



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Influence de la pandémie à COVID-19 sur la relation médecin-patient du point de vue des patients

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2023 à 16 heures
au Pôle Formation
Par Maxime FASQUEL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Assesseur :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Michel CUNIN

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Sommaire

Résumé	4
Introduction.....	6
Méthodes.....	8
I. Approche qualitative et paradigme de recherche.....	8
II. Caractéristiques et réflexivité du chercheur	8
III. Stratégie d'échantillonnage.....	9
IV. Questions éthiques relatives aux êtres humains.....	10
V. Recueil des données et traitement	11
Résultats	13
I. Présentation de la population.....	13
II. Présentation des résultats.....	14
A. Le patient dans le contexte de la pandémie.....	14
B. Le médecin généraliste, point de repère du patient pendant la pandémie.....	16
C. L'importance accordée au professionnalisme du médecin	20
D. Modification des sentiments du patient envers le médecin.....	21
E. Modification des représentations du patient.....	25
F. Modification de la relation médecin-patient durant la pandémie	29
Discussion	32
I. Le modèle explicatif	32
II. Comparaison avec la littérature.....	34
III. Forces et limites	37
A. Forces	37
B. Limites.....	38
IV. Les perspectives.....	39
V. Conclusion.....	40
Bibliographie	41
Annexes	45
I. <i>A priori</i> du chercheur avant le recueil des données et leur analyse.....	45
II. Lettre de présentation aux patients	47
III. Formulaire de consentement.....	48
IV. Récépissé de conformité à la réglementation de la protection des données à caractère personnel.....	49
V. Le guide d'entretien	50
VI. Tableau 2 - Traduction française des normes SRQR.....	52

Résumé

Contexte : La pandémie à COVID-19 a bouleversé l'ordre mondial et a profondément modifié les pratiques des médecins généralistes lors de sa phase initiale. Ces changements rapides survenus dans un contexte de peur et d'inconnu semblaient à même de modifier la relation médecin-patient. L'objectif de ce travail était d'étudier l'influence de la pandémie à COVID-19 sur la relation médecin généraliste-patient en soins premiers du point de vue des patients.

Méthode : Cette étude qualitative inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative était réalisée à travers des entretiens compréhensifs réalisés 2 ans après le début de la pandémie. Cette méthode était choisie car elle était la plus appropriée pour étudier en profondeur le vécu de la pandémie par les patients dans le cadre de leur relation avec leur médecin généraliste.

Résultats : 7 patients ont été interviewés. L'étude a permis de mettre en évidence une modification des sentiments des patients à l'encontre de leur médecin, associée à une modification des représentations de la médecine et du médecin généraliste. Ces changements pouvaient entraîner un développement durable de la relation vers un renforcement ou une fragilisation. Ces phénomènes étaient dépendants du professionnalisme du médecin, mais aussi des événements forts de la pandémie comme le confinement, l'influence des médias ou les décisions du Gouvernement.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en évidence la capacité de la pandémie à modifier durablement la qualité de la relation médecin-patient. Or la qualité de cette relation est importante car elle influence directement la qualité des soins. La compréhension des facteurs ayant influencé la relation pendant la pandémie pourrait aider les médecins généralistes à préserver la qualité de cette relation à l'avenir dans un contexte similaire.

Introduction

L'infection à SARS-CoV-2 (COVID-19) a entraîné la crise sanitaire avec le plus de retentissements médicaux, sociaux et économiques en France depuis la pandémie grippale de 1918 (1–3).

Les premiers cas ont été recensés en Chine en novembre 2019, puis l'épidémie s'est rapidement propagée dans le monde entier (4). Le nombre de cas est devenu exponentiel en quelques mois et, le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclarait officiellement la situation de pandémie à COVID-19 (5–7). Le monde était alors pris au dépourvu et les systèmes de santé dépassés. Une hausse importante de la mortalité liée à la COVID-19 était constatée (8,9), tandis qu'un climat de peur s'installait, largement entretenu par les médias (10,11).

Les médecins généralistes étaient parmi les soignants en première ligne au début de la crise. Ils faisaient face à des situations inédites et devaient faire preuve d'une grande adaptabilité pour assurer la continuité des soins tout en garantissant de bonnes conditions de sécurité à leurs patients (12). L'organisation des cabinets était repensée en conséquence avec la limitation de la capacité d'accueil en salle d'attente, le retrait des jouets et des brochures et la fin des consultations sans rendez-vous. Le rapport humain était modifié par la distanciation physique nécessaire, les parois transparentes entre le médecin et le patient, le port de la blouse et du masque par le médecin (13).

Parallèlement, le Gouvernement prenait des mesures à l'échelle nationale pour endiguer la pandémie au prix d'une restriction des libertés. Parmi les mesures notables figuraient les confinements, l'application des passes sanitaires et vaccinaux et la déclaration obligatoire des patients infectés par le virus Sars-CoV2 (14–18).

Un an après le début de la pandémie, ses conséquences à moyen terme apparaissaient : retard de diagnostic et de prise en soins de maladies graves, décompensation de maladies chroniques chez des patients perdus de vue (8,19,20). Enfin, quand la vaccination était mise à disposition de la population générale, elle suscitait de la méfiance et recevait un accueil mitigé (21).

Le contexte de la pandémie générait des interrogations chez le chercheur. Par exemple, le manque d'informations fiables et les controverses médicales (22) semblaient à même de décrédibiliser le corps médical. Ensuite, le cabinet devait apparaître moins convivial aux yeux des patients, en raison de l'application des mesures barrières. La téléconsultation cependant semblait bien accueillie par les patients, mais certains refusaient de l'utiliser. Peut-être considéraient-ils qu'elle effritait le rapport humain et ne permettait pas de remplacer une consultation au cabinet ? Ces réflexions constituaient une partie des *a priori* du chercheur (annexe 1).

La relation entre un médecin et son patient est complexe, unique et aux multiples influences. Le médecin généraliste est un médecin de premier recours et un interlocuteur privilégié en cas de problème de santé, il est le coordinateur du parcours de soins et un détenteur du secret médical. De la qualité de la relation dépend donc la qualité des soins.

Par sa gravité et son ampleur, la pandémie a profondément bouleversé les modes de vie des patients et la pratique des médecins généralistes. Dans quelle mesure ces bouleversements ont-ils influencé le développement de la relation médecin-patient ? L'objectif de ce travail était d'étudier l'influence de la pandémie sur la relation médecin-patient du point de vue des patients, afin d'aider les médecins généralistes à comprendre leurs patients dans un contexte similaire.

Méthodes

I. Approche qualitative et paradigme de recherche

L'objectif de ce travail était d'étudier l'influence de la pandémie sur la relation médecin-patient du point de vue des patients. Pour répondre à cette question de recherche, la méthode la plus adaptée était une étude qualitative par analyse phénoménologique interprétative (IPA) avec des entretiens approfondis.

II. Caractéristiques et réflexivité du chercheur

Il s'agissait de la première étude qualitative réalisée par le chercheur.

Le chercheur s'est formé aux méthodes de l'IPA par la lecture de deux ouvrages :

- *L'entretien compréhensif* de Jean-Claude Kaufmann 4^e édition, éditions Armand Colin
- *L'initiation à la recherche qualitative en santé, le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire* sous la direction de Jean-Pierre Lebeau, éditeur Wolters Kluwer

Le chercheur postulait que les changements induits par la pandémie dans le quotidien des patients et des médecins entraînaient des modifications dans la relation médecin-patient.

Un journal de bord était tenu tout au long de l'étude pour rendre compte de la réflexivité du chercheur.

III. Stratégie d'échantillonnage

Les entretiens étaient réalisés entre le 6 avril 2022 et le 9 novembre 2022, soit 2 ans après la phase aiguë de la pandémie en France.

La population étudiée était constituée de patients suivis par un médecin généraliste, le recrutement était effectué par un échantillonnage raisonné de patients volontaires.

L'échantillon était homogène sur les critères d'inclusion et diversifié sur les caractéristiques d'intérêt des patients.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être suivi par le même médecin généraliste avant et pendant la pandémie
- Avoir un suivi régulier ayant permis le développement d'une relation médecin-patient, ce suivi régulier était défini par le chercheur comme :
 - Suivi depuis au moins 3 ans
 - Rencontres au minimum 1 fois tous les 2 ou 3 mois

Les caractéristiques d'intérêt étaient :

- Âge
- Lieu de vie
- Ancienneté du suivi
- Milieu socio-professionnel
- Existence ou non d'une expérience de vie particulière ayant pu influencer la relation médecin-patient au cours de la pandémie

Le recrutement était réalisé selon deux méthodes :

- Par sollicitation directe d'une connaissance du chercheur
- Sur recommandation d'un tiers proche du participant (*snowball sampling*, ou échantillonnage en boule de neige)

Dans un premier temps, un recrutement sur recommandation de confrères médecins généralistes était réalisé. En raison des difficultés rencontrées (absence de réponse, délai de réponse trop important, mise en relation avec des patients ne répondant pas à tous les critères d'inclusion) cette méthode était rapidement abandonnée.

Les entretiens étaient réalisés jusqu'à suffisance des données, obtenue au 5^e entretien et confirmée par les 2 entretiens suivants quand l'analyse ouverte ne mettait plus en évidence de nouveaux thèmes.

IV. Questions éthiques relatives aux êtres humains

Les patients étaient contactés par le chercheur par mail ou téléphone.

Une lettre d'information présentant le sujet de la thèse et un formulaire de consentement étaient envoyés aux patients par mail ou voie postale (annexes 2 et 3). Le consentement éclairé des patients était recueilli pour chaque entretien après un délai de réflexion d'au moins une semaine. Le formulaire de consentement était complété et signé par le participant et le chercheur avant l'entretien. Un exemplaire du formulaire de consentement était conservé par le participant.

Le verbatim obtenu après la retranscription des entretiens était anonymisé.

Le délégué à la protection des données (DPO) de l'université de Lille était contacté pour s'assurer du respect du cadre légal de la thèse. Après étude du projet, un

récépissé de conformité à la réglementation de la protection des données à caractère personnel était délivré au chercheur (annexe 4).

Il n'était pas nécessaire de réaliser une demande d'approbation complémentaire auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

L'avis d'un comité de protection des personnes (CPP) et d'un comité d'éthique n'a pas été demandé car cette étude s'inscrit dans la méthodologie de référence MR-004.

V. Recueil des données et traitement

Si le participant donnait son accord pour participer à l'étude, un lieu de rendez-vous était alors défini à sa convenance.

Tous les patients choisissaient de réaliser l'entretien de façon présente à leur domicile, à l'exception de l'entretien 4 qui était réalisé par visioconférence.

Les entretiens se déroulaient de manière individuelle dans une pièce au calme.

Un guide d'entretien était réalisé par le chercheur pour l'aider à mener ses entretiens.

Il était composé de questions ouvertes et n'était pas suivi scrupuleusement en raison de la nature de l'entretien compréhensif.

Le guide d'entretien était de moins en moins utilisé au cours des entretiens, au fur et à mesure que le chercheur gagnait en expérience. Son rôle se confinait progressivement à une liste consultée en fin d'entretien afin de vérifier que les sujets principaux avaient été abordés.

La version finale du guide d'entretien est disponible en annexe 5.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'une application dictaphone installée sur le téléphone portable du chercheur.

Les enregistrements servaient de base à la retranscription mot pour mot des entretiens.

L'intégralité de la retranscription était relue, mise en forme et anonymisée par le chercheur.

Tous les enregistrements audios étaient supprimés à la fin de la rédaction de la thèse.

L'ensemble des résultats de l'analyse ouverte était triangulé par AR, co-chercheuse en recherche qualitative.

Résultats

I. Présentation de la population

7 patients ont été interviewés.

La suffisance des données a été obtenue dès l'entretien 5 et confirmée par les entretiens suivants grâce à l'absence d'émergence de nouveaux thèmes.

Les entretiens ont été réalisés sur une période de 7 mois entre le 6 avril 2022 et le 9 novembre 2022, soit 2 ans après la phase aiguë de la pandémie.

Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 1.

Patients	Âge	Catégorie socio-professionnelle	Lieu de vie	Antériorité du suivi	Fréquence du suivi	Particularité / expérience de vie ayant motivé le recrutement	Durée de l'entretien
1	82 ans	Institutrice retraitée	Rural	10 ans	Trimestriel	/	56 min
2	54 ans	Policier	Semi-rural	15 ans	Mensuel	/	1 h 27 min
3	58 ans	Cadre d'entreprise	Rural	29 ans	Mensuel	/	1 h 12 min
4	36 ans	Éditrice	Citadin	7 ans	Trimestriel	/	1 h 27 min
5	51 ans	Policier	Rural	4 ans	Mensuel	Expérience négative avec le MG au début de la pandémie	1 h 13 min
6	79 ans	Infirmière hospitalière retraitée	Citadin	17 ans	Bimestriel	Patientte professionnelle de santé	1 h 15 min
7	58 ans	Cheffe de service en mairie	Rural	15 ans	Mensuel	Cancer découvert durant la pandémie	1 h 17 min

Tableau 1 : présentation des patients

II. Présentation des résultats

A. Le patient dans le contexte de la pandémie

1) *Peurs et inquiétudes des patients pendant la pandémie*

La pandémie était vécue par les patients comme une période angoissante et un bouleversement dans leur mode de vie. Ils vivaient dans la peur d'être contaminés par le Sars-CoV2 et d'en mourir, ou de perdre un proche, victime de cette maladie. Cette peur était plus prononcée chez les patients à risque d'une forme grave d'infection à la COVID-19.

« Ça faisait peur quand même hein ? On savait pas jusqu'où ça pouvait aller. Au début, on n'avait pas de vaccin. C'était quand même redoutable. » P3

La pandémie engendrait des inquiétudes inédites chez les patients soignés pour une maladie grave : la crainte d'une perte de chance à cause de la déprogrammation des soins. Cette peur était exacerbée par leur vulnérabilité à une forme grave d'infection à la COVID-19. Ces patients affrontaient la maladie de manière isolée en raison des confinements. Ils se rendaient seuls en consultation à l'hôpital, sans le soutien de leurs proches, ce qui accentuait leur peur et leur souffrance psychologique.

« Ils annulaient toutes les opérations, tout ça, et moi j'avais une super angoisse, c'est qu'en fait ils annulent mon... Que je sois pas prioritaire. » P7

Les patients exprimaient enfin des inquiétudes quant à l'avenir de notre système de santé. Ils constataient progressivement un retour à la vie « normale », précédant la pandémie, sans avoir l'impression que des leçons aient été tirées par le Gouvernement et la population générale. Ces patients craignaient que notre système de santé et la

qualité des soins continuent à se dégrader, sans que des mesures soient prises pour améliorer la situation.

« Ça va impacter beaucoup le milieu de la santé. Ça va impacter beaucoup... Beaucoup de choses, et on verra pas tout de suite les conséquences. » P4

2) Influence de l'information et des connaissances médicales des patients

Dans le contexte de pandémie, l'information a joué un rôle crucial dans la création, l'entretien et l'aggravation des angoisses des patients. Elle était décrite comme anxiogène, envahissante, inexacte et incohérente.

« On l'avait à la télévision, en permanence, c'était le JT, 100 % du JT avec ça. » P3

« Ce qui me chiffonne un petit peu sur cette période c'est que... L'information à la télé euh... L'information, la désinformation le... Ça on sait pas trop où on va. » P2

Il s'agissait d'un battage médiatique qui avait duré plusieurs mois et qui était mal vécu par beaucoup de patients. Ceux-ci essayaient de limiter leur recours à l'information pour se protéger et réduire leurs angoisses. Cependant, quelques patients tiraient un bénéfice de l'information. Ceux-ci possédaient des connaissances médicales par leur profession ou leur expérience personnelle et pouvaient exercer plus facilement leur esprit critique sur le flot quotidien d'informations. Ces patients étaient sensibilisés grâce aux informations sur la gravité de la pandémie, ce qui leur permettait de mieux appréhender la situation.

« Bah on était quand même pas mal informés hein ? Quoi on critique la télé, mais je pense que quand même, quand t'es sensibilisé, ça t'a rendu quand même bien service. » P6

Ces patients avec des connaissances médicales tiraient également bénéfice de ces connaissances dans leurs interactions avec leur médecin. Elles leur permettaient d'échanger plus facilement au sujet de la pandémie et de mieux comprendre leur médecin et les difficultés qu'il traversait pendant cette période.

« Bon ça elle, elle en parlait. Bah elle sait aussi que j'ai travaillé à l'hôpital, donc euh si tu veux, peut-être que les autres personnes elles les abordaient pas pareil. » P6

Pour les patients n'ayant pas de connaissances médicales particulières, le recours aux médias pouvait suffire pour rester informés. D'autres avaient recours à leur médecin pour obtenir des informations complémentaires sur la pandémie. Enfin, des patients éludaient volontairement le sujet de la pandémie avec leur médecin, souhaitant échapper à un quotidien pénible et oppressant.

« On était focalisés sur le... La raison pour laquelle le patient venait le voir, et puis on... C'était pas trop développé ce truc, la pandémie. On allait pas en rajouter quoi, c'était largement suffisant comme ça. » P3

B. Le médecin généraliste, point de repère du patient pendant la pandémie

1) Un besoin de lien social avec le médecin

Dans ce contexte de peur entretenue par les médias, le médecin traitant apparaissait comme un point de repère pour les patients à travers la pandémie. Les confinements entraînaient un isolement et des souffrances psychologiques chez les patients.

« J'étais toute seule à la maison, c'était chiant ! tu fais 4 apéros skype et cætera donc euh... Et puis au bout d'un moment il faut quand même avoir une vie sociale euh... Enfin moi je suis un très gros animal sociable, donc j'ai besoin de sociabilité. » P4

Dans ce contexte, les consultations avec le médecin étaient une façon pour les patients de conserver une part de vie sociale.

Afin de limiter les déplacements de la population et la transmission de la COVID-19, la téléconsultation médicale a été instaurée. Cependant, cette méthode n'était pas toujours bien accueillie par les patients. Certains mettaient en avant leurs besoins de liens sociaux et d'échange direct avec leur médecin.

« J'ai besoin... Alors peut-être aussi c'est un besoin que moi j'ai, d'avoir un... Quelqu'un aussi en face de moi, plus palpable, euh... Notamment comme ça touche à sa santé, j'ai besoin de voir aussi la personne. » P4

Les faiblesses de la téléconsultation étaient aussi soulignées, telles que l'absence d'examen clinique, gage de sérieux et de professionnalisme du médecin. Les patients souffrant de handicaps sensoriels soulignaient également les limites de la téléconsultation. Enfin, les patients âgés craignaient ne pas avoir les compétences nécessaires pour utiliser un ordinateur et réaliser une téléconsultation.

2) Le médecin généraliste, un médecin de premier recours

Le médecin gardait son rôle de premier recours pour de nombreux patients.

« J'ai continué à aller le voir à chaque fois que j'avais un problème. » P4

Des patients qui avaient été soignés à l'hôpital pour une maladie grave se sentaient parfois mieux accompagnés par leur médecin que dans les services hospitaliers. Ces

patients avaient l'impression de déranger quand ils consultaient à l'hôpital pour un autre motif que la COVID-19. Dans ce contexte, la disponibilité du médecin généraliste était importante. Cette disponibilité était souvent inchangée par rapport à l'époque précédant la pandémie, mais elle était mise en valeur par un sentiment d'inaccessibilité aux soins hospitaliers.

« Je trouve que c'était à l'hôpital qu'on était mal accompagné » P7

« Il fallait dégager... C'était l'hôpital... Il fallait de la place. » P7

3) La figure rassurante du médecin généraliste

L'attitude calme et professionnelle du médecin pendant la pandémie était louée par les patients.

« J'avais pas l'impression qu'il y avait un stress de sa part euh... Sur les consultations. Et du coup il y avait pas spécialement plus de stress pour les patients. » P4

Le médecin était une figure rassurante pendant la pandémie et l'application des mesures barrières au cabinet confortait cette image dans l'esprit des patients.

« Toutes les précautions, les distances elles étaient respectées. Euh ouais... Du moins que... Tu te sentais pas en danger, ni dans son cabinet, ni à la pharmacie. » P6

Paradoxalement, des patients expliquaient que les mesures barrières augmentaient leur anxiété car elles cristallisaient pour eux la gravité de la pandémie.

« Bah on... On angoisse parce que... On sentait, du fait des précautions qu'ils faisaient, qu'eux-mêmes ils avaient peur quoi... » P7

4) *Le rôle de conseil du médecin généraliste*

L'incohérence des informations était parfois à même de décrédibiliser le Gouvernement et l'image de la médecine.

« Bah moi je me demandais mais je... Ils savent de quoi ils parlent ou pas eux ? Ils sont médecins ? Pas médecins ? » P2

Cependant, les patients n'en tenaient pas rigueur à leur médecin, estimant qu'il était autant qu'eux victime des fausses informations.

« T'en veux pas à ton médecin pour ça. Ton médecin il est dans la même situation que toi. » P4

Des patients avaient d'ailleurs recours à leur médecin pour les informer sur la pandémie.

« Quand il y a eu le début de pandémie, je lui ai demandé les risques euh... Pour moi. » P2

5) *L'importance d'une relation de confiance préétablie*

Le rôle du médecin comme point de repère pendant la pandémie n'aurait pas été possible sans une relation de confiance bien établie. Cette confiance permettait au médecin de jouer un rôle important pour conseiller les patients dans les décisions concernant leur santé, certains s'en remettaient entièrement à lui.

« Puis voyant le nombre de gens qui se faisaient vacciner, le conseil de mon médecin traitant... S'il m'avait dit : bah non, moi je le fais pas parce que j'y crois pas trop, je

l'aurais pas fait. D'où la confiance du médecin. Il m'a dit : si, si, il faut le faire. Voilà, je l'ai fait. » P2

C. L'importance accordée au professionnalisme du médecin

La pandémie avait entraîné l'apparition de nouvelles problématiques de santé. Dans ce contexte, les patients consultaient avec de nouvelles interrogations et de nouvelles attentes auxquelles les médecins avaient essayé de répondre en adaptant leur pratique.

Le professionnalisme du médecin jouait un rôle important pour répondre aux besoins du patient, ce qui influençait le développement de la relation. Les patients qui partageaient une relation de qualité avec leur médecin par le passé étaient satisfaits de leur prise en soins pendant la pandémie, si le professionnalisme du médecin était maintenu.

« La relation avec le médecin depuis deux ans... bah euh... La relation bah elle est toujours pareille, toujours la même confiance. » P2

En revanche, les patients qui n'étaient pas satisfaits du professionnalisme du médecin par le passé voyaient ses insuffisances mises en exergue par la pandémie. Ces insuffisances mettaient en péril l'équilibre de ces relations construites sur des bases incertaines.

« C'était une expérience assez désagréable et c'est justement, comme je disais, c'est dans le fait qu'il y a quelque chose d'important, c'est là que j'ai vu la vraie personnalité euh... Le vrai caractère de cette personne et qui... Voilà. Il s'est permis de me juger

pour quelqu'un que je ne suis pas euh... Voilà, là il y avait quelque chose de grave, ça va pas. On peut pas compter dessus. » P5

D. Modification des sentiments du patient envers le médecin

Le professionnalisme du médecin et les événements de la pandémie concourraient au développement de sentiments positifs ou négatifs du patient à son égard.

1) Sentiments renforçant la relation avec le médecin

Les patients exprimaient de l'admiration et du respect pour leur médecin, ils admiraient son abnégation par son exposition au danger et ses capacités d'adaptation.

« Je pense qu'on voit les... Les médecins d'un autre... D'un autre point de vue je crois. Je sais pas, ils ont été en première ligne quand même. Ils l'ont tous chopé hein ? Ils ont tous chopé le COVID, hein nos médecins ? Donc on se dit ils ont quand même été en première ligne... Je dis pas, pas comme des héros entre guillemets, mais je trouve qu'ils ont eu du courage quand même quoi. » P7

Des patients se montraient prévenants envers leur médecin : ils se souciaient de son bien-être et prenaient des dispositions pour faciliter son travail et éviter de l'exposer au danger d'une contamination.

« Je faisais systématiquement un PCR avant d'aller le voir. » P4

La pandémie a sensibilisé les patients aux dysfonctionnements de notre système de santé, ce qui a développé chez eux de la compassion et de l'empathie.

« J'ai peut-être plus de compassion, ouais, certainement que je me rends compte euh... Effectivement, de tout ce que ça peut impliquer euh... Les crises sanitaires maintenant, effectivement, dans le milieu médical. » P4

Ces sentiments s'exprimaient avec de la compréhension et de l'indulgence quand le médecin ne pouvait pas répondre à leurs demandes dans ce contexte inédit.

« Même si des fois y avait des points d'interrogation, ils savaient pas trop, mais ils avaient quand même l'honnêteté de le dire et ça j'ai apprécié. J'appréciais même si moi je repartais avec rien sous le bras. » P5

Pendant un temps, la peur faisait naître des préjugés dont étaient victimes les professionnels de santé. Il s'agissait de discrimination venant de leur entourage qui craignait qu'ils soient vecteurs de la COVID-19. Des patients exprimaient de l'indignation pour ces préjugés et les mauvais traitements subis par les médecins à cette époque.

« J'ai été si tu veux, estomaquée de voir euh... Que les gens qui étaient dans les professions médicales étaient malmenés par leurs voisins. » P4

Cette indignation s'accompagnait d'un sentiment de colère et d'une prise de parti pour le médecin.

« On va s'en prendre à ces gens-là, aux médecins aux infirmiers, alors que c'est peut-être pas à eux qu'il faut s'en prendre, c'est beaucoup plus haut. » P2

Enfin, les patients éprouaient de la reconnaissance pour leur médecin, pour avoir assuré la continuité de leurs soins et pour être resté professionnel à travers la pandémie malgré les difficultés rencontrées.

« Là-dessus, je lui dis bravo parce que... Il a essayé de faire un maximum pour protéger tout le monde, de protéger ma belle-mère, de protéger ses patients. » P7

2) Sentiments fragilisant la relation avec le médecin

Les patients qui exprimaient une insatisfaction de leur prise en soins la rattachaient à une insuffisance de professionnalisme du médecin. Cette insuffisance entraînait des sentiments négatifs avec des conséquences délétères sur la relation.

Quand la crise sanitaire débutait en France, les médecins étaient confrontés à de nouvelles problématiques médico-sociales, sans cadre légal pour les aider à prendre des décisions.

« Parce que à la télé ils disent : ouais, faut être confiné, faut être confiné, mais bon. Ils disent pas comment il faut faire non plus. Y'a pas d'explications, il faut se débrouiller. »

P5

« Je peux très bien comprendre que les médecins ils sont sous pression parce qu'avec cette histoire de COVID ils savent pas trop où il en est, ils peuvent pas répondre à toutes les questions. Plus la sécu derrière qui... Qui tarde à rendre les choses plus faciles. » P5

Souvent, ces problématiques apparaissaient du jour au lendemain et les textes de loi pour les encadrer étaient publiés avec un délai de quelques jours. Dans l'intervalle, les médecins étaient confrontés à des dilemmes et devaient trouver seuls une solution aux demandes des patients.

« Il faisait un arrêt de travail à quelqu'un qui était pas malade. Je pense que ça, ça devait certainement l'embêter aussi. » P5

Les décisions alors prises par le médecin pouvaient être source d'incompréhension pour le patient.

« Donc c'est ça qui m'a agacé un peu, c'est que je voulais faire le nécessaire pour me protéger et c'est un médecin qui ne... Lui ne voulait pas. Et s'il pouvait pas le faire à cause d'histoires de protocoles de la sécu... » P5

Le médecin devait aussi être réactif pour appliquer rapidement les mesures barrières pour protéger ses patients. Ces mesures procuraient un sentiment de sécurité aux patients, et dans le cas où les dispositions prises par le médecin semblaient insuffisantes, le patient développait un sentiment d'insécurité.

« J'avais peur qu'il retire son masque et qu'il me prenne dans les bras... » P5

Des patients ressentait un éloignement avec leur médecin, en raison des mesures barrières, du confinement et des injonctions du Gouvernement à limiter le recours aux médecins généralistes.

« Donc c'était bizarre quand même hein. J'ai trouvé que euh, on prenait ses distances, par la force des choses hein ? Les distances étaient imposées. » P3

Enfin, des patients reprochaient à leur médecin de la négligence et un désintéressement de leurs patients. Ce sentiment naissait alors que le médecin était dépossédé de certaines missions, en raison de l'état d'urgence sanitaire, alors que dans l'esprit des patients ces missions incombaient toujours à leur médecin.

« J'ai trouvé que... C'était bizarre car au moment des vaccins, elle ne m'a pas parlé de la vaccination euh... Rien du tout. » P1

« J'ai trouvé ça... Limite. Parce que euh... C'était son rôle, je... Enfin je pense personnellement, d'aborder le sujet parce que... Je... J'étais concerné ayant plus de quatre-vingts ans. » P1

Le développement de sentiments négatifs se teintait de désillusion, de regrets ou de nostalgie. Ces sentiments contribuaient à fragiliser la relation et à modifier défavorablement les représentations du patient envers son médecin.

« En le revoyant, je me demande encore si... S'il savait bien tout ce que... Voilà, s'il me connaissait encore bien. Tiens euh... Alors que je le vois, que je le connais depuis euh 25-30 ans. » P3

E. Modification des représentations du patient

Les événements de la pandémie et la modification des sentiments du patient entraînaient un changement de ses représentations sur son médecin et la médecine.

1) Humanisation de la figure du médecin généraliste

Les patients soulignaient la figure humaine de leur médecin, plus développée que par le passé.

Cette figure humaine était perçue de deux manières :

- L'humanité du médecin définie par ses compétences relationnelles

« Je le trouve plus proche, plus humain plus... Voilà... » P7

- Le statut humain du médecin, au sens d'une personne confrontée aux mêmes difficultés que ses patients

« On a peut-être eu très, très peur mais euh... Mais ils devaient avoir peur autant que nous, et puis eux ils passaient leur temps à voir des malades. » P4

2) Déshumanisation de la figure du médecin généraliste

À l'inverse, d'autres patients ressentait une déshumanisation de leurs rapports avec leur médecin. Ce sentiment était exacerbé par la diminution de la convivialité dans la relation avec l'application des mesures barrières.

« Je pensais que... On avait une relation euh... Qu'il nous connaissait bien, et puis euh... C'est un médecin de famille, je pensais qu'il était... Et puis je me rends compte que bah finalement euh, on est peut-être que des patients euh... Lambda. » P3

Ces patients rapportaient des consultations plus courtes et concises pendant la pandémie, avec moins d'affects, ce qui renforçait un sentiment d'appauvrissement de la qualité de la relation et une déshumanisation de la médecine.

« Oh c'était plus rapide. C'était vraiment factuel, par rapport aux, aux besoins. Aux, aux symptômes et puis ordonnance. » P3

3) Un médecin généraliste débordé et moins accessible

Avec le battage médiatique, les patients développaient la conception d'un système de soins en permanence saturé et au bord de la rupture. Ils imaginaient alors leur médecin

traitant faisant face à ces difficultés et ils évitaient de le consulter, de crainte de le déranger et de lui apporter une charge de travail supplémentaire.

« Ouais fort débordé avec la... Avec le COVID, et c'est vrai que... Je pense qu'on le dérangeait mais vraiment pour des trucs graves quoi. On n'osait pas aller... » P7

Ceci entraînait des négligences pour des maladies parfois graves et aux conséquences potentiellement mortelles.

« Y'a des gens qui ont eu peur, qui ne se sont pas soignés pour des choses qui ne... Qui ne voulaient pas déranger le médecin. » P7

4) Un médecin généraliste vecteur de maladie contagieuse grave

Des patients se représentaient le cabinet du médecin comme un lieu dangereux à cause du risque de transmission de la COVID-19.

La représentation du cabinet comme un lieu de transmission de maladies existait avant la pandémie, mais elle s'était amplifiée avec la COVID-19, qui lui apportait une dimension plus grave et létale.

« Avant j'y songeais, pour les petites maladies, mais je pensais pas à un microbe comme ça qui allait nous tomber dessus quoi. » P7

5) Développement de la solidarité des patients

La pandémie a développé la solidarité des patients.

« Je pense qu'on en... On prend... Plus soin des... Des autres, de... De nos proches peut-être, on fait plus attention. Je pense que ça a changé. Notre relation à l'autre a changé. » P7

Cette solidarité avait un retentissement positif sur le médecin car les patients étaient conscients de sa vulnérabilité, car une entorse à l'application des mesures barrières pouvait l'exposer à un risque de contamination.

6) Une médecine scientifique plus faillible

La confusion engendrée par la pandémie était entretenue par les médias et les messages contradictoires du Gouvernement et des instances de santé.

L'image d'une médecine scientifique toute puissante était mise à mal par les débats qui décrédibilisaient la profession, ainsi que l'impuissance à contrôler la pandémie à sa phase initiale.

« On se demande qui est à la tête de tout ça. Est-ce que c'est de la vraie information ? Est-ce que c'est de la désinformation ? Est-ce qu'on nous dit ça pour nous faire plaisir ? Est-ce qu'on nous dit ça pour nous faire peur ? Euh... Enfin bon... On sent ouais... Un petit peu... Un petit peu de flottement. » P2

7) La santé des patients considérée à travers le spectre de la COVID-19

La pandémie a monopolisé le paysage médiatique et a amené les patients à considérer leur santé à travers le spectre de la COVID-19. Ils s'interrogeaient sur l'influence de

ce virus sur leur santé, se demandant s'il pouvait être responsable de l'apparition de nouveaux troubles chez eux à distance de la contamination.

« À un moment donné, je me suis fait deux fractures et une mauvaise blessure au travail euh... Il n'y a pas de hasard. C'est, il y a... Alors c'est soit lié au travail, soit accentué par le COVID, je sais pas... » P3

8) Un médecin généraliste relégué au second plan

Le rôle du médecin et la place qu'il occupe dans le système de santé ont été modifiés dans les représentations des patients.

« Il arrive au second plan, une place secondaire, il a... Il est plus, il oui... Il arrive au second plan. » P3

Cette représentation était la conséquence du sentiment d'éloignement, et du fait que le médecin était dépossédé de certaines missions en raison de l'état d'urgence sanitaire. La mise de l'hôpital au-devant de la scène médiatique avait par ailleurs contribué à renforcer cette représentation.

F. Modification de la relation médecin-patient durant la pandémie

La modification des représentations et des sentiments influençait le développement de la relation médecin-patient au cours de la pandémie.

Chaque relation étudiée était unique et a évolué selon une fragilisation, une stabilité ou un renforcement du lien entre le médecin et son patient.

1) Fragilisation de la relation

Les patients qui éprouvaient une fragilisation de leur relation avaient rencontré des difficultés de communication avec leur médecin et lui reprochaient un manque de professionnalisme pendant la pandémie.

Ces patients compensaient ces lacunes en faisant appel à un autre médecin, ou une personne possédant les qualités qu'ils recherchaient et faisant défaut au médecin traitant.

Les patients qui ressentaient une fragilisation de leur relation déclaraient avoir perdu confiance dans les capacités du médecin à les soigner correctement.

« Mais je dis pas qu'on met en doute sa parole, pas du tout. Mais... C'est un peu... On, on écoute peut-être d'une oreille un peu plus distraite. » P3

Dans un cas unique, cette fragilisation aboutissait à une rupture définitive de la relation, à l'initiative du patient.

« Alors qu'il était très bien au départ, donc voilà. Donc ça s'est bien passé avec l'ensemble des médecins à qui j'ai eu à faire pour mon histoire de COVID, sauf mon médecin généraliste. D'ailleurs, j'ai changé depuis et j'en ai un autre. » P5

2) Stabilité de la relation

Les relations décrites comme stables à travers la pandémie étaient construites sur des fondations solides, avec un rapport de confiance établi et un médecin apprécié par le patient pour son professionnalisme et ses qualités relationnelles.

D'autres relations étaient décrites stables même si elles n'apportaient pas entière satisfaction au patient. Dans ce cas, les patients mettaient en jeu des mécanismes de compensation, comme la résilience, ou ils faisaient appel à d'autres ressources pour pallier les défauts qu'ils reprochaient à leur médecin.

3) Renforcement de la relation

Les épreuves communes traversées par le médecin et le patient contribuaient à resserrer les liens dans les relations de bonne qualité avant la pandémie.

« Je trouve qu'il était plus proche encore. » P7

Les patients qui partageaient des points communs avec leur médecin ressentait une proximité plus forte avec lui, qu'il s'agisse d'appartenir à la même tranche d'âge, d'avoir été malade de la COVID-19, ou de surmonter une autre maladie pendant la pandémie.

« Donc c'est vrai que le fait que tous les deux on ait eu un... Un gros truc, je dis pas qu'on est frère et sœur dans la maladie, mais vous voyez ce que je veux dire ? Euh... Quelqu'un qui a... Qui a eu des gros problèmes de santé et quelqu'un aussi qui a eu des problèmes de santé, on comprend mieux... Enfin on se comprend mieux quoi. »

P7

Discussion

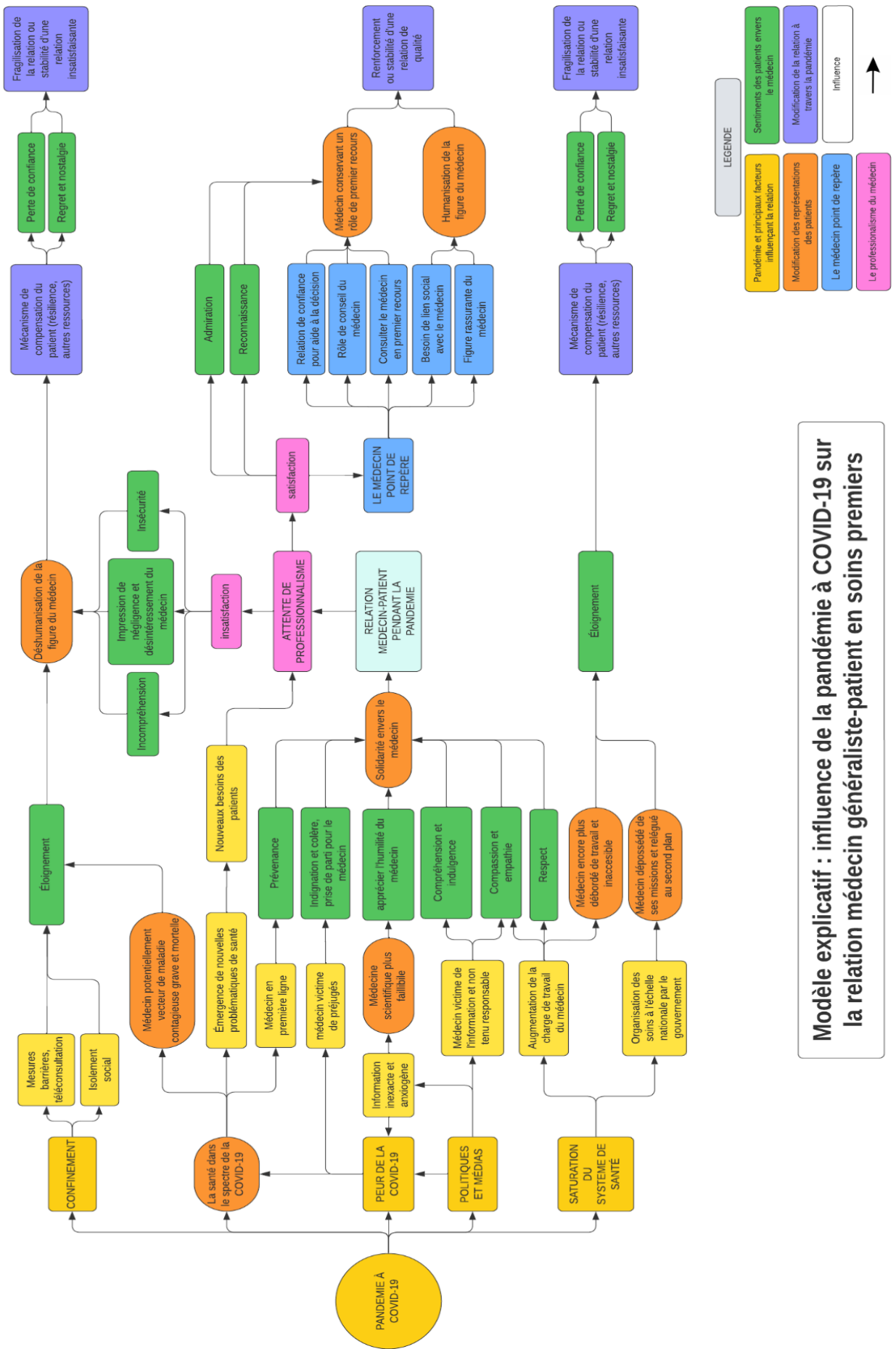
I. Le modèle explicatif

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence les éléments forts de la pandémie qui semblent avoir le plus influencé le développement de la relation médecin-patient. Ces éléments sont à l'origine du développement de nouvelles représentations du médecin dans l'esprit des patients.

Par son professionnalisme, le médecin agissait comme un point de repère pour ses patients à travers la pandémie. Le professionnalisme jouait également un rôle dans le développement de nouvelles représentations.

L'intrication des éléments forts de la pandémie, du professionnalisme du médecin et des nouvelles représentations faisaient naître des sentiments chez les patients. Ces sentiments pouvaient conduire eux-mêmes au développement de nouvelles représentations.

Enfin, selon leur nature, les représentations et les sentiments influençaient le développement de la relation vers un renforcement, une stabilité ou une fragilisation.



Modèle explicatif : influence de la pandémie à COVID-19 sur la relation médecin généraliste-patient en soins premiers

II. Comparaison avec la littérature

L'influence des médias pendant la pandémie a été largement étudiée. Un néologisme caractérise cette période : « l'infodémie », définie comme une information abondante, de qualité variable, et dispensée dans un laps de temps très court. Ce flux d'informations était difficile à interpréter pour la population générale et était source d'anxiété. La nature de l'information pouvait par ailleurs influencer le comportement du public et avoir des conséquences graves sur la santé (23,24). L'influence délétère de la communication du Gouvernement et des instances de santé sur la relation médecin-patient était démontrée dans plusieurs pays. Cette influence était particulièrement forte aux États-Unis et en Inde, où des mensonges et des allégations sans fondement scientifique avaient eu un impact négatif sur la confiance du public, avec des répercussions sur la relation médecin-patient (25).

La thèse-article d'Anne-Sophie Pradat et Marine Morret étudiant l'impact de la pandémie sur les perceptions et comportements de santé en soins primaires mettait en évidence des résultats similaires à ceux de cette étude (26). Certains résultats complémentaires sont intéressants à souligner. Par exemple, des patients exprimaient la crainte d'une consultation avec le médecin centrée sur la COVID-19. Cette attention centrée sur la COVID-19 était définie par un néologisme, le « coronarocentrisme », et avait pour conséquence un éloignement des patients de leur médecin, par volonté de s'extraire du contexte de pandémie. Cependant, les auteures précisent que ces consultations centrées sur la COVID-19 étaient aussi appréciées par d'autres patients qui les vivaient comme une démonstration de professionnalisme du médecin. Ensuite, le traçage des cas contacts était évoqué et les patients exprimaient la crainte d'une

médecine tournée vers les chiffres. Cette crainte faisait écho à la représentation d'une médecine déshumanisée mise en évidence dans cette étude.

Une autre thèse étudiant le vécu des patients atteints de pathologies chroniques pendant la pandémie mettait en évidence des résultats similaires sur le vécu de la pandémie (27). Les auteurs avaient notamment démontré une diminution du recours au médecin, par crainte des patients de contracter la COVID-19. Un retard sur les activités de dépistage avait également été observé, ces résultats sont confortés par d'autres études réalisées en France et aux États-Unis (28,29).

La thèse de Franziska Fiedler étudiant le vécu de la pandémie par les médecins généralistes en France et en Allemagne offre une perspective intéressante du point de vue des médecins (30). Ainsi, l'auteure démontrait que la peur était aussi très présente chez les médecins. Par ailleurs, les médias ont été pour les médecins une source de difficultés dans l'exercice de leur profession. En France, les médecins se sentaient relégués au second plan : ils avaient l'impression que la priorité était donnée à l'hôpital dans la stratégie de lutte contre la pandémie. Les médecins éprouvaient aussi un sentiment d'insécurité, en lien avec leur difficulté à appliquer les mesures barrières au début de la pandémie dans le contexte de pénurie de masques. Ils avaient en contrepartie vécu un élan de solidarité de la part de leurs patients qui les avaient approvisionnés en masques. Une baisse de la fréquentation du cabinet était constatée, attribuée par les médecins à la peur des patients de contracter la COVID-19. Enfin, le port du masque et la distanciation sociale semblaient avoir fragilisé la relation du point de vue des médecins. Ceux-ci soulignaient notamment une altération de la

communication verbale et non verbale qui entraînait une perte de convivialité et un sentiment d'éloignement avec les patients.

Une étude allemande sur le vécu des médecins généralistes pendant la pandémie soulignait aussi le rôle de conseil du médecin généraliste (31). Ce rôle était cependant vécu comme un fardeau par les médecins, car il existait peu de données scientifiques à la phase initiale de la pandémie pour répondre aux attentes des patients. La relation de confiance semblait ici aussi avoir été affectée par la distanciation sociale, les communications verbale et non verbale étant décrites plus difficiles.

Dans un article étudiant l'influence du port du masque sur la relation médecin-patient, les mêmes effets négatifs étaient soulignés. Cependant, des effets positifs étaient aussi démontrés : notamment la réassurance des patients et la possibilité d'offrir une continuité des soins malgré la pandémie. Afin d'atténuer les effets négatifs du masque, les auteurs suggéraient l'usage d'un écran facial transparent « *face shield* », pour ne pas dissimuler les expressions du visage du médecin (32), en précisant toutefois qu'un tel dispositif nécessiterait une homologation.

L'article de R. Pougnet et L. Pougnet étudie l'influence de la pandémie sur les représentations du pouvoir médical dans l'esprit des patients (33). Les auteurs soulignent notamment l'impuissance de la médecine à la phase initiale de la pandémie dans le contexte d'inconnu. Le rôle du médecin était ainsi modifié, avec un décalage entre les attentes des patients, concernant la connaissance du virus ou un traitement curatif, et la réalité. Ainsi, l'autorité savante des médecins était remise en question.

Aussi, la prudence et l'humilité du médecin semblaient être les attitudes les plus adaptées dans ce contexte.

III. Forces et limites

A. Forces

La réalisation d'une étude qualitative inspirée de l'IPA était le choix le plus approprié pour explorer le sens du vécu de la pandémie chez les patients, dans le cadre de leur relation avec leur médecin.

Une des forces de cette étude était son originalité, ce travail étant l'un des premiers réalisés pour étudier le vécu des patients en situation de pandémie puis explorer le sens qu'ils donnaient à ce vécu.

Cette étude était pertinente car la qualité de la relation médecin-patient influe directement sur la qualité des soins (34), et les bouleversements induits par la pandémie semblaient à même de modifier la nature de cette relation.

Les normes de la Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) étaient respectées par le chercheur au cours de l'étude (annexe 6).

Tous les patients se trouvaient à leur domicile lors de la réalisation des entretiens, un endroit familier où ils pouvaient se sentir à l'aise et en confiance pour s'exprimer.

Le chercheur ne déclare pas de liens d'influence ni de conflit d'intérêt. Il n'a pas bénéficié de financement externe pour mener à bien cette étude.

B. Limites

Il s'agit de la première expérience du chercheur en recherche qualitative. La méthode d'une étude inspirée de l'IPA nécessitait un apprentissage long avant d'être maîtrisée. L'encadrement important du directeur de thèse a contribué à limiter cette faiblesse.

Le manque d'expérience du chercheur pour mener des entretiens compréhensifs était également une faiblesse de cette étude. L'entretien compréhensif ne s'appuie pas sur un guide d'entretien strict. Ce type d'entretien requiert une concentration soutenue du chercheur, alors que sa fatigue s'accumule et que son attention diminue au fur et à mesure que dure l'entretien.

Le statut de médecin-chercheur était connu des patients, ce qui a pu influencer les résultats.

Trois des patients étaient des connaissances du chercheur, ce qui a pu influencer le déroulé de l'entretien. Pour limiter cette faiblesse, le chercheur avait adopté une attitude professionnelle de médecin-chercheur durant ces entretiens : neutre et bienveillante.

Les données étaient recueillies deux ans après la phase aiguë de la pandémie, le temps pouvait ainsi atténuer les souvenirs des patients lors du recueil des données. Cependant, ce recul pouvait aussi être le garant de souvenirs rémanents, reflétant une forme de pérennité dans l'esprit des patients concernant leur vécu de la pandémie et le sens donné à ce vécu. Par ailleurs, les données étaient recueillies sur une période

relativement courte entre le 6 avril 2022 et le 11 novembre 2022, ce qui contribuait à une cohérence temporelle de l'étude.

L'analyse des verbatims faisait appel à la subjectivité du chercheur. Au cours de l'analyse la plupart des *a priori* du chercheur se vérifiaient, cependant, cette faiblesse était limitée par la triangulation de chaque entretien avec A. R. interne de médecine générale co-chercheuse en recherche qualitative.

Un cas de figure particulier n'était pas abordé au cours des entretiens : les dérogations au secret médical avec la déclaration obligatoire d'un patient infecté à la COVID-19 et le tracing des cas contact. Parmi les thèmes identifiés, ce cas de figure aurait pu être rattaché à la représentation d'une déshumanisation de la médecine par le patient.

IV. Les perspectives

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence l'influence de la pandémie à COVID-19 sur la relation médecin généraliste-patient. Plusieurs phénomènes ont été identifiés, capables d'influencer le développement de la relation et d'impacter sur sa qualité, et donc sur la qualité des soins. Cependant, cette étude ne s'intéressait pas à l'ampleur de ces phénomènes en population générale, ce qui pourrait faire l'objet d'une étude dédiée.

Le médecin généraliste joue un rôle majeur dans la prise en soins et l'accompagnement des patients en premier recours. Dans un contexte de pandémie, la compréhension des phénomènes menaçant de fragiliser la relation semble importante pour maintenir la qualité des soins. En l'absence de données scientifiques

à la phase initiale d'une pandémie, les compétences relationnelles et le professionnalisme du médecin sont les garants d'une relation de qualité. Les compétences relationnelles jouent d'ailleurs un rôle déterminant dans la genèse d'une relation de qualité, elles méritent donc que l'accent soit porté à leur développement au cours de la formation des médecins.

V. Conclusion

Cette étude a permis de mettre en lumière l'influence de la pandémie sur la relation médecin-patient.

Le professionnalisme du médecin et ses compétences relationnelles étaient éprouvés face aux difficultés de la pandémie, ce qui a influencé le développement de la relation. Ces éléments ne sont cependant pas les seuls déterminants du développement de la relation dans ce contexte. D'autres intervenants comme le Gouvernement et les médias ont eu une influence importante, sans possibilité pour le médecin de prévenir cette influence. Cela rend plus ardu le rôle du médecin généraliste qui doit composer avec ces influences extérieures à la relation pour maintenir son équilibre.

Dans un contexte de pandémie où l'inconnu et l'incertitude dominent à la phase aiguë, les qualités humaines et relationnelles du médecin généraliste apparaissent comme ses principaux atouts pour maintenir une relation de qualité.

Bibliographie

1. 1918 Pandemic (H1N1 virus) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html>
2. Noé JB. Épidémie de grippe espagnole septembre-décembre 1918 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://francearchives.fr/fr/pages_histoire/82611687
3. Barbara MA, Le Gall C, Moutel A. Effets économiques des épidémies [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/ba645694-035d-49d2-9a0a-8ba5ddf7dc19/files/e542d8be-e00b-4a3f-98a4-9bd1e276d653>
4. William Audureau et Maxime Vaudano. Coronavirus : du premier cas détecté de Covid-19 au déconfinement, la chronologie d'une crise mondiale [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/05/12/coronavirus-de-la-chauve-souris-au-deconfinement-la-chronologie-de-la-pandemie_6039448_4355770.html
5. Ourliac B. Covid et mortalité en Europe en 2020 : des statistiques à regarder de près [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://blog.insee.fr/covid-et-mortalite-en-europe-en-2020-des-statistiques-a-regarder-de-pres/>
6. Véran O. Déclaration de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, sur la situation concernant l'épidémie du nouveau coronavirus en date du 13 mars 2020 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/274818-olivier-veran-13032020-situation-sur-lepidemie-du-nouveau-coronavirus>
7. Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
8. Cabarrot P, Coniel M, Haniquaut F, Fourali R, Morgand C, May-Michelangeli L, et al. La crise Covid a-t-elle submergé les barrières de sécurité du système de santé ? [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/rq_xvii_4_cabarrot.pdf
9. Pénurie de masques : comment la France a arrêté de se préparer aux épidémies [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/video/2020/04/22/penurie-de-masques-comment-la-france-a-arrete-de-se-preparer-aux-epidemies_6037381_3244.html
10. Covid-19 : l'exposition aux médias d'information, possible facteur d'anxiété. Prescire. sept 2021; Tome 41(455):article en page 690-695.
11. La santé mentale au temps de la COVID-19 : en parler, c'est déjà se soigner [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/la-sante-mentale-au-temps-de-la-covid-19-en-parler-c-est-deja-se-soigner>

12. Duez M, Mermier M. COVID-19 : rôles et expériences des médecins généralistes dans un contexte de crise sanitaire, l'exemple des Bouches-du-Rhône [Internet]. Aix-Marseille; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03100226>
13. coronaroclic [Internet]. 2020. Covid-19 / Phase 3 : Organisation du cabinet de médecine générale. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2020/03/Orgnanisation-du-cabinet.pdf>
14. France Culture débat sur le passe sanitaire [Internet]. La crise sanitaire en France et les débats sur le passe vaccinal. 2022. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/l-esprit-public/la-crise-sanitaire-en-france-et-les-debats-sur-le-passe-vaccinal>
15. Le Monde avec AFP. Le passe vaccinal définitivement adopté par l'Assemblée nationale au terme de deux semaines de débats houleux au Parlement [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/politique/article/2022/01/16/le-passe-vaccinal-definitivement-adopte-par-l-assemblee-nationale-au-terme-de-deux-semaines-de-debat-houleux-au-parlement_6109720_823448.html
16. Loi du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique [Internet]. janv 22, 2022. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/283068-loi-22-janvier-2022-pass-vaccinal-gestion-de-la-crise-sanitaire>
17. Loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions; article 11 [Internet]. mai 11, 2020. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000044317578
18. Coronavirus: les mesures de confinement [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/273932-coronavirus-les-mesures-de-confinement>
19. Grellier N, Wangermez M, Randrian V, Rouleau L, Barrioz T, Sylvain C, et al. Impact de la pandémie de COVID-19 sur le diagnostic des cancers colorectaux dans un centre tertiaire [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/impact-de-la-pandemie-de-covid-19-sur-le>
20. Vianney Costemalle (Drees), Mathilde Gaini (Drees), Jean-Baptiste Hazo (Drees), Diane Naouri (Drees). Rapport de l'INSEE sur la COVID-19 [Internet]. Insee; 2021 nov. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432509?sommaire=5435421>
21. Rouquette P. Vrai ou faux : les arguments des anti-vaccins Covid-19 passés au crible [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.france24.com/fr/france/20210706-vrai-ou-faux-les-arguments-des-anti-vaccins-covid-19-pass%C3%A9s-au-crible>
22. Polémique sur l'hydroxychloroquine [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/polemique-lhydroxychloroquine>
23. Farooq Azam Rathore, Fareeha Farooq. Information Overload and Infodemic in the COVID-19 Pandemic. J Pak Med Assoc [Internet]. mai 2020; Disponible sur:

https://www.researchgate.net/publication/341283222_Information_Overload_and_Infodemic_in_the_COVID-19_Pandemic

24. Bin Naeem S, Bhatti R. The Covid-19 'infodemic': a new front for information professionals. Disponible sur:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7323420/>

25. Kunal Saha. Doctor-patient relationship and public trust in health science in post-COVID world: Lessons from USA and India [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://esmed.org/MRA/mra/article/view/2509/193545913>

26. MORRET M, PRADAT AS. Impact de la pandémie de COVID-19 sur les perceptions et comportements de santé en soins primaires: une étude qualitative auprès des patients en région PACA [Internet]. FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES DE MARSEILLE; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03252351v1/document>

27. Dieudé L, Hugonnier A. Vécu des patients atteints de pathologies chroniques pendant la pandémie de COVID-19 en Auvergne : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03700601v1/document>

28. Jack W London, Elnara Fazio-Eynullayeva, Matvey B Palchuk, Peter Sankey, Christopher McNair. Effects of the COVID-19 Pandemic on Cancer-Related Patient Encounters [Internet]. 2020. Disponible sur:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32716647/>

29. Catherine Vincelet, Marie-Laure Forzy, Agnès Bernoux, et Akoï Koivogua. Dépistage du cancer du sein dans deux régions françaises dans le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19. 10 sept 2021; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8429352/#:~:text=La%20participation%20au%20d%C3%A9pistage%20organism%20du%20cancer%20du%20sein%20a,que%20soit%20la%20vague%20%C3%A9pid%C3%A9mique.>

30. Franziska Fiedler. Vécu émotionnel de la pandémie de COVID-19 par les médecins généralistes en France et en Allemagne [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03822647v1/document>

31. Lisa Makowski, Hanna Schrader, Sandra Parisi, Jana Ehlers-Mondorf, Stefanie Joos, Hanna Kaduszkiewicz and Ildiko Gagyor. German general practitioners' experiences during the COVID-19 pandemic and how it affected their patient care: A qualitative study. Eur J Gen Pract 2023 [Internet]. VOL. 29(NO. 2, 2156498). Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13814788.2022.2156498?needAccess=true&role=button>

32. Abhishek Ghosh, Kshitiz Sharma and Shinjini Choudhury. COVID-19 and physician-patient relationship: potential effects of 'masking', 'distancing' and 'others'. Fam Pract 2021 192-193 [Internet]. avr 2021;Volume 38 Issue 2. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7543553/>

33. Pougnet R, Pougnet L. How has the Covid-19 pandemic questioned the medical power ? *Éthique Santé*. mars 2022;Volume 19 Issue 1:Pages 31-38.
34. A. Autret, D. Bontoux, G. Dubois, B. Falissard, C. Jaffiol, Ph. Jaury, H. Julien, B. Laurent, D. Lecomte, JR. Le Gall, Y. Levi, JP. Olié, R. Ourabah, P. Queneau, CF. Roques, Y. Touitou,, JL. Wemeau. Académie Nationale de Médecine ; la relation médecin-malade [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2021/07/Rapport-RMM.pdf>

Annexes

I. *A priori* du chercheur avant le recueil des données et leur analyse

<u>Vécu du patient</u>	<u>Sens donné par le patient à son vécu</u>
Le patient a peur de la pandémie et a peur de consulter son médecin généraliste par crainte de contracter la COVID-19 (au cabinet ou à l'extérieur de son domicile de manière plus générale).	Le patient modifie ses représentations du cabinet et prend conscience de l'omniprésence des agents pathogènes dans l'environnement. Le patient renforce ses mesures d'hygiène et applique plus consciencieusement les gestes barrières, il s'éduque à la santé.
Le patient a des attentes importantes envers la vaccination anti COVID-19.	Deux cas de figure sont envisagés : <ul style="list-style-type: none"> - Le patient est initialement antivaccin et souhaite se faire vacciner pour sortir plus rapidement de la pandémie - Le patient est initialement pro vaccin et ses convictions sur les bienfaits de la vaccination sont renforcées
Le médecin généraliste aide le patient à démêler le vrai du faux dans la myriade d'informations reçues sur la pandémie. Selon l'information délivrée par le médecin, le vécu pourrait être différent : <ul style="list-style-type: none"> - Réassurance, mise en confiance - Ou à l'inverse : doute, défiance, remise en question des compétences du médecin 	Selon le vécu : <ul style="list-style-type: none"> - Positif : le patient accorde du crédit à son médecin et lui renouvelle sa confiance - Négatif : le patient perd confiance en son médecin et la relation est fragilisée
Dans le contexte de pandémie et de confrontation à l'inconnu, le patient prend conscience que la médecine n'est pas toute puissante, et qu'il n'y a pas de réponse immédiate pour chaque nouveau problème. Le vécu pourrait alors être : <ul style="list-style-type: none"> - Patient compréhensif - Ou patient désabusé 	Patient compréhensif : les représentations du patient évoluent et il s'investit davantage pour sa santé. Patient désabusé : le patient perd confiance en la médecine scientifique ou met en doute les compétences de son médecin
Des situations inédites apparaissent où le médecin généraliste était en première ligne pour répondre aux angoisses et aux attentes du patient (par exemple, une demande d'un arrêt de travail pour un métier à risque lors de	Réponse jugée satisfaisante : <ul style="list-style-type: none"> - Le médecin généraliste reste une personne ressource pour le patient pour prendre soin de lui et de sa santé Réponse jugée non satisfaisante :

<p>la première vague, avant le décret du confinement). En fonction de la réponse du médecin à la demande du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponse apportée jugée satisfaisante : le patient éprouve un soulagement, de la reconnaissance et renouvelle sa confiance au médecin - Réponse non satisfaisante : le patient éprouve de l'angoisse, de la colère, un ressentiment ou un sentiment de défiance 	<ul style="list-style-type: none"> - Le patient comprend que le médecin généraliste ne peut pas régler tous ses problèmes. Le patient développe alors de nouvelles stratégies d'adaptation - Ou le patient éprouve un sentiment d'abandon et renonce à consulter son médecin généraliste pour certains problèmes liés à la santé
<p>Le patient éprouve une perte de convivialité avec le médecin à cause du port du masque, de la distanciation physique, de la modification des codes sociaux (fin de la poignée de main) et de l'altération de la communication (visage masqué).</p>	<p>L'application des mesures barrières est perçue comme un mal nécessaire, pour une durée provisoire. L'application des mesures barrières peut aussi être perçue comme un gage de professionnalisme.</p>
<p>Le patient prend connaissance d'une situation où le médecin est malade de la COVID-19 ou le médecin a des proches malades de la COVID-19.</p>	<p>Le patient éprouve de la compassion pour son médecin car il s'agit d'un être humain comme les autres, avec ses propres difficultés et problèmes de santé. Le patient prend conscience que le métier de médecin n'est pas dénué de risque.</p>
<p>Le patient reporte des consultations pour des motifs jugés peu importants, pour ne pas déranger son médecin qu'il pense très occupé par la pandémie. Ces décisions pouvaient conduire à des problèmes de santé graves pour le patient.</p>	<p>En fonction des conséquences de ces consultations ajournées sur sa santé, le patient pouvait modifier son point de vue sur l'importance du dépistage et de la prévention.</p>
<p>Le patient prend conscience de l'abnégation et du dévouement des professionnels de santé pendant la pandémie.</p>	<p>Le patient éprouve de la reconnaissance envers son médecin, particulièrement au début de la pandémie quand la peur de l'inconnu était à son paroxysme. Une fois la pandémie maîtrisée, la peur était moins présente et le sentiment de danger disparaissait, et avec lui la sympathie et la reconnaissance des patients envers leur médecin.</p>

II. Lettre de présentation aux patients

Madame, Monsieur,

Bonjour, je suis Maxime Fasquel, étudiant en médecine générale à la faculté Henri Warembourg de Lille.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien approfondi sur la relation que vous partagez avec votre médecin de famille dans le contexte de pandémie à Covid-19. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'évolution de la relation entre les médecins de famille et leurs patients dans un contexte de pandémie, afin de mieux appréhender les attentes et les besoins des patients dans un tel contexte.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être suivi par votre médecin de famille depuis 3 ans avant le début de la pandémie, ce suivi doit être régulier (avec une fréquence moyenne des consultations d'au moins une fois tous les 3 mois).

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de ma thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-077 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : maxime.fasquel.etu@univ-lille.fr

Cordialement,

M. Fasquel Maxime

III. Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé visant à étudier le sens que les patients ont donné à leur vécu de la pandémie à Sars-CoV-2, dans le cadre de leur relation avec leur médecin généraliste.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation sur cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche. J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci. Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus, ainsi que celles contenues dans la lettre d'information, et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) _____

Signature (investigateur) _____

Date _____

Date _____

Nom _____

Nom _____

IV. Récépissé de conformité à la réglementation de la protection des données à caractère personnel



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Influence de la pandémie à Sars CoV-2 sur la relation médecin-patient en soins premiers
Référence Registre DPO : 2023-077
Responsable scientifique : M. Michel CUNIN Interlocuteur : M. Maxime FASQUEL

Fait à Lille,

Le 4 mai 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

V. Le guide d'entretien

- **Pourriez-vous me parler de votre relation avec votre médecin généraliste ?**

Exemple de relance :

- ⇒ Pourriez-vous m'en dire plus ?
- ⇒ Pourriez-vous développer ?

- **Comment a évolué votre relation avec votre médecin généraliste au début de la pandémie ?**
 - ⇒ Quelles étaient vos attentes envers votre médecin généraliste ?
 - ⇒ Quels étaient vos sentiments à l'égard de votre médecin généraliste au début de la pandémie ?
- Selon vous, quelles sont les **difficultés rencontrées par votre médecin généraliste** pendant la pandémie ?
 - ⇒ Comment cela a-t-il été abordé avec votre médecin généraliste ?
 - ⇒ Quel sentiment cela a-t-il développé chez vous vis-à-vis de votre médecin généraliste ?
 - ⇒ Que pensez-vous de vos sentiments vis-à-vis de votre médecin généraliste ?
- Que pensez-vous de l'**application des gestes barrières au cabinet** ?
 - ⇒ Quel était votre sentiment vis-à-vis des mesures barrières et la distanciation physique instaurée au cabinet ?
 - ⇒ Comment avez-vous vécu ces changements ?
 - ⇒ Quels aménagements du cabinet de votre médecin généraliste vous ont marqué ?
 - ⇒ Comment avez-vous vécu l'aménagement du cabinet de votre médecin ?
- Votre médecin a-t-il eu recours à la **téléconsultation** ? Si oui : quelle a été votre expérience de la téléconsultation ?
 - ⇒ Quelle est votre opinion concernant la téléconsultation ?
- **Comment a évolué votre rapport à votre médecin généraliste pendant la pandémie ?**

Thème à explorer :

- *Représentation du patient et accessibilité au cabinet.*
- *Fréquence des consultations (baisse de la fréquentation du cabinet, dérogations pour le renouvellement des traitements directement en pharmacie ; rupture de suivi / retard de prise en charge / retard de diagnostic)*

- **Quel évènement vous a marqué concernant votre médecin généraliste pendant la pandémie ?**
 - ⇒ Pourriez-vous me décrire cet évènement ?
 - ⇒ Que ressentiez-vous à ce moment ?
 - ⇒ Que pensez-vous de votre ressenti / de ces sentiments ?
 - ⇒ Est-ce qu'un autre évènement vous vient à l'esprit ?

- Comment le **confinement** a-t-il influencé votre relation avec votre médecin généraliste ?
 - ⇒ Que pensez-vous de ces sentiments/ de ce ressenti que vous me décrivez ?

- Quelle est votre opinion concernant la **gestion de la crise par le Gouvernement** ?
 - ⇒ Quelle influence cela a-t-il eu selon vous dans votre relation avec votre médecin généraliste ?
 - ⇒ Quelle signification ceci a-t-il pour vous ?

Thèmes à explorer :

- *Le manque de préparation et d'anticipation de la part du Gouvernement.*
- *La démission du ministre de la Santé Agnès Buzyn, au début de la crise sanitaire de Covid-19.*
- *La communication du Gouvernement pendant la crise (erreur de communication ; flux et fiabilité des informations ; informations contradictoires)*

- Que reprenez-vous de la **couverture médiatique** pendant la pandémie ?
 - ⇒ Comment les médias ont-ils influencé votre relation avec votre médecin généraliste ?
 - ⇒ Quel sens donnez-vous à cela ?

- Quel était votre sentiment par rapport aux **applaudissements pour les soignants** pendant la première vague ?
 - ⇒ Cela vous faisait-il penser à votre médecin généraliste ?
 - ⇒ Quel sens cela avait-il pour vous ?

- Quel serait votre bilan aujourd'hui ?
- Comment voyez-vous à présent votre relation avec votre médecin généraliste ?
 - ⇒ Quels sont vos sentiments à l'égard de votre médecin généraliste aujourd'hui ?

VI. Tableau 2 - Traduction française des normes SRQR

	Objet	Item
Titre et résumé		
S1	Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative ou d'indiquer le type d'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée/ <i>grounded theory</i>) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretien de recherche, <i>focus group</i>).
S2	Résumé	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format requis par la revue ciblée ; cela inclut typiquement : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et conclusions.
Introduction		
S3	Formulation du problème	<ul style="list-style-type: none"> - Description et importance du problème /phénomène étudié. - Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents. - Énonciation du problème.
S4	Objectif ou question de recherche	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.
Méthodes		
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Type d'approche qualitative (ex. ethnographique, théorisation ancrée /<i>grounded theory</i>, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et éventuellement champ théorique. - Identifier le paradigme de recherche (ex. post-positiviste, constructiviste /interprétatif) est également recommandé. - Justifications^b.
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche, y compris les caractéristiques personnelles, les qualifications /expériences, la relation avec les participants, les postulats de départ et/ou présumés. - Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité (i.e., <i>l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques</i>).
S7	Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre /terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants. - Justifications^b.
S8	Stratégie d'échantillonnage	<ul style="list-style-type: none"> - Comment et pourquoi les participants, les documents ou les événements étudiés ont été sélectionnés. - Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon (ex. saturation de l'échantillon). - Justifications^b.
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains.	<ul style="list-style-type: none"> - Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention de consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments.

	Objet	Item
		- Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données.
S10	Méthodes de recueil de données	<ul style="list-style-type: none"> - Types de données recueillies. - Détails des procédures de collecte de données, incluant le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif (i.e., l'adaptation des outils de recueil lors du processus de va-et-vient entre le terrain et les outils de recueil), la triangulation des sources /méthodes, et la modification des procédures en réponse à l'évolution des résultats de l'étude. - Justifications^b.
S11	Instruments et outils de recueil des données	<ul style="list-style-type: none"> - Description des instruments de recueil (ex. guides d'entretien, questionnaires à questions ouvertes) et des outils utilisés (ex. enregistreurs audio) pour la collecte des données. - Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.
S12	Unités d'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude. - Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats)
S13	Traitement des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /désidentification des extraits cités.
S14	Analyse des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /désidentification des extraits cités.
S15	Techniques pour améliorer la fiabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris l'implication des chercheurs dans l'analyse des données. - Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique. - Justifications^b.
Résultats		
S16	Synthèse et interprétation	<ul style="list-style-type: none"> - Principaux résultats (ex. interprétations, inférences et thèmes). - Peut inclure le développement d'une théorie ou d'un modèle, ou la mise en perspective avec des recherches ou des théories antérieures.
S17	Liens avec des données empiriques	Éléments appuyant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).
Discussion		
S18	Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et	<ul style="list-style-type: none"> - Bref résumé des principaux résultats - Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutiennent, élaborent ou réfutent

	Objet	Item
	contribution(s) au domaine d'étude	les conclusions de travaux de recherche antérieurs. – Discussion de la portée de la recherche quant à l'application /généralisabilité des résultats. – Montrer en quoi la recherche contribue de façon singulière au corps de connaissances dans une discipline ou un domaine
S19	Limites	Fiabilité et limites des résultats
Autres		
S20	Conflits d'intérêts	– Sources potentielles d'influence ou influence perçue lors de la réalisation de l'étude et des conclusions. – Comment celles-ci ont été gérées.
S21	Financement	– Sources de financement et autres soutiens. – Rôle du financeur dans le recueil des données, l'interprétation et la rédaction des résultats.

Thébaud V. et Dargentas M. Traduction française des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives. Kinésithérapie, la Revue. Janvier 2023 ;23(253) :18-22

Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012322001504>

AUTEUR : Nom : FASQUEL

Prénom : Maxime

Date de soutenance : 17 octobre 2023

Titre de la thèse : Influence de la pandémie à COVID-19 sur la relation médecin-patient du point de vue des patients

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : relation médecin-patient, COVID-19, analyse phénoménologique interprétative

Contexte : La pandémie à COVID-19 a bouleversé l'ordre mondial et a profondément modifié les pratiques des médecins généralistes lors de sa phase initiale. Ces changements rapides survenus dans un contexte de peur et d'inconnu semblaient à même de modifier la relation médecin-patient. L'objectif de ce travail était d'étudier l'influence de la pandémie à COVID-19 sur la relation médecin généraliste-patient en soins premiers du point de vue des patients.

Méthode : Cette étude qualitative inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative était réalisée à travers des entretiens compréhensifs réalisés 2 ans après le début de la pandémie. Cette méthode était choisie car elle était la plus appropriée pour étudier en profondeur le vécu de la pandémie par les patients dans le cadre de leur relation avec leur médecin généraliste.

Résultats : 7 patients ont été interviewés. L'étude a permis de mettre en évidence une modification des sentiments des patients à l'encontre de leur médecin, associée à une modification des représentations de la médecine et du médecin généraliste. Ces changements pouvaient entraîner un développement durable de la relation vers un renforcement ou une fragilisation. Ces phénomènes étaient dépendants du professionnalisme du médecin, mais aussi des événements forts de la pandémie comme le confinement, l'influence des médias ou les décisions du Gouvernement.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en évidence la capacité de la pandémie à modifier durablement la qualité de la relation médecin-patient. Or la qualité de cette relation est importante car elle influence directement la qualité des soins. La compréhension des facteurs ayant influencé la relation pendant la pandémie pourrait aider les médecins généralistes à préserver la qualité de cette relation à l'avenir dans un contexte similaire.

Composition du Jury :

Président : Pr Jean-Baptiste BEUSCART

Assesseur : Pr Marc Bayen

Directeur de thèse : Dr Michel CUNIN