (...) De se rendre compte que confrontés à des choses très très dures euh…parfois on dépasse nos limites, et on a plus envie de continuer."
M9	"C'est pour ça que, ça a été une décision de, d'arrêter toute la vaccination, d'arrêter tous les dépistages, et de se détacher au plus possible de COVID, pour qu'on puisse se sauvegarder nous, hein ! (...) Y'a, y'a des abandons, euh il y a des médecins qui arrêtent, et dans cette période post COVID hein ! Ceux qui n'arrivent pas à se protéger, clairement, ils ont pris de plein de fouet le COVID hein !"
Volonté de limiter l'impact sur la relation médecin-patient	
M7	"Ça ne se répercutait pas au point qu'on modifie euh notre façon d'être ou nos pratiques euh… Après on a su se réorganiser pour justement pas être dans un état critique où justement, faut pas que ça se répercute sur nos patients ! Je pense que du moment où il y a une répercussion sur nos patients, c'est qu'on est au-delà de…faut faire autre chose, faut changer quelque chose, ça veut dire qu'il y a quelque chose qui va plus et que on n'est plus à même d'assurer de façon correcte les consults."

K. CERTAINS RÔLES ATTRIBUÉS AUX MÉDECINS ONT ÉTÉ SOURCES DE TENSIONS AVEC LES PATIENTS

1. L'éducation au respect des gestes barrières a donné aux médecins l'impression d'infantiliser les patients et a pu mener à des tensions

Sentiment de "flicage" et d'infantilisation des patients qui ne respectaient pas les gestes barrières	
M1	"Parfois ça braquait les gens, parce qu'ils étaient déjà en colère contre la situation sanitaire, la situation économique (...) et si en plus on les embêtait avec ce masque qu'ils n'avaient pas envie de mettre et qu'ils ne portaient pas correctement, (...) pour certains, ils le ressentaient comme une infantilisation (...) On a dû être pédagogue… on ne l'est peut être pas toujours de façon idéale."
M7	(*À propos des visites en EHPAD*) "Au début, quand il y avait toutes les obligations, beaucoup d'incivilités. Et en fait les soignants étaient obligés de faire les gendarmes."
Incompréhension et énervement des médecins face aux patients qui ne respectaient pas les gestes barrières	
M9	"On voit des patients symptomatiques, en salle d'attente, sans masque, et ça nous fait un petit peu euh, ça nous fait un peu flic ! (...) C'est juste du bon sens, mais le bon sens, il n'est pas forcément pour tout le monde ! Et, et, dans, dans un an, ben, il va y avoir

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

	encore des patients symptomatiques qui vont venir, même si on véhiculera le message ! (...) [C'est] des trucs qui nous paraissent tellement évidents, (...) c'est tellement ancré, que nous, ça nous paraît surprenant que les patients n'arrivent pas à adhérer !"
Capitulation des médecins	
M7	"On a vite lâché, parce que c'était pas le rôle des soignants d'être tout le temps dans la critique…"
M9	"On fait avec, parce que, si on se, si on s'offusque, de toutes les, les choses, on n'avance pas ! Il faut qu'on soit compliants, et puis, ma foi, on n'est pas dans leurs esprits, on n'est pas, puis on n'est pas leur patron non plus hein !"
2. La promotion de la vaccination COVID-19 auprès des patients réticents a été source d'incompréhension pour les médecins, voire de conflits	
Incompréhension voire énervement des médecins	
M10	"La plus grosse zone de conflit restant, justement les vaccins, parce que là, même, malgré tous nos discours, il y en a quand même quelques-uns, qui sont restés euh, opposés au vaccin avec acharnement… (...) qui sont un peu bloqués dans leurs, dans leurs pensées, ou qui ont peur, `fin des peurs qui sont parfois difficiles à comprendre !"
M8	"J'avais des gens qui venaient ici, me revendiquer qu'ils étaient anti-vax (...) Des fois, je me suis un peu énervée, en disant que si c'était la seule façon d'arrêter cette situation de confinement à répétition, tant pis pour son petit nombril ! *[Rires]"*
M9	"Il y avait même des « contres » dans le centre de vaccination ! (...) Ils arrivaient « Ouais, vous m'obligez à me vacciner, c'est un scandale, machin… » - « Mais, qu'est-ce que tu fous là ? Enfin, y a un moment où, regarde nos gueules, on est, on est tous défoncés, on travaille comme des cons, euh pour vous proposer quelque chose de de correct, si tu décides de ne pas te faire vacciner, bah, c'est, c'est bien pour toi ou c'est pas bien pour toi, mais, viens pas, quoi ! Viens pas nous embêter, on est en train de bosser ! »"
Lassitude des médecins qui finissaient par capituler	
M12	"Les premiers temps, je faisais vraiment du forcing pour faire la vaccination. Maintenant, s'ils ne veulent pas se faire vacciner, c'est leur problème, c'est plus le mien, quoi ! (...) Je pense que j'ai passé le cap, où je me fâchais systématiquement…"
M8	"J'essaye d'apporter des arguments, du conseil, et d'échanger, mais je suis pas intégriste, c'est à dire que les gens, bah, « Faites ce que vous voulez en fait, moi je suis là pour vous donner des conseils hun après, pfff… »."
M9	"On proposait aux patients qui étaient fragiles de se faire vacciner (...) Euh ils étaient d'accord, ils étaient pas d'accord, on se battait plus ! C'est trop complexe ! (...) Il y avait trop de choses à gérer, pour qu'on se batte pour ça !"

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Le dépistage COVID a parfois été traumatisant chez les enfants	
M9	"Avant six ans euh, je me suis toujours refusé de dépister les enfants ! (...) Ça, c'était traumatisant ! Mais, du coup, nous, quand on ne le faisait pas, ça, ça changeait pas la relation avec les enfants…"
4. L'accompagnement des remises en question professionnelles liées au confinement a été source d'incompréhension et d'agacement pour les médecins	
M7	"Plus de burn-out, d'épuisement professionnel… Je pense que ça a repensé la façon de vivre des gens et ils veulent plus souffrir au travail, s'échiner au travail, ne faire que travailler et ils veulent une qualité de vie, avec un apport financier supérieur, et ça on n'a pas bien les réponses ! *[Rires] (...)* On en a d'autres qui sont plus dans les arrêts à répétition, la plainte, la demande parce que finalement, ils ont apprécié cette période de non travail rémunéré. (...) Moi je ne suis pas très sympa ! *[Rires]* (...) Si c'est pas justifié, bah on met les mots sur les choses en consultation. On analyse le fait que oui, ils ont apprécié cette période mais que moi (...) je suis médecin et j'arrête les gens malades."
M11	"Il y a quand même, je pense un petit (...) conflit générationnel qui s'installe. (...) Quand je vois aujourd'hui, euh, les patients venir en se posant des questions, et c'est souvent des patients relativement jeunes (...) je me dis, euh, ça a vraiment changé ! (...) Oui, on peut avoir un travail avec du sens, mais dans chaque travail, il y a des moments où il n'y a pas de, y'a pas de sens, où on se demande pourquoi on le fait, mais on le fait quand même. (...) Alors des fois, je suis un peu consternée, où euh, je me dis euh, c'est euh… Ce dont les gens rêvent, ça n'existe probablement pas !"
5. L'accompagnement des COVID longs a été source d'irritation pour les médecins face à un sentiment d'auto-victimisation des patients	
M10	"Ce qu'on a eu (...) c'est les…fameux « COVID longs » dont je sais pas trop quoi en penser… (...) Ils présentaient souvent en plus, un peu, des symptômes que j'appellerais de « victimisation », et donc ils étaient compliqués à prendre en charge, parce que… (...) 'fin la victimisation, ça empêche un peu les gens de sortir de leur truc quoi !"
6. La prise en charge des patients qui refusaient les soins par peur de la contamination a été source de conflits	
M12	"Même envoyer des patients aux urgences, ben c'était, c'était dur parce que c'est, les gens ne voulaient pas y aller, euh, par peur de se faire contaminer ! (...) J'ai [parfois] dû me bagarrer (...) C'était chronophage, épuisant, émotionnellement, tout ça quoi, voilà ! Et puis, question de responsabilité, le patient, d'accord, il ne veut pas y aller mais si, s'il décède, et que tu ne l'as pas envoyé, quand même aux urgences, c'était qui le responsable ? C'était, c'était moi !"

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

L. COMPORTEMENTS DE PATIENTS JUGÉS DÉSAGRÉABLES PAR LES MÉDECINS

1. Selon les médecins, la consigne de ne pas consulter et la téléconsultation ont augmenté les exigences des patients

Selon les médecins, les patients se sont habitués à tout obtenir tout de suite, sans consulter et sans payer

Exigences d'obtenir des soins par courriel ou téléphone, sans consulter

M11 "Comme pendant les confinements, on commençait à faire des téléconsultations, et éventuellement aussi à répondre aux mails (...) Depuis, c'est euh, comme une porte ouverte, et j'ai tous les jours (...) une dizaine de demandes par mail, euh, où les patients ne veulent plus se rendre au cabinet, avec des demandes de renouvellement d'ordonnance, de certificats médicaux, toutes sortes de demandes… Euh… Il y a un ressenti des patients (...) qu'il ne s'agit que d'un bout de papier avec une signature dessus quoi !"

M9 "Après COVID euh, (...) avec tout le tiers-payant intégral, les consultations intégrales, la disponibilité des médecins (...) difficile de revenir en arrière et de ne pas être disponible pour eux, s'ils demandent un avis ou autre par téléphone, euh, qu'on leur demande de venir en consultation ! (...) Il y avait (...) des demandes incessantes des patients (...) Ils ont vu qu'on avait été disponible pendant COVID par les téléconsultations, et donc du coup, la disponibilité du « Tout, tout de suite » et de « C'est moi qui me fais mon ordonnance », ça, on a subi !"

Exigences jugées abusives et de résultats immédiats

M4 "Après les gens exigeants, les gens acariâtres, les gens qui en ont marre, les gens qui râlent, euh *[Soupire],* les gens qui ont perdu l'habitude de bosser, *[Rires]* (...) Voilà… ce type d'exigence, oui, on l'avait pas avant parce qu'ils y avaient pas « *droit » [Insiste]"*

M9 "La relation a toujours été bonne, sauf que les demandes étaient plus insistantes, (...) fin, l'exigence de temps et de réponse, et même de moyens « Je veux une IRM cérébrale » ben ça, on n'en avait quand même moins avant COVID que maintenant !"

Méfiance au moment de payer liée à l'habitude du tiers-payant

M9 "Ça nous a mis en difficulté mais euh, sur des versants qu'on n'avait même pas pu penser en fait !... De, de modifications d'habitudes de, de notre relation avec la patientèle et puis de la patientèle envers nous. Et depuis le COVID, avec le « Tout permis », avec le 100%, ben il y a eu une explosion des demandes, qui étaient plus insistantes et puis, plus méfiantes : « Pourquoi vous faites pas ceci ? Et pourquoi vous faites pas cela ? Et pourquoi ce n'est pas remboursé ? Et pourquoi je paie ? »"

Les médecins ont dû recadrer ces exigences

M11 "J'ai l'impression que je dois faire plus « bouclier », pour cadrer les patients, pour qu'ils viennent vraiment au cabinet !"

M9 "Il y a eu justement un recadrage de patients à faire, une fois que l'activité avait reprise. (...) On a quand même bien ramé pour ramener les choses à peu près, dans une cohérence, euh… en tout cas, comme ça se passait avant COVID ! (...) C'était long, et puis énergivore."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Selon certains, la méfiance et l'agressivité des patients envers le corps médical s'est aggravée	
M10	"L'agitation qui a tourné autour de tout ça, a créé quand même une grande défiance, par rapport au discours médical, médiatique, je dirais, global ! (...) Ça a sûrement un peu dégradé globalement le, la, la confiance que les gens ont dans le discours médical."
P6	"Le COVID, ça a créé une sorte… d'angoisse, de paranoïa chez les gens. Et heu, et je trouve que les gens sont agressifs. Alors, ça se ressent aussi vers les médecins, parce que heu, parce que ben on sent que, ils sont agressés par certains patients. (...) Je trouve que ce COVID, il a fait ressurgir le pire de l'Homme. Et je pense que les médecins traitants, quand ils se font agresser, verbalement ou physiquement, heu, ils en ont marre quoi."
3. Selon les médecins, les patients ont développé une certaine lassitude, source d'incompréhension voire de conflits	
M11	"J'ai l'impression, en général, les gens sont devenus un peu plus las ! Ils ont plus envie de faire l'effort. Alors, pour annuler un rendez-vous, faut faire la, le, faire l'effort d'appeler, ils arrivent pas tout de suite, bah, ils vont pas aller plus loin ! Une espèce de lassitude qui s'est installée dans la société. (...) Les lapins, c'est quelque chose que je ne connaissais pas, maintenant, c'est là, ça fait partie de mon quotidien ! (...) Et ça m'énerve ! (...) Ça me remonte ! (...) Moi, j'appelle les patients, et je leur dis « Pourquoi vous êtes pas venus ? Si vous n'êtes pas venus, bah, la prochaine fois, je vous laisse annuler » et s'ils ne font pas, je les bloque quoi !"
M11	"Il y en a d'autres où on ressent vraiment une fatigue vaccinale. Alors, je le sens très fortement avec la, avec la grippe cette année, (...) « Oh j'ai déjà eu tellement de vaccins, je vais pas me faire vacciner » (...) On essaie de les convaincre, on perd, on perd peut-être du temps, et y'a peut-être une incompréhension, des fois, de nouveau, de mon côté."
4. Les médecins ont déploré l'absence de gratitude des patients face à leur implication dans la pandémie	
M9	(*À propos du rôle d'utilité publique des médecins*) "Ben, ils ne l'ont jamais vu ! (...) Non, on a travaillé dans l'ombre hein ! Et puis, avec peu de reconnaissance ! (...) Non, pas de reconnaissance, ni des patients je pense, ni de, des institutions…"
M5	"J'ai pas l'impression qu'il y ait de changements non, ni dans un sens ni dans l'autre. Pas plus de gratitude parce qu'on a été là, et pas plus de, de, de défiance ou quoi que ce soit."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

M. LES MESURES SANITAIRES ÉTAIENT MOINS GÊNANTES LORSQUE MÉDECIN ET PATIENT SE CONNAISSAIENT DÉJÀ	
Le masque était moins gênant	
M5	"C'est essentiellement des patients que je connais enfin, j'ai peu de nouveaux patients, donc je les connais donc euh… on arrive à communiquer euh… même dans les intonations de voix ou dans les yeux, j'ai pas forcément besoin d'avoir le, le bas du visage."
P1	"Avec mon médecin généraliste heu non, je peux pas dire que pour moi, ça a créé une barrière quoi, `fin pour moi, je la connais tellement depuis longtemps que, voilà quoi."
P12	"Oh ça m'est égal. Parce que je l'ai tellement vue pas le porter [le masque] donc heu… Je m'en fais une idée, d'elle."
P11	"À part pour mon médecin traitant de famille, que je connais maintenant, et avec ça, j'ai pu deviner en quelque sorte les expressions de visage. Mais pour tous les nouveaux docteurs que j'ai pu rencontrer heu… Ah oui là c'était beaucoup plus compliqué."
L'arrêt du serrage de main était moins gênant	
P9	"C'est bon, on est habitué à… d'être face à lui, c'est ça, de pas serrer les mains. (...) Puisque tu connais ton médecin, tu connais bien, c'est pas…**"**
La téléconsultation était moins gênante	
M11	"Dans la mesure que je n'accepte que des patients que je connais bien, et je n'accepte pas pour tous les motifs, euh, je n'ai pas l'impression que, le fait de faire une téléconsultation en soi, change quelque chose."

LES MESURES SANITAIRES ONT PRÉSERVÉ, VOIRE RENFORCÉ CERTAINS ASPECTS DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

A. Les mesures sanitaires ont été une protection mutuelle rassurante qui a préservé la relation médecin-patient
B. La bienveillance, la gentillesse et la douceur du médecin ont été préservées pour certains
C. La réassurance et le soutien par le médecin ont été renforcés pour certains
D. La proximité a été renforcée pour certains
E. La confiance du patient a été préservée, voire renforcée
F. L'écoute du médecin a été préservée, voire renforcée
G. Les échanges se sont élargis
H. Les patients ont pris conscience de la difficulté du travail des médecins et ont été reconnaissants

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

LES MESURES SANITAIRES ONT PRÉSERVÉ, VOIRE RENFORCÉ CERTAINS ASPECTS DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

A. LES MESURES SANITAIRES ONT ÉTÉ UNE PROTECTION MUTUELLE RASSURANTE QUI A PRÉSERVÉ LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

1. Un risque de contamination mutuelle était devenu inhérent à la consultation

Les médecins avaient peur d'être contaminés par leurs patients et de les contaminer

Peur des médecins d'être contaminés	
M10	"Une espèce de, de pression qui était quand même liée, quand même, à l'inquiétude de, de pas tomber malade ! J'avais passé les 60 ans, donc euh, dire que j'étais quand même à risque ! Il y avait quand même un certain nombre de confrères qui se sont retrouvés hospitalisés, et en réanimation quand même ! Qui ont quand même ramassé dur ! Donc il y avait, quand même, un peu, cette, cette inquiétude…"
M9	"Ce COVID est anxieux, anxiogène ! Et potentiellement pour nous aussi (...) il y a quand même certains points de morbidité, qui restent, sur du COVID long et qu'on a pas envie pour nos patients et pour nous-mêmes, je dirais."
M12	"J'avais qu'une trouille les premiers temps, c'était de rapporter le microbe, le virus à la maison, et que mes proches soient contaminés !"
Peur des médecins de contaminer leurs patients	
M3	"C'est presque plus ce stress de contaminer les gens, moins de me contaminer moi. (...) C'est pour ça que je suis allé moins (...) dans les maisons de retraite. (...) Contaminer les autres, ça c'était ouais, c'était un stress."
M2	"Ce qui était plus inquiétant finalement, c'était vraiment de ne pas risquer de mettre en danger les patients fragiles."
M11	"Toujours dans le souci d'être effectivement porteur et transmetteur, euh, au prochain patient quoi !"

Les patients avaient peur d'être contaminés par leur médecin et de le contaminer

Peur des patients d'être contaminés	
P7	"C'est son travail, elle voit que des malades. Toute la journée. Alors si on va pour se soigner et qu'elle me transmet le virus heu…"
P11	"Je pense que c'est plus le médecin lui, en lui-même, qui pouvait me contaminer parce que c'était surtout le médecin qui était amené à rester dans un endroit fermé, avec des passages de patients assez nombreux quand même, qui eux auraient pu avoir le COVID."
P5	(*À propos du risque d'être contaminé par le médecin*) "Ben on y pense. (...) J'y ai beaucoup pensé, oui, mais j'ai jamais été en panique par rapport à ça quoi."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Peur des patients de contaminer le médecin
P7 "Ben on se protège, je protège le médecin aussi, j'ai pas envie d'aller le, le, transmettre ma maladie. Dans les deux sens."
La peur de la contamination risquait d'induire une distance dans la relation médecin-patient
M10 "J'ai essayé de faire en sorte que ça ne crée pas entre le patient et moi une espèce de sentiment de, de distance, de panique, ouais, etc. quoi… (...) Les soignants étaient dans l'inquiétude d'attraper la maladie, donc ça crée, si on n'y fait pas attention, ça crée quand même une sacrée distance par rapport aux malades !"
M3 "Je pense que j'aurais été plus stressé, si je me sentais moi-même fragile. (...) Je pense, oui, parce que j'aurais pris plus de distance, j'aurais du mal à continuer à les voir en proximité physique."
P5 "Je vais pas vous dire que je redoutais, mais je me disais heu, le médecin il va être encore plus prudent quoi. Notamment à l'examen, hein, quand il est en train de vous ausculter, de vous toucher tout ça. (...) On peut imaginer, vu le danger de transmission, heu… on peut imaginer qu'à un moment on va vous toucher avec des pincettes quoi. Vous comprenez ? Et non."
2. Les mesures sanitaires ont été une protection mutuelle rassurante
Le masque était une protection rassurante
M12 "Mais sinon, ce que je trouve que le masque est bien, c'est que ça nous protège aussi des, des microbes de nos patients, hun ! Donc ça, c'est pas mal !"
M9 (*À propos du masque*) "Ça reste quand même une barrière, qui semble encore indispensable, sur du virus !"
P5 "Pour moi ça reste la meilleure des précautions aujourd'hui, donc je le mets quoi. Et je me pose même pas de question par rapport à ça quoi, parce que, entre le masque et puis être mal à l'aise, et puis le risque de le choper bêtement heu… Ben, c'est bon quoi hein."
P6 "Moi je ne voulais pas contaminer mon médecin, et mon médecin ne souhaitait pas me contaminer non plus, donc pour moi, c'est… Moi ça me dérange pas du tout de porter le masque !"
P7 "Les médecins ils voient tellement de malades que on se dit il faut pas que… Je viens pour me traiter d'une maladie, pas qu'il me transmette la maladie ! Donc c'est bien qu'elle ait, qu'elle avait le masque ! (...) On est rassuré."
La blouse permettait une protection mutuelle
M10 "Au départ, elle était quand même, enfin, ouais, il me semble que c'était quand même mieux d'avoir une blouse, pour se protéger soi hein !"
M11 *(À propos de la blouse*) "Alors, c'est vrai, à un certain moment, quand on était vraiment en, en, oui, en plein, plein, plein épidémie avec « X » cas par jours… Si ! Je vais porter, parce que, je me suis dit « c'est peut-être quand même plus sûr », au début, on savait pas grand-chose…"
P12 "J'ai pensé que s'ils mettaient leur blouse, c'était pour se protéger eux, et me protéger moi."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

P1	"La blouse après heu, c'est pour elle ! Parce que quand elle part - elle pose sa blouse, et qu'elle part chez elle ; elle emmène pas les microbes."
Le port de gants protégeait	
P9	"Oui, c'est normal, il met des gants (...) pour examiner. Après il ôte, il met le gel… (...) C'est bien, c'est normal ! *[Rires]* Pour moi, pour lui. (...) Tout ça pour notre santé, c'est ça, c'est notre bien à nous. Pour nous. Pour éviter heu, fin, le microbe, éviter tout."
La distanciation physique permettait une protection mutuelle	
P11	"Au niveau des barrières de sécurité, je les respectais à 100%. (...) Surtout qu'avec le médecin je faisais bien [attention] de rester bien, un peu éloignée de ma chaise, de la reculer un peu, heu de ne pas avoir de contact physique, par exemple quand je passais la carte vitale j'essayais heu, que mes mains soient déjà désinfectées et que je le passe d'un côté où le médecin allait pas le toucher…"
P7	"Ben on se protège, je protège le médecin aussi, j'ai pas envie d'aller le, le, transmettre ma maladie. Dans les deux sens. (...) C'était moi qui restait un tout petit peu plus heu, vers la chaise (...) j'essayais de, de m'éloigner un petit peu."
L'arrêt du serrage de main protégeait	
M12	"La poignée de main était très vecteur de microbes en saison hivernale donc euh, bon, je suis super contente qu'on ne se serre plus la main et qu'on se fasse plus la bise."
P3	"Je me dis que finalement avec le nombre de *[Rires],* de malade qu'il croise, finalement c'est peut-être une bonne chose qu'il serre plus la main."
L'hygiène des mains rassurait	
P6	"Elle se passait toujours du gel hydroalcoolique, fin… J'ai jamais… J'ai pas eu le sentiment d'avoir un manque d'hygiène par rapport à ça dans son cabinet hein. Pas du tout."
La désinfection des surfaces rassurait	
P9	"Ouais c'est mieux. (...) Parce que heu… C'est ça qui est important à les hôpital et tout, il faut être tout nettoyé, tout… avec les gels et… Comme ça tu es tranquille ! Y a pas de microbe, y a pas de… (...) Tu es tranquille ! Heu tu, tu, tu as une place sécurisée heu tu, comment dire… une bonne… la place juste."
P5	"Moi je l'ai toujours vue nettoyer tout heu, voilà heu, le maximum a toujours été fait. De mon point de vue quoi."
La téléconsultation permettait de s'affranchir du risque de contamination au cabinet	
M2	(À *propos de la téléconsultation*) "J'en ai aussi utilisé (...) sur des patients qui ne voulaient pas se déplacer effectivement parce qu'il y avait un peu d'appréhension du COVID."
Le fait que médecin et patient soient immunisés rassurait	
M10	"La première année quoi, en 2020, il y avait quand même une anxiété par rapport à ça, parce que, on était euh…pas encore vaccinés."
M3	"Après le vaccin est arrivé (...) Là je pense que ça a changé beaucoup de choses, oui. Déjà on a pu vacciner nos, nos aînés donc dans les maisons de retraite, on était quand même très soulagés, et à domicile aussi."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

P5	"Je lui ai demandé au début. Mais je pense que j'ai bien fait parce que ça met à l'aise aussi, plutôt que de rester avec son angoisse quoi hein. Et elle m'avait dit spontanément au début, qu'elle elle l'avait eu le COVID quoi hein. (...) Surtout ce que je lui avais demandé c'est (...) si elle s'était faite vacciner, oui."

B. LA BIENVEILLANCE, LA GENTILLESSE ET LA DOUCEUR DU MÉDECIN ONT ÉTÉ PRÉSERVÉES POUR CERTAINS

P11	"Sa gestion de son métier et son, sa bienveillance et sa manière d'ausculter : rien n'a changé avec le COVID. Niveau professionnel ç'a été toujours parfait, et c'est resté parfait."
P6	*(À propos de l'attitude de son médecin durant la pandémie)* "Elle a été très gentille, attention hein, elle a été très professionnelle et tout, moi j'ai vraiment pas à me plaindre."
P9	*(À propos de l'attitude de son médecin durant la pandémie)* "Pareil, oui oui c'est pareil. Moi je lui ai dit toujours, je lui ai dit « Tu es trop gentil à faire ça », j'ai dit… Il m'a dit : « Non, c'est normal. Moi chaque patient je le donne toute le temps pour lui. »"

C. LA RÉASSURANCE ET LE SOUTIEN PAR LE MÉDECIN ONT ÉTÉ RENFORCÉS POUR CERTAINS

1. Renforcement de la réassurance qui a soudé la relation médecin-patient

M10	"Les gens venaient quand même auprès de nous pour se rassurer, parce que ça a généré quand même beaucoup d'angoisses ! (...) Somme toute, avec les patients, dans la relation individuelle qu'on peut avoir avec eux, on restait quand même un point d'appui solide, et je pense que, dans l'ensemble, ça nous a quand même plutôt resserrés, voilà !"
M4	"Moi j'ai jamais eu un discours alarmiste, donc euh j'avais pas trop de panique à bord, je crois que c'est surtout ça qui change…"
P1	*(À propos de son médecin)* "Ben c'est important quand même heu, comme ça de pouvoir, ben compter sur quelqu'un qui vous rassure."

2. Réassurance facilitée par la téléconsultation

M1	"Je me suis rendu compte qu'on pouvait quand même garder du lien avec les gens (…) voir effectivement s'ils étaient en difficulté, ou même sur un soutien psychologique… (…) La téléconsultation a pu, dans certains cas, maintenir le lien plutôt que de, euh, de le rompre, même s'il n'y avait pas de lien physique."
M2	*(À propos de la téléconsultation*) "Je l'ai fait aussi parce que ça rassurait les patients, euh que je leur donne des conseils."
M8	"Ça m'a aidé sur des gens qui avaient des espèces de, de phobie sociale en sortie de confinement. J'ai eu fait les téléconsultations (...) au final, qui ont permis de débloquer certaines situations, donc ça reste un outil."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

D. LA PROXIMITÉ A ÉTÉ RENFORCÉE POUR CERTAINS

1. Par l'organisation de la vaccination de secteur par le médecin

M7 "Ça a peut-être encore plus soudé, parce qu'ils étaient hyper contents d'avoir accès, bah, à la vaccination de proximité, ils n'étaient pas obligés d'aller dans des centres de vaccination éloignés."

2. Par la solidarité des patients face au manque de matériel de protection

M8 "Pendant le confinement, j'ai même des gens qui sont venus me voir, et qui spontanément sont venus m'apporter des gants, (...) des masques « FFP je sais pas combien », pour faire de la peinture toxique *[Rires]*, ou des trucs comme ça. Donc ça, ça a été, ouais, il y a eu un élan de solidarité qui était plutôt sympa."

E. LA CONFIANCE DU PATIENT A ÉTÉ PRÉSERVÉE, VOIRE RENFORCÉE

1. Confiance non-altérée par la baisse de l'examen clinique

P6 "Ben, si elle me prend pas la tension, ben elle me prend pas la tension, et puis voilà ! C'est tout. Mais ça change en rien heu, ce que, ce que je peux avoir heu… la confiance que j'ai en elle quoi."

2. Confiance renforcée par l'absence de fermeture du cabinet pendant le confinement

M12 "Comme j'étais tout le temps là, euh, que j'étais présente, peut-être qu'ils ont plus confiance en moi maintenant que, par rapport aux institutions, par rapport aux spécialistes… C'est possible !"

3. Confiance renforcée par le rôle d'information et de conseil sur le COVID-19 attribué aux médecins généralistes

Le médecin avait une posture de scientifique détenteur de l'information fiable

M7 "Ils nous font vraiment confiance, c'est-à-dire qu'ils attendaient vraiment de savoir ce qu'on pensait de la vaccination, si on les incitait ou pas à se faire vacciner. Donc ils sont vraiment venus chercher l'information. On avait des consultations juste euh… oui, de questions, d'information, savoir ce qu'il fallait faire ou pas faire côté COVID. (...) Je pense qu'il y a une grande confiance dans leur médecin traitant référent ouais. (...) On a peut-être été revalorisés dans notre place euh… et dans la confiance que les patients mettaient."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

P1	"Elle a un rôle (…) d'information complémentaire, parce qu'on écoute à la radio, mais bon. On aime mieux écouter son médecin des fois. On a… On fait plus confiance à son médecin que ce qu'on écoute à la radio ou à la télé."
P8	"C'est vrai que tout le monde dit (...) il faut pas trop regarder internet, ils nous disent tellement des trucs heu, voilà-voilà-voilà. Pour moi si c'est le médecin qui, qui m'en parle, qui me dit, je le prendrais mieux peut-être…"
P3	"Il est tout de même médecin, il a des connaissances autres que les nôtres, donc oui son avis heu, son avis compte, oui. C'est ce que je vous disais, on, sinon on n'irait pas le voir, on a confiance en lui."
P12	"En tant que scientifique, elle était au courant (...) Ça fait une chose, c'est que j'ai confiance en elle, c'est tout !"
Le médecin était honnête dans les informations données	
Sur ses opinions sur le vaccin	
P3	"Mon mari (...) a essayé de lui demander un avis honnête sur le vaccin heu, pour les enfants, et heu… Il nous a répondu que (...) si les gens lui demandaient, il le ferait, mais il était pas pour, parce qu'il nous a expliqué (...) « je ne vois pas comment ce, le vaccin peut agir sur les enfants »... (...) C'est pour ça que je vous dis que c'est une relation de confiance et d'honnêteté. (...) Il donne un avis, sans nous imposer son avis."
Sur ses incertitudes concernant l'épidémie	
P1	"Quand je lui pose une question elle me répond, elle essaye pas de, (...) sachant qu'elle n'allait pas pouvoir me donner la réponse, [parler] d'autre chose pour détourner la question, pas du tout ! Elle me dit franchement, ben voilà ce qu'il en est. Et moi je trouve que c'est bien parce que c'est vrai que, je vous dis, au travers des médias, on entend tout et n'importe quoi, mais on va peut-être plus faire attention à ce que notre médecin nous dit. Plus avoir confiance en ce que notre médecin nous dit."
Patient et médecin découvraient des valeurs et réflexions communes sur la gestion de la pandémie	
P3	"On se rend compte qu'on a (...) des valeurs en général qui sont similaires. (...) Le COVID aurait pu révéler des facettes de lui heu, dont on n'avait pas idée, et heu, et il aurait pu, je sais pas, il aurait pu nous faire peur, il aurait pu…. enfin, avoir un discours qui nous aurait totalement déplu et… et ça aurait peut-être pu changer la relation ; là ça a pas été le cas. Donc non, la relation a pas changé, mais peut-être qu'elle a été… confortée… dans l'idée qu'on, on a confiance dans notre médecin. (...) De pas heu, de pas par exemple écouter heu, le gouvernement comme un mouton et de suivre exactement ce qui nous est dit, mais d'avoir une réflexion, (...) de réfléchir par soi-même."
4. Confiance renforcée par le fait d'être vacciné par son médecin traitant	
M8	"Les gens étaient très contents d'être vaccinés par leur médecin. J'avais même des patients qui me disaient « Ben moi, si je le fais pas ici, je veux pas le faire, j'ai pas confiance ! », enfin c'était le même produit, tout ça… *[Rires]"*

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

F. L'ÉCOUTE DU MÉDECIN A ÉTÉ PRÉSERVÉE VOIRE RENFORCÉE

M3	"Je pense que je reçois les gens toujours comme avant, c'est-à-dire j'essaie de les écouter, euh j'essayais déjà avant COVID, c'est plus important peut-être encore (...) Je suis d'autant plus persuadé avec COVID, qu'il faut prendre le temps de discuter avec les gens, de les écouter."
P3	"Je sais pas si ça a trait au COVID ou trait à ce que j'ai *[la fibromyalgie]* - mais je le trouverais même plus à l'écoute maintenant, qu'avant."
P8	"C'est toujours pareil… (...) J'ai un médecin qui est très bien heu, qui… qui est… *[Fait une moue]* plus ou moins à l'écoute, mais bon, il est à l'écoute."

G. LES ÉCHANGES SE SONT ÉLARGIS

1. Échanges élargis par les discussions générales sur la pandémie et l'avenir

Les débats sur le vaccin étaient vécus comme intéressants par les médecins

M8	(*À propos des débats sur le vaccin*) "C'était plutôt une source de discussion intéressante, que de, que de réel accrochage, ou de réel conflit avec les patients."
M7	"Soit les patients étaient dans l'hésitation, dans le questionnement ou même dans l'opposition, on échangeait en consult' mais 'fin toujours de façon agréable…"

Les discussions sur la pandémie élargissaient l'échange à d'autres sujets que le motif de consultation du patient

M1	"Ce qui change un petit peu dans l'aspect relationnel avec les gens (…) c'est l'inquiétude par rapport à l'avenir… Pas uniquement au niveau économique (...) c'est plus sur euh… « Est ce qu'on va arriver à s'en sortir ? » (...) Il y a beaucoup de questionnement… Donc je pense que, au niveau relationnel, ce qui a pu changer, c'est ça."
P10	(*À propos de la relation avec son médecin*) "Elle a évolué… Heu, c'est pas qu'on soit plus proches mais bon, heu, je sais pas on parle de différentes choses…"
P1	"On part dans un petit discours qui est un petit peu autre que la maladie, mais je trouve que c'est bien. (...) Cette maladie *[le COVID-19]* fait que, peut-être que on pose plus de questions à son médecin et qu'on rentre du coup dans une relation qui est plus… Je vais pas dire « amicale » entre guillemets, mais, on va s'autoriser plus heu… poser des questions, voilà."
P11	"Le fait, au moins, de porter un intérêt plus que physique sur le patient, c'est-à-dire, au moins, s'intéresser sur (...) les répercussions que le COVID a pu avoir sur la vie de, de nous tous. (...) Y avait quand même cet intérêt-là (...) que j'ai pu remarquer, et apprécier."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le médecin était encore plus convaincu du bénéfice de ces discussions qui nécessitaient de dédier du temps à la consultation	
M3	"C'est bien d'aborder la question, de leur poser des questions, de penser à leur poser des questions. Pour eux, quel impact le COVID a sur leur vie personnelle ? (...) Et là, peut être que ça renforce le, le fait de discuter avec les gens, c'est pour ça que je suis de plus en plus persuadé que j'ai raison de ne pas prendre que cinq minutes par consultation. Il faut du temps pour une consultation."

2. Échanges élargis par l'arrêt du serrage de main : les patientes ont eu plus d'assurance pour poser leurs questions face à un homme médecin

P3	"En tant que femme on serre pas la main à grand-monde. (...) Serrer la main au médecin, (...) je trouvais que ça… montrait un respect, fin je sais pas comment dire, une différence, entre, heu, cet homme médecin et juste moi, patiente. Et de plus le faire, ça nous met sur un pied heu, plus d'égalité peut-être…(...) J'ose plus, heu (...) j'appréhende moins de lui parler de, de faire part de mon avis sur certaines choses en fait. (...) Avant, c'est vrai que je l'écoutais, je… Même quand j'étais pas d'accord je hochais de la tête, 'fin… voilà. Et heu, maintenant j'ose exprimer mon avis !"

H. LES PATIENTS ONT PRIS CONSCIENCE DE LA DIFFICULTÉ DU TRAVAIL DES MÉDECINS ET ONT ÉTÉ RECONNAISSANTS

1. Prise de conscience de la difficulté du rôle du médecin dans la pandémie

Prise de conscience de l'exercice coordonné des professionnels de santé	
M7	"Ça leur a peut-être fait découvrir, nous, la particularité justement du pôle de santé, de savoir qu'on travaillait ensemble, qu'on était très coordonnés, puisqu'ils ont pu avoir un aperçu plus pratico-pratique et direct."

Prise de conscience et compassion pour la charge de travail du médecin	
M6	"Ah bah les patients ont bien vu que ça a été nettement plus compliqué pour nous ! (...) Ils ont eu beaucoup plus ma secrétaire au téléphone que les médecins… Gérer tous les rendez-vous, ils voyaient que c'était une galère innommable avec les vaccins, donc ils ont bien compris, en général, ils venaient moins."
M1	"Beaucoup nous demandent comment on va, ils s'inquiètent aussi de la santé des soignants, euh, en tout cas moi je trouve qu'il y a beaucoup de mes patients qui me demandent, voilà, comment on tient le coup, au niveau de la fatigue, au niveau infectieux, au niveau immunitaire."
P11	"Bichette, j'avais de la peine ! (...) Quand on voit que, par exemple, pour avoir un rendez-vous c'est beaucoup plus long que, qu'avant, je me dis : « Haan, le médecin a dû avoir une charge de travail quand même assez conséquente et avec un stress en plus. »

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

	Donc non, au contraire, j'en voulais pas du tout au [médecin]… (...) À ce moment-là… 'fin, [dans la] relation, (...) j'ai eu une sorte heu, une certaine heu, une émotion nouvelle qui s'est créée, c'est-à-dire le fait de prendre en considération ça."
P2	"Son rôle, je suppose qu'il devait pas être facile. (...) Elle devait être vraiment très très occupée. Et même si elle était un petit peu énervée ou pressée des fois, on peut comprendre. (...) Parce que ça devait pas être facile."
Prise de conscience et compassion pour la difficulté du médecin face aux patients agressifs	
P6	*(À propos des médecins)* "Je peux comprendre que quand ils tombent sur des patients, plusieurs fois dans la journée, qui les agressent verbalement, voire physiquement, eh bien ils ont pas envie de passer du temps heu, avec des gens heu, voilà. (...) Mais [mon médecin] nous l'a dit, elle nous a dit « y a des gens qui sont mais, agressifs, qui sont épouvantables. » (...) On n'a pas besoin de vous râler après, enfin on n'a pas besoin de vous maltraiter comme heu, comme certains peuvent le faire quoi hein ! (...) Les gens sont trop agressifs envers les médecins."
2. Prise de conscience de la vulnérabilité commune face à la pandémie	
P9	"Je lui ai dit, j'ai dit « on a eu le COVID », il m'a dit lui aussi il a eu le COVID avec ses enfants. (...) « Nous aussi on a vécu le COVID », c'est ça, c'est normal. (...) C'est ça que on est pareil. *[Rires]"*
P9	"Moi j'ai perdu mon frère. (...) Lui aussi *[le médecin]* il a senti mal. Lui aussi il a perdu quelqu'un, c'est normal, chacun a, il a perdu quelqu'un à sa famille."
3. Gratitude des patients	
Pour l'exposition du médecin en première ligne, même pendant le confinement	
M12	"J'ai continué à les examiner comme avant, sans rien changer à mon examen clinique, eh bien, ils m'étaient reconnaissants, quelque part ! De voilà, de continuer à les examiner comme avant, sans prendre plus de précautions, je n'étais pas avec le masque FFP2, la surblouse, et j'ai quand même continué à les toucher, les palper, quoi, voilà ! (...) J'avais le courage de continuer à regarder leurs gorges, alors que certains spécialistes ne voulaient pas le faire quoi, voilà !"
P6	"Notre médecin elle est là, elle était présente pendant heu, pendant que nous on était confinés ben, (...) elle s'est occupée du centre de vaccination de [*nom de ville*], enfin bon voilà. Elle a eu le COVID (...) Enfin, on se doit de les, de les remercier tous ces, toutes ces personnes-là. Tout le personnel médical quoi."
P11	"Le risque que chaque personne qui travaille dans le domaine médical a dû faire face à être constamment face à des personnes qui avaient ce virus-là… Donc déjà ce courage là de, de travailler quand même et tout… (...) J'ai un respect considérable pour toutes les personnes, que ça parte des aides-soignants aux docteurs, n'importe qui !"
Pour l'implication du médecin pour accompagner les fins de vie malgré le contexte COVID	
M10	"Quand on faisait des fins de vie à domicile, comme ça, pour des personnes âgées qui avaient attrapé le COVID, euh, souvent il y avait plus vraiment d'auxiliaires de vie, ça se faisait entre le médecin, les infirmières, et la famille quoi ! Et euh, les familles,

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

	clairement, dans toutes ces situations-là, elles sont reconnaissantes (...) Donc euh là, en termes de, en termes de liens, c'est… c'était plutôt positif quoi, ouais, positif !”
M12	“C'était un cancer stade terminal, mais c'était une fin de vie… (...) Et c’est arrivé pendant le premier confinement, (...) et ça a été traumatisant pour moi, de le gérer à, à distance quoi ! (...) Après, la famille m'a remercié parce que j'ai pu mettre en place le système de soins palliatifs.”
Pour l’implication du médecin dans l’organisation de la vaccination de secteur	
M12	“Ils m’ont vachement remercié de les avoir inscrits sur la vaccination. Et puis les gens qui sont passés au centre, ils voyaient que c’étaient des médecins du secteur qui les examinaient, et les vaccinaient, tout ça, donc ouais, ils étaient, ils étaient contents quoi, voilà !”

CERTAINS MÉDECINS ET PATIENTS SE SONT ADAPTÉS ET HABITUÉS AVEC LE TEMPS

A. Il fallait accepter de vivre avec les mesures sanitaires puisqu’elles étaient obligatoires
B. Les patients ne blâmaient pas le médecin pour les effets négatifs des mesures sanitaires
C. Des stratégies de compensation se sont mises en place
D. Certains médecins et patients se sont habitués aux mesures sanitaires
E. Malgré les changements rapportés, certains participants ne retenaient pas de transformation majeure de la relation médecin-patient

CERTAINS MÉDECINS ET PATIENTS SE SONT ADAPTÉS ET HABITUÉS AVEC LE TEMPS

A. IL FALLAIT ACCEPTER DE VIVRE AVEC LES MESURES SANITAIRES PUISQU’ELLES ÉTAIENT OBLIGATOIRES

P6	“On nous oblige de porter le masque pour se protéger, je ne cherche pas à comprendre si y a quelque chose qui change ou pas. C’est comme ça, et voilà, il faut l’accepter. (...) On les subit les différences en fait, je veux dire, on, on est obligé de les subir quoi. (...) Avant, on prenait un peu plus de temps, ben maintenant, on sait qu’on en prendra un peu moins. (...) Je veux dire, on s’adapte à tous ces changements dus au COVID hein. On est obligés.”
P8	(*À propos de la blouse*) “C’est vrai que ça m’a choquée un petit peu, parce que je l’ai toujours vu habillé normal, civil (...) Mais après bon, j’ai dit bon, c’est, c’est une obligation… ben c’est une obligation hein.”
P12	“Faut vivre avec. *[Pause]* Je peux pas vous dire autre chose hein.”

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

B. LES PATIENTS NE BLÂMAIENT PAS LE MÉDECIN POUR LES EFFETS NÉGATIFS DES MESURES SANITAIRES

Pour les gestes barrières en général

P9 *(À propos des médecins)* "Je comprends qu'ils ont obligé à faire ça, à faire des barrières, à faire ça, c'est normal. Heu, à nettoyer derrière toi, à nettoyer avant… C'est normal."

P11 "Vraiment mon médecin a toujours tout fait pour essayer de me rendre à l'aise (...) je sais que ce n'est absolument pas de sa faute, au contraire, je sais qu'elle essaye de tout faire pour justement, limiter on va dire les dégâts des barrières créées par le COVID."

P6 "C'est le système qui heu, bah qui, qui fait que, ben voilà, ils sont peut-être obligés de faire comme ça (...) mais ça ne change pas (...) ma vision que j'ai de mon médecin, ça, pas du tout."

P3 *(À propos des changements en salle d'attente)* "Oh bah non le pauvre, il y est pour rien !"

Pour le masque

P10 "C'est normal, ils ont fait tellement de trucs, tellement de bruit autour du masque et tout, pour moi c'est normal qu'on mette le masque… Qu'il nous reçoit, déjà, avec un masque. C'est normal, parce que il voit plein de monde dans la journée."

Pour la modification des rendez-vous

M12 "Les gens ont très bien compris, lorsqu'ils étaient COVID, pourquoi ils avaient des rendez-vous à distance."

Pour la désinfection des locaux

M12 "Ils comprennent lorsqu'ils me voient désinfecter après leur passage. (...) Je le fais vraiment devant eux et je leur dis pourquoi je le fais quoi ! Et ils acceptent, ils acceptent !"

M8 "Les gens s'en rendent compte, mais : « Oh bah ma pauvre, tout ce que vous avez à faire! »"

M7 *(À propos de l'hygiène des surfaces)* "[Les patients] partent du principe que, comme on est en milieu médical, euh on sait faire, on sait gérer et du coup, fin, j'ai l'impression qu'ils font confiance. (...) C'est pas des points qu'ils ont mis en doute, ou qu'ils ont relevés."

Pour la blouse

M7 *(À propos de la blouse)* "Les patients disaient vraiment que c'était à cause du COVID, et du coup, comme on changeait en plus nos habitudes, ils mettaient vraiment ça en plus sur le dos du COVID."

Pour la baisse de disponibilité du médecin et les consultations plus courtes

P9 "Non, j'ai pas énervé (...) Parce que… C'est pas lui, il m'a dit que, quand j'ai parlé avec lui il m'a dit oui, il a travaillé à l'hôpital. (...) C'est pour ça il a pas resté à la cabinet. Et ça, et avec le COVID c'est ça, et il travaillait. Du coup on n'a pas le choix. *[Rires]"*

P6 (*À propos des consultations plus courtes*) "Je comprends quoi, parce que heu, elle peut peut-être pas être trop exposée non plus, même si on a les masques et tout ça."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pour les reports de rendez-vous	
M11	"Sur le coup, quand les patients, ils étaient reportés, peut-être, plusieurs fois, ça crée quand même très souvent, ben, une détresse sur le coup, mais c'est… ça, ça ne me tombait pas vraiment dessus. J'avais l'impression que les gens ils comprenaient quand même assez bien que c'était la situation sanitaire qui provoquait les problèmes. Alors euh, j'avais pas l'impression que, que ça impactait la relation entre nous."

C. DES STRATÉGIES DE COMPENSATION SE SONT MISES EN PLACE

1. Porter des blouses colorées

M12	"J'ai toujours essayé de porter des blouses qui étaient un peu colorées (…) donc ça, ils ont l'impression que je, je fais de la mode ! *[Rires]…* Ce n'était pas tout blanc, donc du coup, ça passait bien."

2. Utiliser d'autres techniques de communication

Parler plus fort et plus distinctement	
M11	"Et puis, effectivement, en articulant très, très bien avec la bouche, et en presque criant pour qu'ils entendent ce que je dis."
M6	"J'étais obligé de me forcer à parler un peu plus fort, avec une meilleure diction."
M12	"On est obligés de parler un peu plus fort."
M9	"Les patients âgés ont vraiment du, souvent des hypoacousies, donc, clairement, voilà, on parlait plus fort."
Retirer son masque pour se faire comprendre	
M1	"En EHPAD, je me retrouve régulièrement obligée de me reculer, d'enlever le masque, et d'articuler pour qu'on puisse mieux se comprendre."
M11	"Aujourd'hui, je m'en sors en, en prenant de la distance en, et en m'éloignant, en enlevant le masque."
Compenser par le regard	
M3	"Il y a toujours les yeux quand même, les yeux, ça dit beaucoup de choses…"
M6	"Bah j'ai les yeux un peu rieurs donc ils voyaient que je souriais avec les yeux."
M4	(À *propos des nourrissons*) "J'ai été très contente de voir qu'en fait ils s'adaptaient *[Rires]*, que je pouvais quand même chercher le sourire-réponse, sans tomber le masque, et sans faire de de truc bizarre, parce que ça, ils le captent, ils captent le regard."
M1	"Je suis d'ailleurs assez étonnée, chez les nourrissons, sur la communication, donc non-verbale qu'il y a, par le regard, et comme ils sont capables de nous sourire. (...) Ça c'est quelque chose que j'ai découvert, je pensais pas qu'ils soient aussi observateurs du point de vue de, de l'expression qu'on pouvait euh… avoir dans nos yeux."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

P11	*(À propos de son médecin)* "Avant, (...) elle utilisait très peu ses yeux, elle souriait uniquement avec sa bouche. Et maintenant j'ai remarqué qu'elle le fait également avec ses yeux, donc je ressens le fait qu'elle *veut [Insiste]* qu'il y ait ces, ces émotions qui, avec le patient. Elle veut qu'on, qu'on puisse en quelque sorte renouer ces liens, et c'est vrai que c'est, c'est [pareil] de mon côté, c'est pour ça que je vais encore plus faire des gestes, essayer avec mes yeux d'exprimer à fond mes émotions…"
P6	"On se voit pas parler, mais dans le regard, y a beaucoup d'émotions qui passent…"
Compenser par le toucher	
M9	*(À propos des personnes âgées*) "On essaie de compenser (...) en étant un peu plus compréhensif, en étant peut-être un peu plus doux, et en trouvant toutes les techniques possibles pour pouvoir parler avec eux quoi !… Qu'ils ne se sentent pas exclus, ou isolés ! (...) [On est] encore plus tactile ! (...) On les touche… On leur tient la main, euh, on leur tient l'épaule…"
3. Retirer son masque pour se (re)connaître	
M8	"Moi, j'avoue que les enfants, même pendant longtemps, j'enlevais mon masque, enfin, de loin hun, sans m'approcher d'eux, pour dire « Tiens, regarde mon visage, c'est ça ! » (...) Ou alors les enfants qui ne me reconnaissaient pas, surtout c'étaient ceux-là, ceux qui, je voyais que ça tiquait… (...) Pour qu'ils me reconnaissent, « Eh regarde, c'est moi »"
M5	"Avec les jeunes enfants aussi, c'est vrai qu'on a tendance à leur montrer un peu notre visage, et puis on remet le masque."
M7	"J'ai eu par contre beaucoup de patients qui m'ont demandé de baisser le masque pour voir à quoi je ressemblais, sur mes nouveaux patients *[Rires]* (...) Pour euh… fixer une image sur un nom et pas être gêné par ce masque."
4. Remplacer le serrage de main par un autre contact physique	
M6	*(À propos de l'arrêt du serrage de main)* "Je suis un peu tactile quand même aussi, donc je touchais beaucoup les épaules, le, j'essaye de les mettre très à l'aise, très à l'aise les patients que j'ai donc euh pfff ouais je suis très maniable…"
M4	"On se serre plus la main, alors bon il y a ceux qui jouent le jeu, check machin, ils trouvent ça rigolo deux minutes, mais ça, ça leur manque…"
5. Utiliser l'humour pour faire passer des messages éducatifs	
M1	"Alors moi j'ai essayé d'utiliser de l'humour… Il y a un moment où on s'est posé la question de faire des affichages un peu rigolos sur le port de masque."
6. Volonté de retrouver la relation d'avant	
P11	"Je ressens en tout cas à travers les rendez-vous cette envie de retrouver ce qu'on avait, avant en tout cas. Ce qu'on a perdu. Et, et essayer de, de recréer un certain lien (...) Essayer d'adapter en quelque sorte une certaine relation avec ces gestes barrières et le masque à respecter."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

D. CERTAINS MÉDECINS ET PATIENTS SE SONT HABITUÉS AUX MESURES SANITAIRES

À l'application des gestes barrières en général

M2 "Avec le temps, on est on est peut-être plus automatisés dans les gestes barrières, et du coup on est peut-être plus euh, concentrés sur la consultation elle-même."

M3 "On a trouvé un petit peu comment vivre avec le COVID je dirais."

M1 "Le naturel revient et heureusement, et on continue à plaisanter, à suivre nos patients, à les voir, à les toucher, à aller les voir à domicile quand il faut, et maintenant c'est adapté, c'est pas parce que un patient est COVID qu'on va laisser tout seul dans son… que fin… Donc on continue à fonctionner."

Au masque

Les adultes se sont habitués au masque

P4 "On s'y fait hein (...) C'est pas catastrophique hein. (...) On s'est habitués, on a fait avec les masques, après les consultations c'est pareil hein !"

P9 "On est habitués maintenant ! *[Rire]* Là on arrive [à] 3 ans maintenant, on est habitués avec les masques !"

P10 "C'est vrai, ça me choque plus, depuis 2 ans heu… Je, j'ai… Je l'ai toujours vu avec son masque depuis qu'il y a le COVID."

P8 *(À propos des effets du masque)* "Maintenant non, on a, on a pris l'habitude. Les tout premiers temps oui. Mais maintenant c'est, voilà."

Les enfants se sont habitués au masque

M6 "Je pense qu'ils s'habituent euh, même leurs parents mettent des masques, (...) donc je pense que le gamin, il s'habitue à voir des gens avec des masques."

M1 "C'est devenu une normalité, quand ils sortaient, bah tout le monde était masqué."

M11 "Au bout de quelques mois, j'ai l'impression qu'ils se sont habitués, les contacts re-facilités, et maintenant, bah, oui, ils s'y font quoi !"

M12 "Maintenant, c'est tellement rentré dans les mœurs, le masque que, ils voient quelqu'un qui est masqué, ça les choque plus quoi ! Ils ont moins peur lorsqu'on arrive avec le masque."

Le masque est rentré dans la culture pour certains

M3 "Je pense que le masque est quand même rentré dans la culture par rapport au COVID, et à l'avenir, même si, l'épidémie COVID, ce qu'on espère, s'atténue et que le virus devient, disons, dans notre environnement quotidien moins agressif, et moins perturbateur, le, le masque va peut-être rester."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

A la blouse	
M4	"Je pense que la blouse, elle passe mieux que le masque (...) Ils ont l'habitude à l'hôpital, ils en voient chez le spécialiste, ils en voient chez le dentiste, ils en voient chez le pharmacien, ils sont en tenue aussi, donc bon qu'on en ait une ou qu'on en ait pas…"
A l'arrêt du serrage de main	
M5	(*À propos de l'arrêt du serrage de main*) "Maintenant c'est passé, c'est dans les, voilà, dans les mœurs."
P3	"À part le début où je trouvais pas bien comment heu… je trouvais ça un peu bizarre (...) de se planter dans son bureau sans vraiment se dire bonjour… Juste par le mot, mais bon on s'y habitue hein."
P10	"Si je lui tend la main, il va me tendre, mais on a… C'est vrai qu'on a pris cette habitude là de dire bonjour et puis pas se serrer la main hein."
P12	*(À propos de l'arrêt du serrage de main*) "Oh… *[Hausse les épaules]* C'est un truc bien français. On s'y habitue."
A la désinfection des surfaces	
M9	"Les patients, on sait qu'ils sont, qu'ils sont COVID, on continue à faire une désinfection, effectivement des, de ce qu'il aurait pu toucher (...) Ça a été une modification de pratique que je me souvenais même plus, tellement elle était ancrée euh, et dans l'air du, dans l'air du temps en fait, du temps COVID !"
P9	"C'est habitué, parce que nous on a confiné, on sait bien qu'est-ce qu'il faut faire ! *[Sourire]* C'est pour le COVID heu, on sait bien qu'il faut nettoyer, nous chaque fois avec le gel et tout heu… "
Aux modifications de la salle d'attente	
M7	"Ils m'en parlent plus du tout. Ils ont l'habitude en fait euh qu'il y ait rien dans la salle d'attente."
M12	"Maintenant, systématiquement, lorsqu'ils sont plus de trois en salle d'attente, il se lèvent, il y en a un qui, ils vont dans le couloir, voilà, où ils attendent dehors, carrément à la porte du cabinet, ils ne restent pas plus de trois en salle d'attente quoi !"
A la vaccination et aux dépistages COVID-19	
M7	"On fait déjà beaucoup de prévention. Donc finalement (...) la vaccination euh ça faisait une action supplémentaire mais qui restait dans la continuité de la prise en charge euh globale quoi. Donc euh je pense pas que ça ait changé grand-chose. (...) Enfin, c'était une mission supplémentaire mais comme on aurait fait un dépistage frottis !"
M11	"Il y a ces patients qui, qui, qui se font plus facilement vacciner, vacciner maintenant."
Les mesures sanitaires sont devenues une habitude à tel point que certains n'ont pas relaté de changements organisationnels depuis l'épidémie	
M5	"J'ai un petit peu de mal, voilà, à vous dire ce qui est vraiment différent dans les consultations."
M6	"J'ai pas l'impression que j'aie un changement d'habitude particulier avec mes patients."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

M9	"C'est des choses, qui se sont mis tellement naturellement, et que c'est maintenant ancré, qu'on a même plus l'impression que ça, que ça ait changé ! Mais si, bien sûr que si, que la salle d'attente a changé !"
P4	(*À propos des consultations depuis la pandémie*) "Oh je vois pas grand-chose qui a changé hein. Moi pour moi rien a changé hein. C'était comme avant hein."

E. MALGRÉ LES CHANGEMENTS RAPPORTÉS, CERTAINS PARTICIPANTS NE RETENAIENT PAS DE TRANSFORMATION MAJEURE DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

Liée aux mesures sanitaires en général

Avec les adultes

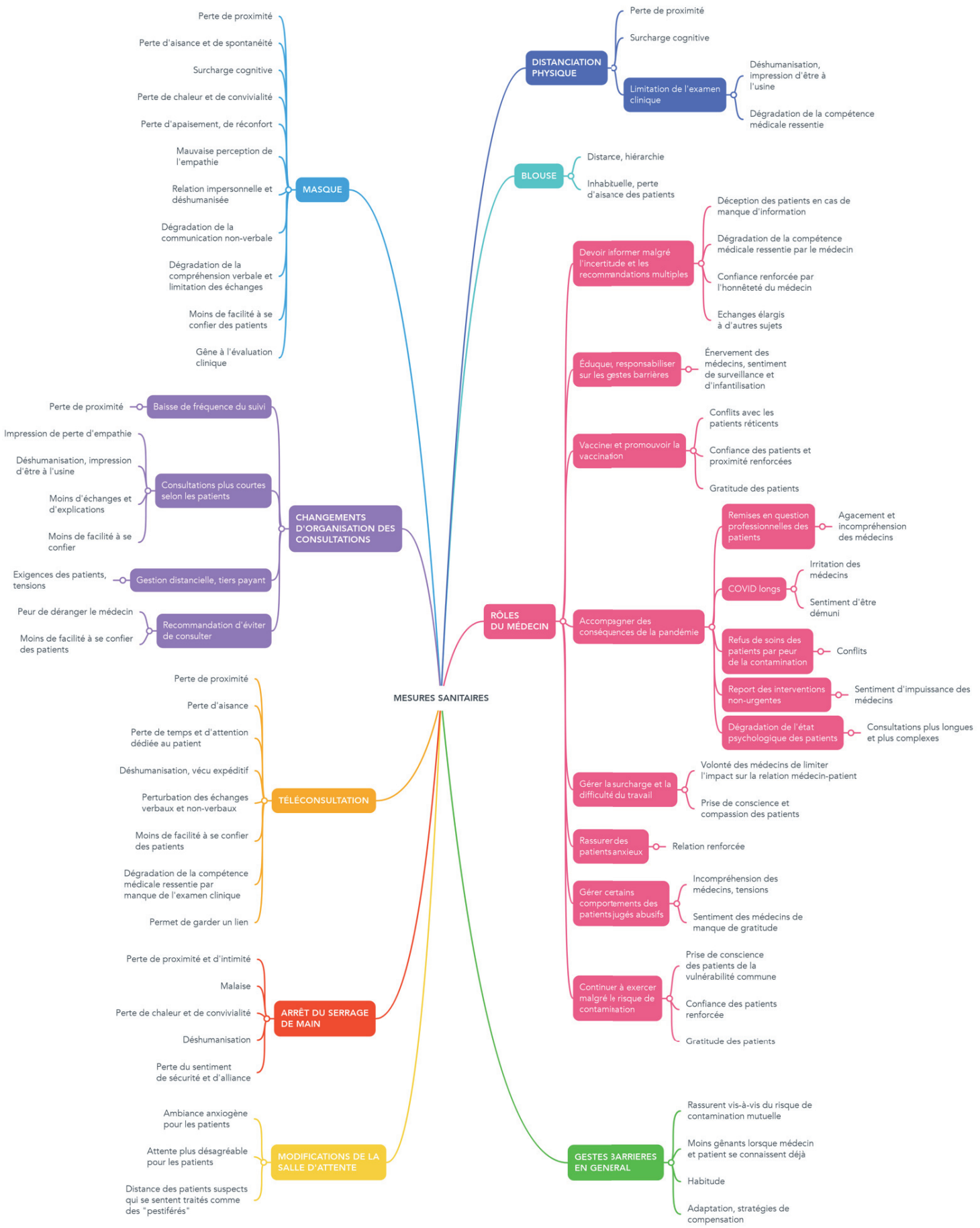
M4	"Après la relation, euh.. non, je pense que… moi je peux pas dire que j'ai vu énormément de… de de changements."
M2	"Sur mon approche des patients, sur mes consultations en général, (...) dans mes consultations médicales patients, pas de changement."
M12	"La relation, c'est la même chose, ils racontent leurs histoires et puis, voilà ! (...) Non y a, j'ai pas changé, y a pas eu de gros changements par rapport au COVID (...) Pour moi, dans la manière d'être avec moi, non, non, non, j'ai pas ressenti… (...) J'étais déjà comme ça avec mes patients, donc ça a pas plus changé."
M7	"En pratique, ouais, non, j'ai pas l'impression que ça ait changé euh… Après ça a dû certainement moduler pleins de choses, mais euh, mais on a, on s'est adaptés au fur et à mesure, mais, non, sur le relationnel avec les patients, j'ai pas l'impression que ça ait aujourd'hui des répercussions particulières."
P2	"La relat.. ? Oh nooon. Non rien n'a changé hein toute façon le… le contact est le même (...) Non, je vois pas de changement vraiment, pendant la consultation, non. Tout se fait normalement, avec le masque, avec les précautions, mais tout se fait normalement hein."
P4	"Avec le COVID heu… ça a pas changé hein ! *[Pause]* Ça a rien changé du tout hein. Je vois pas qu'est-ce que ça aurait pu changer t'façon hein."
P8	"La relation entre le, le médecin… et la patiente ? (...) Moi je trouve ça a pas vraiment changé hein."
P5	"Ici, ça a été la blouse heu, et puis le masque, et puis les gants évidemment, mais ça s'est toujours arrêté là quoi, la, la, je veux dire, la qualité de, de la relation au niveau de la consultation, pour moi elle a été inchangée quoi."
P6	"Moi, la relation est très bien avec mon médecin traitant, et ça ne change pas ma, ma vision que j'ai de mon médecin, ça, pas du tout. (...) Elle répond à mes heu, à mes attentes, même si c'est, même si c'est expéditif quoi (...), elle a été efficace quoi."
P11	"Elle va quand même me poser la question si mes études vont bien, fin si ça se passe pour moi et tout, donc je suis très contente qu'on a au moins gardé ce lien-là et que ça a

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

	pas non plus tout brisé. (...) Ç'a été juste les barrières « humaines » qui ont changé. Mais niveau professionnel ç'a été toujours parfait, et c'est resté parfait."
Avec les enfants	
M7	"Je dirais que pour les enfants, non (...) non, non, ça a rien changé."
M2	"Alors pédiatrie de manière générale non ça a pas changé grand-chose."
P3	(*À propos de la relation entre son médecin et ses enfants*) "Non, je, j'ai pas la, j'ai pas la notion que ça ait changé quelque chose le COVID"
Liée aux modifications de la salle d'attente	
M8	"Qu'il n'y ait plus de jouets, plus de magazines, plus euh c'est passé normal quoi, enfin y a pas eu de soucis de ce côté-là vis-à-vis des patients."
M7	"Ceux qui sont arrivés en cours de route, ben en fait, ils ne se sont pas rendus compte et ils m'en parlent jamais."
Liée aux désinfections accrues des surfaces	
M8	"Les gens s'en rendent pas compte, puisque je fais sortir quelqu'un, je nettoyais, je faisais rentrer quelqu'un d'autre."
Liée au masque	
M7	(*À propos du masque*) "Sur le relationnel, j'ai pas eu l'impression que ça changeait."
M8	*(À propos du masque*) "Je ne suis pas sûr que ça modifie le fond de la relation en fait. Non, je crois pas."
Liée à la blouse	
M3	*(à propos de la blouse)* "Oh ben, ça posait pas de problème particulier."
P1	"C'est qu'un détail vestimentaire, ça n'a pas… Je veux dire, c'est pas… Ça a pas d'influence sur son diagnostic, sur son… Vous voyez ce que je veux dire."
P6	"Avec une blouse, ça me choque pas, sans blouse ça me choque pas, moi ce que je veux c'est qu'il soit efficace dans sa, dans sa consultation, et qu'il y ait une relation de confiance et un petit peu d'échange."
Liée à l'arrêt du serrage de main et de la bise	
M8	"Oh ils me disent « C'est dommage hein, on ne peut plus se faire bise ! » Voilà, mais c'est tout, ça change rien dans la, dans la relation en tout cas."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Modélisation des résultats



DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

IV. DISCUSSION

1. Résultats principaux

L'objectif de ce travail était d'identifier les effets des mesures sanitaires sur la relation médecin-patient, selon le ressenti des médecins généralistes et des patients.

Médecins comme patients semblaient d'accord pour dire que la relation avait changé.

a) Les mesures sanitaires ont dégradé de nombreux aspects de la relation médecin-patient

Perte de proximité

Pour la majorité des participants, les mesures sanitaires ont été une barrière à la relation médecin-patient.

D'après eux, la distanciation physique et l'arrêt du serrage de main ont induit une perte de proximité. Au Nigeria, en 2020, 91.6 % des patients affirmaient par questionnaire que la distanciation physique avait affecté la relation médecin-patient, contre seulement 52.7% des médecins (59). Le serrage de main semblait effectivement manquer plus aux patients qu'aux médecins dans notre étude.

Selon les médecins, la blouse a pu contribuer à créer une distance dans la relation médecin-patient. Elle était décrite comme hiérarchisant la relation, symbolisant l'hôpital et renvoyant l'image d'un médecin en haut de son piédestal, fuyant les microbes de ses patients. Ce ressenti de distance liée à la blouse est retrouvée dans la thèse qualitative de Lucie Mangeot auprès de médecins généralistes en 2021 (65). Des résultats contradictoires sont ressortis d'une étude réalisée aux États-Unis en 2020, où les patients percevaient comme plus amicaux les médecins portant une blouse blanche (40) ; toutefois, ces résultats ont été obtenus à partir de photos et dans un pays où la blouse semble plus démocratisée.

Le masque en lui-même a pu engendrer une distance en début de pandémie. Alors que les médecins sont habitués au port du masque, notamment au bloc opératoire, les patients ont pu être surpris, voire effrayés à la vue de leur médecin masqué ; le masque pouvant symboliser l'exception sanitaire et la dangerosité imminente (30). Ce résultat n'a pas été retrouvé dans notre étude, probablement du fait d'un biais de mémoire, les premiers entretiens ayant débuté plus de dix-huit mois après le début de la pandémie.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Une baisse de fréquence du suivi avec un allongement des délais de rendez-vous ont également été évoqués par certains patients comme responsables d'une distance dans la relation médecin-patient, voire même parfois d'un changement de médecin. La thèse de L. Mangeot retrouve des résultats similaires, et suggère que la recommandation d'éviter de consulter pendant le confinement, ainsi que le renouvellement automatique des ordonnances en pharmacie, ont pu accentuer ce phénomène (65).

Perte d'aisance et de spontanéité

Les mesures sanitaires ont été également à l'origine d'une perte d'aisance. Médecins et patients ont relaté une hypervigilance concernant l'application des "gestes barrières", prenant parfois le dessus sur la consultation elle-même. Cette surcharge cognitive pour ne pas faire de faute d'hygiène est retrouvée dans l'enquête de Cédric Calvignac auprès de soignants (30).

L'arrêt du serrage de main a parfois créé un sentiment de malaise. Comme dans la thèse de L. Mangeot (65), les participants décrivent le manque d'une entrée en matière, le médecin se sentant embarrassé de refuser une main tendue, et le patient se sentant gêné de ne pas savoir comment faire autrement.

Les médecins se sont sentis moins à l'aise en téléconsultation. Lynn Flint et Ashwin Kotwal évoquent une impression des médecins d'être froids, voire robotiques (49). Cependant, dans une thèse niçoise de 2020, 65% des psychiatres ont considéré que la téléconsultation ne les avait pas stressés ou mis mal à l'aise pendant la pandémie (50). En psychiatrie, la moindre nécessité d'examen physique et de meilleures habiletés relationnelles sont une possible explication à ces différences de ressentis.

Perte de chaleur et de convivialité

La mise en place des mesures sanitaires au cabinet a également induit, pour beaucoup de patients, une perte de chaleur et de convivialité. Le serrage de main permettait un geste d'accueil chaleureux signifiant la bienvenue, comme retrouvé dans la thèse qualitative de L. Mangeot (65). Le masque a empêché l'accès au sourire, vecteur de réassurance, bienveillance et chaleur de la part du médecin (30). Les salles d'attente vides, sans revues ni jouets, ont instauré une ambiance anxiogène pour certains patients, rappelant la gravité du contexte pandémique, bien qu'aucun résultat à propos des effets des modifications de la salle d'attente sur la relation médecin-patient n'ait été retrouvé dans la littérature.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Perte du sentiment de réassurance et de sécurité

Toutes ces mesures sanitaires ont rendu l'atmosphère moins rassurante pour les patients, selon qui serrer la main et voir le sourire du médecin apportaient un sentiment d'apaisement et de sécurité. Le serrage de main était décrit par médecins et patients comme un symbole de confiance et d'alliance clinique, comme le suggère également une enquête auprès de patients britanniques en 2007 (11).

Relation médecin-patient impersonnelle et déshumanisée

Médecins et patients s'accordaient sur l'idée que le masque avait rendu la relation impersonnelle et déshumanisée. En camouflant le visage, il empêchait la reconnaissance mutuelle : comme dans les entretiens menés par L. Mangeot, les médecins relataient des difficultés d'identification des patients sous le masque, notamment lorsqu'il s'agissait de nouveaux patients (65). De même, les patients décrivaient des difficultés à initier une relation avec un praticien masqué. Certains médecins ont dû baisser leur masque pour se faire connaître ou reconnaître, à l'instar d'autres soignants dans l'enquête de C. Calvignac (30). Les médecins décrivaient même de la peur chez les nourrissons pendant les premiers temps de la pandémie. En mai 2020 en Israël, 62% des professionnels de la pédiatrie considéraient que les enfants avaient plus peur d'un clinicien masqué (35). Pourtant, en 2005, au Canada, des enfants de 4 à 10 ans n'exprimaient pas de préférence entre un masque et une visière transparente, et plus de la moitié trouvaient qu'aucun des deux ne faisait peur (66). Cette différence de résultats peut être expliquée par l'âge des enfants - les moins de 4 ans étant probablement plus apeurés - et par le contexte pandémique : les confinements successifs ont pu habituer les nourrissons à ne côtoyer que leurs proches.

Certains patients ont ressenti une diminution de la durée des consultations depuis la pandémie. Ils ont eu le sentiment que le médecin allait à l'essentiel et avait diminué son examen clinique, induisant un vécu expéditif, déshumanisé, de consultations à la chaîne.

Pourtant, depuis le début des années 2000, la durée moyenne des consultations semble plutôt augmenter en France, passant de 16 minutes en 2002 à 18 minutes en 2019 (67). Aucun chiffre postérieur à la pandémie de COVID-19 n'a pu être retrouvé malgré des études en cours.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Perte d'attention et d'empathie perçue par les patients

Ces consultations vécues comme plus courtes ont aussi généré, pour certains patients, un sentiment de perte d'attention et d'empathie de la part du médecin, et de manque d'accompagnement psychologique. Dans une étude réalisée au Nigeria, en 2020, plus de 60% des patients estimaient que le médecin ne prenait plus le temps de les écouter ni de leur parler depuis l'arrivée de la pandémie, alors que 78% des médecins pensaient l'inverse (59). C'est également ce qu'on observe dans notre étude, où les médecins n'ont pas exprimé avoir diminué leur attention envers leurs patients, et ont même pu avoir l'impression d'avoir renforcé leur écoute.

Cette différence peut s'expliquer par une dégradation de la santé mentale des patients depuis la pandémie. Un certain nombre de médecins de l'étude se sont sentis démunis face à une augmentation des demandes psychologiques de leurs patients. Pendant le premier confinement, les personnes atteintes de symptômes dépressifs ou anxieux avaient doublé (61), et les chiffres en décembre 2022 restaient élevés : 17% des français présentaient des symptômes dépressifs (+7 points par rapport à avant la pandémie) et 24% des symptômes anxieux (+11 points par rapport à avant la pandémie) (68). Le ressenti des patients a donc pu être biaisé par une augmentation de leur besoin d'écoute et de réassurance, donnant une impression de temps de consultation et d'accompagnement psychologique insuffisants.

Ce vécu expéditif était également relaté par les patients à propos de la téléconsultation, comme dans plusieurs études réalisées en 2020 (51, 69, 70). Les patients y décrivaient une durée moins longue et une perte du côté "personnel" en comparaison de la consultation présentielle. Pourtant, dans l'étude de Géraldine Pendaries portant sur la téléconsultation en psychiatrie durant le confinement de mars à mai 2020, 97% des patients disaient s'être sentis écoutés et rassurés (50). Une explication possible à cette différence est que les consultations psychiatriques sont, par nature, dédiées à l'accompagnement psychologique et au soutien, et ce, peut-être encore davantage durant la période difficile du confinement. De plus, la téléconsultation était parfois la seule option pour maintenir un suivi psychiatrique, ce qui a pu influencer le taux de satisfaction des patients.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Diminution de la communication non-verbale

Médecins et patients ont par ailleurs décrit une franche dégradation de la communication non-verbale et de la transmission des émotions à cause du masque. En perdant l'accès aux expressions du visage du patient, les médecins ont eu l'impression de perdre autant en communication que s'ils devenaient "*sourds des yeux*" (M10). Les patients ont décrit une difficulté à décrypter ce que pensait leur médecin, pouvant susciter chez eux une peur d'être jugé. Ils ont aussi décrit une impression de diminution de l'humour de la part de leur médecin, qui peut être expliquée par la difficulté à percevoir les sourires, camouflés par le masque.

Ainsi, sans les expressions de visage, médecins et patients ont eu du mal à véhiculer leurs émotions, et donc l'empathie, pouvant contribuer à expliquer l'impression des patients d'une perte d'attention de la part de leur médecin depuis la pandémie. En Chine, en 2011, une étude contrôlée randomisée auprès de patients a mis en évidence une perception de l'empathie plus basse en cas de port d'un masque par le médecin généraliste (33). Concernant le port d'un masque transparent plutôt qu'opaque pour limiter cet effet négatif, deux études réalisées en 2020, aux Etats-Unis (71) et en Allemagne (72), ont montré des résultats contradictoires : dans la première, l'empathie était mieux perçue avec le masque transparent, tandis qu'elle n'était pas significativement différente dans la seconde.

En gênant la perception de l'empathie et ainsi l'établissement d'une relation de confiance, le masque a pu poser de réelles difficultés en psychiatrie, notamment chez des patients parlant peu ou ayant des difficultés à interagir socialement et à interpréter les émotions (36, 37). Ces résultats n'ont pas été évoqués dans notre étude.

Le masque a également été un frein à la communication avec les enfants, qui ne parlent pas, et avec qui les éléments non-verbaux sont particulièrement importants. Selon certains médecins, les nourrissons ne décelaient pas toujours leur sourire à travers le masque. En Israël, en 2020, 82% des professionnels de la pédiatrie pensaient aussi que le masque bloquait leur capacité à communiquer avec les enfants (35).

D'autres mesures sanitaires semblent perturber la communication non-verbale et l'expression de l'empathie, mais n'ont pas été évoquées dans notre étude. La limitation des contacts physiques, avec l'arrêt du serrage de main, empêche l'utilisation du toucher par le médecin pour manifester son empathie en réponse aux émotions du patient (11, 32).

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

La téléconsultation a aussi pu empêcher médecins et patients de transmettre leurs émotions. Plusieurs études suggèrent que les expressions de visage sont moins bien perçues (51), que les silences peuvent laisser croire à une perte de connexion (50) et que l'échange des regards est difficile (70). Ainsi, s'efforcer d'adopter une attitude non-verbale positive, pratiquer une écoute active, s'intéresser à la vie générale du patient semblent permettre une meilleure communication en téléconsultation (69).

Diminution de la communication verbale

En plus de la perte du non-verbal, médecins et patients ont décrit une diminution de la communication verbale et des échanges. Le masque empêchait de comprendre ce que disait l'autre et de se faire comprendre, ce qui poussait à faire répéter. Certains médecins ont parfois volontairement limité les échanges par peur de devoir répéter. Une revue de littérature de 2020 suggère que, même en l'absence de trouble auditif, le processus de compréhension auditive est ralenti lorsque la lecture labiale est impossible (73). De façon logique, les médecins ont trouvé ces difficultés d'autant plus marquées avec les déficients auditifs. Deux études réalisées en 2020 (71, 72) suggèrent que le port d'un masque transparent, en alternative au masque opaque, permettrait une meilleure compréhension et une meilleure communication verbale, et ce, d'autant plus chez les plus de 65 ans et les déficients auditifs.

Pour certains patients, la diminution ressentie de la durée des consultations aurait aussi été responsable d'une diminution des échanges. Ils ont décrit des échanges portant sur des sujets moins larges, se limitant au motif de consultation, des discussions allant moins en profondeur, ainsi qu'une impression de manque d'explications de la part du médecin.

Les patients se sont moins confiés

Les patients eux-mêmes ont eu le sentiment de moins se confier. Ils l'expliquaient, d'une part, par la peur d'une réaction expéditive de leur médecin à leurs plaintes, et d'autre part, par la peur de déranger leur médecin, qu'ils imaginaient accaparé par les cas graves de COVID-19. Cette peur de déranger peut avoir été accentuée par la recommandation des autorités sanitaires de ne consulter qu'en cas de motif urgent pendant le confinement (20, 56).

D'après les patients, le masque a également été un frein aux confidences en supprimant les expressions non-verbales du médecin, vectrices de réassurance et de confiance. Ce résultat est retrouvé dans deux revues de littérature (73, 74).

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Selon les médecins, les patients se sont aussi moins confiés en téléconsultation, ce qu'ils expliquent par un éventuel manque de confidentialité. Dans la littérature, les patients décrivent effectivement des difficultés à se confier et à aborder des problèmes de santé mentale en téléconsultation (51, 69). Dans une étude polonaise de 2021, seulement 62.6% des patients se sentaient à l'aise d'évoquer leurs problèmes de santé avec leur médecin généraliste par téléphone ou sur internet (48). Dans la thèse de Brice Divisia (70), certains entretiens auprès de patients ont soulevé la question de la confidentialité en téléconsultation ; toutefois, une thèse quantitative portant sur la téléconsultation psychiatrique en 2020 a montré que 87% des patients n'avaient pas eu de crainte à propos de la confidentialité (50).

Dégradation de la compétence médicale ressentie

Les mesures sanitaires ont également dégradé la compétence médicale ressentie par les médecins et les patients.

Certains médecins ont déploré une perte de données cliniques avec le masque, par exemple avec l'impossibilité de détecter des expressions de souffrance. Il peut donc être plus difficile d'estimer l'état psychique d'un patient (37) ou son degré de risque suicidaire (36), la communication étant le seul outil diagnostique en psychiatrie.

La limitation de l'examen clinique par certains médecins pour éviter les contacts physiques (75), avec, par exemple, l'éviction de la prise de tension ou de l'examen du pharynx, a diminué la compétence médicale ressentie par les patients. Certains se sont sentis moins rassurés par la consultation sur leur état de santé, voire ont estimé que la consultation perdait de son utilité. Cependant, la plupart des médecins généralistes ont eu la volonté de ne pas modifier leur examen clinique, estimant que cela risquerait justement de dégrader leur pratique, ce dont les patients leur ont été reconnaissants. Des résultats similaires sont ressortis des entretiens réalisés par L. Mangeot auprès de médecins généralistes (65).

La téléconsultation a été perçue par les médecins et les patients comme inefficace, voire à risque d'erreurs diagnostiques, du fait de l'absence d'examen clinique. Cette idée est également ressortie des entretiens réalisés par L. Mangeot (65) auprès de médecins généralistes et par B. Divisia (70) et Famke M. van Erkel et al. (76) auprès de patients. Pour les médecins de notre étude, la perte d'éléments non-verbaux en téléconsultation entraînait une crainte de passer à côté de quelque chose, et les empêchait d'utiliser leur

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

intuition clinique comme en présentiel. Cet avis était partagé par près de 70% des psychiatres dans l'étude de G. Pendaries, en 2020 à Nice (50). Certains médecins de notre étude ont relaté un manque de sérieux de la téléconsultation et l'impression de discuter avec un ami, comme retrouvé dans la thèse de B. Divisia (70). Cependant, malgré ces réserves, de nombreuses études étrangères ont montré une satisfaction globale élevée des médecins (46, 76) et des patients (48, 50, 69 76) en téléconsultation. La téléconsultation est peut-être ancrée depuis plus longtemps dans la pratique de certains pays d'où sont issues ces études. Par ailleurs, le contexte pandémique exceptionnel peut avoir, aux yeux des participants, excusé certains inconvénients de la téléconsultation et augmenté leur satisfaction globale, à défaut d'alternatives.

La pandémie a attribué certains rôles aux médecins qui ont pu les mettre en difficulté, générant, pour certains, un sentiment de perte de compétence. Les médecins se sont sentis démunis pour informer les patients sur le COVID-19 compte-tenu des incertitudes scientifiques et des recommandations multiples. C'était aussi le cas des médecins généralistes interrogés dans les Bouches-du-Rhône par Marie Duez et Manon Mermier en 2020 (45). Cette impuissance a pu réduire l'asymétrie sachant-ignorant inhérente à la relation médecin-patient (47).

Ils se sont aussi sentis démunis et sans ressources face à certaines conséquences de la pandémie pour les patients : l'augmentation des détresses psychiques, les reports d'interventions non-urgentes et l'apparition des "COVID longs". Au Pakistan, après l'arrivée de la pandémie, 95% des médecins signalaient le besoin d'une formation psychologique pour traiter l'anxiété des patients (77). En 2022, plus de 85% des médecins généralistes français se sentaient prêts à prendre en charge les pathologies mentales de leurs patients, mais ils se situaient parmi les moins préparés en comparaison à d'autres pays développés (78).

Comme dans plusieurs études, de nombreux médecins se sont sentis stressés et surchargés de travail durant la pandémie (23, 62, 65, 78, 79) et depuis la pandémie. En région AURA, durant le premier confinement, 49% des médecins généralistes étaient stressés, 32% étaient très stressés (43). Le stress était associé à l'impression d'être submergé par la quantité d'informations de diverses sources, à la sensation d'être affecté par l'anxiété des patients, au sentiment de devoir prendre des décisions difficiles, à la charge de travail et à la sensation que le travail empiétait sur la vie personnelle (43). En 2022, dans une étude internationale du Commonwealth Fund, la majorité des médecins

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

généralistes français affirmaient encore que leur charge de travail avait augmenté en comparaison d'avant la pandémie (78). Plus de 45% se disaient stressés, 30% se disaient en burn-out (78). Les médecins de notre étude ont exprimé avoir fait des efforts pour limiter l'impact de leur stress sur la relation médecin-patient. Toutefois, dans l'étude du Commonwealth Fund (78), près de 45% des médecins généralistes qui ressentaient des difficultés psychiques considéraient que la qualité de leurs soins avait décliné depuis la pandémie.

Rôles des médecins sources de tensions avec les patients

Certains rôles attribués aux médecins généralistes durant la pandémie ont parfois créé des tensions avec les patients. Devoir les éduquer et les responsabiliser sur les gestes barrières a suscité chez les médecins un sentiment de surveillance et d'infantilisation des patients. Cette notion de "médecin policier" devant assumer le rôle désagréable de réprimande était aussi mentionnée par les médecins de la thèse de L. Mangeot (65). Plusieurs articles suggèrent que la déclaration obligatoire des cas de COVID-19 a soulevé des questionnements éthiques à propos de l'atteinte au secret médical (45, 75) : certains ont là-aussi ressenti une impression de délation et de contrôle social (54). Ces résultats n'ont pas été retrouvés dans notre étude, possiblement du fait d'un biais de mémoire.

D'après les médecins, le rôle de promotion de la vaccination anti-COVID-19 a également été source de tensions avec certains patients réticents. Plusieurs médecins se sont d'abord efforcés de les convaincre, avant de capituler.

Pour certains médecins, l'accompagnement des remises en question professionnelles des patients suite au confinement a généré de l'incompréhension et de la consternation face à des demandes d'arrêts de travail injustifiés. Certains médecins se sont aussi sentis démunis face aux patients atteints de "COVID long", dont ils ont pu mettre en doute les symptômes, encore mal connus. Cette idée est retrouvée dans l'enquête de Géraldine Bloy et Aline Sarradon-Eck (75).

Le refus de soins de certains patients craignant d'être contaminés à l'hôpital a parfois généré des conflits. Les médecins étaient obligés de les raisonner, voire de s'énerver, pour qu'ils acceptent d'être hospitalisés. Plusieurs études ont noté cette autocensure des patients à consulter par crainte de la contamination (56, 62, 80).

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Comportements de patients jugés désagréables par les médecins

Du point de vue de certains médecins, certains comportements de patients, jugés désagréables, se sont installés envers le corps médical en général. Pour eux, la gestion distancielle et le tiers-payant, banalisés pendant les confinements, ont augmenté les demandes abusives des patients d'obtenir des soins sans consulter et sans payer. Pendant le premier confinement, beaucoup de patients ont obtenu des réponses médicales par téléconsultation, courriel ou messagerie instantanée (80) ; ils ont même pu trouver leur médecin plus accessible et disponible qu'avant la pandémie (65). Ainsi, certains médecins ont eu le sentiment que les patients devenaient de plus en plus exigeants, et l'ont parfois vécu comme une absence de gratitude face à leur implication dans la pandémie. Dans le travail de M. Duez et M. Mermier en 2020 (45), les médecins généralistes rapportaient aussi une augmentation des exigences et de l'agressivité des patients, avec l'impression qu'ils déversaient sur eux leur rancœur de la gestion de la crise.

Mesures sanitaires moins gênantes lorsque médecin et patients se connaissaient

Pour les participants, les mesures sanitaires ont été moins gênantes lorsque la relation était déjà établie. C'était notamment le cas de la téléconsultation, comme dans les études de Sara Javanparast et al. (51) et de F. M. van Erkel et al. (76), où les médecins et les patients estimaient la téléconsultation plus efficace et de meilleure qualité s'ils se connaissaient déjà.

Le masque était également une barrière moindre avec un patient ou un médecin déjà connu. Le fait de connaître le visage de l'interlocuteur permettait peut-être d'imaginer plus facilement ses expressions sous le masque. Dans une étude américaine réalisée fin 2020 qui évaluait la qualité de la relation médecin-patient avec un chirurgien masqué (81), celle-ci était perçue par les patients comme meilleure lorsqu'ils connaissaient bien leur médecin. Pourtant, en Chine, en 2011, l'effet inverse a été observé : la dégradation de la relation liée au port du masque était encore plus prononcée chez les patients qui connaissaient déjà le médecin auparavant (33). Cette différence de résultat peut être expliquée par le contexte pandémique, où toute la population a été obligée d'adopter le masque, améliorant, pour les patients, l'acceptabilité du port du masque par leur médecin.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

b) Les mesures sanitaires ont préservé, voire renforcé, certains aspects de la relation médecin-patient

Protection mutuelle rassurante

Pour certains, les mesures sanitaires ont permis, au contraire, de préserver la relation médecin-patient. Elles représentaient notamment une protection mutuelle rassurante vis-à-vis du risque de contamination devenu inhérent à la consultation. Comme dans plusieurs études (24, 77, 80), les médecins et les patients interrogés décrivaient une peur d'être contaminé ou d'être contaminant. Selon eux, cette peur aurait pu être source de distance dans la relation médecin-patient. L'application des mesures sanitaires, notamment le port du masque, témoignait d'une volonté de protection mutuelle et apparaissait comme un facteur protecteur pour la relation. Diverses études suggèrent, elles aussi, que le port du masque par le médecin durant la pandémie de COVID-19 était associé à un sentiment de sécurité plus important pour le patient (30, 38, 72).

Dans ce contexte de contagiosité potentielle associée à la consultation, la téléconsultation a permis, selon certains médecins, de préserver la relation en conservant le lien avec les patients anxieux de se rendre au cabinet. Elle a pu être un outil de soutien pour lutter contre l'isolement des personnes vulnérables durant la pandémie (52).

Proximité et réassurance renforcées pour certains

Les mesures sanitaires ont pu renforcer la relation selon certains médecins et patients, notamment au début de la pandémie. Une étude réalisée auprès de patients chinois en mars 2020 a montré une augmentation significative du score d'évaluation de la relation médecin-patient comparativement à avant l'arrivée de la COVID-19 (64). Dans le travail de thèse de Jenna Luzet réalisé à l'été 2020 dans les Bouches-du-Rhône (23), plus de 75% des médecins généralistes interrogés estimaient que la pandémie avait renforcé leur relation médecin-patient. Certains médecins de notre étude estimaient en effet que l'organisation de la vaccination de secteur et la solidarité des patients face au manque initial de matériel de protection les avaient rapprochés.

Selon les médecins, la pandémie a généré un besoin de réassurance important chez les patients anxieux, qui se sont souvent tournés vers leur médecin traitant, comme retrouvé dans deux thèses qualitatives de 2020 auprès de médecins généralistes (62, 45). Ce rôle accru de réassurance a ainsi pu contribuer à souder la relation médecin-patient.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Confiance préservée

La confiance des patients de l'étude en leur médecin semble avoir été préservée, voire renforcée. C'était également le cas dans divers travaux étrangers (34, 59). En Chine, en mars 2020, les patients déclaraient une confiance plus forte en leur médecin qu'avant la pandémie (64). Au Royaume-Uni, en juillet 2022, malgré une dégradation rapportée de l'expérience globale des consultations, 93% des patients déclaraient toujours avoir confiance en leur médecin (82).

Les participants de notre étude l'expliquaient par la poursuite des consultations physiques durant les confinements par le médecin, ainsi que par sa posture, aux yeux des patients, de détenteur de l'information fiable. Cette dernière idée ressortait aussi des entretiens de M. Duez et M. Mermier auprès de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône en 2020 (45).

Le rôle de la blouse n'a pas été évoqué par les participants, mais la littérature suggère qu'elle peut être associée à un plus haut-niveau de confiance (41) et à une vision plus compétente du médecin pour les patients (39, 40), et que ces derniers se sentent plus prêts à se confier à un médecin s'il porte une blouse (39).

Gratitude des patients

Enfin, selon les participants, de nombreux patients ont pris conscience, durant la pandémie, de la difficulté du travail de leur médecin. Cela ressortait également dans la thèse de M. Duez et M. Mermier (45). Les patients de notre étude ont ressenti de la compassion pour la charge de travail et le stress engendrés par la pandémie pour leur médecin. Comme dans l'analyse de G. Bloy et A. Sarradon-Eck (75), ils ont aussi évoqué la vulnérabilité commune partagée avec leur médecin, qui les plaçait sur un pied d'égalité (47). Ils exprimaient alors une reconnaissance envers leur médecin, qui semble avoir été perçue par ces derniers. Ce sentiment de valorisation a été également ressenti par les médecins interrogés en 2021 par L. Mangeot (65).

c) Certains patients et médecins ont l'impression de s'être habitués aux mesures sanitaires avec le temps

Finalement, à distance du début de la pandémie, certains patients se disaient compréhensifs face aux mesures sanitaires, qu'ils savaient obligatoires et nécessaires. Pour certains médecins et patients, l'application des "gestes barrières" au cabinet était

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

devenue une habitude ; ils évoquaient notamment le port du masque, l'arrêt du serrage de main, l'attente sans jouets ni revues. C'était aussi le cas dans d'autres enquêtes (30, 65). Certains rapportaient avoir développé des stratégies de compensation, parfois retrouvées dans d'autres études : parler plus fort et mieux articuler (31), baisser transitoirement le masque en se mettant à distance (30, 35), accentuer l'utilisation du regard ou du toucher (30), employer l'humour pour faire passer des messages éducatifs (30).

En 2023, l'application des mesures sanitaires dans les cabinets semble avoir diminué depuis la fin des obligations sanitaires en août 2022, témoignant des effets négatifs qu'elles pouvaient comporter. Lors des derniers entretiens de cette étude, réalisés fin 2022, les effets déclarés des mesures sanitaires sur la relation médecin-patient peuvent ainsi avoir été minimisés, et pourraient l'être encore davantage si l'étude était reconduite à distance. Il est donc difficile de conclure si médecins et patients se sont réellement habitués aux mesures sanitaires, ou si les mesures sanitaires sont en fait devenues moins gênantes car moins présentes.

2. Autres résultats

Les résultats présentés dans la thèse ont été volontairement sélectionnés afin de répondre à la problématique posée. Toutefois, les entretiens ont aussi fait émerger l'idée que des changements dans la relation médecin-patient avaient déjà débuté avant l'arrivée de la COVID-19, et que les mesures sanitaires liées à la pandémie avaient pu aggraver ou accélérer ces transformations. Ces notions sont presque exclusivement ressorties des entretiens auprès des médecins généralistes.

Pour expliquer ces mutations, les participants ont notamment évoqué les problématiques de démographie médicale, ainsi que la dégradation de la santé mentale de la population, aggravée par la pandémie et mal absorbée par un réseau de soins psychiatriques insuffisant. Ces problématiques sont aussi ressorties d'une analyse des expériences de médecins généralistes au printemps 2020 (75).

Une augmentation de la complexité des consultations et de la charge administrative depuis quelques années, ont été évoquées par les médecins comme facteurs responsables d'un manque de temps impactant la relation médecin-patient.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Par ailleurs, une méfiance croissante des patients envers le discours médical, accentuée par la pandémie de COVID-19, a été décrite par les médecins. Les patients seraient devenus plus exigeants, avec un désir de diagnostic, de résultats et de guérison immédiats. L'Académie nationale de médecine l'explique par le fait que les patients, ayant plus facilement l'accès à l'information, deviennent aussi plus critiques (1). La qualité de cette information peut néanmoins être discutée.

Le développement de l'outil informatique, accéléré par la pandémie pour la télémédecine et pour la traçabilité des soins, était un autre facteur de dégradation de la relation médecin-patient rapporté par les participants. Là aussi, l'Académie nationale de médecine avertit sur les dérives possibles de l'apparition de l'écran dans le colloque singulier de la consultation (1).

Les médecins de l'étude ont mentionné un effondrement global du système de santé, déjà débuté avant l'arrivée de la COVID-19, ainsi qu'un manque général de reconnaissance, particulièrement envers la médecine générale. Ils avaient le sentiment de subir en première ligne la carence de l'offre de soins, intensifiée par un désir de contrôle de leurs pratiques par les pouvoirs publics. Les recherches de Marion Dutour et al. (43), Fabien Faucon (62) et G. Bloy et A. Sarradon-Eck (75) confirment ce sentiment de frustration chez les médecins généralistes, catalysé par la pandémie.

Les verbatims issus des entretiens de l'étude et illustrant ces notions sont disponibles en Annexe 12.

3. Forces et limites de l'étude

a) Forces

La méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés était la plus adaptée pour cette étude, dans l'objectif de faire émerger un maximum de ressentis personnels et intimes. Une attention particulière a également été portée sur les conditions de déroulement des entretiens, afin de favoriser une expression la plus libre possible. L'investigatrice se présentait aux participants comme chercheuse et non comme médecin, le sujet exact de la recherche n'était pas dévoilé en amont, aucune limite de temps n'était imposée, et il était précisé qu'aucune "bonne" réponse n'était attendue. Les entretiens

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

étaient réalisés dans un cadre calme et confidentiel et les investigatrices adoptaient une attitude d'écoute active et bienveillante pour instaurer un climat de confiance. Avant la réalisation de l'étude, les investigatrices se sont interrogées sur leurs attentes afin d'éviter des biais dans la conduite de leurs entretiens.

Les entretiens ont été retranscrits rapidement après leur réalisation en intégrant des précisions de communication non-verbale afin d'être les plus fidèles possibles aux propos des participants. L'analyse des entretiens a été conduite au fur et à mesure de leur réalisation selon la méthode de la théorisation ancrée et de façon indépendante par chaque investigatrice. Les analyses ont ensuite été triangulées, assurant une bonne validité interne à l'étude.

Cette étude est intéressante par la mise en miroir, au sein d'un même travail, des ressentis de médecins et de patients. Un échantillonnage raisonné a été pratiqué afin de favoriser la diversité des profils des participants.

Une veille bibliographique a été menée tout au long de l'étude et la majorité des résultats a pu être retrouvée dans la littérature.

b) Limites

Ce travail présente toutefois des limites. La longue durée du recueil des données, de décembre 2021 à décembre 2022, a pu générer un biais de mémoire chez les participants, d'autant que de nombreuses mesures sanitaires étaient revenues à la normale au moment de l'entretien. Leur ressenti au cœur de la pandémie aurait peut-être été différent.

La stricte saturation des occurrences n'a pas pu être obtenue du fait du caractère évolutif de la situation sanitaire et de la diversité des vécus de la pandémie par les participants, dépendant de leurs propres histoire, personnalité et relation médecin-patient préexistante. D'autres résultats auraient peut-être émergés si les entretiens avaient été poursuivis. Toutefois, le biais de mémoire généré par la longue durée du recueil des données a eu tendance à limiter l'apparition de nouvelles données.

L'échantillon "patient" manque de diversité des profils du fait d'une plus grande difficulté à entretenir des patients jeunes et masculins.

Enfin, par manque de temps, certains médecins interrogés ont souhaité écourter leur entretien et ont donc peut-être censuré d'eux-mêmes leurs réponses.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

4. Conclusion

Médecins et patients semblent donc s'accorder pour dire que certains aspects de la relation médecin-patient ont changé sous l'effet des mesures sanitaires durant la pandémie de COVID-19.

Certains effets jugés positifs ont été observés par la majorité des patients et des médecins : les mesures sanitaires ont notamment été une protection mutuelle vis-à-vis du risque de contamination devenu inhérent à la consultation. Pour certains, la confiance des patients a été renforcée par la posture de détenteur d'informations fiables qu'ils ont attribuée à leur médecin, et ils ont pris conscience de l'importance et de la difficulté de son rôle durant la pandémie.

Toutefois, cette étude suggère surtout une dégradation de nombreux aspects de la relation médecin-patient.

Les participants ont surtout évoqué une perte de proximité, d'aisance et de convivialité et une diminution du sentiment de sécurité et de réassurance des patients. Médecins et patients ont eu le sentiment d'une relation déshumanisée et impersonnelle. La communication verbale et non-verbale s'est dégradée, entraînant des difficultés à véhiculer les émotions et l'empathie, et certains patients ont eu l'impression d'une perte d'attention de la part du médecin. L'efficacité médicale ressentie de la consultation s'est parfois dégradée, avec une impression de perte d'utilité. Des tensions entre médecins et patients ont été générées par certaines mesures sanitaires.

D'après les médecins interrogés, ces dégradations dans la relation médecin-patient avaient déjà débuté avant l'arrivée de la COVID-19 du fait de plusieurs facteurs, et ont été catalysées par la pandémie. En effet, elles s'inscrivent dans une situation sanitaire complexe depuis quelques années, entre des patients et des médecins demandeurs de temps et d'approche globale et une démographie médicale tendue.

À l'avenir, il est difficile de prédire comment seront appliquées les mesures sanitaires en fonction de l'évolution de la COVID-19, des autres épidémies saisonnières ou de l'émergence d'une nouvelle pandémie. D'un point de vue de santé publique, les mesures sanitaires sont utiles pour éviter la contamination des plus fragiles, mais elles sont pénibles à appliquer au niveau individuel. A l'échelle du duo médecin-patient, elles

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ont permis de préserver la relation du risque de contagiosité mutuelle potentielle, mais l'ont dégradée sur de nombreux aspects, pouvant mettre en péril sa vocation de soins. Dans ce contexte complexe, et dans l'objectif de préserver une relation médecin-patient de qualité, où trouver le juste équilibre entre obligation permanente des mesures sanitaires dans les lieux de soins, et libre choix laissé à chacun, au risque qu'elles ne soient jamais appliquées ? Il sera intéressant d'observer comment les comités d'experts intégreront ces réflexions dans les futures recommandations de santé publique.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

V. CONCLUSIONS

Faculté de Médecine

Nom, prénom du candidat : Durand, Léa

CONCLUSIONS

En mars 2020, la pandémie de SARS-CoV-2 (COVID-19) a imposé la mise en place de mesures sanitaires dans les cabinets de médecine générale pour freiner la propagation du virus (masque, distanciation physique, réorganisation des consultations, téléconsultations, gestion de la vaccination anti-COVID-19...). L'hypothèse est émise que toutes ces mesures ont eu des effets sur la relation médecin-patient.

L'objectif du travail était d'identifier les effets des mesures sanitaires liées à la COVID-19 sur la relation médecin-patient, à travers le ressenti de médecins généralistes et de patients de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes et douze patients de la région Auvergne-Rhône-Alpes a été conduite de décembre 2021 à décembre 2022, par deux investigatrices différentes. L'échantillon raisonné a évolué au cours des entretiens. L'analyse des résultats a été réalisée selon la méthode de la théorisation ancrée et associée à une triangulation entre les deux investigatrices.

Médecins et patients semblent s'accorder pour dire que certains aspects de la relation médecin-patient ont changé sous l'effet des mesures sanitaires durant la pandémie de COVID-19.

Certains effets jugés positifs ont été observés par la majorité des patients et des médecins : les mesures sanitaires ont notamment été une protection mutuelle vis-à-vis du risque de contamination devenu inhérent à la consultation. Pour certains, la confiance des patients a été renforcée par la posture de détenteur d'informations fiables qu'ils ont attribuée à leur médecin, et ils ont pris conscience de l'importance et de la difficulté de son rôle durant la pandémie.

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1 FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Toutefois, cette étude suggère surtout une dégradation de nombreux aspects de la relation médecin-patient.

Faculté de Médecine Lyon Est
http://lyon-est.univ-lyon1.fr/ • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00
ACCOMPAGNER CRÉER PARTAGER

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les participants ont évoqué une perte de proximité, d'aisance et de convivialité, ainsi qu'une diminution du sentiment de sécurité et de réassurance pour les patients. Selon les médecins et les patients, le masque a gêné la perception des sourires et de l'humour et a camouflé les expressions bienveillantes du médecin. L'arrêt du serrage de main a supprimé un geste d'accueil important, qui témoignait aussi confiance et alliance clinique. Pour certains médecins, la blouse a contribué à créer une distance en hiérarchisant la relation. L'application de ces "gestes barrières" a par ailleurs constitué une surcharge cognitive ayant entrainé une perte de spontanéité dans la consultation.

Les médecins et les patients ont eu le sentiment d'une déshumanisation et d'une relation moins personnelle du fait du masque, qui camouflait le visage. Il empêchait la (re)connaissance mutuelle, ce qui pouvait faire peur aux enfants. Quelques patients ont ressenti une diminution de la durée des consultations, se limitant au strict nécessaire, entraînant une impression déshumanisante de consultations à la chaîne.

Pour ces patients, le raccourcissement des consultations aurait été responsable d'une diminution des échanges, restreints au seul motif de consultation. Certains patients disaient s'être censurés dans leurs demandes par peur de déranger leur médecin. Selon eux, cette peur a été aggravée par l'impossibilité d'interpréter les réactions du médecin sous le masque et par la recommandation d'éviter de consulter pendant le confinement. Des médecins ont aussi eu le sentiment que les patients se confiaient moins en téléconsultation. Le masque, perturbant la compréhension et l'expression orale, a participé à cette dégradation de la communication verbale.

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1 FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

En camouflant les expressions du visage, le masque a également altéré la communication non-verbale et gêné la perception des émotions et de l'empathie.

Le vécu expéditif des consultations et la dégradation de la communication verbale et non-verbale expliquent en partie le sentiment des patients d'une perte d'attention et de temps dédié par leur médecin. Cela n'a pas été décrit par les médecins, excepté en téléconsultation.

L'efficacité médicale ressentie de la consultation s'est aussi dégradée. Le masque a entraîné une perte de données cliniques pour les médecins en empêchant la détection de signes de souffrance chez les patients. Certaines parties de l'examen clinique ont été limitées pour éviter les contacts physiques, entraînant, pour les patients, une diminution de l'utilité ressentie de la consultation. Médecins et patients ont eu l'impression d'une baisse d'efficacité de l

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

téléconsultation par rapport au présentiel, avec un risque d'erreur diagnostique. La pandémie a attribué des rôles aux médecins qui ont pu les mettre en difficulté. Par exemple, ils se sont sentis démunis pour informer les patients sur le COVID-19 compte-tenu des incertitudes scientifiques et des recommandations multiples.

Certaines mesures sanitaires ont généré des tensions dans la relation médecin-patient. Éduquer et responsabiliser sur les "gestes barrières" a généré chez les médecins un sentiment de surveillance et d'infantilisation de leurs patients. Selon les médecins, des conflits sont parfois nés du refus de soins de certains patients craignant d'être contaminés à l'hôpital, ou de l'opposition des patients réticents à la vaccination anti-COVID-19. Certains médecins ont ressenti de l'incompréhension et un certain jugement face aux patients atteints de COVID long. Ils ont également rapporté une incompréhension envers les patients réclamant des arrêts de travail comme solution à leurs remises en question professionnelles suite aux confinements.

Du point de vue des médecins, une défiance générale s'est installée envers le corps médical. Pour eux, la gestion distancielle et le tiers-payant, banalisés pendant les confinements, ont augmenté les demandes abusives des patients d'obtenir des soins sans consulter et sans payer. Certains médecins ont déploré l'absence de gratitude des patients face à leur implication dans la pandémie.

D'après les médecins, ces dégradations dans la relation médecin-patient avaient déjà débuté avant l'arrivée de la COVID-19 du fait de plusieurs facteurs : une démographie médicale tendue, un déclin global du système de santé, une charge administrative et une complexité des consultations en hausse, une dégradation de la santé mentale de la population... Pour eux, les mesures sanitaires liées à la pandémie ont catalysé ces transformations. À titre d'exemple, le port du masque et l'arrêt du serrage de main peuvent avoir aggravé l'impression de déshumanisation déjà générée par l'utilisation croissante de l'informatique dans les consultations.

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Certains médecins et patients de l'étude ont développé des stratégies d'adaptation aux "gestes barrières", par exemple en utilisant davantage le regard pour véhiculer les émotions. Ils ont ainsi décrit s'être habitués aux mesures sanitaires avec le temps. Ceci est toutefois à relativiser, car l'application des "gestes barrières" dans les cabinets semble avoir diminué depuis

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

la fin des obligations sanitaires en août 2022. Les vécus des derniers participants ont donc pu être biaisés par le fait que ces mesures étaient moins présentes au moment de leurs entretiens. L'abandon des "gestes barrières" peut aussi témoigner d'une lassitude ou d'une volonté de retrouver la relation médecin-patient "d'avant".

À l'avenir, il est difficile de prédire comment seront appliquées les mesures sanitaires en fonction de l'évolution de la COVID-19, des autres épidémies saisonnières ou de l'émergence d'une nouvelle pandémie. D'un point de vue de santé publique, les mesures sanitaires sont utiles pour éviter la contamination des plus fragiles, mais elles sont pénibles à appliquer au niveau individuel. A l'échelle du duo médecin-patient, elles ont permis de préserver la relation du risque de contagiosité mutuelle potentielle, mais l'ont dégradée sur de nombreux aspects, pouvant mettre en péril sa vocation de soins. Dans ce contexte complexe, et dans l'objectif de préserver une relation médecin-patient de qualité, où trouver le juste équilibre entre obligation permanente des mesures sanitaires dans les lieux de soins, et libre choix laissé à chacun, au risque qu'elles ne soient jamais appliquées ? Il sera intéressant d'observer comment les comités d'experts intégreront ces réflexions dans les futures recommandations de santé publique.

Le Président de la thèse,
Pr Laurent Letrilliart

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Vu :
Pour le Président de l'Université,

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 28 MARS 2023

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié J. Académie Nationale de Médecine. La relation médecin malade.

2. Pierron JP. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sciences sociales et sante. 2007;Vol. 25(2):43-66.

3. Gomes VTS, Rodrigues RO, Gomes RNS, Gomes MS, Viana LVM, Silva FS e. The doctor-patient relationship in the context of the COVID-19 pandemic. Rev Assoc Med Bras. 21 sept 2020;66:7-9.

4. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.

5. Boissier MC. La confiance dans la relation médecin-malade. Commentaire. 2012;Numéro 139(3):799-806.

6. Vannotti M. L 'empathie dans la relation médecin – patient. Cahiers critiques de therapie familiale et de pratiques de reseaux. 2002;no 29(2):213-37.

7. Goldenberg MN, Gerkin JS, Penaskovic KM. Being Reactive: Assessing Affect in the COVID-19 Era. Acad Psychiatry. 5 août 2020;1.

8. Zulueta P de. Touch matters: COVID-19, physical examination, and 21st century general practice. Br J Gen Pract. 1 déc 2020;70(701):594-5.

9. Bourhis H. Le toucher de relation [Internet]. FéPAPP. 2019. Disponible sur: *https://fepapp.fr/le-toucher-de-relation/*

10. Makoul G, Zick A, Green M. An Evidence-Based Perspective on Greetings in Medical Encounters. Arch Intern Med. 11 juin 2007;167(11):1172.

11. Jenkins M. The meaning of the handshake towards the end of the consultation. Br J Gen Pract. 1 avr 2007;57(537):324.

12. Mesures de prévention de la transmission du SARS-coV2 pour la prise en charge des patients en milieu de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: *https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218444/fr/mesures-de-prevention-de-la-transmission-du-sars-cov2-pour-la-prise-en-charge-des-patients-en-milieu-de-soins*

13. Covid 19 et médecine générale - résultats provisoires de l'enquête [Internet]. Collège national des généralistes enseignants (CNGE). 2020 [cité 7 avr 2023]. Disponible sur:

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/liste_alphabetique/covid_19_et_medecine_generale_resultats_provisoire/

14. Kassana U. Organisation de la pratique des médecins généralistes de l'Oise face à la pandémie de la Covid-19 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2021.

15. Brun B. Étude des modifications de pratiques des médecins généralistes charentais face à la COVID 19 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2020.

16. Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J, Gilberg S, Frappé P, Schuers M, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. BMJ Open. déc 2020;10(12):e042119.

17. Welfert F. Retour d'expérience concernant l'organisation d'un cabinet de médecine générale en Isère lors de la période de crise sanitaire à Coronavirus de mars 2020 à mai 2020 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2021.

18. En ambulatoire : recommandations Covid-19 et prise en charge [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/en-ambulatoire-recommandations-covid-19-et-prise-en-charge

19. Communiqué de Presse : Covid-19, enquête nationale Maisons de Santé et Centres de Santé face au Covid-19 et Résultats de la 1ère vague d'enquête [Internet]. AVECSanté. 2020. Disponible sur: https://www.avecsante.fr/covid-19-enquete-nationale-maisons-de-sante-et-centres-de-sante-face-au-covid-19/

20. Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. 2020-293 mars 23, 2020.

21. Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19.

22. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 -Téléconsultation et télésoin [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

23. Luzet J. Crise du COVID-19: Vécu des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020.

24. Toselli M, Palazzi I, Lambertini M, Maurizzi A, Cereda A, Khokhar A, et al. Teachings After COVID-19 Outbreak From a Survey of Family Physicians. J Am Board Fam Med. 1 févr 2021;34(Supplement):S222-4.

25. Accompagner les patients ayant une maladie chronique somatique [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS). Disponible sur*: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168634/fr/accompagner-les-patients-ayant-une-maladie-chronique-somatique*

26. LOI n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions (1). 2020-546 mai 11, 2020.

27. Covid-19 : le point sur la vaccination en médecine de ville [Internet]. Assurance Maladie. 2022. Disponible sur: *https://www.ameli.fr/loire/medecin/actualites/covid-19-le-point-sur-la-vaccination-en-medecine-de-ville*

28. Wittum KJ, Feth L, Hoglund E. The effects of surgical masks on speech perception in noise. 2013;19:5.

29. Palmiero AJ, Symons D, Morgan JW, Shaffer RE. Speech intelligibility assessment of protective facemasks and air-purifying respirators. Journal of Occupational and Environmental Hygiene. 1 déc 2016;13(12):960-8.

30. Calvignac C. Que change le port du masque dans la relation soignant-soigné ? Sciences humaines [Internet]. 2020. Disponible sur: *https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02904432*

31. Ghosh A, Sharma K, Choudhury S. COVID-19 and physician–patient relationship: potential effects of 'masking', 'distancing' and 'others'. Fam Pract [Internet]. 11 sept 2020. Disponible sur: *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7543553/*

32. Hauk H, Bernhard J, McConnell M, Wohlfarth B. Breaking bad news to cancer patients in times of COVID-19. Support Care Cancer. 2021;29(8):4195-8.

33. Wong CKM, Yip BHK, Mercer S, Griffiths S, Kung K, Wong MC sang, et al. Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. BMC Family Practice. 24 déc 2013;14(1):200.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

34. Gopichandran V, Sakthivel K. Doctor-patient communication and trust in doctors during COVID 19 times—A cross sectional study in Chennai, India. PLoS One. 23 juin 2021;16(6):e0253497.

35. Shack AR, Arkush L, Reingold S, Weiser G. Masked paediatricians during the COVID-19 pandemic and communication with children. Journal of Paediatrics and Child Health. 2020;56(9):1475-6.

36. Padhy SK, Rina K, Sarkar S. Smile, grimace or grin? Recalibrating psychiatrist-patient interaction in the era of face masks. Asian J Psychiatr. oct 2020;53:102389.

37. Mehta UM, Venkatasubramanian G, Chandra PS. The "mind" behind the "mask": Assessing mental states and creating therapeutic alliance amidst COVID-19. Schizophr Res. août 2020;222:503-4.

38. Imai H, Furukawa TA. Psychological Impact of Masks and Infection-Prevention Plastic Partitions on Anxiety for Infection and Patient-Doctor Relationships During the COVID-19 Pandemic. Prim Care Companion CNS Disord. 8 juill 2021;23(4):0-0.

39. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. Am J Med. nov 2005;118(11):1279-86.

40. Xun H, Chen J, Sun AH, Jenny HE, Liang F, Steinberg JP. Public Perceptions of Physician Attire and Professionalism in the US. JAMA Netw Open. 30 juill 2021;4(7):e2117779.

41. Colin A. Impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur la confiance du patient [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice; 2017.

42. Après le confinement, les médecins généralistes ne reviennent que progressivement à une activité normale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) [Internet]. Disponible sur: *https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/apres-le-confinement-les-medecins-generalistes-ne-reviennent-que*

43. Dutour M, Kirchhoff A, Janssen C, Meleze S, Chevalier H, Levy-Amon S, et al. Family medicine practitioners' stress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. BMC Fam Pract. déc 2021;22(1):36.

44. Reed NS, Assi L, Pedersen E, Alshabasy Y, Deemer A, Deal JA, et al. Accompaniment to healthcare visits: the impact of sensory impairment. BMC Health Services Research. 29 oct 2020;20(1):990.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

45. Duez M, Mermier M. COVID-19: rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches-du-Rhône [Thèse d'exercice]. France: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020.

46. Gold K, Laurie A, Kinney D, Harmes K, Serlin D. Video Visits: Family Physician Experiences With Uptake During the COVID-19 Pandemic. Family Medicine. 2021;53(3):207-10.

47. Roubille C, Ribstein J, Hurpin G, Fesler P, Fiat E, Roubille F. Confidence vanished or impaired until distrust in the doctor-patient relationship because of COVID-19. Rev Med Interne. janv 2021;42(1):58-60.

48. Kludacz-Alessandri M, Hawrysz L, Korneta P, Gierszewska G, Pomaranik W, Walczak R. The impact of medical teleconsultations on general practitioner-patient communication during COVID- 19: A case study from Poland. PLoS One. 16 juill 2021;16(7):e0254960.

49. Flint L, Kotwal A. The New Normal: Key Considerations for Effective Serious Illness Communication Over Video or Telephone During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. Ann Intern Med [Internet]. 14 mai 2020. Disponible sur: *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7236893/*

50. Pendaries G. Étude de satisfaction de la télépsychiatrie durant la pandémie liée au Covid-19 : une expérience niçoise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice; 2020.

51. Javanparast S, Roeger L, Kwok Y, Reed RL. The experience of Australian general practice patients at high risk of poor health outcomes with telehealth during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. BMC Fam Pract [Internet]. 8 avr 2021. Disponible sur: *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8031338/*

52. Hanna K. Turning Life's Lemons Into Sweet Lemonade: A Positive Reflection on the Impact of COVID-19. J Am Board Fam Med. 1 févr 2021;34(Supplement):S250-1.

53. Bergman D, Bethell C, Gombojav N, Hassink S, Stange KC. Physical Distancing With Social Connectedness. The Annals of Family Medicine. 1 mai 2020;18(3):272-7.

54. Médecins généralistes : assumons nos responsabilités sans renier notre éthique [Internet]. Collège de la médecine générale. 2020. Disponible sur: *https://lecmg.fr/medecins-generalistes-assumons-nos-responsabilites-sans-renier-notre-ethique/*

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

55. Loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/loi-prorogeant-letat-durgence-sanitaire

56. Les droits des usagers en santé à l'épreuve de la crise sanitaire de la Covid-19 [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Disponible sur: *https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/droits-des-usagers/rapports-annuels-mandature-2020-2025/article/les-droits-des-usagers-en-sante-a-l-epreuve-de-la-crise-sanitaire-de-la-covid*

57. Harkin D. COVID-19 and medical professionalism in a pandemic. Postgrad Med J. janv 2021;97(1143):53-4.

58. Robertson ML, Colburn JL. Grace, Connection, and Hard Conversations: Primary Care Geriatrics in the COVID Era. J Am Geriatr Soc. mai 2020;68(5):932-3.

59. Nwoga HO, Ajuba MO, Ezeoke UE. Effect of COVID-19 on doctor-patient relationship. Int J Community Med Public Health. 25 nov 2020;7(12):4690.

60. Zaidi Z, Razack S, Kumagai AK. Professionalism revisited during the pandemics of our time: COVID-19 and racism. Perspect Med Educ. août 2021;10(4):238-44.

61. Melchior M. L'impact de la pandémie Covid-19 sur la santé mentale des Français. La santé en action. sept 2022;(461):12-5.

62. Faucon F, André de L'Arc H, Hermil JL, Sévrin Y, Hazard E. Étude qualitative auprès des médecins généralistes du Havre: ressentis durant la crise sanitaire du Covid-19. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2020.

63. Les demandes de soins liés à la santé mentale restent plus fréquentes au printemps 2021 [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 2021. Disponible sur: *https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-demandes-de-soins-lies-la-sante-mentale-restent-plus*

64. Zhou Y, Chen S, Liao Y, Wu Q, Ma Y, Wang D, et al. General Perception of Doctor–Patient Relationship From Patients During the COVID-19 Pandemic in China: A Cross-Sectional Study. Front Public Health. 6 juill 2021;9:646486.

65. Mangeot L. Représentations des médecins généralistes sur les modifications des codes sociaux et du langage corporel, induites par les gestes barrières dans la relation médecin-patient. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille; 2021.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

66. Forgie SE, Reitsma J, Spady D, Wright B, Stobart K. The "Fear Factor" for Surgical Masks and Face Shields, as Perceived by Children and Their Parents. Pediatrics. 1 oct 2009;124(4):e777-81.

67. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 2019. Disponible sur: *https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler*

68. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. Santé publique France. 2023. Disponible sur: *https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquête-pour-suivre-l'évolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19*

69. Assing Hvidt E, Christensen NP, Grønning A, Jepsen C, Lüchau EC. What are patients' first-time experiences with video consulting? A qualitative interview study in Danish general practice in times of COVID-19. BMJ Open. 15 avr 2022;12(4):e054415.

70. Divisia B, Zorzi F. Comment la téléconsultation modifie-t'elle la relation médecin patient ? : exploration de la perspective patient par une étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2020. Disponible sur: *http://docelec.univ-lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat06264a&AN=bul.514061&lang=fr&site=eds-live*

71. Kratzke IM, Rosenbaum ME, Cox C, Ollila DW, Kapadia MR. Effect of Clear vs Standard Covered Masks on Communication With Patients During Surgical Clinic Encounters. JAMA Surg. avr 2021;156(4):372-8.

72. Schneider KN, Theil C, Gosheger G, Lampe LP, Rödl R, MELLMANN A, et al. Surgeons' non-transparent facemasks challenge the physician–patient relationship in the orthopedic outpatient clinic of a tertiary university hospital during the COVID-19 pandemic: a prospective cohort study of 285 patients. Acta Orthop. 3 janv 2022;93:198-205.

73. Marler H, Ditton A. "I'm smiling back at you": Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. Int J Lang Commun Disord. 2021;56(1):205-14.

74. Matuschek C, Moll F, Fangerau H, Fischer JC, Zänker K, van Griensven M, et al. Face masks: benefits and risks during the COVID-19 crisis. Eur J Med Res. 12 août 2020;25:32.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

75. Bloy G, Sarradon-Eck A. Des généralistes dans la première vague : les adaptations des pratiques en médecine générale face à la pandémie de Covid-19. Les Tribunes de la santé. 2022;73(3):87-102.

76. van Erkel FM, Pet MJ, Bossink EH, van de Graaf CFM, Hodes MTJ, van Ogtrop SN, et al. Experiences of patients and health care professionals on the quality of telephone follow-up care during the COVID-19 pandemic: a large qualitative study in a multidisciplinary academic setting. BMJ Open. 10 mars 2022;12(3):e058361.

77. Ayub M, Arshad D, Maqbool N, Zahid M, Malik RS, Rizvi ZA, et al. Physicians' Attitudes Towards Treating Patients in the Context of COVID-19 Pandemic in Pakistan. Cureus. 9 sept 2020;12(9):e10331.

78. Beech J, Fraser C, Gardner T, Buzelli L, Williamson S, Alderwick H. Stressed and overworked: What the Commonwealth Fund's 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in 10 Countries means for the UK [Internet]. The Health Foundation; 2023 mars. Disponible sur: *https://www.health.org.uk/publications/reports/stressed-and-overworked*

79. Myran DT, Cantor N, Rhodes E, Pugliese M, Hensel J, Taljaard M, et al. Physician Health Care Visits for Mental Health and Substance Use During the COVID-19 Pandemic in Ontario, Canada. JAMA Netw Open. 21 janv 2022;5(1):e2143160.

80. Duncan LJ, Cheng KFD. Public perception of NHS general practice during the first six months of the COVID-19 pandemic in England. F1000Res. 2021;10:279.

81. Pandya S, Sedani AB, Syros A, Yakkanti RR, Dodds SD, Aiyer AA. The Effects of Face Masks on the Doctor-Patient Relationship in Orthopaedics. Iowa Orthop J. juin 2022;42(1):267-73.

82. NHS England, Ipsos. GP Patient Survey 2022 – National Report. Ipsos; 2022 [Internet]. Disponible sur: *https://gp-patient.co.uk/surveysandreports*

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

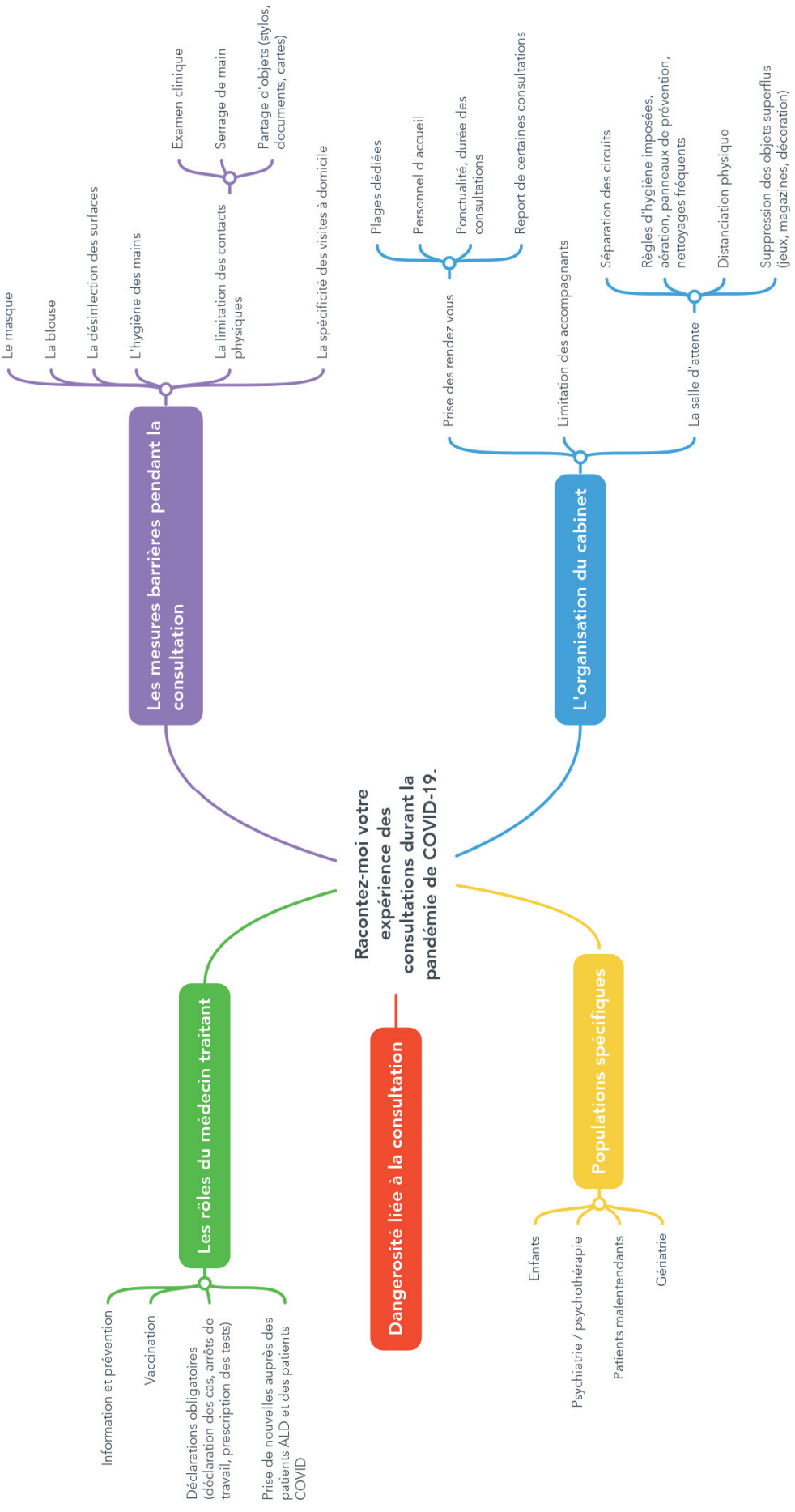
VII.ANNEXES

ANNEXE 1 – Termes utilisés dans les équations de recherche

COVID-19 / Coronavirus	*COVID-19 ; Coronavirus ; Coronaviruses*
Épidémie, Pandémie	*Disease outbreaks [MeSH Terms] ; Pandemic [MeSH Terms]*
Isolement	*Patient isolation [MeSH Terms]*
Distanciation	*Physical Distancing [MeSH Terms]*
Hygiène	*Hygiene*
Désinfection	*Disinfection [MeSH Terms]*
Gel hydro-alcoolique	*Hand sanitizers [MeSH Terms]*
Lavage des mains	*Hand disinfection [MeSH Terms] ; Hand hygiene [MeSH Terms]*
Blouse, uniforme	*Clothing [MeSH Terms] ; White coat [MeSH Terms]*
Masque	*Masks [MeSH Terms] ; Mask [MeSH Terms]*
Gants	*Gloves, protective [MeSH Terms]*
Matériel à usage unique	*Disposable equipment [MeSH Terms]*
Mesures sanitaires préventives	*Medical Countermeasures [MeSH Terms] ; Barrier measure ; Health measures for prevention of COVID 19 ; Infection control / methods*
Téléconsultation	*Remote consultation [MeSH Terms] ; Telemedicine [MeSH Terms]*
Accessibilité des services de santé	*Health services accessibility*
Relation médecin-patient	*Physician-patient relations [MeSH Terms]*
Relations interpersonnelles	*Interpersonal relations [MeSH Terms]*
Médecine générale / médecin généraliste	*General practice [MeSH Terms] ; Family medicine [MeSH Terms] ; General practitioners [MeSH Terms] ; Physicians, family [MeSHTerms]*
Consultation médicale	*Office visits [MeSH Terms]*
Soins de ville	*Urban health services [MeSH Terms]*
Soins primaires	*Primary health care [MeSH Terms]*
Ressenti, vécu	*Affect ; Emotions*
Patient	*Patients ; Outpatients*
Confiance, empathie	*Trust [MeSH Terms] ; Empathy [MeSH Terms]*
Pédiatrie	*Pediatrics [MeSH Terms]*
Psychiatrie	*Psychiatry [MeSH Terms]*
Communication	*Communication [MeSH Terms] ; Health communication [MeSH Terms]*
Moyens de communication	*Communications media [MeSH Terms]*

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 2 - Guide d'entretien



DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 3 – Grille COREQ

Dossier
Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Kinesither Rev 2015;15(157):50–54

Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative

French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research

Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois, France

Michel Gedda (Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »)

RÉSUMÉ

Cet article présente sommairement les lignes directrices COREQ sous forme d'une fiche synthétique.
COREQ est prévue pour les rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*).
Une traduction française originale de la liste de contrôle est proposée.
Cette traduction est mise à disposition en accès libre selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.
Niveau de preuve. – Non adapté.
© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under CC BY-NC-ND license.

Mots clés
Édition
Évaluation
Pratique factuelle
Qualité
Lecture
Recherche qualitative
Rédaction
Responsabilité
Standard
Transparence

SUMMARY

This article presents guidelines COREQ as a summary sheet.
COREQ is provided for reporting qualitative research: interviews and focus groups.
An original French translation of the checklist is proposed.
This translation is open access under a Creative Commons Attribution – NonCommercial – No Derivatives 4.0 International License.
Level of evidence. – *Not applicable.*
© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under CC BY-NC-ND license.

Keywords
Edition
Assessment
Evidence-based practice
Quality
Reading
Qualitative research
Reporting
Responsibility
Standard
Transparency

DOIs des articles originaux :
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.006
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.009
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.010
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.001
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.011
http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008

Adresse e-mail :
direction@a-3pm.org

http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005
© 2014 Elsevier Masson SAS.
Open access under CC BY-NC-ND license.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Traduction française de dix lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles de recherche. » et composé des articles suivants :

- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15 (157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices SAMPL pour l'écriture et la lecture des méthodes et analyses statistiques. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SPIRIT pour l'écriture et la lecture des essais cliniques, des études expérimentales et protocoles divers. Kinesither Rev 2015;15(157)

RÉFÉRENCE ORIGINALE

Acronyme et intitulé complet :
COREQ : *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*

Objet des lignes directrices :
Rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*)

Site Internet officiel :
http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long

Dates de référence :
2007 : version initiale et actuelle [1].

Langue :
Anglais

Référence bibliographique de la version en cours :
Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57.

Contact :
Allison Tong
Centre for Kidney Research
The Children's Hospital
Westmead, NSW 2145, Australia
Tel : +61 2 9845 1482.
Fax : +61 2 9845 1491.
Courriels : allisont@health.usyd.edu.au, allisont@chw.edu.au

TRADUCTION FRANÇAISE

Contenus traduits :

- Liste de contrôle : 32 items répartis en 3 domaines *(Tableau I)* :
  - équipe de recherche et réflexion,
  - caractéristiques personnelles ;
- liens avec les participants ;
  - conception de l'étude,
  - cadre théorique,
  - sélection des participants,
  - contexte,
  - recueil des données ;
- analyse et résultats :
  - analyse des données,
  - rédaction du rapport.

Traduction française originale :
La traduction ici proposée est originale et inédite.

- **Méthode générale**

La grille anglophone initiale a été reproduite à l'identique afin d'en conserver la disposition. Chaque item a été traduit séparément ; en ajoutant la traduction sous le texte original afin de permettre une vérification analytique ultérieure. Les locutions et termes méconnus, équivoques ou susceptibles de confusion ont systématiquement été relevés pour faire l'objet de recherches approfondies au sujet de leur usage spécifique en méthodologie de recherche qualitative, et dans le contexte des listes de contrôle [2–10].

Lorsque les ressources documentaires ne suffisaient pas à résoudre les incertitudes–notamment les expressions francophones les plus usitées, des personnes compétentes, identifiées grâce à leurs publications sur le thème traité ou à leurs fonctions professionnelles, ont été interrogées ponctuellement sur des questions précises mais contextualisées. Leurs réponses ont permis de lever les doutes ou d'identifier de nouveaux supports documentaires, voire d'autres personnes ressources.

Une relecture d'ensemble a ensuite été réalisée à des fins d'harmonisation. La traduction obtenue a ensuite été comparée à d'autres grilles.

Enfin, la traduction a été soumise simultanément à deux professionnels anglophones indépendants pour validation externe ; leurs propositions ont été intégrées et adressées

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? *Par exemple : PhD, MD*
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? *Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche*
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? *Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche*
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? *Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu*
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige*
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? *Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel*
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? *Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail*
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? *Par exemple : données démographiques, date*
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? *Par exemple : numéro de participant*
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et régulées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale.
Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

- **Commentaires particuliers**

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, mercatique (*marketing*), politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécus, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé de considérer l'appellation du GROUM-F[1] : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'« entretiens individuels » (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'« entretiens collectifs » ; aussi pour éviter toute confusion–et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.
Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».
Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

[1] GROupe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) : www.groumf.fr.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements
Hannah FRANCE, Montreuil-sur-Mer.
GROupe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F).
Benjamin RICHE, Université Lyon 1, CNRS.
Joannah ROBERTSON, CHU de Nantes.
Gaetan TARDIF, Université de Toronto

RÉFÉRENCES

[1] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007;19(6):349–57.
[2] Anderson C. Presenting evaluating qualitative research. Am J Pharmaceut Educ 2010;74(8):1–7.
[3] Crescentini A, Mainardi G. Qualitative research articles: guidelines, suggestions and needs. J Workplace Learn 2009;21(5):431–9.
[4] Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research: criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. Med J Aust 2008;188(4):243–6.
[5] Collingridge DS, Gantt EE. The quality of qualitative research. Am J Med Qual 2008;23:389–95.
[6] Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research, 3rd ed. Sage Publications; 2007 [312 p.].
[7] Gilgun JF. "Grab" and good science: writing up the results of qualitative research. Qual Health Res 2005;15(2):256–62.
[8] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol 2004;10:79–86.
[9] Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines, 3e ed. Armand Colin; 2009 [312 p.].
[10] Hammell KW. Informing client-centred practice through qualitative inquiry: evaluating the quality of qualitative research. Br J Occup Ther 2002;65(4):175–84.
[11] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé. ANAES – service évaluation en établissements de santé; 2000 [136 p.].
[12] Edmunds H. The Focus Group Research Handbook. American Marketing Association–McGraw-Hill Contemporary; 2000 [288 p.].
[13] Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du *focus group*. Rev Prat 2004;18(645):382–4.
[14] Thibeaut E. À propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. Adjectifs; 2010, http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58&lang=fr.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 4 – Déclaration CNIL

CNIL.
COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE & LIBERTÉS

Référence CNIL :
2223179 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 28 juillet 2021

Madame Céline TERRASSE

60 RUE D'ISSY
92170 VANVES

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Madame TERRASSE Céline	**N° SIREN/SIRET :**	
Service :		**Code NAF ou APE :**	
Adresse :	60 RUE D'ISSY	**Tél. :**	07 50 90 78 66
CP :	92170	**Fax. :**	
Ville :	VANVES		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 29 juillet 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : https://www.cnil.fr/donnees-personnelles

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 5 – Avis favorable du comité d'éthique

dmg.cumg
mer. 24/11/2021, 09:35
DURAND LEA p1301245

Répondre à tous

Boîte de réception

Madame DURAND Léa,

Le comité d'éthique du CUMG, qui s'est tenu le 23 novembre 2021, a donné un avis favorable à votre projet de recherche intitulé **« Lien entre mesures sanitaires liées à la COVID-19 et relation médecin-patient : ressentis des patients et des médecins généralistes de la région AURA. »**
Voici le n° IRB : **2021-11-23-02**
Vous pouvez dès à présent commencer vos travaux de recherche.

Sincères salutations,

Humbert de Fréminville

Cordialement,

Nathalie GRAS
Assistante administrative

Collège universitaire de médecine générale (CUMG)
Université Claude-Bernard Lyon 1

8 avenue Rockefeller – 69373 LYON Cedex 08
Bâtiment Rockefeller – 2e étage – Escalier D
☎ 04 78 77 72 86
@ dmg.cumg@univ-lyon1.fr

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 6 - Fiche d'information des participants



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

LETTRE D'INFORMATION POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE : COVID-19 et consultations de médecine générale.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information détaille en quoi cette étude consiste.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, pour réfléchir à votre participation, et pour demander au médecin responsable de l'étude, Céline TERRASSE / Léa DURAND, tél : 0671601451, mail : lea-maria.durand@etu.univ-lyon1.fr, de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ÉTUDE : Explorer les effets de la crise sanitaire du COVID-19 sur les consultations de médecine générale, du point de vue de patients et de médecins généralistes.

BÉNÉFICES ATTENDUS : Faire émerger d'éventuels effets positifs ou négatifs, dans l'objectif d'améliorer nos pratiques futures.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE : L'étude aura lieu de décembre 2021 à décembre 2022. Votre participation consistera en un entretien avec l'investigateur, d'une durée de 30 min environ, à votre cabinet de médecine générale ou sur un lieu convenu conjointement entre vous et l'investigateur.

RISQUES POTENTIELS : Réactivation d'éventuels souvenirs douloureux. Si tel était le cas, vous pourrez contacter la responsable de l'étude, Céline TERRASSE tél: 0750907866 mail : celine.terrasse@etu.univ-lyon1.fr / pour qu'elle vous oriente vers un soutien approprié.

FRAIS : Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

LÉGISLATION – CONFIDENTIALITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche en médecine générale, du Collège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1, a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le **23/11/2021**.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le responsable de l'étude. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude, Céline TERRASSE / Léa DURAND / Corinne PERDRIX, conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.

Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 28/07/2021.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter l'un des médecins responsables de l'étude :

Céline TERRASSE tél : 0750907866 mail : celine.terrasse@etu.univ-lyon1.fr

Léa DURAND, tél : 0671601451, mail : lea-maria.durand@etu.univ-lyon1.fr

Corinne PERDRIX, mail : corinne.perdrix@univ-lyon1.fr.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Vous pouvez également décider en cours d'entretien d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 7 - Formulaire de consentement des participants

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE : COVID-19 et consultations de médecine générale.

Je soussigné·e …… *(nom et prénom du sujet),*

accepte de participer à l'étude « COVID-19 en consultation de médecine générale ».

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par l'investigateur, Céline TERRASSE / Léa DURAND.

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

À l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès de l'investigateur, Céline TERRASSE tél : 0750907866 mail : celine.terrasse@etu.univ-lyon1.fr / Léa DURAND, tél : 0671601451, mail : lea-maria.durand@etu.univ-lyon1.fr, ou auprès du responsable de la recherche, Corinne PERDRIX, mail : corinne.perdrix@univ-lyon1.fr.

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

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

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

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

Fait à ……

le ……

Nom et signature de l'investigateur *Signature du sujet*

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 8 – Caractéristiques des entretiens « médecins »

	Date	Lieu	Durée	Département
M1	16/12/21	Cabinet	0:51	42
M2	21/01/22	Visio	0:31	42
M3	08/02/22	Cabinet	0:41	42
M4	09/02/22	Cabinet	0:42	42
M5	28/04/22	Visio	0:23	69
M6	28/04/22	Visio	1:12	01
M7	05/10/22	Cabinet	0:51	42
M8	21/10/22	Cabinet	0:43	42
M9	09/11/22	Domicile	0:57	42
M10	22/11/22	Visio	1:05	74
M11	25/11/22	Téléphone	0:50	01
M12	29/11/22	Visio	0:52	07

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 9 – Caractéristiques de l'échantillon « médecins »

	Âge	Genre	Zone	Exercice	Installation	Patientèle	MSU	Groupe de pairs	Pratiques autres
M1	40 à 50	F	Semi-rurale	Groupe	10-20 ans	< 1000	Oui	Oui	Crèche
M2	40 à 50	H	Urbaine	Groupe	10-20 ans	1000 à 1500	Non	Oui	Régulation, Commission de permis
M3	> 60	H	Semi-rurale	Groupe	> 20 ans	> 1500	Oui	Oui	
M4	> 60	F	Rurale	Seul	> 20 ans	> 1500	Non	Non	Hypnothérapie, Thérapie manuelle
M5	40 à 50	F	Urbaine	Groupe	10-20 ans	> 1500	Oui	Oui	
M6	> 60	H	Semi-rurale	Groupe	> 20 ans	> 1500	Oui	Non	Homéopathie, Ostéopathie
M7	< 40	F	Rurale	Groupe	< 5 ans	1000 à 1500	Oui	Oui	Coordination d'EHPAD, Nutrition
M8	40 à 50	F	Semi-rurale	Groupe	10-20 ans		Oui	Oui	Psychiatrie, Soins palliatifs
M9	< 40	H	Semi-rurale	Seul	5-10 ans	> 1500	Oui	Oui	
M10	> 60	H	Semi-rurale	Groupe	> 20 ans	1000 à 1500	Oui	Non	Coordination d'EHPAD, Soins palliatifs
M11	50 à 60	F	Semi-rurale	Groupe	10-20 ans	> 1500	Oui	Non	
M12	50 à 60	F	Semi-rurale	Seul	> 20 ans	> 1500	Oui	Non	Pompier, Correspondant SAMU

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 10 – Caractéristiques des entretiens « patients »

	Date	Lieu	Durée	Département
P1	15/12/21	Cabinet	0:26	03
P2	15/12/21	Cabinet	0:18	03
P3	14/03/22	Cabinet	1:07	03
P4	21/03/22	Cabinet	0:18	03
P5	31/03/22	Cabinet	1:13	03
P6	08/04/22	Visio	1:01	03
P7	22/08/22	Cabinet	0:33	69
P8	22/08/22	Cabinet	0:34	69
P9	22/08/22	Cabinet	0:36	69
P10	22/08/22	Cabinet	0:24	69
P11	22/11/22	Visio	1:01	69
P12	14/12/22	Domicile	0:38	03

ANNEXE 11 – Caractéristiques de l'échantillon « patients »

	Âge	Genre	Zone	Enfants < 18 ans	Fréquence de consultation	Durée du suivi	VAD
P1	63	F	Semi-rurale	Non	Tous les 3 mois	> 10 ans	Non
P2	77	F	Semi-rurale	Non	Tous les 6 mois	1 à 5 ans	Non
P3	39	F	Urbaine	Oui	Tous les 3 mois	5 à 10 ans	Non
P4	68	H	Rurale	Non	Tous les 3 mois	5 à 10 ans	Non
P5	67	H	Rurale	Non	Tous les 3 mois	> 10 ans	Non
P6	49	F	Semi-rurale	Non	Tous les 6 mois	5 à 10 ans	Non
P7	60	F	Urbaine	Non	Tous les 6 mois	1 à 5 ans	Non
P8	62	F	Urbaine	Non	1 fois / mois ou +	> 10 ans	Non
P9	51	F	Urbaine	Non	Tous les 3 mois	1 à 5 ans	Non
P10	70	F	Urbaine	Non	Tous les 6 mois	> 10 ans	Non
P11	22	F	Urbaine	Non	Tous les 6 mois	5 à 10 ans	Non
P12	92	H	Semi-rurale	Non	Tous les 3 mois	5 à 10 ans	Oui

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 12 – Verbatims illustrant les autres résultats

LA PANDÉMIE A CATALYSÉ UNE DÉGRADATION DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT DÉJÀ À L'OEUVRE

A. Du fait de la démographie médicale

P6	"On n'était pas habitués à ça. Et maintenant ben, il faut s'habituer. Parce qu'il y a de plus en plus de monde, il y a de moins en moins de médecins et heu, et voilà, et c'est le contexte aussi qui veut ça je pense. Et avec le COVID par-dessus, alors là…"
P11	"Je pense que c'est pas uniquement lié au COVID (...) Peut-être que maintenant mon médecin elle a tellement de patients (...) qui fait que bah, vu qu'il faut quand même enchaîner les rendez-vous, y a moins le temps de se concentrer vraiment sur un patient, (…) demander bah, « Psychologiquement, est-ce que ça va ? » etc."
M1	"Moi ça m'interroge vraiment sur notre avenir, le système de santé, c'est sûr qu'on arrive à un moment où la démographie médicale est problématique, où les euh…l'accès au médecin traitant est un vrai enjeu (...) et politique et sanitaire."
M9	"Je ne pouvais pas assumer justement les demandes de ces patients, qui étaient de part, plus importantes post-COVID, et par cette augmentation massive de patientèle."

B. Du fait de la dégradation de la santé mentale de la population avec un réseau de soins psychiatriques insuffisant

M11	"J'ai l'impression que je, je, je dois faire un peu le tampon euh, pour les patients, où on est le premier recours ! Si on leur propose de, d'aller voir un psychologue, bah, les délais sont longs (...) Et comme je dis, le réseau d'adressage reste quand même très pauvre ! (...) J'ai, vraiment, je n'arrive plus ! Parce que, effectivement, c'est, je ne vois plus un patient avec un seul motif, ça n'existe plus, des patients avec un motif ! Quand ils un deuxième motif, en général, c'est qu'ils ont des problèmes psychiques d'une manière ou d'une autre !"

C. Du fait de la complexité des consultations, et de la charge administrative croissantes pour le médecin

M9	"Je pense que y a un ras-le-bol aussi de la médecine générale ! Y'a, y'a des abandons, euh il y a des médecins qui arrêtent, et dans cette période post-COVID hein ! Ceux qui n'arrivent pas à se protéger, clairement, ils ont pris de plein de fouet le COVID hein ! Et alors moi, j'ai, je suis assez radical, et j'ai fait un cabinet pour que ce soit radical, pour que, quand je revienne à la maison, ou quand j'ai fini mes consultations, bah j'ai que les biologies, que les courriers à gérer, et les mails des, des professionnels de santé, mais ça, c'est déjà assez chronophage comme ça, et on en meurt !"
M11	"J'ai l'impression que je n'arrive plus à tenir mon rythme (...) J'ai l'impression que les consultations sont (...) devenues vraiment beaucoup plus longues, et plus complexes, et

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

puis euh, moi-même, je ressens que, que ça m'épuise quoi ! (...) Je pense que je ne suis pas, je ne suis pas la seule, qui a ce ressenti-là, que les consultations deviennent plus complexes et que notre rôle a changé euh, ces derniers temps, on est devenus plus coordinateurs. On a de plus en plus de travail administratif, euh, les tâches qui nous permettaient de garder un équilibre entre consultation longue, consultation courte, sont déléguées maintenant à (...) d'autres métiers, (…) ça fait que le travail, je trouve, est devenu plus lourd, et je trouve que ça s'est accéléré par, par, par la COVID…"

D. Du fait de la méfiance croissante envers le discours médical

M10 "Ça a sûrement un peu dégradé globalement le, la, la confiance que les gens ont dans le discours médical, en sachant que, c'est aussi… *[Réfléchit]* lié un traumatisme, qui est encore bien plus important, à mon sens, que la COVID, qui est la, la dégradation, une espèce d'implosion du système médical."

E. Du fait de l'augmentation des exigences des patients de guérison immédiate

M4 "Ça monte en puissance depuis tellement d'années, ça, les gens qui sont exigeants, le « tout, tout de suite », le « je suis pas tolérant » « je suis pas… » « je veux tout » quoi, « je veux être guéri avant d'être malade »… De toute façon, c'est à peu près ça… Premier symptôme, il faut que tout passe… On a perdu ce, cette, ce côté un peu force tranquille de la convalescence qu'on prenait quand moi j'étais petite *[Rire]* (...) Mais depuis des années, c'est pas dû à cette épidémie-là."

F. Du fait de l'omniprésence de l'outil informatique

M6 "Je trouve qu'il y a une déshumanisation, alors à cause de l'informatique surtout, ils sont tous le temps sur les ordinateurs (...) Par rapport à moi, à mon époque, quand je vois l'hôpital, maintenant, je me dis c'est de la folie quoi ! Faut tout noter ce que tu fais, faut tout taper, faut tout rentrer sur informatique, et je trouve que c'est au détriment du patient, quand même. (...) Il ne voit plus personne. Ils se plaignent tous hein, à l'hôpital, qu'ils ne voient pas de médecins, ils ne voient plus les médecins (...) Ils ont un peu l'impression d'être traités comme du bétail quoi. Tu rentres, t'es marqué, puis on vient te chercher. (...) Donc euh je trouve que dans la médecine, il y a une grosse déshumanisation et faut qu'on revienne un peu en arrière."

G. Du fait de l'effondrement global du système de santé

M1 "C'est pas juste lié à un facteur, c'est-à-dire l'infection COVID, c'est multifactoriel, c'est que notre système de santé, il arrive à être un petit peu, il est à bout de souffle, ça fait vingt ans qu'on dit que l'hôpital est malade, et donc du coup avec les restrictions de personnel, de budget, de lits, gérer une situation comme ça, ben on arrive à des situations dramatiques."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

M9	"Il faut redonner de l'argent pour les hospitaliers, euh, qui souffrent énormément, et qui ont pris aussi de plein fouet, et qui n'ont pas du tout revu la couleur de, de leurs efforts hein !"
M10	"C'est aussi… *[Réfléchit]* lié un traumatisme, qui est encore bien plus important, à mon sens, que la COVID, qui est la, la dégradation, une espèce d'implosion du système médical."

H. Du fait du manque de reconnaissance envers les médecins et du désir de contrôle des pratiques par les pouvoirs publics

M2	"Je pense que, qu'on ne se rend pas compte réellement de nos journées de travail (...) On nous a demandé beaucoup sur cette, sur cette crise sanitaire, euh je dis pas qu'on aurait dû être reconnu à ce moment-là mais euh on nous a demandé beaucoup, alors qu'on nous a beaucoup mésestimé par le passé."
M3	"Il faut du temps pour une consultation, donc il faut sûrement réévaluer l'acte de la consultation *[Rires]*, l'aspect financier de la consultation pose question toujours. Mais je pense que nos tutelles n'en ont pas conscience. Certains ministres disaient que, une consultation, c'était maximum 5 à 10 minutes maximum."
M9	"Moi, je me suis inscrit sur la grève. (...) Je pense qu'on a vraiment besoin d'être reconnus ! Euh, et puis qu'on arrête de, de vouloir changer nos pratiques ! Moi j'ai, sur, par exemple les ROSP, sur les, sur les nouvelles recommandations, sur les trucs de bonnes pratiques, on, les rapports du Conseil de l'ordre, les rapports du DS machin, du machin-bidule…(...) Si on a envie de se former, on se forme ! Euh, mais de toute façon, quand on reçoit dix mails par semaine, on ne peut pas les lire ! Et si on les lit, et que c'est contradictoire, et que ça change tout le temps, ça nous met dans l'inconfort ! (...) On veut retourner à de la vraie médecine ! De la médecine qui ne soit pas, euh, pas actée ou dictée par quelqu'un… (...) Je pense qu'on veut notre propre pratique, euh… On veut être libres de faire un petit peu ce qu'on souhaite. (...) Qu'on soit rémunérés comme la moyenne des, de, de ceux de l'Europe, pas les plus bas, ça serait bien qu'on soit rémunérés comme les autres, au minimum ! (...) Enfin, y a un moment où faut qu'on arrête de nous emprisonner, et qu'on nous augmente vraiment, et que, on soit reconnus quoi !"
M11	"C'est pas uniquement, pas uniquement COVID hein, peut être, ça c'est accéléré un peu, mais y'a la grande discussion maintenant aussi, avec des, mouvements de grève, et puis euh, la demande de plus de moyens des libéraux. Ouais, je pense que je ne suis pas, je ne suis pas la seule, qui a ce ressenti-là."

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

DURAND Léa

Lien entre mesures sanitaires liées à la COVID-19 et relation médecin-patient : ressenti des médecins généralistes et des patients de la région Auvergne-Rhône-Alpes

Thèse Médecine Générale : Lyon 2023 ; n°056

RESUME

Introduction. En mars 2020, la pandémie de SARS-CoV-2 (COVID-19) a imposé la mise en place de mesures sanitaires dans les cabinets de médecine générale pour freiner la propagation du virus. L'objectif du travail était d'identifier les effets de ces mesures sur la relation médecin-patient, à travers le ressenti de médecins généralistes et de patients. **Méthode.** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes et douze patients de la région Auvergne-Rhône-Alpes a été conduite de décembre 2021 à décembre 2022, par deux investigatrices. **Résultats.** Certains effets jugés positifs ont été observés sur la relation médecin-patient. Les mesures sanitaires ont été une protection mutuelle vis-à-vis du risque de contamination devenu inhérent à la consultation, la confiance des patients a été renforcée par la posture de détenteur d'informations fiables qu'ils ont attribuée à leur médecin, et ils ont pris conscience de l'importance et de la difficulté de son rôle durant la pandémie. Toutefois, l'étude suggère surtout une dégradation de nombreux aspects de la relation médecin-patient. Les participants ont évoqué une perte de proximité, d'aisance et de convivialité et une diminution du sentiment de sécurité et de réassurance des patients. Médecins et patients ont eu le sentiment d'une relation déshumanisée et impersonnelle. La communication verbale et non-verbale s'est dégradée, entraînant des difficultés à véhiculer les émotions et l'empathie, et certains patients ont eu l'impression d'une perte d'attention de la part du médecin. L'efficacité médicale ressentie de la consultation s'est parfois dégradée, avec une impression de perte d'utilité. Des tensions entre médecins et patients ont été générées par certaines mesures sanitaires. **Conclusion.** Malgré quelques effets positifs, les mesures sanitaires liées à la COVID-19 ont dégradé de nombreux aspects de la relation médecin-patient. Il sera intéressant d'intégrer ces résultats dans les réflexions sanitaires futures.

MOTS CLES : *Relation médecin-patient, Médecine Générale, COVID-19, mesures sanitaires préventives*

JURY

Président : Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART

Membres : Monsieur le Professeur Philippe MICHEL

Madame la Professeure Corinne PERDRIX

Monsieur le Docteur Edouard LEAUNE

DATE DE SOUTENANCE 9 mai 2023

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : 98 rue Saint Alban, 42300 ROANNE

EMAIL : durand.lea623@gmail.com

DURAND
(CC BY-NC-ND 2.0)